

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N° 166

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Noémie GRUET-COQUET

Née le 19 mars 1986 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2014

FAVORISER L'ÉMERGENCE DE L'EMPATHIE DANS L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE

Création d'un support audiovisuel à visée d'enseignement

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Louis TANDONNET

Remerciements

Parce que sans les autres, rien n'est possible, je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de ce travail de thèse.

Monsieur le Professeur Venisse, vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de mon jury, je vous en suis reconnaissante et vous remercie de vos conseils pour ce travail et pour l'enseignement que vous m'avez apporté pendant mon internat. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de mon admiration.

Monsieur le Professeur Bonnot, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je vous remercie également pour votre disponibilité et votre attention, et vous assure de ma considération.

Madame le Professeur Bonnaud-Antignac, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je vous suis grée de votre bienveillance et de votre intérêt pour mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Je remercie particulièrement mon directeur de thèse, le Dr Louis Tandonnet, pour sa disponibilité, ses riches conseils et ses encouragements renouvelés. Merci d'avoir cru en mon sujet et de l'avoir enrichi avec enthousiasme et finesse d'esprit. Je t'assure de mon profond respect, de ma reconnaissance et de mon amitié.

Je remercie également le Dr Wilfrid Martineau d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je vous remercie de tout mon cœur pour votre bienveillance, votre confiance et vos enseignements précieux. Je suis heureuse de compter bientôt parmi votre équipe et poursuivre l'aventure au sein de la Psy II.

Un très grand merci à Peggy, Chantal, Rémi, Pauline, Mélanie et Greg pour leurs prouesses d'acteurs. Merci d'avoir tous répondu présents sans hésiter. Je suis sincèrement ravie d'avoir partagé cette aventure avec vous. Sachez que le bêtisier continue de me faire rire !

Je remercie également Christophe Dupont, pour son aide précieuse, ses talents de monteur, son sérieux et sa patience.

Mes remerciements et ma reconnaissance vont également à ceux qui m'ont formée pendant l'internat, et plus particulièrement aux équipes du Nord-Est et du CSA de la Roche Sur Yon, du G06, de l'unité Gaudi, de l'île à Hélice, de l'unité Salomé, des UMP et du G08. Merci de m'avoir accompagnée dans l'apprentissage de mon métier. Je remercie aussi le Dr Pascal Henaff, pour m'avoir interpellée au bon moment et le Dr Julien Betbèze pour son savoir inépuisable et ses judicieux conseils de lecture.

Je remercie ma famille pour son amour et son soutien infaillible.

Je remercie d'abord mon très cher Greg pour sa présence au quotidien et la douceur de vivre à ses côtés. Merci pour m'avoir aidée, supportée, relue, encouragée... Merci pour ta tendresse, ton espièglerie et ton rire communicatif. Sois assuré de tout mon amour.

Je remercie aussi ma mère, base de toute sécurité, pour sa force, son optimisme et sa générosité. Merci de me faire partager tes intérêts passionnés et ton amour de la vie. Merci d'être là.

Je remercie évidemment Kaki pour son énergie, son formidable sens de l'autre et, surtout, pour son soutien infaillible, son amour maternel et sa foi en moi. Merci aussi à Anna pour l'équilibre paisible qu'elle amène dans nos vies.

J'ai une pensée particulière pour mon père, qui a été le premier à me soutenir dans mes choix professionnels, et grâce à qui j'ai choisi cette voie. Il n'est plus là pour le voir mais son savoir et sa curiosité inépuisables, son esprit critique et son souvenir m'accompagnent au quotidien.

J'ai également une pensée émue pour mes grands-parents, aujourd'hui disparus, pour leur générosité, leur joie de vivre et les merveilleux souvenirs d'enfance qu'ils m'ont offerts.

Une pensée aux autres membres de ma famille qui me sont chers: Eugénie, ma cousine adorée, Tante Ninou, Odile, Ariane, ma tante Chantal disparue trop tôt, mes oncles Yannick et René-Jean ainsi que leurs enfants et la formidable tribu Hamon.

Je remercie également mes amis pour leur présence malgré notre dispersion aux quatre coins de la France:

Mes amies d'enfance, Anaïs, Béatrice et Justine pour toutes ces années partagées. Une dédicace toute particulière pour Nolwenn, venue me rejoindre à Nantes, pour ma plus grande joie.

Joséphine, Clémence, Candice et Salima, mes amies rodiniennes, pour les confidences, les éclats de rires qui embellissent nos vies, et nos fameuses JNCCS. Mes félicitations à Ruby, récompensée pour son amour à toute épreuve.

Merci à Julie, Nico, Alice, Dani, Priscille, Léa, Camille, Huy-Long, Ben, Aris et Mehdi, mes amis de la Pitié-Salpêtrière, pour les pauses café joviales entre deux heures de BU, les déjeuners vietnamiens du samedi midi et nos retrouvailles désormais immanquables du Noël. Un hommage à ma chère Valentine pour son enthousiasme communicatif.

Enfin, merci à mes amis de Nantes que je suis ravie de côtoyer un peu plus chaque jour: Antoine et Sophie les Bo-Bos, Mélanie, Adrien, Pauline, Paul, Amandine, Delphine, Emilie et Sam, qui enrichissent ma vie depuis 4 ans, et les autres internes de psychiatrie notamment Marie et Louis pour les souvenirs inoubliables de Mazurelle. J'adresse aussi une pensée à Yoann dont la disparition laisse une blessure au sein de notre promotion.

Merci à tous pour votre présence et votre soutien.

Table des matières

Introduction	9
Première partie - La relation empathique et son pouvoir thérapeutique	11
I. Fondements du concept : qu'est-ce que l'empathie ?	11
1. Histoire du concept	11
a. Empathie et philosophie.....	11
b. Empathie et psychologie	16
c. Empathie et psychanalyse	18
d. Empathie et neurosciences	19
2. Définition	23
a. Définition de travail	23
b. Les trois dimensions de l'empathie	24
c. Une étape supplémentaire : la réciprocité de l'empathie.....	31
d. Autres définitions	31
3. Distinction avec des notions proches	32
a. Empathie versus sympathie.....	32
b. Empathie versus compassion	35
c. Empathie versus contagion émotionnelle	35
d. Empathie versus intersubjectivité	36
4. Tentative de naturalisation de l'empathie	36
a. Les représentations partagées	37
b. Le changement de point de vue.....	41
c. La distinction soi-autrui	45
II. L'empathie source d'efficience thérapeutique en pratique clinique	48
1. L'empathie clinique	48
2. Évaluation de l'empathie clinique	48
a. Les différentes échelles	48
b. Une mesure de l'empathie clinique est-elle possible ?.....	49
3. Importance de l'empathie dans l'efficience thérapeutique	50
4. Etat des lieux des dynamiques empathiques au cours des entretiens médicaux	54
5. Interventions pour renforcer l'empathie	55
III. L'entretien empathique: apport des psychothérapeutes	57

1. L'apport de Carl Rogers	57
a. Les caractéristiques de l'attitude thérapeutique	57
b. Le processus du changement	66
c. Critiques	67
2. Eléments favorisant l'émergence de l'empathie dans l'entretien	67
a. Préalables à la relation empathique	68
b. Les différentes dimensions du processus empathique en pratique clinique	74
c. Cycle de l'empathie	85
IV. Obstacles à la mise en œuvre de l'empathie	89
1. Freins à l'empathie du médecin	89
a. Influence de l'état émotionnel du médecin	89
b. Crainte du médecin de se perdre dans le monde du patient	90
c. Processus de confusion émotionnelle	91
d. Conception de la profession médicale	91
e. Manque de savoir-faire	92
2. Freins à l'interaction empathique du côté du patient	92
a. Obstacles à l'expression de la souffrance du patient	93
b. Troubles du contact et conscience de soi	93
c. Patients persécutés ou défensifs	93
d. Trouble de la personnalité histrionique	95
e. Eoussement de la réceptivité à l'empathie	96
f. Absence de réaction à l'empathie	96
I. Matériel et méthodes	98
1. Objectifs	98
2. Méthodes	98
a. Création de trois scénarios	98
b. Création de fiches personnages et médecins	99
c. Les acteurs	100
d. Le tournage	100
e. Le montage	100
f. Conception d'un DVD	101
II. Résultats	101
3^{ème} partie : Discussion	102
I. Création d'un support audio-visuel	102

1.	La vidéo	102
2.	Le support DVD	103
3.	L'aspect psychiatrique associé	104
II.	Mise en valeur des différentes dimensions de l'empathie	105
1.	Analyse du concept d'empathie	105
2.	Importance de l'apprentissage de l'empathie	105
	a. Programme des études de médecine.....	105
	b. L'empathie : instrument de connaissance et mode d'être avec l'autre	106
3.	Mise en valeur de l'empathie dans la vidéo	108
	a. Des entretiens joués	108
	b. Des entretiens commentés	109
III.	L'enseignement de l'empathie	111
1.	L'apprentissage par la vidéo	111
2.	Autres méthodes d'apprentissage	112
	a. Cours théoriques	112
	b. Jeux de rôle.....	112
	c. Réflexion et partage d'expérience en groupe	113
	d. Expérimentation pour se mettre à la place du patient	114
	e. Psychothérapie personnelle	115
	f. Autres formations spécifiques proposées.....	115
	g. Le rôle des modèles positifs	115
3.	Limites de l'enseignement	116
	Conclusion	118
	Annexes	120
	Annexe n°1 : Scénarios	120
	Annexe n°2 : Fiches personnages	149
	Annexe n°3 : Fiche médecin	152
	Annexe n°4 : Consentements des acteurs	153
	Bibliographie	159

Introduction

Aujourd'hui, les médias interpellent les médecins, et en particulier les psychiatres, sur l'excès de prescription et l'insuffisance de l'approche relationnelle : « Un médecin qui écoute est souvent plus utile qu'un médecin qui prescrit » (Didier Sicard, *Le Monde*, 2014). Or, une dimension essentielle de la relation thérapeutique tient dans l'engagement empathique. Plusieurs études confortent cette croyance et montrent, en effet, que l'instauration d'une relation empathique entre un médecin et son patient est un facteur d'efficacité thérapeutique, permettant une amélioration de la satisfaction des patients, une meilleure adhésion aux soins et une amélioration clinique. Une relation empathique aurait donc un pouvoir thérapeutique en elle-même.

Or, la rencontre empathique semble manquer dans les entretiens médicaux. En effet, l'état des lieux des dynamiques empathiques en clinique quotidienne fait le constat d'une difficulté des praticiens à être empathiques, ceux-ci ne répondant en moyenne qu'au dixième des signaux directs ou indirects émis par les patients concernant leurs émotions et préoccupations (Morse, 2008). L'empathie est néanmoins susceptible de s'améliorer avec un environnement ou une formation appropriée.

Il nous est donc apparu intéressant d'approfondir la notion d'empathie dans la relation thérapeutique et d'envisager comment améliorer l'enseignement de cette qualité essentielle à l'exercice médical.

Premièrement, nous verrons que le concept d'empathie a traversé différentes sciences et définitions. Il est issu de l'esthétique et de la philosophie pour être aujourd'hui l'objet des neurosciences sociales qui en dégagent trois grandes dimensions.

Dans le domaine du soin, l'empathie est souvent appelée « empathie clinique ». De nombreux thérapeutes, psychologues ou psychiatres ont étudié les attitudes favorisant son émergence dans l'entretien et pourront nous aider à valoriser celles-ci au sein de notre enseignement.

Nous consacrerons aussi un chapitre aux obstacles qui bloquent le processus empathique, notamment en psychiatrie.

A partir de ces recherches, cette thèse propose de mettre au point un support de formation destiné avant tout aux étudiants en médecine de Nantes afin de leur montrer ce que peut être l'empathie dans la pratique clinique et notamment dans la pratique psychiatrique. Nous avons choisi de créer un support vidéo (DVD) – accessible à la fin de la thèse – permettant de montrer des enregistrements d'entretiens empathiques.

Finalement, nous discuterons de l'intérêt d'un tel support pour l'enseignement de la pratique médicale au regard de la difficulté d'une description de l'empathie et des autres outils d'enseignement.

Tout au long de notre travail nous attacherons une valeur particulière à l'expérience vécue et partagée entre médecin et patient.

Première partie - La relation empathique et son pouvoir thérapeutique

I. Fondements du concept : qu'est-ce que l'empathie ?

1. Histoire du concept

L'empathie est un concept « nomade » (Jorland, 2004). Il n'a cessé de migrer d'une discipline à l'autre, parfois même au sein d'une même période. Né de la philosophie et de l'esthétique, il a été repris par la psychologie et la psychanalyse, puis récemment par les neurosciences. Mais c'est surtout le courant de la psychologie humaniste et son chef de file, Carl Rogers, qui l'ont mis en valeur. Chaque discipline qu'il a traversée, philosophie (morale, esthétique et phénoménologique), psychologie, psychanalyse et neurosciences, contribue à en dessiner les contours.

a. Empathie et philosophie

i. Philosophie et jugement moral

C'est Adam Smith, philosophe et économiste écossais du 18^{ème} siècle, qui a introduit la réflexion contemporaine sur le phénomène de l'empathie, même si ce n'est pas lui qui en a créé le nom. En effet, dans son ouvrage intitulé *Théorie des sentiments moraux* (1759), il affirme que l'individu partage les sentiments d'autrui par un mécanisme qu'il nomme «sympathie» et qu'il décrit ainsi :

« Comme nous n'avons aucune expérience immédiate de ce que les autres hommes ressentent, nous ne pouvons nous faire aucune idée de la manière dont ils sont affectés, sinon en concevant ce que nous ressentirions nous-mêmes dans une pareille situation. Bien que notre semblable soit dans les tourments, tant que nous sommes tranquilles, nos sens ne nous informeront jamais de ce qu'il souffre. Ils ne nous ont jamais porté hors de notre propre personne, car ils ne le peuvent pas, et ce n'est que par l'imagination que nous pouvons avoir une conception de ce que sont ses sensations ».

Il s'agit bien en réalité de la définition de l'empathie. Adam Smith considère que ce mécanisme sert de base aux sentiments moraux. Il conçoit la vie sociale comme un spectacle, dans lequel chacun est à la fois spectateur et acteur : nous regardons les autres vivre et nous vivons sous le regard des autres. A force de vivre sous le regard des autres et de se mettre à leur place, nous nous faisons une idée d'un spectateur impartial que nous intériorisons. Ce spectateur impartial, qu'Adam Smith nomme « l'homme intérieur » (« *the man within* »), va constituer notre conscience. En nous jugeant nous même d'après celle-ci, nous avons le moyen de prendre le recul nécessaire pour nous libérer du jugement d'autrui (Jorland, 2004).

Emmanuel Kant (1724-1804) a ensuite repris le concept smithien de sympathie dans ses maximes du sens commun qu'il énonce dans sa *Critique de la faculté de juger* (1799). En effet, après « penser par soi-même », la deuxième maxime énonce : « penser du point de vue de n'importe qui d'autre ». L'objectif de la démarche est de réussir à adopter un point de vue universel, qui ne peut être atteint qu'en se mettant à la place des autres. Cette deuxième maxime, qu'il appelle aussi « mode étendu de la pensée », est la maxime du jugement, notamment du jugement esthétique (Jorland, 2004). En effet, Kant distingue deux types de jugement : le jugement de goût et le jugement esthétique. Le jugement de goût ne nécessite pas l'adhésion de chacun alors que le jugement esthétique en appelle à une certaine universalité qui nécessite une décentration de son point de vue.

C'est à partir de l'œuvre de Kant que le concept d'empathie est arrivé au cœur de la réflexion allemande sur l'esthétique.

ii. Philosophie et esthétique :

Comme le rappellent Gérard Jorland et Bérange Thirioux dans leur *Note sur l'origine de l'empathie* (2008), le terme d'empathie a été introduit en allemand avec le néologisme *Einfühlung* (*föhlung* – « sentir » et *ein* – « dedans ») forgé par le philosophe Robert Vischer (1847-1933) dans une perspective esthétique. Vischer introduit ce terme en 1873 dans sa thèse de doctorat *Sur le sentiment optique de forme* dans laquelle il cherche à

comprendre comment nos sensations, excitées par les impressions du monde environnant, suscitent des sentiments que nous attribuons, non pas à notre sensibilité, mais aux objets mêmes du monde extérieur. Vischer met en évidence quatre points essentiels. Premièrement, le point de départ est la rencontre entre les propriétés du sujet et celles de l'objet. Cette rencontre va « exciter » nos sensations. Cela sous-entend un sentiment premier de soi, un sentiment de corporéité, permettant de différencier les propriétés de l'objet des nôtres. Deuxièmement, Vischer précise que le sentiment de soi ne va générer des sentiments qu'à partir du moment où il s'ouvre au sentiment partagé. « L'homme s'élève à une véritable vie du sentiment dans son prochain » (Vischer, 1873, cité par Jorland et Thirioux, 2008). Ce sentiment partagé est possible par le biais de notre humanité commune (en ce qui concerne autrui) et par notre compréhension incarnée de la nature : « Par notre propre nature, par la nature en nous, nous sommes semblables à la nature hors de nous, et nous y sommes insérés en tant qu'êtres apparentés » (Vischer, 1890, cité par Jorland et Thirioux, 2008). Troisièmement, Vischer souligne la dimension spatiale de l'empathie. Pour lui, l'*Einfühlung* est une « transposition de soi dans l'objet » qui nous le fait « sentir de l'intérieur » (Vischer, 1873). Enfin, il définit aussi l'*Einfühlung* comme une imitation, une reproduction psychique de la forme et du rythme des phénomènes naturels. Cette imitation provoque en nous une « résonance » qui nous fait vibrer à l'unisson. Ces vibrations éveillent alors des sentiments que nous attribuons aux choses en leur prêtant notre propre vie et en leur accordant notre propre humanité par un processus de symbolisation. Ainsi, il y aurait d'une part l'empathie comme imitation par résonance (« mimique résonnante ») et d'autre part l'empathie comme notre sentiment *dans* l'objet. Nous ressentirions donc ce que l'autre ressent à la fois en nous et en lui (Jorland et Thirioux, 2008).

Sur le plan esthétique, Vischer postule l'existence d'une charge affective dans l'appréciation d'une œuvre. La forme ne donne pas du plaisir par ses caractéristiques purement formelles, mais « parce qu'elle induit favorablement l'approche, l'accès et la projection de mon imagination, parce qu'elle évoque en moi un processus émotif harmonieux » (Vischer, 1873, cité par Hochmann, 2012). Vischer souligne que ce qui est beau correspond à ce qu'on peut percevoir et rattacher à l'humain (Lancelot, 2010).

C'est ensuite le philosophe allemand Theodor Lipps (1851-1914) qui a développé le concept pour en faire le fondement de l'esthétique au tournant du 20^{ème} siècle. Il s'appuie

sur les idées de Vischer et stipule qu'il existerait un mouvement de projection de nos vécus subjectifs dans l'objet perçu : notre moi se sent dans l'objet par le biais d'une imitation interne : « le sujet parvient ainsi à se projeter même en des formes inanimées, il se trouve transféré et transformé dans ce non-moi qu'il contemple. Il lui attribue les valeurs des passions humaines que cette incorporation objectale suscite en lui » (Elie, 2009, p. 101). Pour Lipps, « le plaisir esthétique est bien celui d'un moi qui se sent dans l'objet ». Ce plaisir est procuré par le fait d'avoir pu mettre une forme sur des sensations multiples. En effet, à l'origine, nous n'avons pas de représentation de nous-mêmes et sommes d'abord une multiplicité de sensations. La rencontre avec une chose ou avec autrui nous offre le moyen de mettre une forme à cette multiplicité de sensations qui nous constitue et de leur donner ainsi une unité qui fait sens. « L'empathie est donc pour Lipps *objectivation de soi* en ce sens qu'elle est un mode de l'aperception. [...] Le sentiment esthétique est donc le contact avec le monde extérieur par lequel le sujet accède à la chose et fait l'expérience de lui-même sur le mode de *se sentir dans la chose* » (Jorland, 2004).

Lipps insiste donc, comme Vischer, sur la notion d'incorporation dans le processus empathique. Pour Lipps, nous sommes transformés dans notre moi par ce que l'on a observé, ce qui signe le fait qu'il y a une véritable co-construction entre soi et l'extérieur (Lancelot, 2010).

Par ses conceptions d'incorporation et d'éprouvés, Lipps se place dans une perspective phénoménologique que nous allons maintenant développer. Nous poursuivrons toutefois l'étude de la pensée de Lipps dans la partie concernant l'empathie et la psychologie car c'est sur les travaux de cet auteur que la psychologie s'est fondée pour poursuivre la réflexion et s'appropriier le concept.

iii. Philosophie phénoménologique

Le philosophe et phénoménologue Edmund Husserl (1859-1938) s'est intéressé à la façon dont nous arrivons à saisir l'affectivité d'autrui, et de manière plus générale, autrui. Saisir l'autre est, pour Husserl, équivalent à la capacité d'être empathique, l'empathie étant pour lui le mode de connaissance d'autrui (Lancelot, 2010).

En premier lieu, Husserl évoque l'expérience originaire de notre corps propre. L'expérience originaire se fonde sur nos kinesthèses puisque le premier phénomène que nous nous représentons est notre corps. Husserl assoit ce corps charnel comme la porte d'entrée de l'expérience d'autrui (Ricard, 2005). Nous ne pouvons avoir une expérience originaire d'autrui mais nous en avons une « aperception ». Cela signifie qu'en découvrant autrui par le biais de sa corporéité, nous supposons en lui l'existence d'une psyché. En effet, nous déduisons à partir de notre propre expérience que nous sommes dotés d'un corps propre et d'une psyché. Nous supposons donc qu'autrui l'est également par transposition ou inférence (puisque'il a un corps, il a une psyché). L'aperception d'autrui est posée comme le présupposé de la théorie de l'empathie (Elie, 2009, p. 41). De ce point de vue, comme le souligne Ricard (2005), il est impossible de prétendre pouvoir saisir autrui si on ne le présuppose pas connu.

Dans son développement, Husserl part de deux présupposés sur les mécanismes à l'œuvre pour saisir l'autre :

- Une synthèse passive sensorielle grâce à la réverbération kinesthésique. Selon Gallagher et Mansour-Robaey (2004), la réverbération kinesthésique est ce qui se produit dans notre corps quand nous observons le comportement des autres. Nous ramenons à notre propre expérience ce que vit autrui. Pour Husserl, « l'empathie ne se fait pas d'esprit à esprit mais d'une chair à une chair ». Merleau-Ponty insiste sur le fait que nous percevons d'autrui d'abord une autre sensibilité, une chair animée, et non un autre esprit. L'empathie n'est alors pas une co-pensée mais plutôt une co-perception (Porte et Coblenze, 2004).

- Une transposition imaginative active à partir de notre propre expérience originale : Je me reflète en autrui. Cependant, s'il y a transposition imaginative active, l'autre se reflète en moi (synthèse passive sensorielle). Il y a donc bien une dimension intersubjective dans la théorisation husserlienne de l'empathie : je me reflète en l'autre mais ce reflet n'est pas une pure copie car l'autre se reflète aussi en moi. « Ce n'est donc plus moi qui projette mon je sur son corps, analogue au mien, mais plutôt, son corps qui se projette et se reflète en moi » (Ricard, 2005). C'est dans ce partage que l'on peut saisir autrui. L'empathie serait donc le phénomène qui permet l'établissement de l'intersubjectivité et la constitution d'un monde commun (Boulangier et Lançon, 2006).

Par ailleurs, Husserl va introduire la problématique de l'irréductible différence soi-autrui avec le concept d'analogon du moi. Pour saisir l'autre nous fabriquons un analogon du moi, un autre je qui n'est pas la pure copie ou le simple reflet de soi, mais plutôt un alter ego. Husserl considère que « l'empathie est ce qui me fait reconnaître autrui non pas comme objet, mais comme un alter ego qui, malgré sa différence persistante, vise le même monde que moi » (Boulangier et Lançon, 2006). Husserl précise donc que, même si autrui est mon alter ego, il y aura toujours une différence irréductible entre mes vécus et ceux d'autrui.

Ainsi, Husserl considère l'empathie comme le mode de connaissance d'autrui et va faire de la corporéité le médiateur de cette connaissance et, ainsi, le fondement de l'empathie. Ce serait par comparaison avec notre propre corporéité que nous pouvons considérer autrui comme un semblable, un « analogon du moi ».

b. Empathie et psychologie

C'est à Theodore Lipps que l'on doit le transfert du concept d'Einfühlung de l'esthétique à la psychologie de l'intersubjectivité à partir du moment où il a élargit l'empathie à la préhension de l'expérience subjective d'autrui.

Nous avons vu que, selon Lipps, l'autre nous permet de mettre une forme sur la multiplicité de sensations que nous éprouvons. La réciproque « c'est que nous attribuons

des sensations et des émotions aux autres semblables aux nôtres à la seule reconnaissance de la forme » (Jorland, 2004). Lipps postule un « instinct d'imitation ». Pour expliquer ce phénomène, il nous invite à imaginer ce qui se passe quand on regarde un acrobate. Nous mimons intérieurement ses mouvements et entrons dans son corps à tel point que, s'il se déséquilibre, nous craignons de tomber avec lui. Jean-Luc Petit souligne qu'il y a d'abord fusion entre la subjectivité de l'acrobate et la notre et ce n'est que par un acte de réflexion ultérieur que nous avons la capacité de distinguer les mouvements imputables à l'acrobate de ceux éprouvés dans notre corps propre : « La fusion serait première, la séparation seconde » (Petit, 2004).

Pour Lipps, il en va de même pour les émotions. Il part du phénomène que la perception de l'expression corporelle d'un individu dans un état émotionnel donné active la même perception chez l'observateur, sans que cela ne passe par une prise en compte cognitive du phénomène. Ainsi, pour lui, le fait de voir une expression sur un visage réveille « automatiquement » les afflux nécessaires à la production de cette expression. Ces afflux induisent alors l'état affectif interne correspondant à cette expression. La vision de l'expression est donc suivie d'une imitation interne « organique » non volontaire des mouvements d'autrui (Elie, 2009, p. 102). Cette idée sera plus tard appuyée par la découverte des neurones miroirs.

L'instinct d'imitation postulé par Lipps est intéressant parce qu'il rappelle que nous sommes en empathie parce que nous avons avant tout un corps et des sensations. Il se place donc bien dans la tradition phénoménologique où nous entrons en relation avec l'autre et ne le connaissons qu'à travers une expérience de corporéité.

C'est le psychologue Edward B. Titchener (1867-1927) qui traduira par la suite le terme *Einfühlung* par *Empathy*, en s'appuyant sur les deux mots grecs *em* et *pathos* pour rendre la notion de « sentir dedans » (Neumann, 2009). Il définit l'empathie comme un sentiment ou une projection de soi dans un objet avec des implications sociales, l'empathie étant alors une façon de rendre l'environnement plus humain (Brunel et Cosnier, 2012).

Le concept d'empathie a donc glissé comme mode d'appréhension d'une œuvre d'art au mode d'appréhension d'autrui, mais c'est véritablement la psychologie humaniste et Carl Rogers, qui ont popularisé le concept d'empathie en en faisant un agent thérapeutique dans

le développement de la personne. Nous étudierons les idées de Carl Rogers dans le chapitre III.

c. Empathie et psychanalyse

En 1905, dans *Le Mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, Freud emploie le terme *Einfühlung* pour décrire le processus qui permet de prendre la perspective d'autrui pour tirer le comique de la situation dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il développe les étapes qui conduisent à la prise de perspective dans cette situation sociale complexe, on constate que sa description est très proche de ce qu'évoque Lipps (Hochmann, 2012). Dans sa *Psychologie des masses et analyse du moi*, il utilise à nouveau le concept d'*Einfühlung*: « [...] nous nous trouvons en présence du processus connu en psychologie sous le nom d'*Einfühlung* (assimilation des sentiments d'autrui) et qui joue un très grand rôle grâce aux possibilités qu'il nous ouvre de pénétrer l'âme de personnes étrangères à notre moi » (Freud, 1921). Freud ne fera plus mention de l'*Einfühlung* dans ses ouvrages suivants, ce que Georgieff considère comme un abandon volontaire, devant le risque de mettre en péril le statut scientifique qu'il avait de la psychanalyse. En effet, « reconnaître une influence réciproque c'est renoncer à l'indépendance entre observateur et objet observé, indépendance jugée ici garant de scientificité » (Georgieff, 2008). Valider la présence du phénomène empathique au cours de la cure pose la question de la place de la subjectivité dans le cadre analytique et viendrait remettre en cause que ce qui est observé par l'analyste est objectivable car indépendant de celui qui l'observe.

De la même manière, Lacan revendique le statut de neutralité objective du psychanalyste, ce qui laisse peu de place à l'idée d'empathie dans le courant lacanien (Widlöcher, 2004).

Cependant, si la notion d'empathie ne fait pas l'unanimité chez les psychanalystes, Lancelot (2010) repère chez les auteurs anglo-saxons post-freudiens l'apparition de concepts proches de celui d'empathie : Mélanie Klein avec le concept d'identification projective, Bion avec la notion d'intuition (capacité de capter avec une certaine acuité les états émotionnels d'autrui) et Winnicott avec la « préoccupation maternelle primaire ». Celle-ci consiste, pour la mère, à détecter l'état émotionnel de son enfant par le repérage d'indices,

puis à inférer des hypothèses quant aux raisons qui génèrent cet état et pouvoir ainsi satisfaire les besoins de son bébé. Winnicott souligne le fait que la mère reste adulte, même si elle est très identifiée à son bébé, ce qui rappelle la distanciation nécessaire et irréductible entre soi et autrui.

C'est surtout le courant psychanalytique américain de la Self Psychology et ses représentants Kohut et Greenson qui vont faire de l'empathie un des processus majeurs de la cure en remettant ainsi en cause l'objectivité supposée du cadre analytique classique. Pour eux, l'empathie est une composante essentielle de l'appréhension du fonctionnement psychique de l'autre. Greenson estime que « pour bien comprendre le patient il faut se mettre à sa place ». Kohut considère l'empathie comme une « condition préalable nécessaire pour avoir un rôle de soutien ou thérapeutique ». Ces considérations vont donner naissance au courant de l'intersubjectivité qui va faire de l'implication subjective du psychanalyste un levier thérapeutique dans la cure.

Enfin, Lebovici considère également que l'empathie est une composante essentielle dans la cure. Pour lui, « l'empathie, dans la cure, enrichit le contre transfert et guide le travail interprétatif, en particulier quant au timing des interventions de l'analyste ». Il se rapproche ainsi de la conception bionienne de l'intuition (Anguelergues, 2004).

d. Empathie et neurosciences

Curieusement l'empathie sera longtemps délaissée par les scientifiques et la question de l'accès à la vie mentale d'autrui ne sera posée que récemment, sous la forme de la « théorie de l'esprit », qui préparera la redécouverte de l'empathie par les neurosciences.

C'est à partir de la pathologie et notamment des troubles de la cognition sociale dans l'autisme que les neurosciences se sont penchées sur la dimension cognitive du phénomène empathique. En effet, l'une des caractéristiques de l'autisme est le trouble des interactions avec autrui. L'empathie permettant l'établissement de l'intersubjectivité et d'un espace partageable entre soi et les autres, on peut postuler un problème d'empathie chez l'autiste.

Ce trouble de l'interaction avec autrui est notamment marqué par l'incapacité à lire les états mentaux des autres, ce qu'on a appelé « théorie de l'esprit ». Baron-Cohen (1998) parlait aussi de « cécité mentale » pour nommer cette incapacité. Depuis une trentaine d'années, les chercheurs cognitivistes se sont ainsi intéressés au lien entre le développement d'une théorie de l'esprit et sa défaillance dans le cas de l'autisme.

i. Le concept de théorie de l'esprit

La notion de théorie de l'esprit (theory of mind ou TOM) a été introduite en 1978 par les éthologues Premack et Woodruff dans leur article *Les chimpanzés ont-ils une théorie de l'esprit ?* Ce terme désigne les processus cognitifs qui permettent une compréhension de nos propres états mentaux (croyance, désirs, intention) et de ceux d'autrui, avec l'idée de pouvoir prédire les comportements de l'autre. Cette capacité cognitive se développe chez l'enfant à partir de l'attention conjointe puis se complète vers l'âge de quatre ans par la prise de conscience qu'autrui peut avoir des pensées et des interprétations différentes de ses propres croyances (Brunel et Cosnier, 2012).

Deux théories sont entrées alors en compétition pour tenter d'expliquer la formation d'une théorie de l'esprit chez un individu : la théorie de la théorie et la théorie de la simulation.

- Théorie de la théorie :

Comme le rappelle Georgieff dans *Psychopathologie de l'Intersubjectivité* (Georgieff, 2013, p. 31), la théorie de la théorie (ou « métathéorie ») est une conception intellectualiste de la théorie de l'esprit qui considère celle-ci comme un raisonnement sur les croyances et intentions d'autrui, issu de calculs cognitifs mais aussi de l'apprentissage et de l'expérience. L'enfant serait alors un apprenti-savant pour qui l'exposition à des situations sociales est l'occasion de tester des hypothèses scientifiques sur les croyances ou désirs d'autrui, hypothèses qu'il va progressivement affiner et rectifier (Gopnik, 1996, cité par Xavier et Bonnot, 2013).

Selon la théorie modulaire et le modèle de Baron-Cohen, la théorie de l'esprit découlerait plutôt d'un ensemble de modules intégratifs innés (détecteur d'intentionnalité,

de direction des yeux et mécanisme d'attention partagée), spécialisés dans l'attribution d'états mentaux à autrui, et serait donc peu dépendante de l'expérience.

- Théorie de la simulation :

La théorie de la théorie a été le modèle dominant jusqu'à ce qu'elle soit remise en question par la théorie « simulationniste ». Selon cette dernière, nous parvenons à connaître l'état mental d'autrui parce que nous sommes capables de simuler à l'intérieur de nous-mêmes son état mental en nous mettant « corporellement » à sa place (Brunel et Cosnier, 2012). La théorie de la simulation requiert donc que l'observateur utilise sa propre expérience et ses connaissances afin d'inférer l'état mental d'un autre individu.

Tisseron résume ces deux approches de la façon suivante : pour les partisans de la théorie de la théorie, « je me fais une idée de ce que ressent mon interlocuteur par une construction cognitive. Je me dis : « Il doit penser et éprouver que... ». Au contraire, pour les partisans de la théorie de la simulation, je me dis : « A sa place, je penserais et éprouverais que... ». Pour les premiers c'est la maîtrise conceptuelle qui manque à l'enfant de moins de quatre ans. Pour les seconds, c'est la possibilité de changer de point de vue. » Tisseron souligne qu'en théorie ces deux approches sont difficilement compatibles mais qu'en pratique, elles peuvent coexister. Pour comprendre l'autre, certaines personnes « utilisent de façon préférentielle la première et d'autre la seconde. Certains sont en effet très doués pour observer de petits indices qu'ils rassemblent de façon à en tirer une compréhension globale de leur interlocuteur. Au contraire, d'autres semblent capables d'apprécier l'état intérieur d'autrui d'un seul coup. Les premiers sont plus « analytiques » et les seconds plus « intuitifs » » (Tisseron, 2010, p. 34).

ii. Critique de la théorie de l'esprit

Le philosophe Jean-Luc Petit (2004) nous met en garde du risque de solipsisme (idée qu'il n'y aurait pour le sujet pensant d'autre réalité que lui-même) inféré par le concept de théorie de l'esprit. En effet, conceptualiser la relation à autrui dans les termes d'une théorie des représentations internes dans un esprit-cerveau, c'est couper l'homme du monde et de

l'autre. Une telle intellectualisation ramène toutes les modalités de la relation à l'autre aux façons de se représenter intérieurement le comportement d'un système physique de l'environnement, de se l'expliquer et d'en prédire le cours ultérieur. Ce sont « des modes de l'activité intellectuelle d'un pur sujet épistémique, séparé de l'objet représenté, expliqué ou prédit ». Si l'autre « doit être la conclusion d'un raisonnement, fût-ce par analogie, la communication intersubjective devient une illusion, ou une fiction puisque chaque sphère de vécu est alors refermée sur un sujet calculateur solitaire ». Petit rejoint ainsi les conceptions phénoménologiques s'appliquant à se dégager autant que possible de toute hypothèse théorique sur la nature de l'esprit.

Pour Alain Berthoz (2004), « il ne s'agit pas [dans l'empathie] de bâtir une « théorie des intentions » de l'Autre, mais de supprimer tous les obstacles qui se dressent entre l'autre et soi. Il s'agit en fait de supposer le contraire d'une théorie ».

Nicolas Georgieff (2008) souligne également que « l'approche clinique éclaire des propriétés spécifiques de l'empathie qui ne sont pas prises en compte par les neurosciences. C'est le cas notamment du principe d'une influence psychique interpersonnelle réciproque, et de l'action transformatrice de cette influence qui fonde le processus psychothérapeutique. Là où les neurosciences cognitives voient un mécanisme assurant la connaissance d'autrui par la reproduction ou réplique de l'expérience d'autrui en soi, processus lui-même associé à un processus de différenciation entre soi et autrui, l'approche clinique décrit en effet un processus de modifications psychiques mutuelles qui aboutit à la construction de contenus nouveaux. L'interpsychique est ainsi à l'origine d'un coppsychique, d'une organisation tierce qui ne peut être réduite à la reconnaissance en autrui du même ou du différent de soi. La connaissance d'autrui transforme en effet le soi. ».

Ainsi, le concept de théorie de l'esprit ne recouvre pas le terme d'empathie qui va bien au-delà. Nous allons maintenant nous attacher à définir la notion d'empathie, en la distinguant de celles qui lui sont proches.

2. Définition

Etymologiquement, le mot empathie vient du grec *em-* « dans, à l'intérieur » et *-pathos* « souffrance », « ce qui est éprouvé ». Selon le Larousse, c'est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui et de percevoir ce qu'il ressent.

Aujourd'hui, il n'existe toujours pas de consensus autour du concept d'empathie qui continue de se construire. Marie-Lise Brunel (1989) a en effet recensé environ 200 définitions de l'empathie dans l'histoire de la psychologie et la psychanalyse. Elle souligne que « dès que l'on entre dans la littérature empathologique, aujourd'hui en pleine expansion¹, les conceptions des auteurs, aussi variés que compétents, sont, non seulement diverses mais parfois contradictoires » (Brunel et Cosnier, 2012, p. 87). En effet, selon les auteurs, l'empathie peut signifier : une simple contagion émotionnelle, une capacité d'écoute, le fait de réagir à la souffrance de l'autre, la capacité à se représenter et à comprendre les émotions des autres, ou bien la capacité à se représenter et à comprendre l'ensemble des états mentaux (pas seulement émotionnels) des autres (Favre et al., 2005).

Puisqu'il n'existe pas de définition qui fasse consensus, nous devons, pour ce travail de thèse, prendre le parti d'en adopter une.

a. Définition de travail

Si l'on veut donner une définition explicative, il faut y intégrer un ensemble de processus, comprenant des mécanismes automatiques et volontaires, des composantes affectives et cognitives, et la définition de soi et de l'autre.

Pour ce travail, nous nous appuyons donc sur la définition suivante :

L'empathie est la capacité de comprendre et de se représenter les émotions, les sentiments et plus globalement les états mentaux d'autrui, en adoptant le point de vue de

¹ Une recherche dans PubMed avec le mot-clé « empathy » recense 16 035 publications dont 12 759 ces 20 dernières années, rien que dans le domaine de la santé.

l'autre, tout en restant soi-même (Berthoz, 2004 ; Boulanger et Lançon, 2006 ; Decety et Lamm, 2006).

Cette définition suggère trois processus sous-jacents:

- Un couplage involontaire de son corps vivant avec le corps vivant de l'autre (Depraz, 2004)
- Un changement de point de vue, une décentration par transposition imaginaire de soi dans l'autre (Depraz, 2004 ; Berthoz, 2004 ; Thirioux, 2010).
- La distinction entre soi et autrui (Berthoz, 2004 ; Decety et Lamm, 2006 ; Georgieff, 2008).

b. Les trois dimensions de l'empathie

i. Couplage involontaire de son corps vivant avec celui de l'autre.

La première phase de l'empathie est un couplage passif avec l'autre par synchronisation. Il s'agit d'une disposition innée à ressentir que les autres personnes sont « comme nous ». Le point de départ pour ce couplage est ce que Husserl nomme le corps vécu (*Leib*).

1. le corps vécu ou conscience pré-réflexive

Par opposition au corps physique (*Körper*), qui correspond à un objet matériel doté de propriétés spécifiques, le corps vécu (*Leib*) forme l'unité de l'être en tant que sujet conscient de lui-même et ouvert, par essence, au monde. Il s'agit d'une présupposition expérientielle nécessaire, point de départ de tout mouvement empathique (Depraz, 2004).

On peut rapprocher ce concept de « corps vécu » du concept de conscience minimale de soi. La conscience minimale de soi, ou conscience pré-réflexive, représente la conscience que nous avons en tant que sujet de l'expérience immédiate (Nelson et al., 2009). Elle comporte deux dimensions (Tandonnet, 2011) :

- Le sens du soi corporel (ou corporéité), c'est-à-dire la conscience que le soi est localisé à l'intérieur des limites du corps propre et a une position spécifique dans l'espace (Blanke et Metzinger, 2009)
- Le sens de l'agentivité, c'est-à-dire la conscience d'être à l'origine de ses propres actions (Legrand, 2005 ; Blanke et Metzinger, 2009).

Selon Husserl, il ne pourrait pas y avoir de perception sans conscience du corps agi.

Il est intéressant d'avoir à l'esprit que les deux autres niveaux de conscience sont réflexive puis narrative. En effet, au fur et à mesure que le sujet habite son corps, et qu'il rencontre l'environnement notamment social et culturel, il développe une conscience plus affinée de lui-même en tant que sujet incarné (Tandonnet, 2011). Ainsi, le deuxième niveau de conscience est la conscience réflexive, plus explicite, capable d'auto-identification de soi-même (nécessitant un effort à l'inverse de l'agentivité qui est automatique). Elle permet de se considérer comme sujet invariant et persistant de l'expérience et de l'action (Nelson et al., 2009). Le dernier niveau de conscience est la conscience narrative. Il s'agit de la conscience autobiographique qui se réfère aux caractéristiques individuelles comme la personnalité ou les habitudes (Nelson et al., 2009).

De la même manière que nous avons une conscience minimale de nous grâce à notre corps expérimentant, autrui nous est indiqué en premier lieu par son corps. Et comme nous sommes corporellement conscients de nous-mêmes, nous sommes à même de considérer l'autre sujet comme étant également un corps vécu (incarné) (Depraz, 2004). Pour Husserl, et à sa suite Merleau-Ponty, le corps est ainsi l'instrument principal pour la capacité de partager l'expérience avec les autres : « C'est par mon corps que je comprends autrui, comme c'est par mon corps que je perçois des "choses" » (Merleau-Ponty, 1945, cité par Boulanger et Lançon, 2006). L'empathie est donc profondément ancrée dans l'expérience de notre corps vécu, et c'est cette expérience qui nous permet de reconnaître les autres non pas comme des corps dotés d'esprit mais comme des personnes qui nous sont semblables, des alter-ego.

2. Couplage

Le couplage des corps vivants (vécus) de soi et d'autrui est une synthèse passive dans le sens où le sujet ne contribue pas lui-même à un tel processus. C'est un phénomène immédiat, involontaire, direct et primaire. Les deux corps vécus entrent spontanément dans une relation fondée sur leur similarité corporelle, sensorielle et perceptive. Cette similarité n'intervient pas à un niveau de perception visuelle où l'image corporelle apparaît à la conscience comme objet, mais concerne plutôt un schéma corporel inconscient ou automatique qui prend en compte la posture, le geste et le mouvement. Cette synthèse passive permet une synchronisation concrète entre les deux soi incarnés (Depraz, 2004).

Gallese (2001, cité par Boulanger et Lançon, 2006) évoque ainsi deux identités (ou subjectivités) : une identité en tant qu'unicité (que nous possédons individuellement) et une identité partagée (que nous partageons avec les autres). Cette dernière est fondée sur un ensemble de « certitudes implicites » au sujet d'autrui, contribuant au sens de l'autre. Il s'agit d'une forme implicite, pré-réflexive de la compréhension de l'autre qui s'établit sur un sens profond de l'identité nous reliant les uns aux autres.

D'une certaine manière, nous pouvons rapprocher cette dimension phénoménologique de couplage avec le concept de représentations partagées évoqué par Jean Decety en sciences cognitives.

La notion de représentations partagées fait référence au fait que la perception d'une action chez l'autre déclenche automatiquement en soi la simulation de cette action au niveau cérébral. Le message est ensuite automatiquement véhiculé vers les régions motrices permettant de préparer et d'exécuter la réponse. Pour Berthoz (cité par Decety, 2004) : « La perception est une simulation de l'action ». En effet, ce sont les mêmes processus de traitement de l'information et les mêmes réseaux neuronaux qui sont activés lorsqu'on simule mentalement une action, lorsqu'on la produit et lorsqu'on observe cette action exécutée par une autre personne (Decety, 2004). Ainsi, perception et action partagent un code commun au niveau cérébral. Ces codes communs concernent les mouvement physiques mais aussi les représentations abstraites et symboliques (Decety et al, 1997) ainsi que les émotions et sensations.

Pour preuve de ce couplage spontané, on sait que les humains ont tendance à s'imiter les uns les autres de manière automatique lorsqu'ils interagissent socialement. Plusieurs observations étayent ce phénomène. Premièrement, on voit que les bébés sont capables d'imiter les mimiques faciales dès leur plus jeune âge, alors même qu'ils sont incapables d'établir une correspondance visuelle entre leur visage et ceux des adultes. On voit aussi que les spectateurs de performances sportives montrent des comportements d'accompagnement ou d'imitation des efforts d'autrui (Bachoud-Lévi et Degos, 2004). On observe également que les membres d'un même groupe ont tendance à adopter les mêmes gestes ou postures, que les parents ouvrent leurs bouches quand ils nourrissent leur bébé à la cuillère et que la vue d'une personne qui baille donne l'envie de bailler à son tour (Decety, 2004; Brunel et Cosnier, 2012, p. 96). Enfin, un patient présentant un syndrome frontal, et donc une levée des inhibitions, montrera des comportements d'imitation. Il pourra par exemple avoir tendance à imiter l'examineur en train de l'examiner même si cela est parfaitement inadapté (Bachoud-Lévi et Degos, 2004).

Ces phénomènes de couplage ou représentations partagées, appelées également « résonnance motrice et émotionnelle » ou encore « mimétisme », pourrait avoir pour base neurophysiologique le système des neurones miroirs. Nous reviendrons sur ce système dans notre partie sur la naturalisation de l'empathie.

Pour Bérangère Thirioux (2010), cette phase est une phase initiale d'identification voir d'unification à autrui. C'est une phase de contagion émotionnelle qui survient à la fois dans les phénomènes de sympathie et d'empathie.

ii. Changement de point de vue

La deuxième phase de l'empathie fait appel à des processus plus cognitifs. C'est une phase active. Il s'agit pour le sujet de se transposer en imagination dans l'autre, d'effectuer volontairement un transfert psychique de lieu pour accéder à la conscience d'autrui. Il se met ainsi à la place de l'autre. « Mon soi incarné et situé, lequel occupe habituellement la position de *l'ici*, tandis que l'autre en tant que soi incarné occupe la position du *là-bas*, ce soi subit un renversement complet puisque je suis à présent à la place de l'autre là-bas, alors

que lui ou elle est à ma place ici. [...] Cette transposition a lieu d'esprit à esprit » (Depraz, 2004).

Alain Berthoz (2004) souligne l'importance, dans l'empathie, de cette dimension spatiale. Son hypothèse originale est que les mécanismes de la manipulation des points de vue spatiaux sont aussi à la base de la capacité à manipuler librement les points de vue de type cognitif, qui relèvent des croyances, des opinions et des perceptions de l'autre.

Pour argumenter son propos, il s'appuie d'abord sur l'étymologie du terme « empathie ». En effet, comme nous l'avons vu, le préfixe *em-* signifie en grec « dans, à l'intérieur » tout comme le préfixe *ein-* de l'*Einführung* allemand, ce qui renvoie à la notion spatiale de se projeter mentalement *dans* l'autre (Thirioux et Berthoz, 2011).

Se projeter mentalement dans l'autre nécessite un changement de perspective, ou de « point de vue », et donc la capacité de manipuler l'espace pour passer d'un référentiel égocentré (centré sur soi) à un référentiel hétéro-centré (centré sur l'autre) ou allo-centré (centré sur un objet extérieur).

Pour imaginer son propos, Berthoz (2004) explore les différentes stratégies de navigation mentale que nous utilisons lorsque nous essayons de retrouver un trajet. La première est la « stratégie de route » qui consiste à se souvenir de nos kinesthèses, c'est-à-dire des mouvements ou des tournants que nous avons effectués et de les associer aux repères visuels que nous avons remarqués. C'est une stratégie épisodique (succession des événements vécus dans l'ordre où ils sont apparus) et fondamentalement égocentrée. Nous pouvons aussi nous rappeler un trajet par une deuxième stratégie dite « de survol », qui consiste à se représenter une carte géographique du lieu, vue de dessus, puis suivre un trajet sur cette carte mentale. Il s'agit d'une stratégie allocentrique. Dans l'empathie, ces deux stratégies de navigation mentale doivent être utilisées simultanément. « Il s'agit d'être complètement à la fois moi et un autre. Il faut que je me dédouble en restant moi-même. ». Nous devons effectuer une opération de décentrage pour passer du point de vue égocentré à allocentré tout en gardant un point de vue égocentré. Nous devons être à la fois nous-mêmes, l'autre, et « avoir sur l'entre deux un point de vue de survol » (Berthoz, 2004).

Cette capacité à changer de point de vue n'est possible que lorsque l'espace intellectuel et cognitif prend le pas sur l'espace perceptif. Chez l'enfant, cette capacité se développe tardivement, vers l'âge de 7-8 ans pour Piaget. En effet, Piaget montre que c'est à

cet âge là que l'enfant est capable de décrire un paysage composé de trois montagnes à partir du point de vue d'une poupée (Berthoz, 2004). Pour d'autres théoriciens du développement (notamment Wimmer et Perner avec l'épreuve du transfert inattendu, 1983), cette capacité se développerait plutôt vers l'âge de 4-5 ans quand l'enfant peut inférer des croyances vraies ou fausses.

L'importance de l'adoption d'un référentiel hétérocentré dans l'interaction sociale et la communication est renforcée par les recherches de Jean-Denis Degos et Anne-Catherine Bachoud-Levi sur les troubles de la désignation et notamment l'hétérotopoagnosie. Le fait de désigner, c'est-à-dire de montrer quelque chose à quelqu'un, relève d'une structure de communication puisqu'il s'adresse à un tiers et fait référence à un objet. On retrouve les trois personnes : je (celui qui désigne), tu (celui à qui s'adresse la désignation) et il (la cible de la désignation). Les patients atteints d'hétérotopoagnosie ne sont pas en capacité de désigner le corps de l'autre lors d'un pointage protodéclaratif. Au lieu de pointer sur le corps de l'autre, ils pointent sur leur propre corps. Pourtant ils peuvent toucher, nommer ou attraper un objet sur le corps de l'autre. Cela signifie que ces patients conservent une perception égocentrée du monde calée sur un continuum visuo-proprioceptif par lequel le monde perçu fait partie intégrante d'eux. Par contre, ils sont incapables de s'extraire de ce continuum pour avoir une représentation objective du monde et conférer une existence propre aux objets indépendamment de leurs activités les concernant. Ils sont donc incapables de sortir d'eux-mêmes pour avoir une perception hétéro-centrée. Ceci révèle que, contrairement à la relation soi-objet qui peut fonctionner avec un point de vue égocentré, la communication soi-autrui nécessite un changement de référentiel, allocentré, voire hétérocentré (Degos et Bachoud-Levi, 1998 et 2004).

Ainsi, cette deuxième phase empathique est une prise de perspective cognitive. Tout se passe « comme si » le sujet pouvait être à la place de l'autre sans y aller. Cette transposition témoigne de la spatialisation de l'imagination (je suis ici et aussi d'une certaine façon là-bas) et de son ancrage dans la spatialité de la relation intercorporelle formée par le couplage décrit précédemment. Les deux phases (couplage et prise de perspective) sont distinctes mais simultanées et articulées comme les deux côtés de la même expérience. Il y a, d'un côté, ce qu'autrui manifeste en apparaissant dans mon champ perceptif et, de l'autre

côté, ce qu'il me permet de saisir de lui par un acte d'imagination (Boulanger et Lançon, 2006).

Pour d'autres auteurs (Georgieff, 2008, Decety, 2004), cette dimension de changement de point de vue correspond davantage à un système de mentalisation permettant de comprendre les états mentaux d'autrui par un système d'inférences. Ceci rejoint le concept de théorie de l'esprit évoqué au chapitre précédent.

iii. La distinction entre soi et autrui

La troisième dimension de l'empathie implique de bien faire la différence entre soi et autrui. Ceci est indispensable pour éviter la contagion émotionnelle qui a lieu au seul stade des représentations partagées. Celui qui éprouve de l'empathie doit être conscient que ses émotions et sentiments sont plus ou moins similaires mais pas identiques à ce que ressent l'autre (Decety, 2004). Il doit donc être capable d'inhiber l'émotion partagée et de distinguer l'émotion de l'autre de la sienne propre.

La conscience de soi, et de soi différent de l'autre, sont donc des conditions nécessaires à l'empathie. En particulier, la conscience d'être l'auteur de l'action (agentivité) est un aspect crucial pour naviguer efficacement entre les représentations partagées de soi et d'autrui (Decety, 2003).

Berthoz et Thirioux soulignent également l'importance de la conservation du sentiment d'agentivité durant tout le processus empathique. Tandis que nous prenons la perspective de l'autre nous gardons aussi notre « flux de vécu à la première personne », c'est-à-dire notre référentiel égo-centré avec nos systèmes perceptifs normaux (Berthoz, 2004 ; Bertoz et Thirioux, 2011).

Ce serait ce sentiment d'agentivité et plus globalement la conscience pré-réflexive de soi qui serait perturbée dans la schizophrénie, expliquant ainsi les troubles de l'empathie retrouvés dans cette pathologie (Nelson et al., 2009, Tandonnet, 2011).

c. Une étape supplémentaire : la réciprocité de l'empathie

Par ailleurs, pour Depraz, cette distinction entre soi et autrui mène à l'interprétation d'autrui comme un Autre pour soi mais également de soi comme un Autre pour autrui (Depraz, 2001, citée par Boulanger et Lançon, 2006). Nous faisons la distinction entre nous et autrui, et autrui fait aussi la distinction entre lui et nous. L'empathie est alors « réitérée », de telle sorte que "j'imagine empathiquement ton expérience empathique de moi, et que tu imagines empathiquement mon expérience empathique de toi". C'est en se percevant à partir de la perspective de l'autre, que nous nous saisissons nous-mêmes comme un individu dans un monde intersubjectif et que nous développons un point de vue intersubjectif qui transcende nos perspectives singulières de première personne (Thompson, 2004).

Nous pouvons rapprocher cette vision de celle de Serge Tisseron lorsqu'il compare l'empathie à une pyramide à trois niveaux. Le premier niveau reprend les éléments que nous avons cités précédemment. Il consiste à comprendre le point de vue de l'autre et ce qu'il ressent. Le deuxième niveau est celui de la reconnaissance mutuelle qui fonde la réciprocité : « j'accepte que l'autre se mette à ma place ». Il s'agit de percevoir l'autre comme un être sensible au même titre que soi. Le troisième niveau est celui de l'intersubjectivité et consiste à reconnaître à l'autre la possibilité de nous éclairer sur ce que nous ignorons de nous-mêmes : « j'accepte qu'autrui m'informe sur ce que je suis et me révèle à moi-même » Il ne s'agit donc pas seulement de se mettre à la place de l'interlocuteur et de se laisser affecter par ce qui le touche mais d'accepter aussi que l'interlocuteur lui-même se mette à notre place et nous y questionne de façon à nous enrichir de son point de vue sur nous : « L'autre nous révèle à nous-mêmes et nous le révélons à lui » (Tisseron, 2010, p. 54).

d. Autres définitions

Parmi les autres définitions de l'empathie, certaines notions nous semblent intéressantes à souligner :

Certains auteurs insistent sur la dimension éthique et morale de ce concept. Selon Thompson (2004), c'est l'empathie qui permet le souci et le respect de l'autre dans un sens moral. Singer et son équipe (2006) rapportent également que la considération morale qu'on a d'autrui influence notre réaction empathique envers lui. En effet, ils ont évalué la réponse empathique de sujets vis-à-vis de personnes se comportant de manière juste ou injuste lors d'un jeu d'argent. Quand on inflige une stimulation douloureuse aux personnes injustes, la réponse cérébrale des hommes observateurs dans les régions reliées à l'empathie (en particulier l'insula antérieure et le cortex cingulaire antérieur) était moins forte que pour les personnes justes.

Ainsi l'empathie est souvent associée à l'altruisme et aux comportements prosociaux comme l'entraide.

D'autres auteurs ont tentés de distinguer les dimensions affective et cognitive de l'empathie. « L'empathie se caractérise par deux composantes primaires : 1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne » (Decety, 2004). Nous pourrions rapprocher cette définition de la notre en assimilant l'empathie affective au processus premier de résonance, et l'empathie cognitive au processus de changement de point de vue intentionnel.

Ainsi, nous retenons trois composantes principales dans l'empathie, concept que nous allons maintenant différencier de notions qui lui sont proches.

3. Distinction avec des notions proches

a. Empathie versus sympathie

C'est certainement avec la sympathie que l'empathie est la plus souvent confondue, ne serait-ce que par leur proximité étymologique. Dans les deux mots le radical *-pathie* signifie « ce qui est éprouvé ». Mais le préfixe grec *sym-* signifie « avec », alors que le préfixe *em-*, comme nous l'avons vu, signifie « dans, à l'intérieur ». Ainsi, pour Tisseron : « L'empathie c'est la capacité à s'acclimater au paysage *intérieur* de l'autre, sans forcément y

adhérer, se réjouir pour l'autre par exemple; alors que la sympathie c'est se réjouir (ou plus largement éprouver, NDLA) avec l'autre, dans une adhésion au système de valeurs de l'autre» (Tisseron, 2010).

Là encore il y a de nombreuses définitions différentes de ce qu'est la sympathie. Dans une approche courante, la sympathie consiste à éprouver une inclinaison positive à l'égard de l'autre (Younès et Hardy-Baylé, 2013). Selon le Grand Robert, c'est une affinité morale, une similitude de sentiments entre deux ou plusieurs personnes. Au sens littéral, c'est la participation à la douleur d'autrui.

De ces différentes définitions, nous retiendrons qu'il s'agit d'une résonance émotionnelle avec un maintien en position égocentrée. C'est dans ce maintien en position égocentrée que réside la différence essentielle avec l'empathie : dans la sympathie on ne se met pas à la place de l'autre. Pour Jorland, « l'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions et la sympathie consiste inversement à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place [...]. Autrement dit, on peut être empathique sans éprouver de sympathie, de même qu'on peut avoir de la sympathie sans être empathique » (Jorland, 2004). Cette distinction est importante dans le domaine du soin car elle indique qu'empathie et sympathie sont indépendantes l'une de l'autre: l'empathie est possible envers tous les patients, même ceux pour lesquels le soignant n'aurait pas développé de sympathie particulière. A l'inverse, un soignant très sympathique avec ses patients peut manquer d'empathie à leur égard.

Pour distinguer les deux, Jorland propose un test imaginé par Bavelas (1987). Un expérimentateur raconte une première histoire à des sujets qui lui font face, afin d'établir le contact. Il leur raconte ensuite une deuxième histoire dans laquelle un interlocuteur beaucoup plus grand que lui a failli le heurter au visage par des mouvements intempestifs du bras. Pour mimer son geste d'évitement, il se penche à droite à deux reprises. L'enregistrement des réactions des observateurs montre que la moitié d'entre eux se sont penchés au moins une fois à gauche, et un à droite. Ceux qui se sont penchés à gauche, c'est-à-dire du côté opposé de l'interlocuteur leur faisant face, ont été empathiques : en effet, pour prendre le point de vue de leur interlocuteur, pour se mettre à sa place, ils ont dû

effectuer une rotation. L'observateur qui s'est penché à droite a imité l'expérimentateur en miroir, en gardant son point de vue personnel, dans une symétrie de réflexion et a donc été dans une relation de sympathie.

Ainsi, en fonction du contexte, nous pouvons interagir avec autrui de deux façons : depuis notre propre perspective ou depuis celle de l'autre (figure 1).

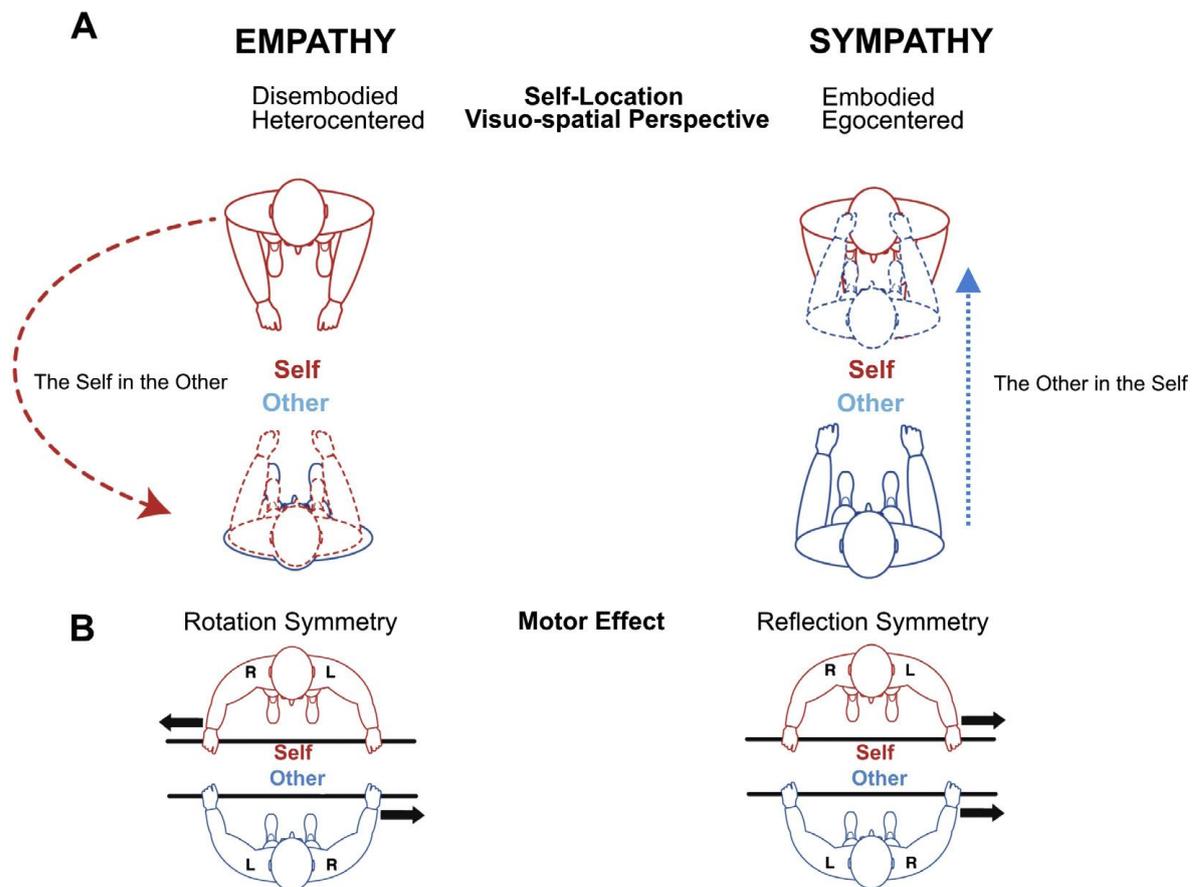


Figure 1 : Deux modes d'interaction - empathie versus sympathie

(Tirée de Thirioux et al., 2014, adaptée de Thirioux et al., 2009)

Dans une relation de sympathie, nous réduisons la perspective de l'autre à la notre. Nous imaginons que le corps de l'autre est notre propre corps, comme reflété dans un

miroir. Nous restons alors dans une perspective égocentrée et incarnée, une perspective « à la première personne ». Nous nous simulons nous même en autrui.

Dans une approche empathique, nous prenons la perspective visuo-spatiale de l'autre en réalisant une translocation mentale de notre corps propre permettant de nous imaginer dans le corps de l'autre. Nous avons alors une perspective hétéro-centrée et désincarnée, une perspective « à la troisième personne ». Il s'agit de la simulation de soi en autrui. Cette prise de perspective s'ajoute aux systèmes perceptifs normaux, par lesquels nous restons nous-mêmes et continuons de voir le monde à la première personne (Berthoz, 2004 ; Jorland, 2004 ; Thirioux, 2010 ; Thirioux et Berthoz, 2011).

L'empathie serait donc la capacité de nous mettre mentalement à la place d'autrui par une projection de notre double dans le corps d'autrui pour comprendre son point de vue, ses intentions et ses émotions, mais sans les éprouver nécessairement, ni nous confondre avec lui. La sympathie consisterait davantage en une résonance émotionnelle, dans laquelle nous éprouverions les sentiments de l'autre sans forcément nous mettre à sa place.

Ainsi les deux concepts, ne différant que par leur préfixe, révèlent finalement des nuances de sens importantes.

b. Empathie versus compassion

La compassion a exactement le même sens étymologique, en latin, que la sympathie en grec. Mais dans le sens commun, elle se situe plutôt du côté des sentiments négatifs, se traduisant donc par la sensibilité à la souffrance d'autrui, la miséricorde ou la pitié (Moreau Taverne, 2012).

c. Empathie versus contagion émotionnelle

La contagion émotionnelle est la propagation d'une émotion d'un individu à un autre. On y trouve une forme d'indifférenciation soi-autrui alors que celle-ci est conservée dans l'empathie et la sympathie. On retrouve ce phénomène de contagion émotionnelle dans les

paniques et les phénomènes de foule, lors desquels on assiste à « l'abolition momentanée de la distinction des moi individuels confondus en un moi collectif » (Pacherie, 2004). On le retrouve aussi chez le bébé qui pleure quand il entend les pleurs d'un autre bébé. En effet, à ce stade précoce, la distinction entre ses états mentaux et ceux d'autrui n'est pas établi.

Pour certains, il s'agit d'un stade de pré-empathie (Tisseron, 2010) ou d'empathie « archaïque », (Brunel et Cosnier, 2012). Pour d'autres, d'une forme extrême d'empathie symbiotique (Scheler cité par Depraz, 2004). Nous pouvons aussi considérer que la contagion émotionnelle fait partie de la première dimension de couplage ou de représentations partagées de notre définition.

d. Empathie versus intersubjectivité

Les rapports de l'empathie et de l'intersubjectivité sont étroits. Nous pouvons néanmoins les discerner par le fait que l'empathie est un processus ou un ensemble de processus alors que l'intersubjectivité serait plutôt un état (état qui résulte en partie du processus empathique). L'empathie est un processus qui peut conduire à l'intersubjectivité qui est un « état de communauté avec autrui, de représentations, d'affects, de désirs ou/et de réalisations d'actions co-intentionnelles » (Brunel et Cosnier, 2012).

4. Tentative de naturalisation de l'empathie

Les neurosciences et la neuropsychologie, grâce avant tout à l'imagerie cérébrale, ont mis en évidence certains corrélats neuronaux de l'empathie. Selon la définition que nous avons adoptée, nous étudierons les supports neuronaux des trois processus constitutifs que nous avons distingués précédemment : 1) Les représentations partagées, 2) le changement de point de vue, 3) et la distinction entre soi et autrui.

Il est important de préciser toutefois que compartimenter des zones cérébrales pour en faire le support privilégié de chaque processus revient forcément à être réducteur, d'autant plus que les recherches s'entrecroisent et n'obtiennent pas toutes les mêmes résultats. Il convient de lire ce chapitre en gardant à l'esprit ces limitations.

a. Les représentations partagées

i. Empathie et neurones miroirs

1. Le système des neurones miroirs

Le système des neurones miroirs (SNM) pourrait être à la base des mécanismes neurophysiologiques responsables des représentations partagées entre soi et les autres (Georgieff, 2008 ; Decety, 2004).

Les neurones miroirs sont des neurones qui s'activent non seulement lorsqu'un individu exécute lui-même une action, mais aussi lorsqu'il observe une autre personne exécuter la même action. On peut dire en quelque sorte que les neurones de celui qui observe imitent les neurones de la personne qui agit, d'où le qualificatif de « miroir » (De Keukelaere, 2005). Pour que les neurones miroirs soient activés, il faut que l'action soit dirigée vers un but. Par ailleurs, l'observateur n'a pas besoin de voir l'action atteindre son but, il doit simplement pouvoir le savoir. En effet, les neurones miroirs sont actifs même si le but de l'action (un objet, par exemple) est caché derrière un écran, (Umiltà, 2001, cité par Legrand, 2004).

La découverte des neurones miroirs a été faite par hasard par une équipe de neurologues italiens sous la direction de Giacomo Rizzolatti (1996) alors qu'ils enregistraient l'activité des neurones prémoteurs de l'aire frontale F5 d'un singe. Les neurones de cette aire F5 codent les actions manuelles du singe. Alors que l'équipe faisait une pause et mangeait à côté du singe implanté, les chercheurs ont eu la surprise d'entendre à nouveau les potentiels d'action des neurones prémoteurs tandis que le singe les observait manger. Ils ont alors repéré que ces neurones, qui étaient activés quand un singe effectuait un mouvement avec un but précis, étaient aussi activés quand le même singe observait simplement ce mouvement chez un autre singe ou chez le chercheur (Petit, 2004). Lorsque le singe observait une action, c'était donc "comme si" il agissait lui-même.

Chez l'homme, une série d'études s'appuyant sur des données neurophysiologiques (EEG, MEG, TMS) et d'imagerie cérébrale (TEP, IRMf) a pu mettre en évidence un système

analogue (Rizzolatti et Craighero, 2004) au niveau du cortex ventral pré-moteur, du gyrus frontal inférieur et du lobule pariétal inférieur (Fogassi, 2011) ainsi qu'au niveau du sillon temporal supérieur (Grèzes, 2010) (figure 2).

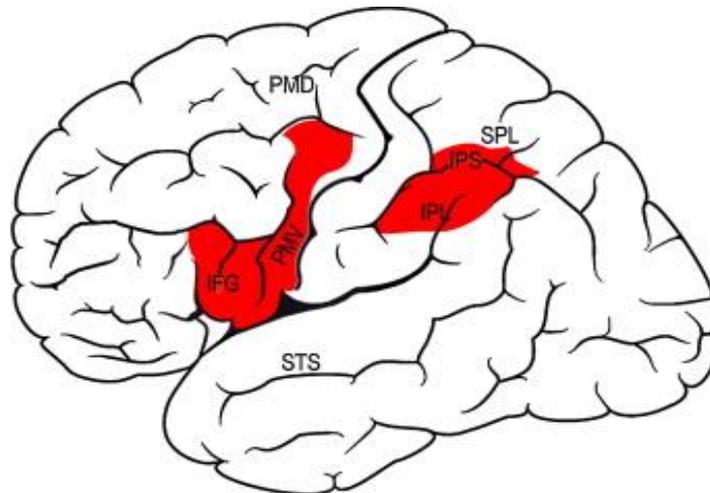


Figure 2 : Le système miroir chez l'homme

PMV: cortex ventral pré-moteur, IFG: gyrus frontal inférieur, IPL: lobule pariétal inférieur, STS : sillon temporal supérieur (Tiré de Fogassi, 2012).

Chez l'homme, l'observation de l'acte moteur active ces structures motrices au même titre que l'imagination, la préparation et l'exécution de l'action. Le système de représentation des actions est donc actif lorsque l'action est représentée mais aussi lorsqu'elle est préparée et exécutée, et surtout lorsque l'action est engagée par le sujet aussi bien que lorsqu'elle est exécutée par autrui et perçue par le sujet. « De même que se représenter l'action c'est agir, observer l'action c'est également agir » (Georgieff, 2008). Le niveau d'activité de ces zones serait toutefois moins important lorsque le mouvement est observé ou imaginé par rapport à lorsqu'il est réalisé (Decety, 2004 ; Grèzes, 2010).

A noter que cette résonance motrice semble exister seulement pour les gestes que nous sommes capables de réaliser, c'est-à-dire appartenant à notre répertoire biomécanique. En effet, lorsque l'on présente à des observateurs des mouvements qui sont biomécaniquement possibles (une personne qui passe son bras derrière sa tête) et des mouvements impossibles (le bras traverse la tête), seuls les mouvements biologiquement possibles activent le système des neurones miroirs. Lorsque les sujets perçoivent des

mouvements impossibles, la région du cortex préfrontal ventro-médian impliqué dans la détection de conflits et d'incohérences, est fortement activée (Stevens et al., 2000, cité par Decety 2004 et Grèzes, 2010).

De même, l'activation du système miroir dépend de notre propre expérience motrice. En effet, lorsque l'on montre un pianiste en action à trois types d'observateurs (naïfs du piano, en cours d'apprentissage et experts), l'activité au sein des régions motrices augmente en fonction de leur niveau d'expertise (Hasegawa et al., 2004, cité par Grèzes, 2010).

C'est donc bien avec notre propre système moteur que nous lisons l'autre.

2) La fonction des neurones miroirs

Diverses hypothèses ont été avancées sur le rôle possible des neurones miroirs. Pour Rizzolatti (2006), ils ont plusieurs fonctions : la *compréhension de l'action* que nous voyons, l'*imitation* de l'action que nous voyons impliquant la possibilité de reproduire cette action mais aussi d'apprendre une nouvelle action par l'observation, et la *compréhension de l'intention* de cette action. Rizzolatti souligne que « ces neurones créent un lien direct entre l'émetteur du message et le receveur. Grâce au mécanisme miroir, les actions exécutées par un sujet deviennent des messages qui sont compris par un observateur, sans médiation cognitive. »

Pour certains auteurs, c'est surtout leur fonction d'imitation qui est essentielle.

Pour Marco Vannotti et Roberto Berrini (2009), l'imitation motrice représente un des mécanismes fondamentaux de l'apprentissage et de l'interaction : « Nous commençons par imiter le geste de l'autre ». Ainsi, c'est l'action qui est à la base de certaines formes de connaissance. Les neurones miroirs montrent que « nous pouvons imiter l'action de l'autre parce que notre cerveau est préprogrammé à résonner en syntonie avec celui de la personne que nous observons. Il s'agit là d'une communication non linguistique entre activités mentales ».

De Keukelaere (2005) souligne que les nouveau-nés ont déjà des capacités d'imitation (recherches de Meltzoff et Moore en 1983 et 1989 sur des enfants âgés de 32 heures, cités par De Keukelaere). Par ailleurs, nous n'imiterions pas seulement des actions mais aussi des intentions et donc des désirs. Il fonde cette idée sur les résultats

d'expériences sur des enfants de 18 mois. Ceux-ci ne reproduisaient pas seulement l'action d'un chercheur essayant de retirer le bout d'un petit haltère mais achevaient son initiative (Meltzoff et Decety, 2003). Ainsi, la découverte des neurones-miroirs pourraient corroborer la théorie mimétique du philosophe et anthropologue René Girard selon laquelle le désir est mimétique.

Soulignons néanmoins que le rôle présumé des neurones miroirs dans les processus liés à la cognition sociale, autre que la simple résonance neuronale consécutive à l'observation de l'action, reste débattu (Jacob and Jeannerod, 2005 ; Decety, 2010).

Ainsi le système des neurones miroirs permet une résonance motrice automatique entre deux individus. Or, une résonance émotionnelle pourrait aussi être en œuvre aux premières étapes de l'empathie, ce qui requiert l'implication du système limbique.

ii. Traitement émotionnel : le réseau SNM-Insula-Amygdale

Le système des neurones miroirs pourrait être impliqué dans les représentations partagées des états émotionnels des autres, via ses liens avec l'insula antérieure et les structures limbiques, notamment l'amygdale (Carr et al., 2003 ; Decety et Lamm, 2006). En effet, l'observation chez autrui de différentes expressions faciales active des régions similaires à celles activées lorsque le sujet imite ces expressions faciales (cortex prémoteur, gyrus frontal inférieur, sulcus temporal supérieur, insula et amygdale). Grâce à ce phénomène engageant le système des neurones miroirs avec relai vers les structures limbiques, les impulsions motrices automatiquement induites par la vue de l'expression de l'émotion sur un visage expressif pourraient permettre à l'observateur de ressentir l'état affectif correspondant (Carr et al., 2003). De même, l'activation cérébrale liée à une expérience émotionnelle générée par l'exposition à un stimulus désagréable (par exemple une mauvaise odeur) et celle liée à l'observation d'une autre personne ayant une expérience similaire de dégoût engagent des régions qui se recouvrent, notamment l'insula antérieure (Wicker et al., 2003). De nombreux travaux de neuro-imagerie ont également été réalisés dans la perception de la douleur chez autrui. Ils montrent que les aires impliquées dans le traitement de la sensation de douleur, c'est-à-dire le cortex somatosensoriel primaire,

l'insula antérieure et le cortex cingulaire antérieur, sont activées que le sujet reçoive lui-même la stimulation nociceptive ou qu'il regarde une autre personne subir cette stimulation (Singer, 2004 ; Decety, 2004, Grezes, 2014). A noter que le cortex cingulaire antérieur semble être lié au contrôle somatique, à l'évaluation négative des stimuli et à la sélection de mouvements face à une situation aversive. Il serait donc associé à des mécanismes de survie tels que l'aversion et le retrait (Decety et Lamm, 2006).

L'empathie émotionnelle serait donc possible grâce à un mécanisme de représentations partagées : l'individu imiterait/simulerait de manière automatique l'émotion qu'il perçoit chez autrui, accédant ainsi à sa signification. L'insula antérieure semble avoir un rôle crucial dans le relais d'informations sensorielles et motrices "miroirs" vers les régions limbiques émotionnelles, dont l'amygdale, qui pourrait permettre de ressentir ce qu'une autre personne ressent, et vers le cortex cingulaire antérieur pour adapter son comportement en conséquence (Lepron, 2009).

iii. Le système du même

Nicolas Georgieff (2008) propose d'appeler « système du même » cet ensemble de processus qui permet à un individu de reproduire les activités cérébrales et mentales d'un autre individu. Ce « système du même » serait le support d'une « propriété neurocognitive générale, miroir ou spéculaire, transitive et mimétique, qui produit des configurations d'activité cérébrale et des représentations mentales analogues chez soi et autrui ». Il permettrait une identification à autrui en reproduisant en nous ce qui est dans l'autre et en nous faisant devenir « *même* qu'autrui » du point de vue de l'activité cérébrale et mentale. A ce stade il n'y a pas forcément de distinction soi-autrui.

b. Le changement de point de vue

Certains auteurs, dont Alain Berthoz, envisagent ce concept de « changement de point de vue » sous l'angle des représentations d'espaces égo et allocentriques, mettant l'accent sur la faculté d'adopter la perspective spatiale d'autrui. C'est le parti que nous avons pris dans nos définitions. D'autres auteurs lui confèrent un sens plus général se rapportant à la

capacité de se mettre à la place d'autrui intellectuellement et émotionnellement via un travail de mentalisation et d'inférences, ce qui rejoint le concept de théorie de l'esprit. Nous allons préciser les mécanismes neuronaux susceptibles de sous-tendre les deux cas de figure en insistant plus particulièrement sur le premier.

i. Prise de perspective

Le changement de référentiel d'égo-centré à hétéro-centré ou allo-centré semble être sous-tendu par une aire cérébrale particulière: la jonction temporo-pariétale (TPJ).

La TPJ est une zone corticale associative multimodale qui intègre les informations provenant de l'ensemble des systèmes sensoriels et du système limbique via le thalamus. Elle possède également des connections réciproques avec le cortex préfrontal et les lobes temporaux (Decety, 2004). Son implication dans les processus de changement de perspective a été étayée par plusieurs études, notamment par des travaux sur les phénomènes autoscopiques et par des études d'EEG.

Les phénomènes autoscopiques correspondent à une altération du sentiment de corporéité. Comme nous l'avons vu, le sujet sain éprouve une autolocalisation incarnée, c'est-à-dire qu'il fait l'expérience que le soi est localisé dans les limites du corps propre et à une position spécifique dans l'espace, ce qui conduit à une unité spatiale cohérente entre le soi et le corps. Dans certaines conditions pathologiques (schizophrénie, épilepsie notamment temporelle, ...), des patients peuvent faire l'expérience d'une rupture entre le soi et le corps conduisant à des hallucinations corporelles. Ces hallucinations sont de trois types : l'hallucination autoscopique, l'héautoscopie, et l'illusion de sortie du corps (« out-of-body experience » ou OBE en anglais). Dans l'hallucination autoscopique, le sentiment d'incarnation n'est pas perturbé, mais le patient a l'impression de voir apparaître face à lui le double de son corps, comme dans un miroir (si le patient lève le bras droit, son double lève le bras gauche) tout en conservant sa propre perspective visuo-spatiale. Dans l'héautoscopie, le double est expérimenté comme un alter ego, c'est-à-dire en rotation de 180° par rapport au corps propre (par exemple, si le patient lève son bras droit, le double lèvera aussi son bras droit). En outre, le « Soi » se situe alternativement dans la perspective visuo-spatiale égocentrée du patient ou dans la perspective du double (allocentrée). Parfois,

le « Soi » y est vécu comme clivé: certaines caractéristiques (physiques et/ou mentales, émotions et intentions) étant vécues dans le corps propre, d'autres projetées dans le double. Dans l'expérience de sortie du corps (OBE), le patient n'a plus le sentiment d'habiter son corps. Il expérimente son « Soi » dans une position surélevée de l'espace, de laquelle il observe son propre corps (Brugger, 2002, cité par Tandonnet, 2011).

L'autoscopie (dans lequel le sujet conserve sa propre perspective visuo-spatiale) serait certainement due à un trouble visuel du traitement du corps occasionné par des lésions au niveau du cortex occipito-pariétal ou du cortex occipito-temporal. L'héautoscopie et l'OBE (dans lesquels le sujet change de perspective visuo-spatiale) seraient davantage dus à un trouble de l'intégration multisensorielle causé par des lésions au niveau de la TPJ (plutôt à gauche dans l'héautoscopie et davantage à droite dans l'OBE) (Blanke, 2005, cité par Tandonnet, 2011).

Brugger (2002) propose l'hypothèse selon laquelle ces phénomènes autoscopiques seraient dus à un dysfonctionnement des mécanismes visuo-spatiaux de changement de perspective qui se mettent habituellement en œuvre spontanément dans l'interaction sociale. La TPJ pourrait ainsi être le support neuronal pour la prise de perspective d'autrui.

Cette hypothèse a été renforcée par des études réalisées en EEG. Lorsqu'on demande explicitement à des sujets sains d'imaginer une figure schématique comme le reflet de leur propre corps dans un miroir tout en conservant leur perspective visuo-spatiale égocentrée, on observe l'activation du cortex temporo-occipital (Arzy et al., 2006). Cette tâche semble reproduire l'hallucination autoscopique. A l'inverse, lorsqu'on leur demande de s'imaginer eux-mêmes dans la position du corps de la figure, et donc d'effectuer une translocation mentale de leur corps, la réalisation de cette tâche active chez eux la TPJ droite comme dans les expériences d'héautoscopie et surtout de sortie du corps (Blanke et al., 2005). Cela confirme l'implication de la TPJ dans la prise de perspective à la troisième personne (3PP).

Une autre étude en EEG vient confirmer le rôle de la TPJ dans l'interaction spontanée en face à face. Dans cette étude, des sujets sains ont devant eux l'image d'un funambule sur un fil qui se penche à droite ou à gauche. Il leur est demandé de se mettre à la place de ce funambule et de se pencher spontanément quand le funambule se penche. Les résultats de cette étude montrent d'une part que les sujets s'inclinent spontanément le plus souvent

selon une symétrie par rotation (par exemple à droite quand le funambule se penche à gauche), prenant ainsi la perspective du funambule, et d'autre part, que ce phénomène est sous-tendu par l'activation de la TPJ gauche, comme l'OBE et surtout l'hallucination héautoscopique (Thirioux et al, 2010).

Ainsi, le changement du point de vue égocentré pour prendre la perspective visuo-spatiale de l'autre via la désincarnation du corps propre semble impliquer le rôle des jonctions temporo-pariétales.

ii. Théorie de l'esprit

Pour les auteurs tenant de la théorie de l'esprit, le changement de point de vue consiste davantage en l'attribution d'états mentaux à l'autre, plutôt qu'à une prise de perspective au sens spatial.

Les études en neuro-imagerie qui portent sur la capacité à "lire dans l'esprit d'autrui" utilisent des histoires courtes ou des bandes dessinées qui représentent les intentions, les croyances ou les désirs des autres (pour une revue, voir Siegal et Varley, 2002). Ces études ont apporté des preuves convergeant vers la participation de trois régions cérébrales dans la théorie de l'esprit: les pôles temporaux, le sillon temporal supérieur et le cortex préfrontal médian.

Premièrement, les pôles temporaux permettraient d'accéder aux connaissances sociales grâce à la mémoire sémantique, autobiographique et émotionnelle (Le Gall et al, 2009). La compréhension de l'autre s'appuierait sur ce que l'on connaît de la personne et de la situation dans laquelle elle se trouve.

Deuxièmement, le sillon temporal supérieur (STS) aurait un rôle dans la prédiction des réactions sociales. Le STS serait activé lors de la perception des indices sociaux visuels comme les mouvements des yeux, du visage, des mains et du corps (Allison et al., 2000) et des indices sociaux auditifs notamment la perception de la voix humaine (Belin et al., 2000). Il serait particulièrement sensible aux indices qui ont une signification sociale comme tendre

l'index pour pointer une direction ou secouer la tête pour exprimer la désapprobation (Decety et al., 1997). Ces observations suggèrent que le STS permettrait de percevoir mais aussi d'analyser les indices sociaux corporels dans le but de contribuer à la communication sociale (Zilbovicius et al., 2006). D'autres auteurs ont montré que le STS était impliqué dans la compréhension de la causalité et de l'intentionnalité (Brunet et al., 2000).

Enfin, le cortex préfrontal médian permettrait d'adopter le point de vue d'autrui. Il s'agit de la zone cérébrale la plus souvent activée lors des études d'IRM fonctionnelle étudiant la mentalisation. Au sein de cette région, le cortex para-cingulaire antérieur s'activerait spécifiquement dans les tâches relatives à la théorie de l'esprit. En effet, cette zone est stimulée lorsqu'un sujet doit déterminer l'état mental d'un autre sujet (tel qu'une croyance), cette croyance pouvant être différente de la réalité, obligeant alors le sujet à prendre en compte simultanément ces deux visions du monde (Gallagher et Frith, 2003).

c. La distinction soi-autrui

i. Implication de la jonction temporo-pariétale

Pour Decety (2004), la mise en évidence d'une augmentation de l'activité au sein de la jonction temporo-pariétale dans la prise de perspective à la troisième personne par rapport à la perspective égocentrée serait surtout en faveur de son implication dans la distinction entre soi et autrui.

Une série d'études de neuro-imagerie a été réalisée pour identifier les systèmes neuronaux impliqués dans la simulation en première personne et la simulation en troisième personne. L'attribution d'une action à une autre personne, comparativement à soi-même, a été associée à une augmentation spécifique de l'activité dans le lobule pariétal inférieur droit (où se situe la TPJ), que ce soit par le biais d'une perception concrète (Farrer et al., 2003; Farrer et Frith, 2002), ou par imagination (Ruby et Decety, 2001). De même, le lobule pariétal inférieur droit est spécifiquement impliqué lorsque l'on imagine comment une autre personne se sentirait dans des situations de la vie quotidienne qui suscitent des réactions affectives (Ruby et Decety, 2004).

D'autres arguments mettent en évidence le rôle de la TPJ, en particulier à droite, dans la reconnaissance de soi et de son corps propre.

Premièrement, les lésions au niveau de cette zone sont susceptibles de produire différents troubles associés à la représentation du corps et la conscience de soi, comme l'anosognosie (non conscience de la maladie) ou l'asomatognosie (non reconnaissance d'une partie de son propre corps) (Decety, 2004).

Deuxièmement, la stimulation électrique de la TPJ droite peut induire les expériences de « sortie hors du corps » ou OBE (Blanke et Arzy, 2005), dans lesquelles, le sujet n'a plus l'impression d'habiter son corps.

Enfin, la stimulation magnétique transcrânienne (TMS) inhibitrice répétée du lobule pariétal inférieur droit peut induire un défaut de discrimination entre son visage et celui de personnes familières (Uddin et al., 2006).

Nous avons vu que la TPJ était une zone associative multimodale connectée avec les systèmes sensoriels, limbiques et les cortex préfrontaux et temporaux. Grâce à ces caractéristiques anatomiques, cette région pourrait donc représenter un site pivot codant à la fois pour l'imagerie mentale liée au corps (et donc la transposition de soi dans l'autre), le sentiment d'agentivité, et la distinction soi-autrui (Thirioux, 2010).

Toutefois, il n'est pas clair si ces différentes capacités sous-tendues par la TPJ résultent de processus de haut niveau tels que la métacognition, ou plutôt de processus de bas niveau comme l'attention. En effet, les résultats d'une méta-analyse sur 70 études en neuro-imagerie fonctionnelle centrées sur l'empathie, la théorie de l'esprit, l'agentivité ou la réorientation de l'attention, montrent un chevauchement des zones d'activation de ces différents types de processus (Figure 3). L'activation de la TPJ, lors de tâches de cognition sociale, pourrait alors provenir de mécanismes de bas niveaux impliqués dans la génération, la vérification et la correction de prédictions internes par rapport à des événements sensoriels extérieurs (Decety et Lamm, 2007).

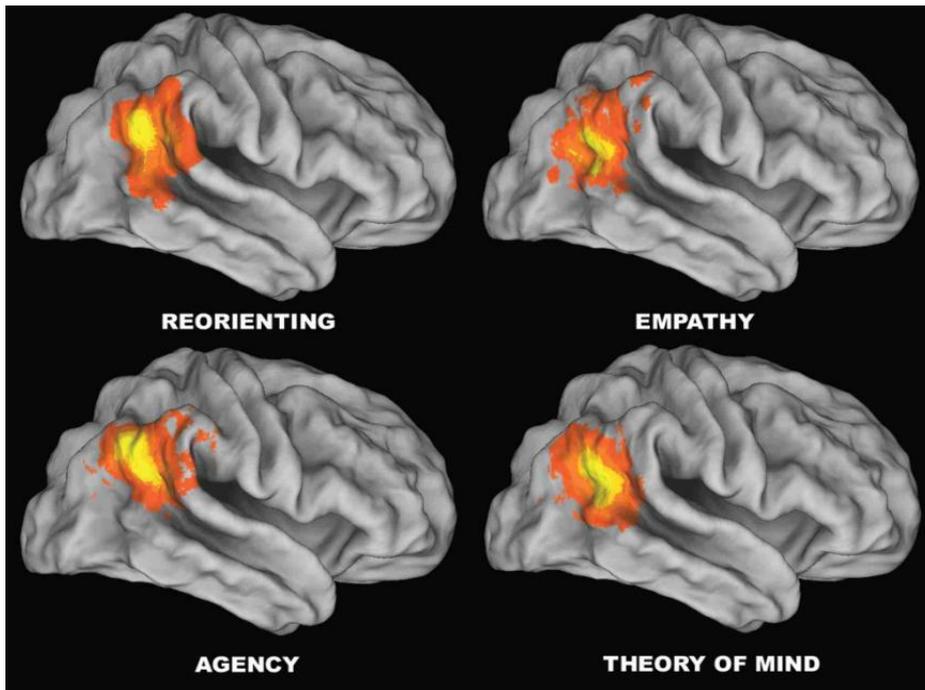


Figure 3: Implication de la jonction temporo-pariétale droite dans différents processus.

Le code couleur indique la probabilité d'activation la plus élevée en jaune.

(Tiré de Decety et Lamm, 2007).

ii. Le système de l'autre

De la même façon qu'il avait fait l'hypothèse d'un « système du même » comme support des représentations partagées, Nicolas Georgieff (2008) propose d'appeler le système permettant la distinction entre soi et l'autre, le « système de l'autre ». Ce système permet l'attribution des représentations partagées à soi ou à autrui et tempère ainsi les effets reproductifs mimétiques du « système du même », notamment le processus d'identification.

Ainsi, « pour une première modalité, l'autre est double de soi même, par le jeu d'un mécanisme d'identification à l'autre qui nous rend identique à lui. Pour une seconde modalité, l'autre est repéré comme étranger, distinct, différent du soi ».

Ce second système permettant la différenciation entre soi et l'autre serait à la base l'agentivité, c'est-à-dire l'expérience de soi comme cause et agent de ses actions propres.

II. L'empathie source d'efficience thérapeutique en pratique clinique

1. L'empathie clinique

Dans la littérature, nous retrouvons régulièrement le terme d'empathie « clinique » pour évoquer l'empathie dans la relation de soin. L'empathie clinique est définie comme « la compétence d'un clinicien à comprendre la situation d'un patient, vérifier son exactitude et agir avec le patient à partir de cette compréhension de façon thérapeutique » (Mercer et Reynolds, 2002). Le succès thérapeutique survient lorsque le patient ne se sent plus isolé avec sa maladie mais éprouve un soulagement à être compris par le clinicien (Davies, 2009).

Dans le sens commun, l'empathie dans la relation de soin signifie « une attitude générale et plutôt constante du médecin, caractérisée par une plus grande attention au malade, l'accent davantage mis sur le dévouement, le désir d'assumer des responsabilités, une certaine chaleur dans la relation, et une attitude d'écoute et de disponibilité » (Vannotti, 2002).

2. Évaluation de l'empathie clinique

a. Les différentes échelles

Plusieurs outils visant à mesurer l'empathie du médecin ont été mis au point. Ils consistent en des questionnaires remplis par le médecin lui-même, par son patient ou par un observateur tiers. Une revue de la littérature (Hemmerdinger et al., 2007) a recensé 36 instruments différents : 14 auto-évaluatifs, 5 hétéro-évaluatifs et 17 remplis par un tiers.

Sur l'ensemble de ces instruments, seuls huit répondent aux critères psychométriques exigés :

- Six sont des échelles auto-évaluatives : la *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) (Hojat et al., 2001), l'*Interpersonnal Reactivity Index* (IRI) (Davis, 1980), la *Balanced Emotionnal Empathy Scale* (BEES) (Mehrabian, 1996), l'*Empathy Construct Rating*

Scale (La Monica et al., 1981), l'*Empathy Test* (ET) (Mehrabian, 1972), et la *Medical Condition Regard Scale* (MCRS) (Christison et al., 2002).

La plus connue est la *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) élaborée spécifiquement pour les soignants. Cet auto-questionnaire est composé de 20 items, avec une mesure par échelle de Lickert allant de 1 à 7 (1 = pas du tout d'accord, 7 = tout à fait d'accord). Les items comprennent des propositions comme celles-ci : « Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place », « J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel », « Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique », etc.

Par ailleurs, la *Medical Condition Regard Scale* (MCRS) est particulièrement intéressante car elle évalue l'empathie du médecin pour un patient donné et a été spécifiquement développée pour le milieu psychiatrique.

- La seule échelle hétéro-évaluative (c'est-à-dire dans laquelle le patient évalue l'empathie de son médecin) ayant été validée par cette revue de la littérature est la *Consultation And Relational Empathy* (CARE) (Mercer et al., 2004). Les items proposés sont par exemple « le médecin m'a mis(e) à l'aise », « il/elle a compris ce qui me préoccupait ».
- Enfin, il existe un outil validé rempli par un observateur tiers lors des rencontres entre le patient et son médecin, le *Four Habits Coding Scheme* (FHCS) (Krupat et al., 2006), mais la corrélation avec l'évaluation des patients est faible.

b. Une mesure de l'empathie clinique est-elle possible ?

Pederson (2009) a signalé les limites de ces outils de mesure. Il regrette qu'ils soient souvent loin de la pratique clinique, relativement imprécis sur les facteurs explorés et qu'ils prennent insuffisamment en compte les conditions de travail des praticiens.

D'autres auteurs s'interrogent sur la légitimité de ce type d'évaluation (Wear et Varley, 2008). En effet, il peut sembler vain de mesurer une notion aussi subjective et complexe que l'empathie : son évaluation standardisée pourrait conduire à une simplification excessive et un appauvrissement de ce que ce concept représente. Ces auteurs soulignent aussi que « les évaluations engendrent de l'inauthentique. Ceci est

particulièrement vrai pour les tests auto-évaluatifs dont un biais fréquent est lié à la désirabilité sociale. En outre, le fait de répondre à un test d'empathie avec justesse ne rend pas automatique la démonstration d'empathie en situation clinique (Brunel et Cosnier, 2012, p. 182).

On retrouve également le problème de l'absence de consensus quant à une définition : évalue-t-on l'empathie cognitive, émotionnelle ou plutôt la sympathie ? Ainsi la variété des points de vue sur l'empathie ne facilite pas les corrélations puisque certaines variables utilisées dans les mesures ne sont pas comparables (Brunel et Cosnier, 2012 p. 196).

Enfin, il serait plus pertinent de s'intéresser aux capacités empathiques en situation qu'à un trait général ayant une stabilité dans le temps. En effet, les « scores » d'empathie fluctuent dans le temps (Hemmerdinger et al., 2007). Ainsi, l'empathie ne serait pas une compétence présente dans toutes les situations mais résulterait plutôt de la conjonction entre un contexte favorable et des prédispositions personnelles (Lepron, 2009).

C'est pourquoi il faut rester prudent quant à l'interprétation des résultats obtenus par de telles échelles.

3. Importance de l'empathie dans l'efficacité thérapeutique

L'empathie apparaît comme un facteur essentiel de l'efficacité thérapeutique. Ce constat est fait par des psychiatres et des psychologues, ainsi que par des études spécifiques.

Selon Carl Rogers: « Un haut degré d'empathie dans une relation est probablement le facteur le plus puissant dans la détermination du changement et de l'apprentissage » (Rogers, 1975). Pour Shawn Christopher Shea, « la transmission efficace d'un sentiment d'empathie » fait partie des quatre éléments permettant l'engagement du patient dans une alliance thérapeutique, les trois autres étant « l'aptitude à mettre en place un climat de sécurité propice à la confiance, la faculté de paraître authentique et naturel et la capacité à afficher une compétence rassurante » (Shea, 2005). Enfin, Michael Balint (1960) souligne qu'« il faut reconnaître le fait que le premier désir du patient est d'être compris ».

Alfred Adler propose lui aussi de considérer l'empathie comme un indicateur du processus relationnel en œuvre entre le médecin et le patient. Selon lui, c'est ce processus relationnel qui agit directement sur la biopsychologie du patient, faisant de l'empathie un outil thérapeutique. Il illustre ces idées par deux vignettes cliniques relatant des expériences empathiques : dans la première, il rapporte un moment où le médecin a réellement commencé à comprendre à quel point une expérience était difficile pour une patiente, avec le sentiment chez la patiente et le médecin d'être « en phase » à ce moment là. La seconde vignette relate le récit d'une patiente qui témoigne d'une rencontre clinique déterminante dans son parcours de nombreuses années avant, lorsqu'un médecin avait été « mutatif » pour elle par son attitude empathique (Adler, 2007).

De façon plus objective, de nombreuses études ont mesuré les facteurs d'efficacité thérapeutique et vont dans le sens d'une association entre l'empathie du médecin et l'amélioration clinique du patient.

L'attitude empathique du médecin apparaît comme un élément central dans l'adhésion aux soins du patient et, par conséquent, dans l'évolution de la maladie elle-même.

Premièrement, l'empathie du médecin est liée à la satisfaction du patient. En effet, plusieurs études montrent que lorsque les médecins témoignent d'une plus grande empathie cognitive et affective, les patients sont plus satisfaits relativement à des médecins moins empathiques (N=150, $r=0.71$, $p<0.01$ d'après Kim et Park, 2008) (Levenson and Ruef, 1992 ; Beck et al., 2002 ; Kim et al., 2004 ; Kim et Park, 2008). L'empathie a aussi été associée à un plus faible taux de plaintes (Tamblyn et al., 2007). De son côté, le clinicien est lui-même plus satisfait des soins lorsqu'il est empathique avec un patient, ce qui réduit son taux de stress professionnel (Levinson, 1995).

Deuxièmement, il existe des arguments pour lier spécifiquement l'empathie clinique et l'engagement du patient dans les soins. L'empathie (notamment l'empathie affective) du médecin influence positivement l'observance du patient quant au suivi des indications du médecin et de ses prescriptions médicamenteuses (N=150, $r=0.27$, $p<0.01$) (Kim et Park, 2008). Il est intéressant de noter que l'appréciation de la compétence du médecin était un des meilleurs facteurs prédictifs de l'observance et de la satisfaction du patient (Kim et al.,

2004). Une autre étude montre que les patients qui évaluent leur médecin comme se préoccupant d'eux et capable de décoder leurs émotions sont moins susceptibles d'annuler leurs rendez-vous médicaux à 6 mois. Par ailleurs, l'intensité de sympathie éprouvée par le médecin pour le patient était corrélée à moins de velléités chez le patient de changer de médecin un an après (Roter et al., 2006). De façon globale, plusieurs études montrent que les échelles d'empathie clinique sont corrélées avec les outils mesurant l'alliance thérapeutique (Bertakis et al., 1991 ; Levinson et Roter, 1995 ; Reynolds et Scott, 1999, cités par Younès et Hardy-Baylé).

Enfin, il existerait un lien entre la relation médecin/malade et le devenir objectif immunitaire du patient. En effet, la perception de l'empathie du clinicien par un patient atteint d'un rhume a été associée à une réduction de la durée et de la sévérité du rhume, et même à une réponse immunitaire accrue (augmentation des cytokines IL-8) (Rakel et al., 2009).

Une méta-analyse de Norcross (2011), portant sur 57 études et 3599 patients, montre que l'empathie fait partie des facteurs qualitatifs contribuant à l'efficacité des psychothérapies. L'importance de son effet (ES) est de 0.30, soit un effet de taille moyenne.

Les autres éléments relationnels retrouvés dans cette méta-analyse comme contribuant au succès des thérapies sont la qualité de l'alliance thérapeutique (29 études, $D=0,19-0,22$), la relation collaborative (19 études, $N=2260$, $ES=0,33$) avec construction d'un objectif consensuel (15 études, $N=1302$, $ES=0,34$), un regard soutenant ou autrement dit une attitude chaleureuse (18 études, $r=0,27$), l'authenticité du thérapeute et sa capacité à communiquer son expérience (16 études, $N=863$, $d=0,24$, $CI : 0,12-0,36$), sa capacité à saisir les retours d'expérience du patient (9 études, $d=0,23$ à $0,33$) et à repérer les moments de rupture thérapeutique ($N=148$, $d=0,24$; $CI : 0,09-0,39$), le travail de supervision (et plus largement d'analyse de la pratique, d'intervision...) (8 études, $N=188$, $r=0,65$, $CI : 0,46-0,78$; 7 études, $N=155$, $d=0,15$), la gestion de son contre-transfert (7 études, $r=0,56$) et l'adaptation à l'individu et à la relation interpersonnelle (selon l'opposition ou l'observance du patient) (12 études, $N=1102$, $d=0,76$).

Dans un article de 2009, Neumann a synthétisé les connaissances des effets d'une relation médecin-malade empathique.

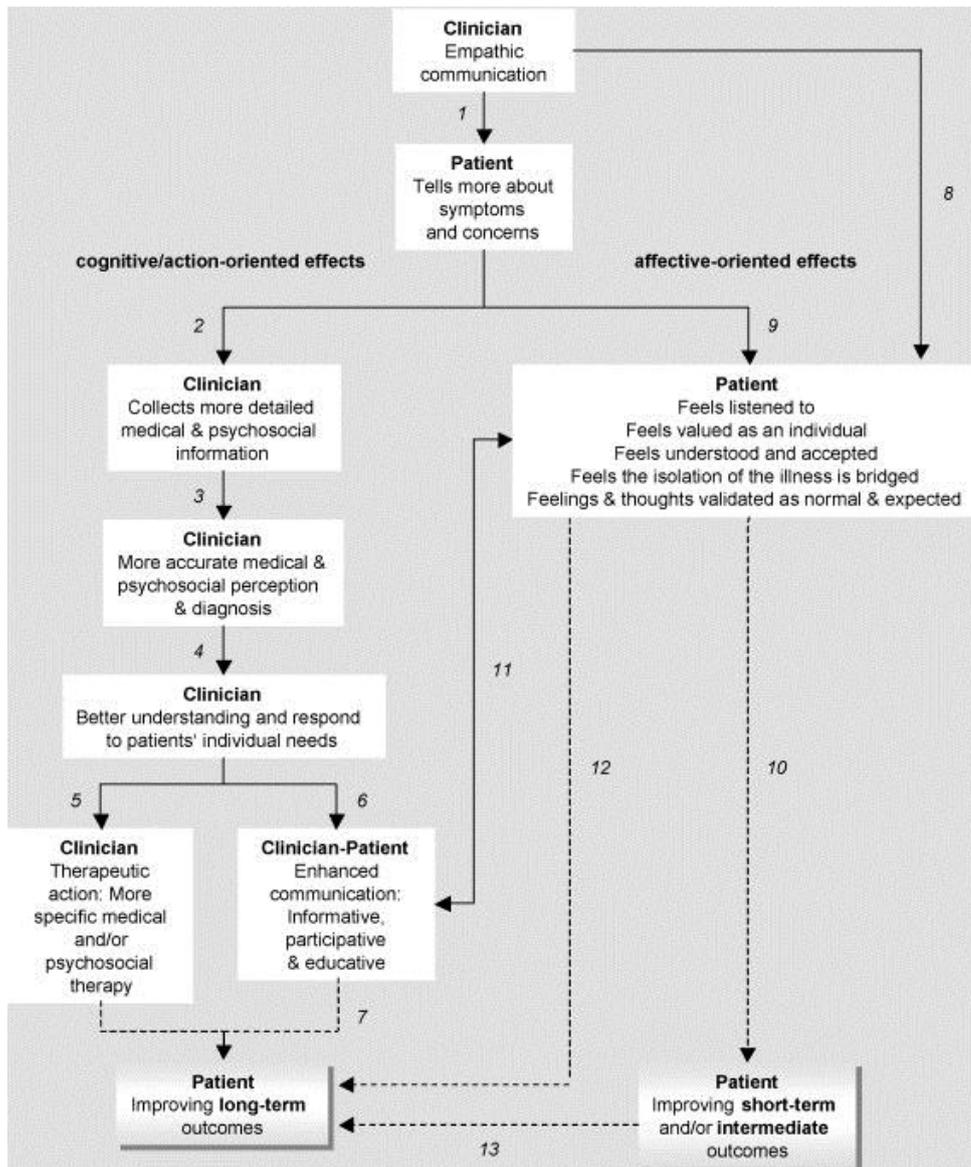


Figure 4 : Modélisation des effets de l'empathie dans la rencontre clinique.

-> basé sur des considérations empiriques et théoriques ; --> liens hypothétiques.
(Tirée de Neumann, 2009)

Au total, ces différentes études et rapports de cas nous montrent que l'un des facteurs principaux pour la réussite thérapeutique est l'alliance entre le médecin et son patient, et que, quelle que soit la méthode, le profil des patients ou le problème, l'un des éléments majeurs de cette alliance est l'empathie du médecin.

Pourtant, malgré cette efficacité thérapeutique démontrée, nous allons voir que les médecins manquent régulièrement d'empathie avec leurs malades.

4. Etat des lieux des dynamiques empathiques au cours des entretiens médicaux

L'état des lieux des dynamiques empathiques au cours de la clinique quotidienne en médecine fait le constat de difficultés des praticiens à être empathiques. Plusieurs études montrent que des progrès restent nécessaires pour améliorer l'empathie des médecins.

Une première étude s'appuyant sur des enregistrements vidéo de consultations entre des oncologues et leurs patients montrent que le médecin n'exprime aucune formulation d'empathie dans 37,5 % des cas. En moyenne, on retrouve 1 à 1,5 expressions empathiques par rencontre (Fallowfield et al., 2002).

Un deuxième article s'appuyant également sur des enregistrements vidéos mais dans lesquels les patients sont des acteurs qui ont pour consigne d'amener des questions chargées émotionnellement comme « Vous pensez qu'il peut y avoir quelque chose de sérieux ? » montre que les médecins (N=100) expriment une réponse empathique dans seulement 15% des cas (90 réponses empathiques sur 613 opportunités). Dans la plupart des cas ils réagissent par un nouvel interrogatoire médical, par une action ou par une prise en compte non spécifique de la question (Epstein et al., 2007).

Une autre étude décompose les dynamiques empathiques de 116 consultations filmées de médecine générale et de chirurgie. Elle individualise deux types « d'indices à potentialité empathique », les indices sociaux et les indices émotionnels. Ceux-ci sont présents dans 52% des consultations de médecine générale et 53% des consultations de chirurgie. Malgré l'expression fréquente de ces indices à potentialité empathique, les chirurgiens ne répondaient positivement que dans 38% des cas et les généralistes seulement dans 21% des cas. Par ailleurs, il est intéressant de constater que les consultations étaient plus longues en cas d'opportunités empathiques manquées qu'en cas de réponses empathiques positives (Levinson et al., 2000).

Dans le même esprit, une étude qualitative a évalué les opportunités empathiques et les réponses médicales associées de 20 enregistrements vidéo de rencontres entre des patients atteints de cancer du poumon et leurs médecins. Sur 384 opportunités empathiques amenées par les patients, seules 39 ont menées à des réponses empathiques, soit seulement 10% d'entre elles. Globalement les médecins apportaient peu de soutien émotionnel et développaient principalement les questions biomédicales (Morse et al., 2008).

Ainsi, il apparaît que les médecins sont en difficulté pour construire l'espace d'intersubjectivité nécessaire aux dynamiques empathiques.

Or, nous allons voir qu'il est possible de travailler auprès d'eux pour augmenter leur capacité d'empathie.

5. Interventions pour renforcer l'empathie

Les études suivantes nous montrent qu'il serait possible d'augmenter les capacités empathiques des médecins par différentes interventions.

En médecine générale, le fait de renvoyer aux praticiens les résultats de l'évaluation par leur patients de leur niveau d'empathie (feedback) quand celui-ci était bas, associé à l'explication des comportements qui améliorent la satisfaction des patients, augmentaient significativement leur score d'empathie dans les 6 mois suivant l'intervention en comparaison avec ceux qui n'avaient pas reçu de feedback (N=18 randomisés en deux groupes de 9, $p < 0.001$) (Cope et al., 1986).

Une étude randomisée contrôlée a cherché à comparer les capacités communicationnelles (dont les capacités d'empathie) de 160 oncologues avant et après différentes interventions. Ces interventions étaient un feedback écrit personnalisé (N=41), une session d'enseignement intensif (N=41), ou l'association des deux (N=39) selon le groupe dans lequel avaient été randomisés les médecins. Trois mois après ces interventions, les médecins des groupes qui avait reçu un feedback et un enseignement spécialisé, et ceux du groupe qui avaient bénéficié seulement de la session d'enseignement, avaient des scores de communication améliorés par rapport au groupe contrôle (N=39) et au groupe n'ayant reçu que le feedback. Ils posaient moins de questions fermées (priviliégiant les questions ouvertes et ciblées) (différence de 27%, $p=0.005$), prenaient plus en compte les indices livrés par le patient (différence de 38%, $p=0.026$) et donnaient plus de réponses empathiques (différence de 69%, $p=0.003$). La session d'enseignement avait donc augmenté l'empathie des médecins. Il est intéressant de noter que le programme d'enseignement comprenait des cours aux composantes comportementales, expérientielles et cognitives, des travaux en petits groupes de 3 à 5 personnes avec un animateur expérimenté, des patients simulés par

des acteurs et des vidéos d'entretien réalisés par 6 oncologues de renom (Fallowfield et al., 2002).

Enfin, d'autres études ont montré que des formations auprès des étudiants en médecine augmentent leur empathie. L'une d'elle montre qu'après des cours donnés à 107 étudiants sur les modes de communication empathiques efficaces avec les patients, 81% d'entre eux se sentent davantage préparés pour les entretiens médicaux. Une évaluation écrite passée avant et après les cours montrent que 70% des étudiants sont davantage capables de formuler des réponses empathiques (Winefield et Chur-Hansen, 2000). Plus globalement, une méta-analyse portant sur 13 études comparant les scores d'empathie avant et après interventions a montré une ampleur de l'effet allant de 0.45 à 17.8, pour une durée de contrôle jusqu'à 3 ans. « En dépit de limites dues à de nombreux biais dans ces études, cette revue suggère que des formations ciblées peuvent encourager l'empathie chez les étudiants en médecine. Toutes les études (n=13) sauf une rapportaient une amélioration significative en post-intervention comparé à une mesure antérieure ou à un groupe témoin. Ces changements ont prouvé leur persistance dans le temps. » (Stepien et Baernstein, 2006).

Pourtant, malgré une efficacité thérapeutique démontrée et la possibilité de d'interventions pour développer l'empathie, Guy Azoulay (2006) souligne qu'il existe très peu d'enseignement spécifique sur l'empathie durant le cursus médical et que l'on trouve peu de matériel dans la littérature permettant de mieux reconnaître, ressentir, et exprimer l'empathie.

III. L'entretien empathique: apport des psychothérapeutes

Carl Rogers est l'un des premiers thérapeutes à avoir considéré l'empathie comme un facteur déterminant de la relation de soin et à l'avoir développé dans sa pratique. Nous étudierons donc sa contribution dans un chapitre à part entière. Dans un deuxième temps, nous nous appuyerons sur d'autres auteurs comme Shawn Christopher Shea, Marco Vannotti ou Serge Tisseron pour distinguer et mettre en avant les éléments susceptibles de permettre l'émergence de l'empathie dans un entretien psychiatrique ou médical en général.

1. L'apport de Carl Rogers

Carl Rogers (1902-1987) est un psychologue humaniste américain qui a placé l'empathie au cœur de la relation soignante dans une approche centrée sur le patient.

Il dégage trois caractéristiques d'une attitude véritablement thérapeutique, c'est-à-dire qui soit susceptible de faciliter la croissance psychologique du patient : la congruence du thérapeute, sa considération positive inconditionnelle envers le patient et sa compréhension empathique (Rogers, 1966). Nous considérerons par la suite que les deux premières attitudes sont des préalables nécessaires à l'émergence de la troisième.

a. Les caractéristiques de l'attitude thérapeutique

i. Des préalables à l'empathie : congruence et considération

1. La congruence du thérapeute :

Un thérapeute congruent est un thérapeute authentique, « sans masque ni façade », qui est capable de reconnaître et d'exprimer ouvertement les sentiments qui l'envahissent lors de l'échange avec son patient. Rogers signifie par là qu'il ne sert à rien d'agir avec calme et gentillesse si nous sommes agacés ou enclins à la critique. Il ne sert à rien de prétendre connaître des réponses qu'en réalité nous ne connaissons pas. Il n'est pas utile non plus de

faire comme si nous étions plein d'assurance si nous nous sentons craintifs ou incertains. Quand le thérapeute est congruent, il est « unifié » ou « intégré » : son expérience est en accord avec la conscience qu'il en a et avec la communication qu'il en fait. Lorsqu'il y a non-congruence entre l'expérience et la conscience, c'est que le thérapeute a une attitude défensive ou un refus de conscience. Lorsque la non-congruence se situe entre la conscience et la communication, c'est qu'il est en train d'essayer de tromper le patient sur les sentiments qu'il ressent réellement.

Etre congruent nécessite pour le thérapeute d'apprendre à reconnaître ce qu'il éprouve (colère, rejet, chaleur, affection, ennui,...) mais aussi à accepter ses émotions. Plus globalement cela implique que le thérapeute accepte ce qu'il est (pour Rogers : quelqu'un d'imparfait qui ne fonctionne pas toujours comme on aimerait qu'il le fit...). Plus le thérapeute sait écouter et accepter ce qui se passe en lui, plus haut sera son degré de congruence.

C'est par cette congruence entre attitudes, paroles et sentiments que le patient pourra percevoir le thérapeute comme digne de confiance et se sentir en sécurité (Rogers, 1966).

2. La considération positive inconditionnelle :

La « considération positive » est une attitude de non jugement. Elle consiste en l'accueil inconditionnel du patient qui est accepté tel qu'il est, dans sa totalité, et avec le cadre de référence qui lui est propre.

Pour Rogers, le centre de la personnalité est positif. Même si, par besoin de se défendre contre des peurs internes, l'individu peut se comporter de façon cruelle et nuisible, ces émotions antisociales (hostilité, jalousie,...) sont le résultat de la frustration d'instincts plus fondamentaux (amour, sécurité, sentiment d'appartenance,...) qui sont, au fond, les tendances vers lesquelles l'homme s'oriente. Ainsi, les sentiments antisociaux ne sont pas les plus profonds ni les plus forts : « La base de la nature humaine, les couches les plus

intérieures de sa personnalité, le fond de sa nature animale est naturellement positif, fondamentalement socialisé, dirigé vers l'avant, rationnel et réaliste ».

La « considération positive inconditionnelle » implique que le thérapeute ne se contente pas d'accepter les sentiments ou comportements du patient qui correspondent à ses propres valeurs ou croyances. Il n'essaye pas de le conformer à un modèle. Au contraire, il doit être capable d'accepter toutes les facettes que le patient lui présente et lui permettre d'avoir des réactions différentes des siennes devant les mêmes questions. En somme, il doit lui accorder la « liberté d'être ».

C'est grâce à cet accueil inconditionnel que le patient pourra se libérer de la crainte d'être jugé par les autres. « Tout être est une île (...) et il ne peut construire un pont pour communiquer avec d'autres îles que s'il est prêt à être lui-même et s'il lui est permis de l'être ». Rogers précise qu'un jugement positif peut être aussi menaçant qu'un jugement négatif. En effet, dire à quelqu'un qu'il agit bien suppose qu'on peut aussi lui dire qu'il agit mal. Il faudrait donc réussir à maintenir une relation sans jugement de valeur.

De plus si l'esprit est occupé à juger, évaluer, interpréter, comparer, le processus d'écoute est perturbé. Au contraire, si le professionnel réussit à se dégager d'idées et d'interprétations préconçues et à respecter le patient, il est totalement disponible pour accueillir ce que le patient dit. En retour, le patient peut adopter ou restaurer une attitude d'estime et d'amour de lui-même, qui est souvent altérée par la pathologie (Rogers, 1966).

ii. La compréhension empathique :

A ces différentes attitudes du thérapeute s'ajoute l'empathie, que Rogers a décrite comme un élément essentiel de la relation d'aide. Il a découvert très tôt dans sa pratique que le simple fait d'écouter le patient avec beaucoup d'attention est source de progrès. Mieux encore, un haut degré d'empathie dans une relation serait même, pour lui, le facteur le plus puissant dans la détermination du changement et de l'apprentissage (Rogers, 1975).

1. Définition

Selon Rogers, « l'état d'empathie, où la qualité d'être empathique consiste à percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était la personne elle-même mais sans jamais perdre de vue le « comme si ». Donc, cela signifie saisir la douleur ou le plaisir de l'autre comme l'autre les ressent et en percevoir les causes comme lui les perçoit, mais sans jamais perdre de vue que c'est comme si j'étais affligé ou réjoui, etc.» (Rogers, 1975). Il précisera par la suite que l'empathie est plus un processus qu'un état.

2. Distinction soi, non-soi

Rogers souligne qu'une telle compréhension nécessite du courage : si nous comprenons une autre personne de cette façon, si nous sommes disposés à pénétrer dans son univers et à percevoir sous quel jour la vie lui apparaît, sans porter de jugement de valeur, alors nous courons le risque d'être changé nous-mêmes. Nous risquons de voir les choses de la même manière que cette personne et de nous trouver influencés dans nos attitudes et notre personnalité. Cette perspective est d'autant plus effrayante lorsque nous pénétrons dans le monde d'un patient psychiatrique. Courons-nous le risque de nous perdre dans ce monde là ?

C'est pourquoi Rogers insiste sur l'importance du « comme si », sans quoi l'empathie devient identification. Une compréhension empathique nécessite donc de rester indépendant de l'autre, afin de ne pas craindre d'être déprimé par sa dépression, angoissé par son angoisse ou englouti par sa dépendance. C'est quand nous ressentons librement la force d'être une personne séparée que nous pouvons nous consacrer plus entièrement à comprendre autrui et à l'accepter, car nous n'avons pas la crainte de nous perdre nous-mêmes (Rogers, 1966).

3. Communiquer l'empathie au patient

Par ailleurs, il ne suffit pas d'éprouver une compréhension empathique, il faut aussi réussir à la communiquer au patient. Il faut parvenir à lui transmettre quelque chose de ce que nous ressentons de son monde, tandis que nous considérons celui-ci « d'un regard neuf et dépourvu de crainte ». Rogers a beaucoup réfléchi à la meilleure façon de faire.

Avec G. Marian Kinget, il distingue cinq styles de réponses possibles à apporter au patient : estimatives, interprétatives, rassurantes, exploratrices et compréhensives (Rogers, Kinget, 1965).

Prenons pour exemple une jeune fille de 19 ans, qui exprimerait ceci : « Je déteste mon père. Je le hais ! Je le hais ! Je le hais ! Et sans aucune raison. Mon père est un homme juste et bon. Il n'a jamais levé la main sur moi, et malgré cela j'éprouve un sentiment violent envers lui, et j'en éprouve un remords affreux, et je n'ai aucune raison de le détester. Je sais que c'est très mal de haïr son père, surtout quand il n'y a aucun motif. Cela m'inquiète beaucoup. »

Une réponse estimative serait par exemple : « Voila certainement un problème à résoudre. Les bonnes relations entre parents et enfants sont si précieuses, non seulement à votre âge, mais aussi pour l'avenir, qu'il importe d'en prendre soin ». Les réponses estimatives expriment une opinion sur le bien-fondé ou l'utilité de ce que dit le patient. Elles indiquent comment pourrait ou devrait agir le patient.

Les réponses interprétatives instruisent le patient au sujet de lui-même et lui font prendre conscience de quelque chose. Elles indiquent comment le patient pourrait ou devrait se représenter la situation (exemple : « Je comprends certainement que vous vous fassiez des reproches, surtout si vous ne voyez rien qui puisse justifier les sentiments que vous éprouvez à l'égard de votre père. Mais, d'autre part, vous découvrirez que sous cette haine se cache un certain amour pour lui. Et cet amour joue un rôle dans votre sentiment de culpabilité »).

Les réponses rassurantes ont pour but de soulager l'angoisse du patient et de l'apaiser, mais elles impliquent que les sentiments du patient ne sont pas justifiées et risquent d'induire une dépendance dans la relation (exemple : « Je crois que nous passons tous par une certaine période où nous détestons l'un ou l'autre de nos parents. C'est un

phénomène très répandu. Mais, apparemment, la plupart des gens arrive à trouver quelque moyen de traverser cette période»).

Les réponses exploratrices visent à obtenir des données supplémentaires, à vérifier ou approfondir la discussion. Elles indiquent que le patient pourrait ou devrait examiner de plus près l'un ou l'autre aspect du problème (exemple : « Nous allons essayer de découvrir la cause de ce sentiment. Parlez-moi de votre père. Dites moi tout ce qui vous vient à l'esprit à son égard »).

Enfin, les réponses compréhensives visent à comprendre de l'intérieur la nature du sentiment que le patient éprouve véritablement. Elles accompagnent et ne guident pas (exemple : « Cela vous tourmente d'éprouver de tels sentiments envers votre père et sans raison aucune »). Pour Rogers et Kinget, la réponse compréhensive est la seule réponse qui permet de rendre compte au mieux des attitudes rogeriennes, en assurant une attitude d'accueil et en laissant son autonomie au patient. Ils insistent sur l'importance de s'intéresser aux sentiments de patient (ce qui englobe les intentions, les croyances, les impressions,...) et non aux données matérielles. Ils pensent également qu'il est préférable de poser des questions sur la personne immédiatement engagée dans l'interaction plutôt que sur l'un ou l'autre aspect du problème relativement indépendant du sujet.

Le thérapeute rogerien ne vise donc ni à juger, à interroger ou à rassurer, ni à explorer ou à interpréter. Au contraire, il vise à participer à l'expérience immédiate du patient. Ses réponses doivent épouser la pensée du patient, la reprendre et la lui rendre sous forme équivalente ou reconnaissable comme sienne. Il faut essayer de capter la signification de sentiments dont le patient n'est qu'à peine conscient, mais sans, toutefois, chercher à lui dévoiler les sentiments dont il est totalement inconscient, car cela pourrait représenter une menace. C'est ce que Kinget nomme l'erreur d'interprétation. Même si l'interprétation est juste, elle révèle au patient des données qu'il n'a pas assimilées et qui lui sont inaccessibles. De plus, elle implique que le patient n'est pas capable de se connaître et de se juger lui-même, ce qui s'oppose alors au but de la thérapie rogerienne qui consiste en l'apprentissage de la prise de conscience de soi et de l'autodétermination. Il faut donc pouvoir extraire de la communication ce qu'il y a d'implicite mais d'acceptable et savoir le formuler d'une manière qui permette au patient de pouvoir le confirmer (Rogers et Kinget, 1965).

Pour communiquer au mieux cette compréhension empathique, Rogers a développé puis redéfini plus tard sa technique de la « reformulation » ou « réponse-reflet ». Cette technique vise à vérifier des impressions et des essais de compréhension grâce à des questionnements. Il s'agit de reprendre certains aspects des propos du patient et de les reformuler en les résumant, en les paraphrasant ou en accentuant la communication soit manifeste, soit implicite. Cela permet d'ouvrir des perspectives, de l'amener à préciser ce qu'il pense ou ressent et ainsi de lui permettre de mieux se connaître lui-même. L'art du non-savoir guide cette méthode de la reformulation car le thérapeute ne sait pas à priori ce que l'autre essaie de dire, rejette les idées toutes faites et invite ainsi le patient à décrire et à explorer son ressenti. Cela nécessite que nous vérifiions fréquemment avec lui l'exactitude de ce que nous avons ressenti et qu'il nous guide par ses réponses. Par exemple, si le patient dit « Je n'aurais pas dû faire cela... Je ne l'ai pas fait volontairement », le thérapeute peut alors répondre de façon empathique : « Vous regrettez ce que vous avez fait et vous vous sentez coupable. »

La réponse-reflet présente plusieurs difficultés. Elle risque de faire paraître le thérapeute répétitif et nécessite pour lui de se défaire du besoin de paraître actif et intelligent. En effet, la réponse empathique est délibérément à l'opposé de la réponse « intéressante ». Elle nécessite de se départir du parcours universitaire, ce qui peut nous sembler parfois difficile, surtout en tant que jeune médecin soucieux de faire ses preuves. Elle peut également paraître simpliste de par sa simplicité ou peut être ressentie comme étrange ou comme un simple écho si le thérapeute n'est pas habitué à l'utiliser. Pour ne pas paraître mécanique, il est important que le thérapeute reflète non seulement les éléments explicites mais aussi les éléments tacites, inhérents à la communication (éléments nécessaires) ou dénotées par celles-ci (éléments probables). Ceci peut se faire en examinant le comportement verbal mais aussi non verbal. Cela implique la nécessité pour le thérapeute de capter les messages silencieux afin de vérifier s'ils sont en rapport avec le contenu verbal du message. Le thérapeute pourra alors refléter librement cette dissonance. Il pourra ainsi dire au patient qui lui dit « tout va bien » d'une voix tremblotante : « je vous entends dire que tout va bien ; en même temps, il me semble que ce ne soit pas tout à fait le cas ».

En contrepartie, la réponse-reflet présente des avantages intéressants. Elle permet de faire comprendre au patient l'empathie du thérapeute en lui montrant qu'il le perçoit

comme il se perçoit lui-même. Elle exerce, avec une efficacité étonnante, un effet salutaire à la fois soulageant et stimulant pour le patient, habitué à être souvent contredit ou critiqué. Elle n'impose aucune exigence au patient, ce qui lui permet de s'absorber entièrement dans son monde personnel et subjectif. Enfin, elle est le moyen par excellence de faciliter la prise de conscience autonome de l'expérience vécue.

Pour Kinget, il existe trois types de réponse-reflet : la répétition, le reflet de sentiment et l'élucidation.

La répétition est la formule élémentaire du reflet. Elle est généralement brève et s'adresse au contenu strictement manifeste de la communication. Elle consiste à résumer la communication du patient (ce que nous appellerons « résumé »), à en relever un élément saillant (ce que nous appellerons « reflet simple ») ou à en reproduire les dernières paroles (ce que nous appellerons « écho »). Elle s'emploie surtout quand l'activité du patient est descriptive (c'est-à-dire sans substance émotionnelle). Elle n'ajoute rien à la pensée du patient mais elle facilite la prise de conscience et permet d'élargir le champ de la perception. Elle peut être comparée à la ponctuation d'un texte sans organisation. De plus, elle permet d'établir un climat de sécurité et abaisse les barrières défensives en engendrant une atmosphère d'accueil et de détente. Exemple : Patient « Après chaque entretien, j'ai l'impression de ne pas vous avoir quitté. Je me trouve engagée dans une explication avec moi-même, même deux heures après mon départ. » Thérapeute : « l'entretien se prolongeait donc en quelque sorte même après qu'il eu pris fin. ». L'intérêt de cette réponse empathique est de retenir l'objet des pensées inchangé quelques instants afin de permettre au patient d'en prendre une conscience accrue et d'effectuer le pas suivant à partir d'une base plus ferme.

Le reflet de sentiment vise à extraire l'intention, l'attitude ou les sentiments inhérents aux paroles du patient et à les lui proposer (sans les lui imposer). Cela éclaire le fond de la communication et permet au patient d'explorer son monde interne et d'évoluer quant au regard qu'il porte sur lui. Le reflet de sentiment a un caractère plus dynamique que le reflet simple. Exemple : Patient : « je ne peux pas continuer comme ça. », Thérapeute « il faut que quelque chose change dans votre vie » (reflet simple), « Vous êtes à bout, vous n'en pouvez plus » (reflet de sentiment).

L'élucidation consiste à capter et cristalliser certains éléments qui, sans faire manifestement parti du champ de la perception, l'imprègnent néanmoins. Elle vise donc à relever des sentiments et des attitudes qui ne découlent pas directement des paroles du sujet mais peuvent raisonnablement être déduits de la communication ou du contexte. Il s'agit donc d'une déduction, qui, parfois, peut se rapprocher de l'interprétation. Comme nous l'avons évoqué plus haut, elle comporte le risque d'encourager les tendances à la dépendance ou au transfert car elle mène à compter sur le thérapeute pour le déchiffrement et la solution du problème. De plus, puisqu'elle s'écarte du champ de la perception, son contenu risque de ne pas être reconnu par le patient comme appartenant à son champ de perception. Ainsi, il peut être utile de formuler une élucidation de manière non catégorique. Par exemple : « Si je comprends bien, ... » « Dites moi si je me trompe, ... », « Est ce que je saisi correctement, ... ». Exemple : Patient : « La famille de ma femme et moi-même, ça fait deux. Deux mondes différents. Ils font tout ce qui est en leur pouvoir pour m'éviter. S'ils me voient arriver, ils traversent la rue. Personnellement, je fais semblant de ne pas les voir. Quand nous allons chez eux, c'est à peine s'ils m'adressent la parole. Non que cela me gêne, vous savez. S'ils ne tiennent pas compte de moi, je n'ai pas à tenir compte d'eux. S'ils ne me parlent pas, au moins, je n'ai pas à leur parler. Et ça, c'est un bon débarras ! » Thérapeute : « Je ne suis pas sûr de saisir exactement ce que vous exprimez là. Voulez-vous dire que vos rapports entre vous et eux, pour mauvais qu'ils soient, sont au fond ... ce que vous désirez qu'ils soient ? Ou s'agit-il plutôt d'une situation qui vous est pénible au point où vous devez en quelque sorte vous protéger contre les sentiments qu'ils semblent témoigner à votre égard. Je ne vois pas très clairement... »

L'usage prédominant de l'un ou l'autre type de réponse peut se modifier en fonction de l'avancée du processus thérapeutique. Au début du processus, le reflet simple est souvent prédominant car le patient présente son problème en terme de faits et d'éléments externes et donc de façon principalement descriptive. Le reflet de sentiment devient plus important quand le patient progresse vers l'exploration de son monde interne. Enfin, quand l'exploration s'approfondit et se heurte à des ambiguïtés, des contradictions internes et des non-sens, c'est l'élucidation qui devient la réponse privilégiée (Rogers et Kinget, 1965).

4. Conséquences d'une compréhension empathique

Selon Rogers, un climat empathique dans la relation soignant-soigné a plusieurs conséquences. Il permet d'abord au patient de se sentir moins isolé. Le thérapeute a pu le comprendre, donc il n'est pas un étranger ou un être à part. Ce qu'il dit a une signification pour un autre être humain. Il est donc en contact et même en relation avec les autres.

Deuxièmement, la compréhension empathique permet au patient de faire l'expérience que quelqu'un l'estime, se soucie de lui et accepte la personne qu'il est. En effet, il est impossible de ressentir avec justesse le monde que perçoit une autre personne si nous n'accordons de valeur ni à sa personne ni à son monde ou si nous ne nous soucions pas d'elle.

Enfin, l'empathie donne la confirmation au patient qu'il existe en tant que personne autonome, dotée d'une valeur propre et d'une identité. L'empathie exprimée à son plus haut degré est acceptation car il est impossible de percevoir avec exactitude le monde intérieur de l'autre si nous portons sur lui un jugement de valeur. Ainsi, pour Rogers, l'empathie véritable est toujours libérée de toute évaluation ou diagnostic.

Il s'agit donc d'une véritable compréhension de l'intérieur : le thérapeute arrive à saisir instant par instant ce que le patient éprouve dans son monde intérieur comme le patient le sent et le voit, sans que sa propre identité ne se dissolve dans ce processus empathique. Il sait percevoir le monde de l'autre et réussit à communiquer quelque chose de cette compréhension au patient (Rogers, 1966).

b. Le processus du changement

Lorsque ces trois conditions sont réunies chez le thérapeute et que le patient les perçoit au moins en partie, un mouvement thérapeutique s'ensuit. Le patient devient peu à peu capable de s'écouter lui-même. Il sait reconnaître quand il a peur, quand il est en colère, etc. et peut aussi écouter les sentiments qu'il avait jusqu'alors niés ou refoulés car ceux-ci lui semblaient terribles ou honteux.

Au fur et à mesure qu'il arrive à mieux s'écouter, il en vient à mieux s'accepter et éprouver une satisfaction paisible à être lui-même. Ceci est également permis par l'acceptation du thérapeute qui lui permet de s'éloigner d'une vision de lui-même le rendant indigne de considération à ses propres yeux et obligé de vivre d'après les normes des autres.

Ainsi le patient développe une attitude beaucoup plus positive envers lui-même. Il est plus ouvert à sa propre expérience, ce qui lui permet d'évoluer vers une plus grande congruence. Il se trouve alors libre de changer (Rogers, 1966).

c. Critiques

Carl Rogers a parfois été discrédité auprès de certains soignants et formateurs à cause de confusions assimilant la non-directivité à du laisser-faire. Il est vrai que l'application stricte et banalisée de la méthode de Rogers peut être préjudiciable à la réalisation d'une démarche de soins pragmatique et centrée sur des objectifs à atteindre. L'empathie décrite par Rogers, qui vise à éviter toute évaluation, s'oppose en effet à la fonction diagnostique qui la nécessite. Rogers propose donc de dépasser cette opposition: le soignant, qui ne peut se défaire de sa mission première de poser des actes thérapeutiques, doit mesurer la place de l'empathie dans sa pratique en la concevant plutôt comme une manière d'être.

Bien plus que des concepts à appliquer, les trois dimensions rogeriennes sont donc des savoir-être et savoir-faire pour le thérapeute, qu'il est important de ne pas opposer aux savoirs techniques. Rogers précise lui-même que le risque d'appliquer stricto sensu les caractéristiques évoquées ci-dessus est de détruire les qualités personnelles justement promues.

2. Éléments favorisant l'émergence de l'empathie dans l'entretien

« Le savoir théorique suppose toujours que l'on rende explicites des règles [...] que la pratique doit précisément permettre d'oublier » (Vannotti, 2002).

Nous allons d'abord examiner les conditions préalables qui peuvent contribuer à faire émerger l'empathie dans une relation de soin puis nous analyserons les différentes

dimensions de l'empathie en pratique clinique en reprenant notre définition initiale et en y ajoutant une quatrième phase de transmission de l'expérience empathique au patient. Enfin, nous étudierons la notion de « cycle de l'empathie ».

A noter que ces éléments sont à considérer comme une recommandation souple. Comme le dit Carl Gustav Jung : « Quand un médecin me dit qu'il « obéit » strictement à telle ou telle « méthode », je doute de ses résultats thérapeutiques. [...]. Je traite chaque malade aussi individuellement qu'il m'est possible, car la solution du problème est toujours personnelle. » (Jung, 1967, cité par Shea, 2005).

a. Préalables à la relation empathique

Certaines dispositions préalables contribuent à faire émerger l'empathie dans un entretien psychiatrique (ou médical en général). Il s'agit de la qualité de l'accueil, de l'attitude générale du médecin et du type de questionnement utilisé. Ces différents éléments vont créer un climat de sécurité, montrer l'engagement du médecin auprès de son patient, et permettre le partage (sans confusion entre soi et l'autre) de l'expérience vécue par ce dernier.

i. Qualité de l'accueil

1. Prendre le temps de la rencontre

Le temps de l'accueil est un temps essentiel. Comme le souligne Shea (2005, p. 9), le processus d'engagement commence avec les toutes premières impressions visuelles, auditives, olfactives et tactiles de l'échange entre le clinicien et son patient. Dès le début de l'entretien le patient commence à avoir sa propre idée du clinicien et le clinicien du patient. Il convient donc de prendre le temps de la rencontre.

Cet accueil peut permettre de veiller d'abord à ce que le patient s'installe confortablement, puis à se présenter et se faire connaître en tant que médecin ou psychiatre portant une attention particulière à la souffrance psychique. Il permet également de montrer sa disponibilité en offrant son temps. On peut ensuite présenter les objectifs de

l'échange, ou évoquer d'autres points, sans aborder d'emblée le problème en cause (Senon, 2006). L'objectif principal de ce moment est d'aider le patient à se sentir plus en confiance. Il est utile aussi que le médecin emploie ce temps pour se mettre lui-même plus à l'aise.

2. Proxémique

La disposition du lieu où patient et médecin se rencontrent peut contribuer à établir une sécurité. Des sièges situés à une distance de 1m20 à 1m80 l'un de l'autre permettent d'instaurer entre les deux interlocuteurs une distance sociale, dans laquelle la voix et le regard sont au premier plan. Si la distance est inférieure à 1m20, le médecin entre dans l'espace personnel du patient et réciproquement, ce qui peut être vécu comme une intrusion provoquant de la gêne voire un blocage relationnel en vue d'arrêter le rapprochement. Cette distance peut être différente selon les cultures et les pathologies psychiatriques (Shea, 2005, p. 144).

Des sièges placés non en face à face mais selon un angle de 5 à 10° par rapport à la médiane (voir la figure 5) ont l'avantage d'orienter subtilement les deux intervenants dans la même direction et de permettre ainsi une vision commune du monde. Cette disposition facilite le contact visuel tout en laissant la possibilité de regarder ailleurs.

Enfin, la position du bureau mérite d'être évoquée car ce meuble est souvent présent dans les salles de consultation médicale. Pour Shea (2005, p. 164), hormis en présence d'un patient persécuté, il convient d'éviter de placer le bureau entre les 2 interlocuteurs au risque de créer une distance autoritaire. Il est préférable de le placer comme dans la figure 5 de façon à ce qu'un angle seulement sépare le patient du médecin.

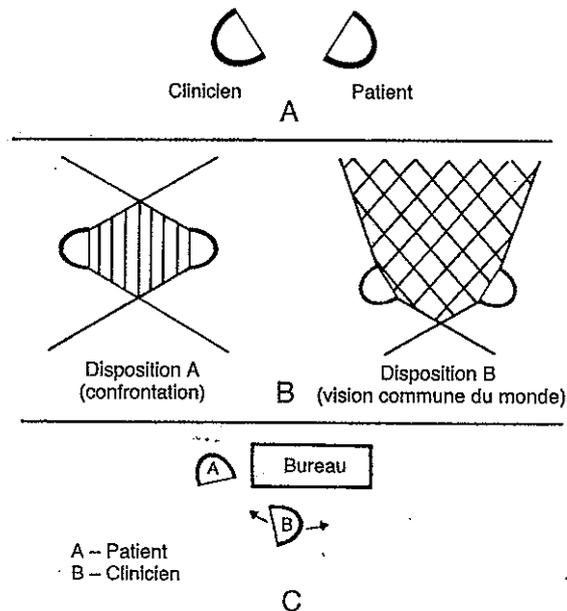


Figure 5 : Disposition des sièges et du bureau

A : angle privilégié de disposition des sièges ; B : comparaison des champs de vision partagés; C : utilisation du bureau. (Tirée de Shea, 2005)

ii. Attitude générale du médecin

L'attitude du médecin est fondamentale pour permettre un climat propice à l'émergence de sentiments. Nous l'avons vu avec Rogers : deux des dispositions essentielles du médecin sont la considération positive inconditionnelle et la congruence, autrement dit, l'acceptation d'autrui et l'acceptation de soi. Pour que cette acceptation soit possible, nous ajouterons à ces attitudes la nécessité d'un présupposé de similarité.

1. Considération positive inconditionnelle

Comme nous l'avons vu précédemment, la considération positive inconditionnelle consiste à accepter autrui tel qu'il est. Il s'agit de porter un regard positif sur le patient et de le laisser être le sentiment qu'il est en train de vivre, quel que soit ce sentiment (Rogers, 1966).

C'est ce que souligne aussi Tisseron (2013, p. 21) : « tout patient qui vient voir un thérapeute a besoin de se sentir accepté pour ce qu'il est, avec ses faiblesses et ses insuffisances ».

Pour Shea (2005, p. 27), cela exige du médecin qu'il mette entre parenthèses ses jugements moraux à l'égard du patient de façon à ce que ce dernier ait le sentiment qu'on ne va pas le juger. Pour cela il est important que le médecin s'efforce de montrer qu'il cherche avec intérêt à découvrir le sens que le patient attribue à ces idées, même si celles-ci peuvent sembler dérangeantes au premier abord.

Ce regard positif inconditionnel permet au patient de se sentir respecté et en sécurité dans la relation.

2. Congruence

La deuxième attitude permettant d'établir cette sécurité est la congruence du clinicien. Comme nous l'avons vu avec Rogers (1966), un médecin congruent est un médecin authentique, « sans masque ni façade », qui est capable de reconnaître et d'exprimer ouvertement les sentiments qui l'envahissent lors de l'échange avec son patient. Cette congruence est possible lorsque le médecin s'accepte tel qu'il est. Pour Vannotti (2002), cela suppose l'aptitude du soignant à s'engager en personne et à répondre en son nom à celui qui lui confie sa souffrance, sa révolte ou ses craintes.

Shea (2005, p. 31) souligne aussi l'importance de l'authenticité du médecin. Pour lui, le médecin a une attitude authentique quand il « se sent bien à la fois avec lui-même et avec son interlocuteur. Cet état est souvent marqué par trois attitudes : sa réactivité, sa spontanéité et son équilibre ». Ainsi il est intéressant que le médecin réagisse à ce que dit le patient. Par exemple, il peut sourire à un mot d'humour s'il l'a trouvé éloquent. Il peut également exprimer ses sentiments spontanés s'il estime que c'est dans l'intérêt du patient. Il adaptera bien sûr le degré de réactivité et de spontanéité selon le patient et la situation clinique.

Cette conception de l'authenticité suppose de se défaire de l'idée qu'un visage de marbre atteste du professionnalisme du médecin. Shea évoque une « comédie de la compétence » qui risque de donner au patient l'impression que son interlocuteur ne

l'apprécie pas et de rompre l'engagement. Tisseron (2013, p. 37 et 42) pense également qu'une « attitude distante et inaffektive aggrave les difficultés relationnelles » des patients et les mène à l'impasse. Selon lui une telle attitude incite les patients à s'éloigner de leurs propres émotions, ou au contraire à les dramatiser pour y entraîner leur thérapeute.

Quant à la troisième caractéristique, l'équilibre, elle est présente quand le médecin se montre régulier dans son comportement et ses réactions émotionnelles. Par exemple, il n'affiche pas un faciès froid après avoir manifesté une sympathie chaleureuse, ni ne bascule brutalement dans la confrontation. Cet équilibre se traduit souvent par l'impression que le médecin est détendu et prend du plaisir à l'entretien (Shea, 2005).

Azoulay (2006) souligne que la congruence du médecin se perçoit essentiellement via sa communication para-verbale et non verbale. S'il n'exprime pas ce qu'il pense vraiment, il risque de se trahir par l'intonation de sa voix ou par son regard. Ainsi pour être congruent, « le thérapeute doit exprimer ce qu'il pense et penser ce qu'il exprime, en un mot il doit être sincère ». Il est intéressant de noter qu'il en conclut que l'empathie ne peut pas être feinte avec succès et qu'un médecin exprimant une fausse empathie risque de perdre la confiance de son interlocuteur.

3. Présupposé de similarité

La notion de similarité est un présupposé nécessaire pour la compréhension entre les êtres humains. Il s'agit d'avoir conscience de notre appartenance commune à une même humanité. En effet, « ce n'est pas seulement la conviction que nous sommes faits d'une même matrice organique qui nous permet d'approcher le vécu de l'autre, il faut d'abord que nous soyons mû par une expérience qui nous enseigne que nous sommes menacés, sur un plan existentiel, par les mêmes risques » (Vannotti et Berrini, 2009).

iii. Types de questionnements

Le recueil des informations est essentiel pour bien comprendre le patient et se plonger dans son expérience. Ce recueil va dépendre de la façon dont le médecin pose les questions.

1. Questions pour percevoir le système de référence du patient

Pour pouvoir se projeter dans le monde du patient, il faut clarifier ses dires et obtenir des informations aussi précises que possible pour s'approcher au plus près de son système interne de référence. Cela demande une véritable exploration qui nécessite d'avoir de la curiosité pour le patient. Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'origine latine de ce mot est « cura » = le soin (Vannotti et Marin, 2010).

Pour faire émerger l'expression d'un sentiment par le patient et entrer dans son monde, le médecin peut l'inviter à qualifier son vécu émotionnel et à évoquer le contexte événementiel et signifiant auquel il se rattache. Il s'agit de l'encourager à décrire ses perceptions et à s'exprimer sur ce qui se passe en lui. Quand une valeur importante émerge, il peut être utile que le patient définisse ce qu'elle signifie pour lui car sa vision de cette valeur peut être différente de la représentation commune et de celle du médecin (Betbèze, 2013).

Par exemple, ces questions peuvent être : « Expliquez-moi pour que je comprenne mieux : qu'est-ce qui est si difficile pour vous dans... » ; « Et l'entraide, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? »

Le fait que ce soit le médecin qui demande au patient d'exprimer ce qui lui arrive permet que celui-ci se sente encouragé au partage. Le fait même que le médecin lui pose la question est déjà une confirmation sociale (Vannotti, 2002).

2. Questions ouvertes

Les questions ouvertes sont des questions qui ne permettent pas facilement une réponse en un mot ou une courte phrase. Il est quasiment impossible d'y répondre par oui ou par non (Shea, 2005, p. 710). Ces questions permettent au patient de diriger l'entretien en fonction de ce qui est important pour lui et au soignant de récolter largement l'information. Elles aident à explorer les sentiments, valeurs ou comportements du patient

sans limiter, ni conditionner préalablement le contenu de la réponse. Elles sont à privilégier pour explorer le monde du patient.

Elles peuvent bien sûr, dans un deuxième temps, être complétées par des questions fermées pour faire préciser un point plus précis de l'anamnèse ou un détail omis par le patient et tester des hypothèses diagnostiques spécifiques (Silvermann, 2005).

3. Ecoute et silences

Pour recueillir les informations et permettre l'émergence de sentiments, il faut évidemment laisser une part belle à l'écoute et aux silences. L'écoute laisse la place à la narration pour bien comprendre de quoi il s'agit et pour que le patient se sente entendu (Shea, 2005, p. 16). Le silence encourage le patient à poursuivre ses pensées ou à élaborer davantage autour des émotions exprimées (Silvermann, 2005).

b. Les différentes dimensions du processus empathique en pratique clinique

Nous avons vu dans les chapitres précédents les trois dimensions qui composent l'empathie : le partage de représentations, le changement de point de vue, et la distinction soi-autrui. En pratique clinique nous y ajouterons une quatrième dimension : celle de la transmission de la compréhension empathique.

i. Représentations partagées et résonance

1. Couplage involontaire

Il s'agit ici de faire l'expérience *d'être* avec le patient.

Nous avons vu dans les chapitres précédents que c'est d'abord par le corps, en tant que corps vécu, que nous pouvons partager l'expérience d'autrui et donc le comprendre (Husserl cité par Depraz, 2004 ; Merleau-Ponty, 1945, cité par Boulanger et Lançon, 2006). Nous avons vu aussi que, dans une interaction entre deux personnes, il se produit, de façon

involontaire, un couplage des vécus incarnés, une résonance motrice et émotionnelle ou, autrement dit, un partage de représentations (Depraz, 2004 ; Decety, 2004 ; Boulanger et Lançon, 2006).

Ainsi, lors de l'entretien, les soi incarnés du médecin et du patient entrent spontanément en relation de part leur similarité corporelle et perceptive, par un phénomène qui pourrait être sous-tendu par le système des neurones miroirs. Cette similarité se base sur leur appartenance commune à une même humanité (Depraz, 2004 ; Vannotti et Berrini, 2009). Chaque partenaire s'identifie corporellement à l'autre par un processus qui, on l'a dit, amène les partenaires à entrer en syntonie, mais qui n'atteint pas forcément le seuil de la conscience.

De la même manière, la perception d'une émotion chez l'autre induit une réaction involontaire qui dépend de programmes biologiques prédéterminés et permet au médecin d'avoir un accès immédiat à l'émotion de son patient. Il subit une forme de contagion émotionnelle (de laquelle il pourra s'extraire dans un second temps).

Le médecin peut donc se référer à ses propres sensations et s'appuyer sur ses propres affects pour percevoir les émotions dont le patient n'est éventuellement pas conscient ou qu'il croit devoir cacher. Ce mécanisme est à la base de l'intuition du médecin. C'est souvent après avoir reconnu en lui les manifestations cliniques d'un état émotionnel qu'il peut les reconnaître chez le malade. Pour Vannotti (2002), « le sujet fonctionne en somme comme une caisse de résonance des émotions » du patient.

Le concept de résonance est intéressant car il renvoie à la fois à la « résonance émotionnelle » que nous avons déjà évoquée (l'émotion du patient « résonne » chez le médecin via les représentations partagées) mais aussi, chez le médecin, à la résonance entre cette émotion et sa propre histoire personnelle. En effet « le thérapeute subit l'influence de sa mémoire implicite qui concerne des schèmes inter-corporels, sensori-moteurs et émotionnels non conscients de ses propres relations d'attachement et de ses expériences » (Vannotti et Berrini, 2009). L'histoire du thérapeute a donc un retentissement dans la rencontre avec le patient, retentissement involontaire mais auquel il doit activement prêter attention.

Mony Elkaïm (2004) a approfondi ce concept de résonance via une approche systémique. Pour lui, la résonance survient quand il y a intersection d'éléments communs à différents individus ou systèmes : ces éléments se mettent alors à vibrer comme des corps sous l'effet d'une fréquence déterminée. Pour Mony Elkaïm, il est nécessaire d'analyser cette résonance sur deux niveaux. Le premier niveau est de questionner à quoi renvoie l'émotion du médecin dans son histoire personnelle, c'est-à-dire quels sont les éléments que le comportement du patient touche, réveille, répète ou amplifie, et qui se traduisent par ce vécu spécifique du médecin. Le deuxième niveau consiste à rechercher la fonction de cette émotion par rapport au patient, à la famille ou au couple qu'il reçoit. En général, cette fonction est de renforcer les croyances profondes des membres du système.

Petit (2007) approfondit trois aspects de l'approche d'Elkaïm. Premièrement, il souligne que « l'empathie à l'œuvre dans ces thérapies familiales est une expérience sentie et non pas, de façon première, un processus cognitif ». L'intuition serait donc première, et la réflexion seconde. Deuxièmement, il allègue que « l'expérience vécue du thérapeute n'est pas la sienne propre ». En d'autres termes, il ne s'agit pas de son expérience exclusivement individuelle, mais d'une expérience qui émerge d'un partage avec l'ensemble des membres participant à l'entretien. Enfin, il insiste sur l'importance de la souplesse de l'attitude du thérapeute : celui-ci « a besoin d'être suffisamment flexible vis-à-vis de ses propres croyances profondes, de ses préjugés enracinés pour créer une souplesse appropriée dans la vision de la situation, ce qui permettra d'éviter de répéter le même processus critique. En effet, si le thérapeute n'est pas assez souple [...], il va inévitablement confirmer les croyances profondes de la famille ». Au final, « ces trois traits spécifiques de l'expérience empathique en thérapie familiale conduisent à reproduire une modification conceptuelle et à parler, ce faisant, de résonance plutôt que d'empathie ».

2. Synchronisation volontaire

Dans un deuxième temps, le phénomène de synchronisation passive peut se compléter d'une synchronisation active par laquelle le médecin s'ajuste volontairement au patient. L'accordage peut se faire au niveau comportemental, paraverbal ou verbal, ces trois plans étant intriqués.

Par exemple, nous avons déjà évoqué le fait que deux personnes qui communiquent efficacement finissent par adopter des positions et des gestes analogues. Si un des deux interlocuteurs change de position et se détend, l'autre fait de même. C'est ce qu'on appelle le phénomène des « postures en écho » ou mirroring. Ce phénomène peut avoir lieu spontanément quand l'alliance est bonne. Il s'ensuit aussi qu'on peut tenter d'améliorer l'alliance par une légère imitation des postures du patient. L'adoption d'un style similaire induit une métacommunication signifiant : « nous faisons certaines choses de la même manière et nous ne sommes pas aussi différents qu'il semblerait a priori » (Shea, 2005, p. 168).

On peut aussi se synchroniser aux rythmes du patient et notamment à son rythme respiratoire (pacing respiratoire). Le pacing respiratoire consiste à adapter sa propre respiration à celle du patient et à parler sur l'expiration de celui-ci. C'est une façon puissante de se coordonner au patient (Martineau, 2012).

Il peut être intéressant également de s'adapter au canal sensoriel privilégié du patient. Celui-ci peut être visuel, auditif, kinesthésique, olfactif ou gustatif (système VAKOG) (Martineau, 2012). La communication sera plus aisée et le patient se sentira plus facilement compris si le médecin utilise des mots ou métaphores correspondant au sens qu'il privilégie. Il peut être utile aussi de reprendre ses termes, ses tournures de phrases et ses expressions.

Cette synchronisation peut permettre une meilleure alliance et un partage plus facile de la représentation du monde du patient.

ii. Changement de point de vue

Pour changer de point de vue, il faut compléter le processus involontaire de couplage par un processus conscient de projection dans le monde de l'autre. Ceci est favorisé par une écoute et une observation attentive du patient et par un aller-retour entre intuition et analyse.

1. Ecoute attentive

Pour percevoir un sentiment chez le patient, le médecin doit en premier lieu prendre le temps de l'écouter attentivement. Il doit être attentif à ce qu'il dit (langage verbal) et aussi à ce qu'il montre par son comportement, ses gestes ou son ton de voix (langage non verbal). C'est grâce à ces signaux qu'il saura quand et comment intervenir (Tisseron, 2013, p.39).

Pour écouter ainsi, Alfred Margulies et Leston Havens soulignent qu'il est nécessaire, pendant un temps, de suspendre toute analyse afin de ressentir littéralement le monde du patient, sans rechercher de lien de cause à effet, ni formuler de jugement de valeur (cette notion se rapproche de la considération positive inconditionnelle de Rogers). Il s'agit pour eux d'une disposition d'esprit intrinsèque au processus empathique (Margulies et Havens, 1981, cités par Shea, 2005, p. 16).

2. Projection dans le monde de l'autre

L'autre disposition d'esprit nécessaire au processus empathique est l'aptitude du clinicien à se projeter avec sensibilité dans le monde de l'autre et à se déplacer dans cet univers, afin d'imaginer les expériences intérieures du patient. Il doit être capable non seulement de dresser un tableau du monde du patient mais aussi d'y entrer. C'est ce que Margulies nomme « l'inspect ». Il compare cette projection créatrice à l'imagination poétique des artistes (Margulies, 1984, cité par Shea, 2005, p. 16).

Ce concept rejoint celui de « Daseinanalysis », introduit par Médard Boss et signifiant « analyse de l'être au monde ». Il s'agit d'une exploration phénoménologique par laquelle le médecin tente de voir le monde tel que le vit le patient, littéralement avec ses yeux, et de comprendre le fait d'être cet autre. A cette fin, il peut être utile de mettre l'accent sur l'univers des sensations (vision, odorat, audition, toucher, goût) qui permet ensuite d'ouvrir les portes sur les émotions, les attitudes et les pensées du patient (Shea, 2005, p. 51).

3. Intuition

Pour Shea, (2005, p. 16) « l'aptitude à écouter en suspendant toute analyse et la capacité à se projeter avec sensibilité dans l'expérience d'autrui peuvent être considérées comme deux qualités mères de l'intuition ». Cette intuition est primordiale dans la relation thérapeutique et la pratique de la médecine en générale. Elle se base sur l'expérience passée du médecin mais aussi sur son expérience dans la relation immédiate comme nous l'avons vu avec la notion de couplage. Pour développer ses capacités intuitives, le médecin peut s'appuyer sur la résonance que l'émotion du patient produit en lui.

4. Synergie entre intuition et analyse (aller-retour)

Nous voyons donc que deux capacités se dessinent pour permettre l'empathie du clinicien : l'intuition, en tant que réaction involontaire, qui peut ensuite se coupler à l'analyse, c'est-à-dire l'élaboration cognitive de ce qui se passe dans l'interaction (Vannotti, 2002).

Shea (2005, p. 17) précise qu'intuition et analyse sont complémentaires et non antagonistes. Un clinicien expérimenté pourra passer en quelques minutes d'une écoute intuitive à une réflexion analytique, les deux processus pouvant se guider l'un l'autre.

iii. Distinction entre soi et autrui et régulation émotionnelle

Nous avons vu que Rogers insiste sur l'importance du « comme si » afin de rester indépendant de l'autre et de ne pas craindre d'être envahi par ses problèmes.

Comme Rogers, Shea insiste sur l'importance de distinguer empathie et identification. L'empathie ne nécessite pas de ressentir soi-même l'état émotionnel du patient mais seulement de le reconnaître : « La plupart des patients ne recherche pas quelqu'un qui ressente la même chose qu'eux mais quelqu'un qui tente de comprendre ce qu'ils ressentent ». De plus, l'identification avec le patient risque de donner lieu à des dérives thérapeutiques comme l'épuisement professionnel ou les contre-transferts non

identifiés. « La persistance de sentiments intenses d'identification doit avertir le clinicien du besoin d'entamer ou de reprendre sa propre thérapie sous peine de détruire rapidement le processus thérapeutique. » (Shea, 2005, p. 14).

C'est ce que souligne également François Roustang (2008) : « Sérénité veut dire d'abord que le thérapeute n'a pas à partager la souffrance du patient. Le patient de demande pas que l'on souffre avec lui».

Ainsi, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, le médecin peut ressentir dans un premier temps une contagion émotionnelle, indiquant l'état d'autrui, mais il doit être capable, dans un deuxième temps, de réguler ces émotions et de faire la part entre lui et l'autre. Cela nécessite une sécurité interne et une conscience de soi.

iv. Transmission de l'expérience empathique

Il s'agit pour le clinicien de communiquer au mieux au patient ce qu'il a compris de son monde. Il peut l'exprimer de manière verbale et non verbale. C'est une phase complexe car les déclarations d'empathie ne fonctionnent pas de la même façon selon les patients. Elles peuvent même avoir un effet contre-productif avec les patients défensifs (voir le chapitre suivant).

A noter que les moyens de transmission de l'empathie développés ici sont donnés à titre didactique. Ils ne sont cependant pas à considérer comme un acte technique qui serait robotisé mais plutôt comme une aide pour témoigner de l'expérience vécue par le médecin dans ce qu'il a pu partager avec le patient.

1. Expression non verbale de l'empathie

Albert Mehrabian (1972) a montré que l'impact et le sens du message résident en grande partie dans le non verbal. Selon lui, 90% de la communication est para-verbale (ton, hauteur de voix, rythme des mots, etc.) et non verbale (expressions faciales, gestuelle, etc.).

Ainsi, le langage verbal ne suffit pas pour construire la relation. Le verbe est accompagné d'un co-texte, d'indices para-verbaux et il est prononcé dans un contexte

spécifique. Dans le face à face entre médecin et patient, la communication implique donc l'ensemble du corps, des expressions faciales, des postures, du mouvement, des gestes, de la distance adoptée, etc. C'est une relation « intercorporelle qui ne se limite pas au verbe » (Vannotti et Berrini, 2009).

a. Paralangage

Le paralangage concerne les éléments comme le ton de la voix, son intensité, son rythme, son timbre et la fluidité verbale (Shea, 2005, p. 146).

La compréhension empathique du médecin peut se transmettre par un simple « mmmh » de compréhension ou bien par un ton et un rythme congruent avec l'émotion du patient. Par exemple, si le patient évoque quelque chose de triste ou de difficile, le médecin emploiera facilement un ton plus bas et un rythme plus lent.

b. Kinésique : langage du corps en mouvement

La kinésique concerne les gestes, les mouvements du corps, des membres, des mains, de la tête, des pieds et des jambes, ainsi que les expressions faciales (le sourire, par exemple), les mouvements des yeux (clignement, direction et durée du regard, dilatation des pupilles), et enfin la posture (Shea, 2005, p. 146).

Corporellement, l'empathie du médecin peut se manifester de plusieurs manières. Premièrement, le hochement de tête, en signe d'acquiescement, est un geste empathique courant. Desmond Morris remarque que le hochement de tête peut signifier différents types de messages affirmatifs: le hochement de prise en compte (« oui, je vous écoute bien »), le hochement d'encouragement (« oui, c'est intéressant »), le hochement d'assentiment (« oui, c'est entendu »), le hochement factuel (« oui, c'est exact ») ou, bien sûr, le hochement de compréhension (« oui, je vois ce que vous voulez dire ») (Morris, 1977, cité par Shea, 2005, p. 169). Selon Shea, les cliniciens les plus habiles à nouer l'engagement hochent la tête souvent et à tout moment de l'entretien.

Une autre attitude empathique consiste à faire écho à l'expression faciale du patient (Barrier, 2013). Par exemple, le médecin prend souvent spontanément un visage grave si le

patient exprime quelque chose de difficile, ou bien par un visage souriant et confiant si le patient évoque ses ressources.

Les patients ressentent également positivement les manifestations de sourire, les signes d'écoute, un regard attentif et le fait que le médecin soit légèrement penché vers eux (Shea, 2005, p. 169).

Ainsi, il est essentiel de garder à l'esprit l'importance du non verbal dans la transmission de la compréhension empathique.

2. Expression verbale de l'empathie

a. Langage adapté au patient

Tout d'abord, il est important de se servir d'un langage qui soit facilement compréhensible pour le patient. Ceci est un témoignage de considération. Ainsi, il est préférable d'utiliser un langage familier plutôt qu'un langage universitaire. Dans le cas contraire, le patient risque de se sentir en position d'infériorité et donc menacé, ce qui peut le mener à une attitude défensive (Tisseron, 2013, p. 20 ; Shea, 2005).

b. Formulations d'empathie

Communiquer verbalement son empathie vise, d'une part, à faire sentir au patient que nous sommes capables de comprendre son point de vue et, d'autre part, grâce au pouvoir d'évocation du langage, à explorer cette expérience plus profondément pour mieux comprendre le patient nous-mêmes, et l'aider lui aussi à clarifier cette expérience (Canut, 2009 ; Bottineau, 2010).

Pour ce faire, nous avons vu que Rogers utilise la reformulation dont font parties la répétition, le reflet de sentiment et l'élucidation (Kinget et Rogers, 1965).

Shea (2005, p. 17) a étudié également les différentes déclarations d'empathie et distingue les formulations élémentaires des formulations complexes. Il différencie ces deux

types de formulation selon le degré de certitude qu'elles amènent, le niveau de proximité qu'elles induisent et selon qu'elles s'appuient sur le contenu manifeste ou implicite de la communication du patient.

Les formulations élémentaires laissent une incertitude en utilisant la supposition : « cela *doit être* difficile », « c'est *comme si* vous plongiez en vous-même », « *il semble que* vous ayez été passablement blessé ». Elles impliquent peu le clinicien en laissant une distance avec ce que peut vivre le patient. Elles peuvent consister aussi à reprendre le contenu strictement manifeste de la communication, ce en quoi on peut les rapprocher des réitérations de Rogers. Ces formulations manifestent de la sollicitude et l'assurance d'une écoute attentive mais montrent peu de sensibilité. Par contre, elles ont l'avantage d'être moins susceptibles de se retourner contre le clinicien.

Les formulations complexes transmettent une certitude forte de la part du clinicien dans sa capacité à avoir compris les sentiments du patient et à partager sa vision des choses. Elles se font sous forme d'affirmation au présent (« vous vous sentez blessé »), parfois à la troisième personne du singulier pour suggérer le partage de cette expérience par le clinicien (« il est angoissant de devoir faire face à ça »). Il peut s'agir également d'interprétations selon ce qu'a décrypté le praticien : « cela vous renvoie à la colère que vous avez éprouvé au départ de votre père ». Elles se rapprochent ainsi plutôt du reflet de sentiment et de l'élucidation. Ces formulations peuvent être très efficaces, montrant une compréhension profonde de la part du clinicien. Elles doivent cependant être utilisées à bon escient et avec les patients confiants dans la relation au risque d'être mal interprétées et de rompre l'alliance.

Pour qu'elles soient efficaces, Shea préconise des formulations concises, au rythme d'environ une toutes les cinq à vingt minutes. Il insiste sur l'importance d'employer au moins une ou deux formulations d'empathie dans les cinq à dix premières minutes de l'entretien. En effet, c'est souvent dans ces premières minutes que le patient décide si le clinicien lui plaît ou non, décision qui se fonde fréquemment sur le degré de tolérance manifesté par ce dernier. Ce rythme est bien sûr donné à titre d'indication, il ne s'agit pas d'appliquer une formule d'empathie stéréotypée toutes les cinq minutes mais de réagir en fonction de notre propre ressenti vis-à-vis de ce qu'amène le patient.

Pour Tisseron (2013, p. 43) et Vannotti (2002), ces formulations d'empathie permettent avant tout de nommer l'émotion, ce qui est essentiel car cela permet au clinicien de participer au travail de mise en sens indispensable de celles-ci. Cette mise en sens aide le patient à devenir plus clair sur lui-même, clarté qui lui est nécessaire pour faire face à sa souffrance.

Enfin, pour Silvermann (2005), la reformulation permet non seulement la transmission de l'empathie mais aussi de faire préciser par le soignant un point plus précis, de tester des hypothèses diagnostiques, de s'assurer de la bonne compréhension des mots entendus en permettant au patient de rectifier ce qui est incorrect et, surtout, de renforcer la relation soignant-soigné.

c. Précautions

Il peut être utile d'employer des précautions pour prévenir la susceptibilité du patient, et montrer qu'on lui témoigne du respect, notamment avec les patients défensifs et lors de l'utilisation de formulations d'empathie complexes. Cela peut consister à demander la permission, ou bien à faire précéder ses déclarations d'empathie de formules telles que : « si je comprends bien,... », « dites-moi si je me trompe, ... ». Cela permet également au patient de se sentir plus libre de corriger les dires du médecin et de clarifier ainsi sa pensée. Enfin, cela permet d'introduire du doute, ce qui engage à une pluralité d'hypothèses et autorise à sortir d'une vérité unique et rigide.

3. Légitimation/validation

Quand un médecin transmet au patient qu'il a compris quelque chose de son émotion, il est important qu'il légitime le vécu du patient. Légitimer l'émotion éprouvée et exprimée par le patient signifie reconnaître cette émotion comme bien-fondée en fonction du contexte et de l'histoire propre du sujet. Pour légitimer l'état du patient, le médecin doit pouvoir reconnaître que les sentiments du patient sont tout à fait compréhensibles et « normaux » dans sa situation. Il respecte ainsi les actions entreprises jusque-là par le patient pour y faire face. Pour Vannotti (2002), la légitimation du vécu du patient est le point

central de la relation empathique. « Elle donne au patient la confirmation que le médecin peut le comprendre, peut reconnaître le bien-fondé de ses pensées et de ses émotions. C'est aussi par cette voie que le médecin et le patient peuvent expérimenter, l'espace d'un bref moment, un vécu partagé et, par-là, participer à l'humanité de l'autre ».

Les remarques légitimantes encouragent le patient à exprimer plus franchement et plus clairement ses sentiments. Par ces remarques, le médecin « reconnaît » le patient. Cette expérience de se sentir reconnu, permet au malade de se voir confirmé intersubjectivement comme une personne à part entière. Les patients ont souvent besoin de cette reconnaissance de leur personne, de leur existence et de leur souffrance. Elle concourt à la possibilité de prendre envers eux-mêmes une attitude positive (Vannotti, 2002).

Encore une fois, cette validation du vécu peut se faire de façon verbale (exemple : « dans ces circonstances, et au vu de ce que vous m'avez raconté, je comprends tout-à-fait que vous soyez à ce point abattu et irrité » ou par un simple « Et oui,... bien sûr,... » de compréhension) et non verbale, par un hochement de tête ou une expression d'acquiescement : « Mmmh... ». Ces phrases se révèlent pertinentes si elles sont l'expression d'une pensée authentique du médecin.

Ainsi, c'est par ces différentes dimensions de couplage, de projection dans le monde du patient et de transmission, tout en conservant la distinction entre soi et l'autre, que l'empathie émerge dans l'entretien clinique.

Afin de souligner l'importance d'un aller-retour entre médecin et patient dans l'entretien, il est également intéressant d'étudier dans cette partie la notion de « cycle de l'empathie ».

c. Cycle de l'empathie

La notion de « cycle de l'empathie » a été introduite par Godfrey T. Barrett-Lennard (1981) et reprise par Shea (2005, p. 15) pour désigner la nécessité d'une réaction partagée et d'un va-et-vient entre le médecin et son patient pour que l'empathie émerge d'une relation.

Ce cycle donne une idée plus claire du processus empathique et permet d'en étudier les applications pratiques.

Il comporte cinq phases:

- 1) L'expression d'un sentiment par le patient,
- 2) la reconnaissance de ce sentiment par le clinicien,
- 3) la transmission de cette reconnaissance au patient,
- 4) la réception par le patient de cette transmission,
- 5) et la réaction en retour signifiant au clinicien que cette reconnaissance a bien été reçue.

i. Expression d'un sentiment par le patient

Lors de cette phase, le patient exprime une émotion ou un sentiment spécifique. Cela peut être une chose aisée pour certains patients mais plus difficile pour d'autres.

En effet, si les émotions en tant que telles s'avèrent semblables dans les différentes cultures, les façons de les exprimer sont très hétérogènes. Elles peuvent dépendre de la culture ou de la classe d'appartenance, des caractéristiques de l'éducation, ou encore de l'histoire et des particularités internes de chacun. Le médecin devra donc s'adapter à cette diversité (Vannotti, 2002).

De plus, il est rare que les patients verbalisent spontanément qu'ils sont en train de vivre un état émotionnel. Les émotions sont souvent minimisées ou retenues, d'où l'importance de la deuxième phase du cycle.

ii. Reconnaissance de ce sentiment par le clinicien

Il s'agit pour le médecin de reconnaître les manifestations cliniques d'un état émotionnel chez le patient et de s'y arrêter lorsque celui-ci semble important. Une telle reconnaissance nécessite le développement des facultés perceptives et intuitives du clinicien (Shea, 2005, p. 16). Ceci rejoint les notions que nous avons vues précédemment :

l'importance d'une écoute attentive en suspendant toute analyse, l'effort de projection dans le monde du patient et la synergie entre intuition et réflexion analytique.

iii. Transmission de cette reconnaissance au patient

Cette transmission de notre compréhension empathique peut se faire de façon verbale et non verbale, comme nous l'avons vu plus haut.

iv. Réception par le patient de cette transmission

Cette quatrième phase nécessite que le patient soit réceptif à ce que peut dire le clinicien, ce qui peut être difficile dans certaines pathologies.

v. Réaction en retour signifiant au clinicien que cette reconnaissance a bien été reçue

Une déclaration d'empathie efficace entraîne habituellement un acquiescement ou une augmentation de la production verbale du patient. Elle permet une association d'idée, stimule ou approfondit la narration. Au mieux elle permet à un souvenir ou à un sentiment jusqu'alors bloqué à la conscience de refaire surface.

Précisons ici qu'« empathie » et « cycle d'empathie » ne désignent pas la même chose. L'empathie est un processus de compréhension (dans laquelle nous retrouvons les trois dimensions de ressentir, se mettre à la place et ne pas se confondre) alors que le cycle d'empathie comprend à la fois le processus de compréhension (au sein de la 2^{ème} phase) et le témoignage de celui-ci avec les réactions en retour. Même si le bon déroulement de ce cycle est utile pour maintenir une relation empathique, il peut y avoir empathie sans pour autant s'engager dans le cycle de l'empathie. Pour éviter toute confusion entre l'empathie et le cycle de l'empathie, nous appellerons plutôt celui-ci « cycle de l'interaction ».

Ainsi, pour avoir accès au cadre de référence interne du patient, à ses pensées intimes, aux raisonnements qui en découlent ainsi qu'au vécu qui leur est associé, il est

nécessaire de créer un climat de confiance et de faciliter l'expression du patient. Il est également nécessaire de pouvoir offrir une bonne écoute, de bien observer les attitudes et les incongruences et de s'appuyer sur son expérience aussi bien passée, qu'actuelle dans la rencontre. Il faut aussi avoir un peu d'intuition afin de percevoir et reconnaître les indices verbaux et non-verbaux suggérant des états émotionnels et pouvoir se projeter dans le monde du patient (Azoulai, 2006). Il faut ensuite pouvoir restituer de façon adaptée son ressenti en légitimant le vécu du patient afin que celui-ci se sente reconnu. Enfin, il ne faut jamais perdre de vue que l'on reste un individu distinct du patient afin de pouvoir réguler les émotions en jeu dans la relation.

Pour conclure cette partie, soulignons que la conduite de l'entretien médical, comme tout art, demande de l'entraînement avec une phase d'application des techniques permettant dans un second temps une liberté créatrice. C'est ce que souligne Shea (2005) : « Avant de passer maître dans ces techniques extrêmes orientales, l'étudiant consciencieux s'exerce pendant des mois ou des années aux coups de pinceau et aux mouvements de base dont ces arts sont issus. Au fil d'un apprentissage rigoureux des principes fondamentaux, le geste gagne petit à petit en aisance. Ces mouvements risquent a priori de paraître artificiels et quelque peu contraignants mais, au prix d'une pratique intensive, l'élève fini par acquérir une intuition créative qu'il n'aurait jamais possédée sans cette initiation préalable. [...] Il en va de même de la conduite d'entretien. Au fil de la pratique, les techniques que le clinicien trouvait d'abord gênantes s'intègrent avec naturel dans son style. S'il comprend non seulement les patients mais aussi le déroulement de la consultation, le clinicien se définit par un équilibre, une pondération et une confiance d'où naît peu à peu une intuition nouvelle, plus pénétrante. [...] La souplesse et la créativité jaillissent de la compréhension et de la discipline. »

IV. Obstacles à la mise en œuvre de l'empathie

Plusieurs phénomènes sont susceptibles d'empêcher l'émergence de l'empathie dans un entretien psychiatrique. Ces phénomènes se situent à plusieurs niveaux, aussi bien du côté du médecin que du patient.

1. Freins à l'empathie du médecin

L'altération du processus empathique peut être liée au propre état émotionnel du médecin, à sa crainte de se perdre dans le monde du patient ou à une confusion émotionnelle. Elle peut aussi être la conséquence de la conception qu'il se fait de son métier ou encore d'un manque de savoir-faire dans cette dynamique d'empathie.

a. Influence de l'état émotionnel du médecin

Les capacités perceptives ou intuitives du médecin peuvent être troublées par son propre état émotionnel. Il est difficile pour un médecin qui ressent un sentiment d'urgence, de colère, de tristesse ou encore de lassitude de discerner précisément les émotions de son patient (Shea, 2005, p. 15). L'anxiété du médecin, notamment lorsqu'elle est liée à une pression sur le temps, a également été individualisée comme une limite à l'empathie (Halpern, 2003 cité par Younès et Hardy-Baylé, 2013). Elle amène à être moins attentif, moins à l'écoute du patient. La relation thérapeutique risque alors d'être altérée. Dans de telles circonstances, le médecin n'est pas disponible pour reconnaître et relever de façon empathique un sentiment exprimé par le patient.

Par ailleurs, un clinicien récemment affecté par des événements de vie négatifs peut risquer de projeter ses sentiments personnels sur le patient. Par exemple, un soignant marqué par la perte d'un proche pourrait projeter son sentiment d'abandon sur un patient en deuil, sans que ce dernier ne ressente rien de tel (Shea, 2005, p. 16). C'est ce que Kinget (1965) appelle les erreurs de projection, lorsque le thérapeute attribue, par exemple, au patient l'insécurité, la crainte ou le malaise qu'il éprouve lui-même.

Avant de débiter un entretien, il peut donc être judicieux de prendre quelques minutes pour faire le point sur son état d'esprit et essayer ainsi d'écartier les facteurs de distorsion.

b. Crainte du médecin de se perdre dans le monde du patient

Une compréhension empathique implique de se projeter dans l'univers du patient pour saisir ce que le patient y voit et y éprouve. Comme le souligne Rogers (1966), nous risquons alors d'envisager les choses de la même façon que notre patient et d'être influencé par lui jusque dans notre personnalité. Ceci peut sembler dangereux lorsqu'il s'agit de plonger dans l'univers d'un patient atteint d'une pathologie mentale. Comment ne pas être angoissé par son angoisse ou déprimé par sa dépression ?

Par peur d'être débordés par l'affect, certains médecins reculent devant un pareil danger et adoptent une attitude défensive envers le patient. Ils prennent une position de repli émotionnel (indifférence ou isolation) et ne peuvent écouter vraiment. Certains minimisent la détresse des patients (banalisation), d'autres se centrent sur l'acte technique et la démarche professionnelle (activisme) ou bien se protègent en portant un jugement ou une analyse (intellectualisation) (Chabrol, 2005).

Ce processus de coupure par rapport aux émotions n'est pas une régulation de l'empathie mais une réaction de défense qui traduit des difficultés de régulation émotionnelle. Elle se « manifesterait comme un processus pour mettre à distance et se couper d'émotions ou d'affects dont on redoute, plus ou moins consciemment, la perte de contrôle et/ou la souffrance qu'ils occasionnent. Processus qui s'oppose à l'empathie envers autrui ou envers soi » (Favre et al. 2005).

Au final, ce qui est au cœur de ces difficultés, c'est la peur que la distinction soi-autrui s'évapore, la peur de perdre la dimension du « comme si » et de ne pas savoir réguler ses émotions. Une compréhension empathique nécessite donc d'avoir une personnalité assez forte pour se sentir indépendant de l'autre et contrôler son émotion, afin de ne pas tomber dans l'identification ou la contagion émotionnelle. Comme le dit Tisseron (2010) « une

empathie complète nécessite d'être capable d'entrer en résonance avec l'autre sans s'en sentir menacé ».

c. Processus de confusion émotionnelle

L'inverse est un médecin qui verse trop dans l'émotion et qui participe à la souffrance d'autrui dans un processus de sympathie. Un tel médecin fait preuve d'un défaut de régulation émotionnelle et d'une confusion entre ses propres émotions et celles du patient. Son comportement d'aide risque alors d'être motivé par une « détresse en retour » (Jorland, 2004) : c'est pour réduire son propre malaise qu'il cherche à soulager la souffrance de l'autre (Favre, 2005). Il s'agit d'une perspective égocentrée qui dépend de nos propres émotions.

Le danger d'une telle attitude, qui n'est pas de l'empathie, est de mener à une fatigue professionnelle et à un manque d'objectivité.

d. Conception de la profession médicale

La représentation que le médecin se fait de son métier et du type d'engagement cognitif et affectif qu'il juge nécessaire pour l'exercer influe sur son attitude lors des entretiens.

Pour Vannotti (2002), deux conceptions semblent s'opposer dans la définition du rôle du médecin :

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

Les médecins adeptes d'une approche objective du patient et de sa maladie considèrent que les praticiens qui cultivent l'empathie risquent de trop s'impliquer émotionnellement auprès de leur patient pour prendre les décisions qui, quelquefois, s'imposent. À l'inverse, les tenants d'une médecine estimée comme plus humaniste pensent que, sans empathie, le médecin ne sait pas qui est son patient, et ne peut donc prendre avec lui les décisions adéquates le concernant.

Ainsi, les médecins qui conçoivent qu'être professionnel consiste à rester neutre seront moins enclins à se montrer empathiques.

Vannotti (2002) concilie toutefois ces deux visions en précisant que « le dialogue entre soignant et soigné devrait éviter à la fois de tomber dans la rationalisation techniciste au nom de l'efficacité, et dans la psychologisation excessive où l'on croit, à tort, assumer une attitude empathique ».

e. Manque de savoir-faire

Le manque de savoir-faire quant à la relation et au repérage des émotions peut également être un frein à l'émergence de l'empathie. Certains médecins et étudiants en médecine n'osent pas rechercher les émotions ou se plonger dans le monde du patient de peur de ne savoir qu'en faire.

En effet, la formation initiale des médecins est fortement axée sur les processus de la maladie et l'apprentissage des techniques. Elle occulte partiellement la question du relationnel et de l'état psychologique du patient. Stern (2006, p.70) note que « si les internes sont bien formés au niveau scientifique, ils semblent moins aguerris dès lors qu'il s'agit de relations humaines, tant vis-à-vis des patients et de leur entourage qu'au niveau des équipes».

Le manque de formation concernant les aspects relationnels du soin risque d'amener les soignants à employer les défenses professionnelles que nous avons évoquées plus haut, de façon parfois inadéquate, ce qui peut être délétère pour eux et pour les patients.

2. Freins à l'interaction empathique du côté du patient

Les mécanismes de défenses et les troubles psychiatriques du patient risquent de perturber le processus empathique ou d'interrompre le cycle de l'interaction empathique. Cette interruption peut avoir lieu en phase 1 (obstacles à l'expression de la souffrance du patient, troubles du contact), en phase 3 (cas des patients persécutés et du trouble de la

personnalité histrionique), en phase 4 (émoussement de la réceptivité à l'empathie) et en phase 5 (absence de réaction en retour aux manifestations d'empathie).

a. Obstacles à l'expression de la souffrance du patient

Certaines défenses, à la fois conscientes et inconscientes, peuvent empêcher les patients d'exprimer une émotion réelle. En effet, des patients dans le déni ou la rationalisation n'exprimeront pas leur souffrance profonde (Shea, 2005, p. 15).

Prenons l'exemple d'un homme en difficulté avec les relations sociales et surtout amoureuses qui ne serait pas en capacité de reconnaître ces difficultés. Un tel patient pourrait rationaliser son célibat en l'attribuant, par exemple, à la société individualiste d'aujourd'hui. Une telle rationalisation empêcherait le développement spontané d'un cycle d'interaction empathique avant même la première phase.

Un médecin empathique et expérimenté peut toutefois discerner cette souffrance mais il est difficile de la renvoyer au patient. Si le médecin témoigne de ce qu'il a compris, il devra le faire avec prudence et s'attendre à ce que le patient ne puisse pas échanger sur le sujet lors de cette consultation.

b. Troubles du contact et conscience de soi

Lorsque les troubles du contact sont majeurs, il est encore plus difficile d'accéder à l'expérience de l'autre et d'ajuster ses attitudes. Cela peut être le cas, par exemple, avec les patients autistes atteints d'un trouble de la communication et des interactions sociales ainsi qu'avec des patients schizophrènes présentant une forte dissociation.

Lorsque la conscience de soi est atteinte, l'accès à ses propres états mentaux, leur transmission et la distinction soi-autrui risquent d'être fortement perturbés.

c. Patients persécutés ou défensifs

Shea (2005, p. 18) insiste sur l'importance d'utiliser avec une grande précaution les formulations d'empathie chez les patients persécutés ou défensifs. Un patient paranoïaque ou méfiant risque de se sentir davantage persécuté par un médecin qui lui montre de

l'empathie. En effet, l'expression verbale ou non verbale de signes d'empathie réduit la distance interpersonnelle entre le médecin et le malade alors que la conservation de cette distance est primordiale pour ces patients. S'ils se sentent envahis dans leur zone de sécurité, il ne leur reste qu'une alternative, le retrait ou l'attaque, ce qui va à l'encontre de la préservation de l'alliance.

Sur le plan du comportement non verbal, le regard attentif du médecin « à l'écoute » peut être jugé trop insistant, voire être confondu avec le regard scrutateur d'un persécuteur potentiel. De même, certains gestes affiliatifs comme le hochement de tête peuvent les déstabiliser. Sur le plan de la proxémique, un patient présentant un vécu de persécution préférera disposer de plus d'espace que les autres. Si le clinicien s'assoit trop près de lui, il risque d'empiéter sur son territoire intime et d'activer ses défenses. Dans ce cas, la présence d'un bureau entre les deux protagonistes peut être bienvenue.

Sur le plan verbal, le médecin doit faire attention à ses manifestations d'empathie. Une formulation empathique complexe exprime implicitement que le médecin a une certitude forte d'avoir compris exactement ce qu'éprouve le patient. Si celui-ci est persécuté, il risque de ne pas apprécier qu'on lui dise ce qu'il ressent.

Prenons un exemple :

Le patient : Ils ne m'ont pas invité à la fête du Nouvel An sous prétexte que nous étions séparés ma femme et moi. Ils ont décidé de la choisir elle. J'ai passé la soirée seul, ils ne m'ont même pas appelé!

Le médecin : Vous vous sentez très blessé.

Le patient : Mais qu'est-ce que vous en savez, vous ? Votre femme vous a quitté ? Vos amis vous ont déjà trahi ?

Le médecin : Non, mais j'imagine que cela ne doit pas être facile.

Le patient : Pas facile pour d'autres peut-être, mais moi je suis plus fort que ça !

Un patient délirant et persécuté peut aussi mal interpréter une formulation d'empathie complexe.

Par exemple :

La patiente : Les policiers ont mis des caméras chez moi pour me surveiller. Ce sont des caméras microscopiques que vous ne pouvez pas voir à l'œil nu mais je sais qu'elles sont

là, dans la télé. Je sais qu'ils m'observent le soir quand je me déshabille. Ils ont aussi des sondes mentales pour capter mes pensées.

Le médecin : C'est effrayant d'être toujours observé par quelqu'un.

La patiente [sur un ton agressif] : Qu'est-ce que vous voulez dire ? Comment pouvez-vous savoir ce que je ressens ?

Le médecin : Eh bien, si j'étais dans la situation que vous décrivez, je pense que je serais effrayé.

La patiente : Effrayé au point de devenir fou ?

Le médecin : Eh bien... c'est difficile à dire, ce n'est pas...

La patiente : Non, je ne suis pas dingue ! C'est vous qui êtes bizarre ! Si ça se trouve, vous êtes du côté des policiers!

Avec ces patients, il vaut donc mieux éviter de témoigner son empathie au risque de devenir intrusif.

L'approche à privilégier avec eux serait plutôt:

- Laisser davantage d'espace (physique) entre le médecin et patient. Il est possible de placer un bureau ou une table entre les deux interlocuteurs comme une protection qui laisse à chacun son espace intime.
- Détourner sciemment les yeux pour donner au patient un plus grand espace visuel.
- Eviter les hochements de tête et les mouvements de bras trop fréquents.
- Utiliser des formulations d'empathie élémentaires plutôt que complexes. Avec certains patients il vaut même mieux éviter d'emblée toute déclaration d'empathie et rester opératoire (Shea, 2005, p. 170).

d. Trouble de la personnalité histrionique

Comme le rappellent Karine Ichard et Laurent Schmitt (2007), la personnalité histrionique se caractérise par quelques traits essentiels : la labilité émotionnelle, la dépendance affective, et la quête d'attention. Le style relationnel de ces patients induit souvent des contres attitudes chez le thérapeute, parfois positives au début, mais susceptibles d'évoluer vers une irritation ou une certaine défiance.

Par ailleurs les personnalités histrioniques associent fréquemment, mais pas toujours, des somatisations douloureuses ou des phénomènes de conversion qui jalonnent leur histoire pathologique de nombreuses prises en charge ou investigations. L'utilisation du corps malade prend alors la valeur d'une manœuvre de séduction s'adressant à la curiosité scientifique, à la sagacité ou au pouvoir thérapeutique du médecin. Il s'agit d'attirer l'intérêt du partenaire tout en constituant une énigme pour lui.

Se pose alors la question de la juste distance. Si le médecin ne témoigne pas assez son empathie envers un tel patient, celui-ci ne se sentira pas entendu et aura tendance à être dans l'escalade de preuves de son mal-être. A l'inverse, si le médecin se montre très empathique avec lui, la distance sera trop proche et le risque de rejet agressif et de rupture sera élevé. Il convient donc de manifester son empathie de façon équilibrée.

e. Eoussement de la réceptivité à l'empathie

Certains patients ne sont pas réceptifs aux manifestations d'empathie.

Cela peut être le cas, par exemple, des patients déficitaires qui ont des troubles de la compréhension ; des patients très délirants pour lesquels une déclaration d'empathie peut se transformer en une illusion auditive ; ou encore des patients maniaques, trop absorbés par leur récit pour remarquer les commentaires de leur interlocuteur (Shea, 2005, P. 25). Ces patients n'étant pas en mesure de recevoir ce que leur transmet le médecin, le cycle d'interaction empathique sera interrompu en phase 4.

f. Absence de réaction à l'empathie

La dernière phase du cycle peut manquer si le patient n'est pas en mesure de réagir à l'empathie du médecin de par sa psychopathologie. Par exemple, un patient atteint d'une dépression très sévère ou d'une catatonie stuporeuse ne montrera pas de réaction en retour aux paroles du médecin, ce qui ne veut pas forcément dire qu'il ne les entend pas (Shea, 2005, p. 26).

Ainsi, la relation empathique est particulièrement difficile dans le contexte du soin psychiatrique tant la relation thérapeutique et l'accès au monde interne du patient peut être perturbé par la pathologie. Précisons que nous n'avons pas abordé ici le fondement des pathologies de l'empathie chez les patients (notamment dans l'autisme, la schizophrénie et la psychopathie) afin de rester dans les limites de l'empathie clinique.

Au total, nous avons vu que l'empathie est un processus complexe qui peut être défini comme la capacité de comprendre et de se représenter les émotions, les sentiments et plus globalement les états mentaux d'autrui, en adoptant le point de vue de l'autre, tout en restant soi-même. Elle comporte trois dimensions : le partage involontaire de représentations, le changement de point de vue et la distinction soi-autrui. Par ailleurs, le développement d'une relation empathique permet une meilleure efficacité thérapeutique et améliore la satisfaction du médecin et du patient. Finalement, les psychothérapeutes proposent de nombreux outils techniques et relationnels afin de favoriser son émergence dans la relation médecin-malade. Ceci justifie de proposer de rassembler ces savoirs-faires dans un outil pédagogique susceptible d'améliorer la pratique des étudiants.

2^{ème} partie : Création d'un support audiovisuel : matériel, méthodes et résultats

I. Matériel et méthodes

1. Objectifs

L'objectif de cette thèse est de mettre au point un support de formation destiné aux étudiants en médecine de Nantes afin de leur enseigner l'empathie dans le rapport médecin-malade à partir d'exemples d'entretiens empathiques concrets.

L'objectif secondaire est de retrouver au sein de ces enregistrements les différentes dimensions que nous avons retenues comme appartenant à une relation empathique.

2. Méthodes

Le support choisi est un support audio-visuel présentant un enseignement sur l'empathie clinique et trois enregistrements filmés d'entretiens médicaux simulés.

a. Création de trois scénarios

Pour réaliser ce support vidéo, nous avons imaginé trois situations cliniques tirées de notre expérience d'interne en psychiatrie. Les personnages sont fictifs mais chacun est inspiré d'un ou plusieurs patients rencontrés dans les services de psychiatrie, notamment en addictologie de liaison et aux urgences médico-psychologiques. L'attention a été portée au fait que ces situations cliniques puissent aussi se rencontrer ailleurs que dans l'institution psychiatrique, c'est-à-dire dans des services hospitaliers MCO : hépatologie, cancérologie, urgences,...

La première situation clinique est celle de Mme C., une patiente de 35 ans en crise suicidaire. La veille, elle a tenté de se suicider par intoxication médicamenteuse suite à une

rupture sentimentale. Après avoir passé la nuit en observation aux urgences, elle est vue par le psychiatre.

Le deuxième cas est celui de M. D., un patient éthylique chronique de 54 ans, qui est hospitalisé en hépatologie suite à la découverte d'une cirrhose lors d'un épisode d'hématémèse. Un entretien motivationnel est organisé avec l'addictologue de liaison pour échanger sur ses consommations d'alcool.

La dernière situation est celle de Mme T., âgée de 51 ans, qui fait une crise d'angoisse en hôpital de jour d'oncologie. Souffrant d'un cancer du sein découvert trois mois plus tôt, elle vient pour sa deuxième cure de chimiothérapie, mais ne se sent pas capable de la commencer. C'est le psychiatre de liaison qui la reçoit.

Les scénarios complets avec dialogues et didascalies sont joints en annexe.

b. Création de fiches personnages et médecins

Pour aider les acteurs dans leur jeu, des fiches sur leur rôle leur ont été fournies.

Les acteurs jouant les patients ont reçu des fiches personnages mentionnant l'état civil, l'aspect physique, les éléments biographiques, le mode de vie, et l'état d'esprit de leur personnage.

Les acteurs jouant les médecins ont eu un résumé des éléments importants à prendre en compte pour permettre une rencontre empathique.

Les fiches personnages et médecins sont consultables en annexe.

c. Les acteurs

Parmi les acteurs jouant le rôle des patients, l'une est comédienne professionnelle et professeur de théâtre, et les deux autres sont des comédiens amateurs se produisant sur scène plusieurs fois par an depuis des années.

Les personnes jouant le rôle des médecins sont des internes en médecine. Deux sont internes en psychiatrie en dernière année et le troisième est en dernière année de médecine générale, actuellement en stage de psychiatrie.

Ils ont accepté de jouer bénévolement et ont signé un consentement éclairé à la diffusion de leur image, consultable en pièce jointe.

d. Le tournage

Les scènes ont été tournées sur deux journées dans les locaux de la Faculté de Pharmacie au 9 rue Bias, à Nantes. Nous avons utilisé les salles de consultation 158 et 159 avec l'aimable autorisation du Pr Pierre Pottier.

Le matériel (caméras, micros, projecteurs) nous a été prêté par le Service Audiovisuel de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Nantes, d'une part, et par une de nos comédiennes, d'autre part. Nous avons utilisés trois caméras différentes. Un caméscope JVC Everio GZ-MG750 pour les plans larges et deux caméras Sony PMW 100 et DSRPD 170P pour les plans serrés.

Les costumes des acteurs proviennent des Urgences Médico-Psychologiques (UMP) de Nantes et du CHS Georges Daumezon. Pour le rôle des médecins, les internes ont utilisé leurs blouses personnelles.

e. Le montage

Le montage a été réalisé avec la collaboration précieuse du Service Audiovisuel.

Après la numérisation des rushes du tournage, le temps de dérushage a permis de construire la structure de chaque film en sélectionnant les meilleurs plans et en organisant leurs successions.

Nous avons ensuite précisé les différents raccords, coordonné le son et vérifié l'harmonie des plans, puis effectué le recadrage, l'étalonnage et le mixage des films.

L'étape suivante a été de créer des sous-titres ainsi qu'un support de cours pour mettre en valeur les éléments empathiques et renforcer la valeur didactique de la vidéo.

f. Conception d'un DVD

Enfin, nous avons créé un DVD pour permettre un accès facilité aux films. Le menu principal permet d'accéder au support de cours ainsi qu'aux entretiens qui se présentent sous deux formes : une forme brute, sans commentaire, et une forme avec les sous-titres permettant de nommer les différents temps et les différentes dimensions de l'empathie. Chacun des trois films dure respectivement 18 min 59 (crise suicidaire), 20 min 53 (entretien motivationnel en addictologie) et 16 min 28 (trouble de l'adaptation).

Ces éléments ont été enregistrés sur des DVD +R DL (double couche) d'une capacité de 8,5 GB.

II. Résultats

Voir le DVD en annexe.

3^{ème} partie : Discussion

I. Création d'un support audio-visuel

Afin d'aider les médecins en formation à s'engager dans une attitude empathique avec les patients, nous avons créé un support d'enseignement audiovisuel. Ce support présente plusieurs avantages : l'intérêt didactique de la vidéo, la facilité d'utilisation d'un support DVD et l'utilité de l'aspect psychiatrique des entretiens dans la formation des étudiants.

1. La vidéo

La vidéo nous a semblé être le support privilégié d'un tel enseignement pour plusieurs raisons.

Premièrement, elle permet un apprentissage par imitation, comme dans les stages en milieu hospitalier ou ambulatoire. En effet, les entretiens qui ont été filmés sont le reflet du quotidien de certains médecins (notamment des psychiatres urgentistes et de liaison). Les étudiants peuvent ainsi apprendre par identification ou imitation de ces médecins. L'intérêt de l'imitation dans l'apprentissage a été souligné par Albert Bandura. Cette méthode pédagogique consiste en l'observation d'un expert par un novice pour que ce dernier puisse à son tour réaliser l'action : « La plupart des comportements humains sont appris par observation au moyen du modelage. A partir de l'observation d'autrui, nous nous faisons une idée sur la façon dont les nouveaux comportements sont produits. Plus tard, cette information sert de guide pour l'action. Les individus sont capables d'apprendre ce qu'il faut faire à partir des exemples vus, au moins de façon approximative, avant de produire le comportement. » (Bandura, 1980).

Deuxièmement, la vidéo a l'avantage de capturer une plus grande partie de la richesse et de la complexité des entretiens médicaux et de l'interaction médecin-patient. Contrairement à une vignette clinique écrite ou, même, à un enregistrement uniquement

audio par magnétophone, la vidéo permet de porter attention à la fois au langage verbal et au langage non verbal. Ceci est particulièrement important pour le phénomène empathique dans lequel, nous l'avons vu, la dimension corporelle et le paralangage jouent un rôle essentiel. Pour Thierry Lancien (1991), le document audiovisuel restitue, mieux que toute approche, la dimension d'une communication totale de par sa multicanalité permettant d'articuler du texte, des sons et des images. Il souligne que « l'image mobile présente le très gros avantage par rapport à l'image fixe de nous restituer le non verbal dans son intégralité ».

Enfin, le fait de filmer un entretien dans une salle spécifique et avec un matériel professionnel a l'intérêt de favoriser une meilleure prise d'image et de son. Utiliser trois caméras différentes, l'une permettant de voir l'interaction globale et les deux autres de cibler des plans serrés sur les interlocuteurs, permet d'insister ou de souligner certains aspects de l'interaction et de la communication par un jeu de montage. Le travail de montage permet également de gommer certains défauts inhérents au tournage et d'ajuster la durée et le rythme des vidéos. Pour conserver l'attention des étudiants, nous avons essayé de réaliser des films durant de 15 à 20 min. Néanmoins, le film « Empathie dans l'entretien motivationnel en addictologie » dure un peu plus de 20 min, et le rythme de celui sur la crise suicidaire est lent, à l'image des entretiens avec des patients déprimés. Ceci peut être un frein au maintien de la vigilance des observateurs. Pour y remédier il est possible de ne présenter qu'une partie seulement des entretiens.

2. Le support DVD

L'utilisation d'un support DVD est également un atout. En effet, le DVD a une grande capacité de stockage permettant d'enregistrer sur un CD unique à la fois le support de cours, les entretiens vierges et les entretiens commentés. Il est adapté aux techniques modernes de transmission de l'information, simple à transporter et à utiliser. De plus, le coût en est peu élevé et il peut être employé à de multiples reprises et par des utilisateurs différents.

3. L'aspect psychiatrique associé

Enfin, l'intérêt de ce travail tient sur l'aspect psychiatrique des entretiens. En effet, avant d'effectuer un stage dans un service de psychiatrie, les étudiants en médecine sont rarement préparés à rencontrer des patients dont la pathologie se rapporte à cette sphère. Ils peuvent porter alors de fausses croyances sur ces patients et risquent de se trouver démunis lors de leur rencontre avec eux. L'aspect psychiatrique est d'autant plus important que l'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental (HAS, 2013), ce qui classe les maladies mentales au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Il y a donc une forte probabilité que les étudiants y soient confrontés lors de leur exercice futur, même s'ils ne choisissent pas la spécialité de psychiatre.

Le contenu des entretiens permet donc d'aborder en filigrane certains aspects courants de la psychiatrie : l'exploration et la gestion de la crise suicidaire dans le premier cas clinique ; l'étude des conduites addictives et la pratique de l'entretien motivationnel avec, en particulier, l'importance de la considération positive inconditionnelle dans le deuxième ; et, dans la dernière situation, la gestion des crises d'angoisse et des difficultés d'adaptation.

II. Mise en valeur des différentes dimensions de l'empathie

1. Analyse du concept d'empathie

Notre revue de la littérature nous a amenée à souligner trois dimensions de l'empathie essentielles pour la pratique clinique : 1) le partage involontaire de représentations, 2) l'adoption du point de vue de l'autre et 3) la distinction soi-autrui. Cette approche rejoint les analyses de neurophysiologistes comme Alain Berthoz et de philosophes tels Gérard Jorland et Natalie Depraz. Elle peut diverger en partie d'autres auteurs qui insistent sur d'autres dimensions du phénomène.

Précisons également que, l'empathie étant un concept très large, cette thèse n'est pas un travail exhaustif sur le sujet. Il s'agit plutôt de circonscrire une définition appropriée de l'empathie et d'en dégager certains aspects pertinents, notamment pour la pratique clinique. Plusieurs facettes de l'empathie, comme son ontogenèse par exemple, n'ont donc pas été abordées.

2. Importance de l'apprentissage de l'empathie

L'empathie est une notion qu'il nous semble essentiel d'apprendre pour la pratique de la médecine et de la psychiatrie de par son importance capitale dans le rapport au patient. Cette importance a été soulignée par de nombreux auteurs et officialisée par sa mise au programme des études médicales.

a. Programme des études de médecine

Le premier item du programme officiel du deuxième cycle des études médicales concerne la relation médecin-malade et stipule comme objectif d'« établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins. » (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2013). L'empathie est donc retenue comme un principe clé pour l'épreuve classante nationale (Marin, 2011) et demande ainsi à être enseignée officiellement.

b. L'empathie : instrument de connaissance et mode d'être avec l'autre

Pour Karl Jaspers, l'empathie est un principe essentiel d'accès au vécu du patient. L'empathie constitue pour lui le moyen le plus fondamental de l'investigation du vécu du malade. Il explique que les vécus subjectifs « ne peuvent pas être vus avec les organes des sens, mais en se transposant dans l'âme de l'autre par l'empathie. Ils ne peuvent être amenés à l'intuition interne que par un *co-vivre*, et non par une *pensée* » (Jaspers, 1913, cité par Flajoliet, 2013).

Eugène Minkowski (1927) fait aussi de l'empathie un instrument essentiel de l'investigation psychiatrique. Pour lui, il existe deux façons complémentaires d'apprécier une personnalité humaine dans son comportement normal ou pathologique. La première observe, dissèque et analyse les symptômes et les réactions du patient et les classe à la lueur du raisonnement. Il s'agit du diagnostic par raison. La deuxième « pénètre la personnalité d'autrui en entier [...] et l'aperçoit, dans un seul acte, par sentiment ». Il s'agit du « *diagnostic par sentiment* ou mieux *par pénétration* ». Minkowski précise que cela ne signifie pas s'apitoyer sur le sort du patient, ni le trouver sympathique ou antipathique mais bien se laisser guider par son intuition pour essayer de sentir avec lui et voir comment il se sent. Même s'il n'emploie pas ce terme, c'est bien d'empathie dont il s'agit. Pour Minkowski, c'est un instrument infailible que nous portons en nous et qui permet d'« enrichir notre expérience de tout ce que peut nous fournir le sentiment non seulement comme objet, mais aussi, mais surtout même, comme instrument de nos connaissances ». « Du résultat de cette épreuve, nous ferons un élément important de notre jugement *psychiatrique* » sur notre interlocuteur.

Pour De Jaegher (2010), le fait de comprendre l'autre ne se résume pas à des mécanismes individuels. Cela ne peut se faire que par l'interaction. L'interaction sociale joue donc un rôle essentiel dans la cognition sociale qui consiste alors à comprendre l'autre mais aussi à *être avec* l'autre. C'est une habilité pragmatique dont l'engagement est une variable majeure. De plus, il considère que cette interaction est constituante : c'est un partenariat qui

affecte chacun des membres présents et fait émerger quelque chose « en plus », supérieure aux deux sujets autonomes.

C'est ce qu'avance également François Roustang pour qui la relation thérapeutique ne serait pas le lieu du soin, mais le soin lui-même, ainsi que la seule source de changement. Ainsi, ce n'est ni la personnalité ni les caractéristiques propres du thérapeute qui sont en jeu mais les dimensions humaines qu'il incarne. Celles-ci constitueraient le fondement du soin. La relation thérapeutique permettrait l'actualisation de la singularité du patient, de par la prise en compte de la totalité de sa personne. Pour Roustang, il existe un « *facteur thérapeutique non spécifique* », qui est « *quelque chose d'insaisissable qui circule entre un thérapeute et son patient* ». Pendant la consultation, le patient expérimente dans son propre corps la valeur d'un milieu protecteur, d'un encadrement sûr qui l'aide à accepter sans honte ses vulnérabilités et faire valoir ses ressources (Roustang, 2002, cité par Vannotti et Berrini, 2009).

Nous pouvons rapprocher ce « quelque chose en plus » de De Jaegher et ce « quelque chose d'insaisissable » qu'évoque Roustang, de ce que Daniel Stern appelle « le moment présent ». Ce « moment présent » est un bref instant de l'entretien où émerge, chez le patient comme chez le médecin, une émotion significative, qui peut devenir un « moment de rencontre ». Dans un « moment de rencontre », il se produit une sorte d'adaptation immédiate à l'émotion du patient, un ajustement à la singularité de la situation qui fait que le médecin, donne une réponse personnelle et authentique, résultant de sa propre sensibilité. Par ces réactions spontanées, verbales et non verbales, chaque partenaire apporte quelque chose d'unique et d'authentique lui appartenant en propre en réponse au « moment présent » (Stern, 1997, cité par Vannotti et Marin, 2009). « Ces expériences vécues sont les moments-clés de la psychothérapie ». L'hypothèse de base est que « le changement se fonde sur l'expérience vécue ». Comprendre verbalement quelque chose, l'expliquer ou le raconter ne suffit pas en soi à provoquer le changement. Il faut également qu'il y ait une vraie expérience qui soit vécue à deux dans un moment présent (Stern, 2003).

En conclusion, soulignons donc l'importance de s'engager dans l'interaction avec le patient. C'est dans cette interaction que le processus empathique prend tout son sens.

3. Mise en valeur de l'empathie dans la vidéo

a. Des entretiens joués

Le fait que les scénarii et les dialogues soient écrits à l'avance renforce la valeur didactique du film. Cela permet en effet un entretien structuré et clair comportant les éléments essentiels pour comprendre le vécu du patient, sa pathologie et surtout, bien souligner les différentes dimensions de l'empathie.

La principale difficulté à laquelle nous nous sommes confrontés a été le risque d'inauthenticité lié à une relation jouée. En effet, demander à des acteurs de jouer un dialogue pré-écrit mène au risque d'être en deçà de l'empathie. Le phénomène empathique entre les deux partenaires est affaibli de plusieurs façons. Premièrement, l'œil de la caméra induit un tiers observateur susceptible d'intimider les partenaires et de diminuer leur capacité à se plonger dans la relation empathique duelle. Deuxièmement, le fait de suivre un texte imposé freine la spontanéité de l'interaction, en particulier si le texte ne correspond pas à ce que les interlocuteurs ont envie d'exprimer. Pour diminuer ce biais, les acteurs ont bénéficié d'une fiche de renseignement leur permettant de mieux appréhender l'univers de leur personnage, et avaient la possibilité de modifier le texte en fonction de leur ressenti. Enfin, le fait de devoir se concentrer sur un jeu d'acteur et sur un texte à dérouler peut être un frein à la capacité d'être totalement avec l'autre puisqu'il mène à se focaliser sur soi-même et non sur la relation.

Nous avons néanmoins la sensation que la « rencontre » s'est faite entre les partenaires. C'est aussi ce qu'ils nous ont rapporté lors du feed-back à la fin de la journée de tournage : les acteurs sont entrés complètement dans la rencontre et se sont sentis en synchronie avec leur partenaire au moins à certains moments des entretiens.

Pour améliorer la spontanéité des interlocuteurs, il aurait pu être intéressant de filmer une improvisation entre acteur professionnel et psychiatre, plutôt qu'un dialogue pré-écrit. Nous avons tenté une telle improvisation au cours de la journée de tournage, mais les éléments n'étaient pas réunis pour que celle-ci soit exploitable : les acteurs étaient

influencés par le texte qu'ils avaient déjà lu, les entretiens étaient peu fluides et n'abordaient pas les éléments les plus importants. De plus, l'empathie y émergeait moins bien que dans les films pré-écrits. Nous nous sommes donc concentrés sur ces derniers.

Pour rendre compte d'un entretien vraiment authentique, il aurait pu également être intéressant de filmer, avec l'accord des patients, de vraies consultations se déroulant dans les services et d'en dégager les éléments empathiques survenus spontanément. Nous avons d'ailleurs filmé quelques entretiens aux urgences médico-psychologiques sur lesquels nous sommes appuyés pour élaborer certains scénarii. Cependant, nous ne les avons pas utilisés directement comme support de formation car la qualité de l'image et de la réalisation était mauvaise.

Par ailleurs, il aurait pu être intéressant de réaliser un contre-exemple général ou pour chaque cas clinique montrant un manque d'empathie de la part du médecin. Un tel contre-exemple pourrait donner à voir un clinicien qui ne verrait le monde que depuis sa position d'expert, sans se mettre à la place du patient, et sans accorder d'importance à l'expression des émotions. Les étudiants auraient ainsi pu comparer les deux attitudes, empathique versus non empathique, et étudier la différence que cela induit dans l'évolution de l'entretien et dans la relation médecin-patient. Un autre contre-exemple pourrait montrer un médecin « trop » sympathique, qui souffre avec son patient. Les situations de contre-exemple peuvent être multiples.

La difficulté dans la réalisation d'un tel contre-exemple est de rester subtil et de ne pas faire une satire du « mauvais médecin ». En effet, le principal travers de cette méthode est de tomber dans la caricature. L'autre risque vient du fait que les étudiants apprennent, comme nous l'avons vu, souvent par imitation. Aussi, il serait contre-productif qu'ils s'identifient au médecin du contre-exemple.

b. Des entretiens commentés

Nous avons ajouté aux vidéos des commentaires sous forme de sous-titres ainsi qu'un support de cours explicatif, afin d'attirer l'attention des étudiants sur certains aspects essentiels de la relation empathique. Les commentaires illustrent le cours associé, et, inversement, le support de cours permet de comprendre les commentaires, notamment le

cycle d'interaction empathique. Dans les films, les sous-titres permettent de souligner à la fois l'aspect verbal de l'empathie (« questions pour se projeter dans le monde du patient », « formulations empathiques » pour manifester sa compréhension, ...) et son aspect non verbal (« synchronisation », « écoute attentive », ...). Pour ne pas confondre dimensions de l'empathie et cycles de l'empathie nous avons utilisé une couleur et une place différente pour chacun. A noter d'ailleurs que tous les cycles d'empathie n'ont pas été relevés afin de ne pas alourdir la vidéo.

Nous avons également laissé une version avec les entretiens vierges de commentaires afin de permettre aux étudiants de se tester sur ce qu'ils ont compris en repérant par eux-mêmes les éléments importants d'une rencontre empathique. Cette version peut aussi être utilisée pour attirer l'attention des étudiants sur d'autres points abordés dans les vidéos, tels que les questions permettant d'explorer une crise suicidaire par exemple. Son utilisation dépendra alors de ce que souhaite en faire l'enseignant.

Il est important de préciser que les différents éléments soulignés comme essentiels à l'empathie ne doivent pas amener à réduire la rencontre clinique à une technique rigoureuse. Comme le souligne Kinget, « Le comportement du thérapeute est difficile à décrire. Ce n'est pas un rôle au sens d'une action indépendante de ce que le thérapeute éprouve par rapport au patient. Le « rôle » du thérapeute, c'est sa personnalité elle-même, engagée dans l'interaction thérapeutique » (Kinget, 1965).

III. L'enseignement de l'empathie

1. L'apprentissage par la vidéo

Carl Rogers et ses collègues ont utilisé très tôt les enregistrements d'entretiens cliniques pour former leurs élèves à l'approche centrée sur la personne (Brunel et Cosnier, 2012). Il s'agissait à l'époque d'enregistrements au magnétophone de séances réalisées par des thérapeutes chevronnés dont l'écoute était suivie d'une discussion avec les praticiens de cette approche. Ceux-ci mettaient donc l'accent sur les mots exprimés par le thérapeute. C'est l'avènement du magnétoscope puis du DVD qui a permis, depuis plus d'une trentaine d'années, de s'intéresser à la communication non verbale et aux corps en interaction.

Ces enregistrements audio-visuels d'entretiens cliniques servent de modèles à imiter. Nous avons vu que, possiblement par l'intermédiaire du système des neurones miroirs, l'apprentissage par imitation est le plus immédiat. C'est par l'imitation que se font les apprentissages « spontanés » de la petite enfance: parole, gestes, mimiques, etc. (DeKeukelaere, 2005). L'un des rôles du pédagogue est ainsi de montrer l'exemple ou de proposer des modèles.

Une étude récente a d'ailleurs montré que l'usage de la vidéo est supérieur à celui du texte illustré pour apprendre les pratiques cliniques, à court terme ($p < 0.001$) et au terme d'un mois ($p < 0.01$) (Buch et al., 2014).

Par ailleurs, un autre type d'enregistrement vidéo est de plus en plus utilisé dans l'enseignement médical. Il s'agit de filmer l'étudiant lui-même en consultation. Le film est ensuite regardé lors d'une séance de rétroaction entre l'enseignant et l'étudiant. Cette façon de faire semble intéressante pour son effet miroir : il aiderait l'étudiant à s'auto-évaluer et à détailler sa communication. Les messages de l'enseignant seraient alors plus efficaces (Pailhe, 2012). Plusieurs études montrent que visionner de tels enregistrements avec un tuteur rompu à la pratique de la psychothérapie a un effet positif sur la qualité de la consultation médicale à court et à long terme (Beckman et Frankel, 1994, cités par Vannotti et Marin, 2009).

Nous avons choisi d'utiliser la vidéo pour enseigner notre propos, mais d'autres outils peuvent bien sûr être proposés pour former les étudiants à la relation empathique.

2. Autres méthodes d'apprentissage

a. Cours théoriques

De nombreuses formations théoriques sont proposées pour enseigner l'empathie, notamment sur internet. Elles s'adressent quasiment à tous les publics, du domaine du soin à celui de la vente ou du management (Brunel et Cosnier, 2012).

Dans le domaine médical, les formations validées par des études portent essentiellement sur des techniques de communication (Bonvicini et al., 2009). D'autres formations apprennent aux étudiants à reconnaître les affects que les patients produisent en eux puis à reconnaître et nommer les émotions des patients (Forrest, 2011, cité par Marin, 2011).

b. Jeux de rôle

La formation par mise en situation simulée ou jeux de rôle est souvent employée dans les pays anglo-saxons.

Le jeu de rôle peut avoir lieu en binôme entre étudiants, chaque étudiant se mettant tantôt à la place du médecin, tantôt à la place du patient, ce qui a l'avantage de faire expérimenter les deux points de vue. Chaque binôme s'entraîne en même temps que les autres tandis que le professeur guide et maintient le cadre sans évaluer, ce qui permet d'installer un climat de sécurité dans le groupe (Forrest, 2011, cité par Marin, 2011). Les échanges et feed-back qui suivent sont également soulignés comme un temps important de cette pratique.

Il est possible aussi d'employer des acteurs professionnels pour jouer des patients standardisés. Les étudiants apprennent alors leur rôle de médecin en travaillant l'interaction avec les patients simulés. Ils peuvent ainsi s'entraîner à s'ajuster au patient, à focaliser leur

attention, à repérer les émotions et oser les nommer. Cependant, ces simulations avec patients standardisés sont parfois critiquées pour leur inauthenticité (Wear et Varley, 2008).

Cette forme d'enseignement commence aussi à se développer en France et notamment à la faculté de médecine de Nantes où, depuis plusieurs années, les étudiants en médecine bénéficient de séances de raisonnement clinique (en 3ème année) et d'annonce de diagnostic de cancer (en 5ème année) avec des comédiens professionnels qui jouent le rôle des patients. Pour exemple, les séances d'annonce de cancer se déroulent en trois étapes : la première est théorique et permet d'aborder l'annonce du diagnostic et les techniques de communication et d'adaptation au patient. Les étudiants sont ensuite filmés de façon individuelle pendant l'entretien avec le patient simulé. Cela permet un troisième temps de débriefing avec un enseignant sur les aspects relationnels et de communication avec le patient ainsi que sur les aspects médicaux et thérapeutiques. Les étudiants ressentent que ces sessions améliorent leur apprentissage. Enfin, des « théâtres forums » auxquels participent également des acteurs professionnels sont organisés en 4ème et 5ème année de médecine pour initier les étudiants en pédiatrie à la relation triangulaire particulière médecin-parents-enfant (Bonnaud-Antignac, 2010 ; Université de Nantes, 2014) Ces formations réunissent donc les trois outils d'enseignement développés plus tôt.

c. Réflexion et partage d'expérience en groupe

Les groupes de réflexion les plus connus sont les groupes Balint. Leur origine historique remonte aux années 1930 lorsque le psychiatre et psychanalyste d'origine hongroise Michael Balint eut l'idée d'offrir aux psychiatres, médecins et autres professionnels de la santé, une formation à la compréhension de la relation médecin-malade, complétant les enseignements alors essentiellement centrés sur la sémiologie organique, les diagnostics et les traitements. Balint voulait aider les soignants à passer d'une compréhension intellectuelle à une compréhension émotionnelle des patients et d'eux-mêmes. Dans la pratique, une dizaine de soignants se réunissent une ou deux fois par mois et l'un d'eux raconte une consultation ou parle d'un patient qui lui pose un problème relationnel. Chaque membre du groupe peut intervenir et faire part de ce que le cas rapporté lui suggère intellectuellement et affectivement. Le responsable de la séance gère

les échanges et s'efforce de faciliter l'expression des associations et des suggestions de chacun (Brunel et Cosnier, 2012).

Ces groupes Balint ont inspiré la création des groupes d'analyse des pratiques et d'autres groupes de supervision et d'intervision.

Nous pouvons rapprocher ces groupes des séminaires de supervision mensuelle proposés actuellement aux internes inscrits au DES de psychiatrie de Nantes. En effet, les séminaires 6 « Supervision de cas cliniques apportés par les internes : discussion clinique, psychopathologique et thérapeutique » et 7 « Discussion de cas cliniques » proposent des discussions en petit groupe, animées par au moins deux psychiatres, autour de situations vécues par les internes. Ces séminaires sont l'occasion d'aborder les difficultés médicales posées par la situation mais aussi, bien souvent, les difficultés relationnelles entre médecin et patient.

Concernant ces groupes de réflexion et de partage d'expérience, plusieurs auteurs insistent sur l'importance pour les enseignants d'instaurer un climat sécurisant, qui encourage la réflexion critique et permet d'évoquer des difficultés ou des erreurs sans se sentir jugé (Bonvicini et al., 2009 ; Rosenthal et al., 2011).

Cependant, une revue de la littérature de 2005 ne retrouve pas de preuves significatives démontrant les bénéfices de cette technique (Benbassat et al., 2005).

d. Expérimentation pour se mettre à la place du patient

Des psychiatres américains responsables d'un stage d'externat en psychiatrie ont émis l'hypothèse de développer la compréhension empathique envers des patients psychiatriques en proposant un aperçu de leurs symptômes. Les étudiants ont dû accomplir divers tâches tout en écoutant une simulation d'hallucinations auditives dans des écouteurs individuels. Les résultats ont été concluants avec une augmentation des scores à la JSPE que ne présentait pas le groupe témoin (Bunn et Terpstra, 2009, cités par Marin, 2011).

e. Psychothérapie personnelle

Les résultats d'une thèse récente montrent une association significative entre empathie cognitive et suivre ou avoir suivi une psychothérapie (Buffel du Vaure, 2012). Une psychothérapie personnelle serait un moyen de se sensibiliser et d'améliorer son écoute et donc son empathie.

f. Autres formations spécifiques proposées

D'autres outils d'apprentissage peuvent être proposés comme recevoir une évaluation de l'empathie perçue par le patient, lire un texte narratif (témoignage ou fiction) qui aborde le vécu de la maladie par le patient, ou encore, écrire un récit du point de vue du patient (Marin, 2011).

g. Le rôle des modèles positifs

Le fait d'observer et d'interagir avec des médecins empathiques permet aussi d'apprendre ce qu'est une relation empathique (Marin, 2011). Ce serait même le facteur le plus influent sur le développement d'attitudes professionnelles et empathiques chez les étudiants (Shapiro, 2008). Une enquête a confirmé que le compagnonnage et les expériences cliniques valorisant des comportements empathiques sont perçus par les internes comme la contribution majeure à leur capacité d'empathie (Winseman et al. 2009).

Cette forme d'apprentissage correspond au « curriculum caché » qu'est l'enseignement non formalisé. Le curriculum caché désigne l'imprégnation dans le milieu médical : les influences des expériences vécues dans la pratique, la façon de réagir, de s'exprimer (verbalement ou non) des soignants et des enseignants, la façon de s'adresser aux patients et de parler d'eux, etc. (Marin, 2011).

Ce serait donc finalement par le biais des stages et du curriculum « caché » que les étudiants apprendraient principalement l'empathie entre médecin et patient.

3. Limites de l'enseignement

Le problème du curriculum « caché » est d'être également à l'origine de « modèles négatifs » montrant à l'étudiant l'exercice d'une médecine sans préoccupation d'une bonne relation médecin-malade. Cette influence négative est régulièrement mentionnée dans la littérature sur le professionnalisme médical (Pedersen, 2010).

Les étudiants risquent alors d'être soumis au paradoxe suivant: d'un côté, un discours valorisant l'importance de la relation par quelques enseignements autour des aspects psycho-sociaux des soins, et de l'autre, la culture médicale où le modèle biomédical prédominerait dans les cours comme dans la pratique (Pedersen, 2010).

Aussi, lorsque des formations spécifiques sur la relation médecin-patient sont proposées, elles ne semblent pas toujours valorisées par les étudiants qui préféreraient se consacrer aux matières fondamentales sur lesquelles porteront leurs examens. Les enseignements ponctuels étant alors qualifiés de « *lieu commun* », « *être gentil et communiquer* », voire de « *perte de temps* » où « *tout est regroupé en une fois et après on passe à autre chose* », « *pas intégré au reste* », et « *vite oublié* » (Michalec, 2010).

Le manque de valorisation de ces cours, de faible volume et non évalués, ainsi que la confrontation possible à des modèles ne les mettant pas en pratique et ne donnant pas l'occasion de les expérimenter joueraient un rôle dans la diminution de la capacité d'empathie des étudiants en dévalorisant dans les faits ce qui leur est dit (Pedersen, 2010).

Au vue de ces éléments il semble donc nécessaire d'apporter aux étudiants un enseignement de qualité ayant une place à part entière dans le programme pédagogique, afin de les aider à prendre en compte les capacités relationnelles nécessaires à la prise en charge des patients. Pour que cet enseignement soit de qualité, il semble qu'il doive être précoce et soutenu, intégré, basé sur l'observation, l'expérimentation et les situations vécues et sujet d'une réflexion guidée et d'évaluations (Marin, 2011).

Nous avons vu qu'un tel enseignement est actuellement en train de se développer à la Faculté de Nantes. Nous espérons que ce travail de thèse apportera une pierre à l'édifice et qu'il donnera envie aux étudiants d'explorer le phénomène empathique avec leurs

patients. Ce n'est que par cette expérience qu'ils pourront saisir certains aspects de l'empathie qui ne peuvent se comprendre que s'ils sont vécus.

Conclusion

L'empathie est un élément clé de la relation médecin-patient. Né de la philosophie et de l'esthétique, le concept d'empathie n'a cessé de migrer d'une discipline à l'autre, en empruntant des définitions diverses, avant d'être reconsidéré par les neurosciences et la médecine.

Nous l'avons définie ici comme la capacité de comprendre et de se représenter les émotions, les sentiments et plus globalement les états mentaux d'autrui, sans se confondre avec l'autre. Nous en avons souligné trois dimensions essentielles : le partage involontaire de représentations, l'adoption du point de vue de l'autre, et la distinction soi-autrui.

Un engagement empathique avec le patient est au centre du processus thérapeutique. Il nécessite de prendre le temps de l'accueillir, de le rencontrer avec considération et authenticité en gardant à l'esprit que nous appartenons à la même humanité. Pour développer cette empathie, il est essentiel d'être suffisamment attentif et disponible pour saisir une information complexe, verbale et non verbale. Une telle attitude favorise d'abord l'émergence d'une résonance motrice et émotionnelle et des représentations partagées. Puis, en se mettant intentionnellement à la place du patient, elle permet de plonger dans son point de vue et, sans confusion d'identité, d'explorer avec lui son univers. C'est par ce partage d'expériences, sans confusion soi-autrui, que le médecin pourra vraiment comprendre ce que vit son interlocuteur et l'aider. Il s'agit ensuite d'apprendre l'art de restituer cette compréhension, de façon plus ou moins complète selon ce qui semble utile pour le patient, tout en validant ses émotions afin qu'il puisse se sentir reconnu. Cette attitude est susceptible d'entretenir des cycles d'interaction empathique et d'avoir une action thérapeutique en elle-même.

Pour favoriser l'enseignement d'une telle relation, nous avons choisi de construire un outil utilisant la vidéo et décrivant de manière didactique les différentes dimensions d'une attitude empathique.

Cet outil donne accès à un support de cours qu'il est possible d'étayer par trois exemples d'entretiens empathiques. Il présente plusieurs avantages : l'intérêt d'un

apprentissage par imitation grâce à la vidéo, l'intérêt didactique des commentaires, la facilité d'utilisation d'un support DVD et la valeur de l'aspect psychiatrique associé.

Nous espérons que ce support permettra d'aider les étudiants à prendre conscience du pouvoir thérapeutique d'une relation empathique et à s'y montrer plus ouverts. Nous espérons qu'il soutiendra leur intérêt porté à l'univers des patients et leur disponibilité pour s'engager dans une relation thérapeutique avec eux.

Annexes

Annexe n°1 : Scénarios

Mme Sue CIDE « Empathie et crise suicidaire »

Synopsis :

Mme Cide, 35 ans, a fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.
Elle a passé la nuit en observation aux urgences.
Elle est vue le lendemain par le psychiatre.

Scénario :

*Intérieur d'une salle d'entretien. Pas de bureau ou bureau laissé de côté. Chaises en angle de 5 à 10° par rapport à la médiane, à une distance de 1m30 l'une de l'autre.
Le psychiatre entre dans la pièce avec la patiente.
Pendant l'entretien, la patiente présente un ralentissement psychomoteur : elle parle lentement et fait souvent des pauses. Elle paraît triste et pleure souvent.*

Médecin :

Je vous en prie, Mme Cide, installez-vous (*en désignant les chaises*)
Médecin et patient s'installent chacun sur une chaise.
Le médecin prend une posture similaire à celle de la patiente. [Synchronisation]
Mme C évite le regard du psychiatre. Elle regarde vers le bas, vers le sol ou vers ses mains qu'elle frotte l'une contre l'autre.

Médecin:

Je suis le Dr Davicourt, un des psychiatres des urgences. **[Se présenter]** J'aimerais discuter avec vous de ce qui vous a amenée ici,... savoir où vous en êtes et comment on peut envisager la suite. Vous êtes d'accord ?
[Demander la permission/position basse]
Mme C le regarde, acquiesce.

Médecin :

Très bien. *Pause.* Comment s'est passée la nuit aux urgences ? Vous avez réussi à dormir un peu ? **[Prendre le temps de la rencontre]**

Mme C :

Pas très bien, non. *Pause.* Il y avait beaucoup de bruit.
Elle parle lentement, d'un ton un peu monocorde. Elle regarde parfois le médecin quand il parle ou quand elle-même parle mais a le plus souvent le regard baissé.

Médecin:

Ton compréhensif. Hochement de tête
Oui, c'est difficile de trouver le sommeil aux urgences, il y a beaucoup de passage, on est souvent dérangé,...
Vous devez être encore bien fatiguée. **[Formulation d'empathie élémentaire]**

Mme C :

Pousse un soupir

Epuisée.

Médecin :

Est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on discute maintenant ?

Mme C :

Oui, ça devrait aller...

Médecin :

D'accord. Si j'ai bien saisi ce que m'a dit mon collègue, j'ai cru comprendre que vous aviez pris des médicaments hier. Est-ce que vous pouvez me raconter ce qu'il s'est passé ?

Mme C baisse les yeux. Elle a honte.

Mme C :

J'ai fait une bêtise.

Silence. Le médecin attend qu'elle poursuive.

Je ne vais pas bien en ce moment...

Mme C a les larmes aux yeux.

Médecin :

Hochement de tête compréhensif.

Oui, j'imagine que si vous en êtes arrivée à faire cette bêtise comme vous dites, c'est que vous devez beaucoup souffrir. **[Formulation empathique élémentaire]**

Mme C acquiesce.

Médecin :

Qu'est-ce qu'il vous arrive ?

Mme C :

J'en peux plus, c'est trop dur... *Pause. Elle soupire.* Le problème, c'est que mon mari m'a quittée, et depuis je ne m'en sors pas...

Air compréhensif du médecin + hochement de tête de compréhension [Ecoute attentive.]

Je passe mes journées à pleurer... Je ne pense qu'à ça... Je suis une vraie loque... En fait, je ne peux pas vivre sans lui.

Elle a les larmes aux yeux

Médecin :

Silence.

Vous étiez vraiment très attachée à lui. **[Reformulation]**

Mme C :

Oui... Ca faisait 10 ans qu'on était ensemble... on a deux enfants... on a acheté une maison... on a construit plein de choses tous les deux... Je me suis même mise à mi temps pour être plus présente à la maison.

Médecin :

Mmmh, la famille, ça a l'air d'être quelque chose de très important pour vous **[Résumé]**

Mme C :

Oui, très important... Je suis fidèle. Quand on s'est marié, moi je pensais que c'était pour la vie. Ce n'est pas ce qu'on dit au mariage « dans la joie comme dans la peine jusqu'à ce que la mort nous sépare... » ? Et lui, il a tout gâché !

Médecin :

Vous êtes en colère contre lui [**Reflet de sentiment**].

Mme C :

Oui je suis en colère ! *Silence*. Depuis qu'il est parti, je suis tellement mal... Je n'ai plus envie de rien. Si je n'avais pas le travail et les enfants, je crois que je passerais toute la journée dans mon lit à pleurer. Et, au fond, je pensais qu'en me voyant si mal, il reviendrait... Qu'il m'aimait encore un peu. Mais, non, il s'en fiche bien !

Elle pleure.

Le médecin écoute et s'intéresse.

Médecin :

Qu'est-ce qu'il s'est passé ?

Mme C :

Et bien hier j'ai appris qu'il avait une relation avec quelqu'un d'autre, une collègue à lui, que je connais en plus, ...et ça je n'ai pas supporté...

Médecin :

Ton doux.

C'était trop douloureux... [**Reflet de sentiment**]

Silence. Mme C est au bord des larmes

Vous vous êtes sentie... est-ce qu'on peut dire [**Précaution**] ...trahie ? [**Formulation d'empathie complexe :élucidation**]

Mme C :

Oui... trahie. Etre remplacée comme ça, comme si je n'avais pas de valeur... *Elle pleure*. Du coup je me suis dit qu'au moins, si j'étais morte, j'arrêteraient de souffrir... et on n'en parlerait plus. *Pause*. Et, puis, comme ça, ils auraient eu un peu ma mort sur la conscience...

Médecin :

Alors, si je comprends bien [**Précaution**], c'était pour ne plus souffrir et aussi une manière de leur faire payer.

[**Résumé**]

C acquiesce.

Médecin :

Ca faisait longtemps que vous pensiez au suicide ?

Mme C :

J'y ai pensé un peu le jour où il m'a quittée. Et puis, après, de temps en temps, mais je ne voulais pas vraiment ! C'était juste comme ça, comme une dernière solution si les choses ne s'arrangeaient pas.

Ecoute attentive du médecin.

Et puis hier je ne sais pas ce qui m'a pris. J'ai eu ma fille au téléphone - elle passait le week-end chez son père - et elle m'a dit qu'il avait cette nouvelle petite amie. Je me suis sentie perdue, seule et complètement abandonnée...

Médecin :

... seule et abandonnée... [Echo]

Mme C :

... Je me suis rendue compte qu'il ne reviendrait pas... Alors, j'ai raccroché et j'ai pris les médicaments.
Elle regarde le médecin, comme pour être rassurée.

Médecin :

Ton doux.

On dirait que ça vous a débordé. [Reflet de sentiment]

Mme C acquiesce.

Médecin :

C'était quoi ces médicaments ?

Mme C :

Des antidépresseurs. C'est mon médecin traitant qui me les a donnés il y a dix jours, comme il voyait que je n'allais pas bien. Du Seroplex, je crois.

Médecin:

Vous en avez pris combien ?

Mme C :

Tout ce qu'il y avait. Je ne sais pas, ça devait faire une dizaine de comprimés.

Médecin :

Et que s'est il passé ensuite ?

Mme C :

Après ? Euh... Je me suis allongée dans mon lit, j'ai attendu... et puis j'ai une amie qui m'a appelée. Elle a senti que je n'allais pas bien alors elle est venue me chercher et elle m'a emmenée aux urgences.

Médecin :

Mmmh... *Il hoche la tête.* Et avant cette fois ci, vous aviez déjà essayé de mettre fin à vos jours ?

Mme C :

Non... Enfin... J'avais menacé une fois après une dispute avec ma mère quand j'avais 15 ans, mais je ne l'ai jamais fait.

Médecin :

Du coup, est-ce que vous avez déjà été suivie par un psychiatre, ou par un psychologue ?

Mme C :

Non, jamais.

Médecin :

Jamais, d'accord. Et aujourd'hui, finalement, qu'est-ce que vous en pensez de ce geste que vous avez fait hier ?

Mme C :

Pause. Je regrette. Je me sens ridicule même. Ca ne sert à rien ! Je pense à mes enfants... Comment j'ai pu leur faire ça... C'est indigne d'une mère...

Mme C regarde ses mains, se réinstalle. Pleure, essuie ses larmes.

Je ne suis pas une bonne mère, je ne suis pas une bonne épouse...

Médecin :

Ton doux.

Qu'est ce qui vous fait penser ça ? [**Projection dans le monde du patient**]

Mme C :

Je ne suis pas une bonne épouse parce que je suis trop étouffante. Je le sais en plus ! Mais quand j'aime quelqu'un, j'ai peur qu'il m'abandonne alors j'ai tout le temps besoin de montrer que je suis là et d'être rassurée. Il me l'a reproché souvent : « tu m'envoies trop de textos », « arrête d'être jalouse »... Mais je n'arrive pas à changer !

Médecin :

Vous êtes quelqu'un qui montre beaucoup son amour. [**Reformulation/recadrage**]

Mme C :

Pause. Oui.

Silence. Le médecin hoche la tête (hochement de compréhension).

Médecin:

Et qu'est-ce qui vous fait penser que vous n'êtes pas une bonne mère ? [**Projection dans le monde du patient**]

Mme C :

Je fais du mal à mes enfants.

Médecin :

Ils ont quel âge vos enfants?

Mme C :

Soline elle a 7 ans, et Manuel il en a 5.

Médecin :

Pause.

Je vais vous provoquer un peu, exprès, [**Précaution**] mais qu'est-ce qui n'est pas bien ? Vous êtes violente avec eux ? *Ton doux.*

Mme C :

Non.

Médecin :

Vous n'arrivez plus à vous en occuper ?

Mme C :

Si.

Médecin :

Vous leur faites à manger ? Vous les couchez ?

Mme C :

Oui

Médecin :

Vous leur donnez le bain ?

Mme C :

Oui [Recadrage]

Médecin :

Alors qu'est ce qui fait que vous vous sentez une mauvaise mère ?

Mme C :

Je n'ai pas de patience avec eux, je m'énerve, je les punis trop vite... Et puis, ils le voient quand je ne suis pas bien, je n'ai plus envie de jouer avec eux, des fois je pleure même devant eux. Je revois ma petite qui me dit « maman, maman, ça va ? ». Ils n'ont pas à subir ça... Et puis là, j'étais prête à les abandonner, mes pauvres enfants...

Médecin :

Mmmh...

Hochement de tête de compréhension.

Vous ne voulez plus qu'ils vous voient comme ça [Reflét simple].

Mme C :

Non.

Médecin :

Comment voulez vous qu'ils vous voient alors ?

Mme C :

Comment j'aimerais qu'ils me voient ? *Réfléchit.* J'aimerais qu'ils me voient plus souriante déjà...

Médecin :

Hochement de tête d'encouragement

Souriante, oui [Echo]

Mme C :

... Et puis plus disponible pour eux.

Médecin :

Plus disponible, c'est-à-dire ? Vous avez un exemple ?

Mme C :

... Que je les emmène au parc, que je joue avec eux.

Médecin :

Hochement de tête d'assentiment.

D'accord, très bien.

Mme C :

Et puis que je ne refasse pas ce que j'ai fait hier, bien sur...

Médecin :

Plus de bêtise. A votre avis, qu'est ce que vous auriez pu faire hier pour ne pas en arriver là ? Après le coup de téléphone ?

C réfléchit.

Mme C :

J'aurai peut-être pu appeler une amie quand j'ai appris la nouvelle, au lieu de prendre les médicaments. Quand je suis entourée je me sens mieux.

Médecin :

Hochement de tête d'assentiment.

Être entourée est quelque chose d'important pour vous. [Reflét simple]

Vous évoquiez une amie. Vous pensiez à quelqu'un en particulier ?

Mme C :

Oui. Je pensais à l'amie qui m'a amenée hier.

Médecin :

Qui est-ce ?

Mme C :

C'est une très bonne amie. Une amie d'enfance. Elle m'a proposé de passer quelques jours chez elle en sortant d'ici. Je ne reprends le travail que dans 3 jours alors je pense que je vais accepter, ça me fera du bien.

Le médecin acquiesce.

Médecin :

Très bien. Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui peuvent vous entourer en ce moment ?

Mme C réfléchit.

Mme C :

Ma famille j'imagine. Il y a ma sœur de qui j'étais proche à un moment mais elle a déménagé alors on se voit moins. Et puis mes parents. Je crois qu'ils s'inquiètent pour moi. Mais je ne sais pas si j'ai envie qu'ils soient au courant de tout ça.

Médecin :

Quoi d'autre serait être utile selon vous ?

Mme C :

Je ne sais pas trop.

Médecin :

Est-ce que vous pensez qu'une hospitalisation en psychiatrie pourrait vous aider ?

Mme C :

Non je ne pense pas. *Pause.* Par contre j'imagine que voir un psy me ferait du bien. J'ai pas mal de choses à travailler...

Médecin :

Est-ce que vous savez à qui vous adresser ?

Mme C :

Mon amie m'a conseillé quelqu'un, je pense que je vais aller le voir.

Médecin :

Hochement de tête d'assentiment

Oui, c'est une bonne idée.

Pause.

Sachez aussi que vous pouvez revenir ici à tout moment si jamais les idées suicidaires revenaient. Il y a toujours quelqu'un qui peut vous accueillir, 24h/24. **[Rester disponible]**

Mme C :

D'accord. Merci beaucoup.

Médecin :

Est-ce qu'il a des choses importantes pour vous que nous n'avons pas abordées ? **[Feed back]**

Mme C :

Réfléchit. Non, on n'a dit pas mal de choses, déjà.

Elle sourit discrètement.

Médecin :

Est-ce que vous avez des questions avant que je vous laisse repartir? **[Feed back]**

Mme C :

Réfléchit. Non, je ne crois pas.

Médecin :

OK. Dans ce cas, on va vous redonner vos affaires et attendre que votre amie vienne vous chercher.

Il lui sourit

Mme C :

D'accord.

Ils quittent la pièce ensemble.

FIN

M. Jacques DANIELS,
« Empathie dans l'entretien motivationnel en addictologie »

Synopsis :

Patient de 54 ans.

Ethylisme chronique.

Hospitalisé en hépatologie pour une découverte de cirrhose sur hématémèse.

Vu par l'addictologue de liaison pour un entretien motivationnel vis-à-vis de l'alcool.

Scénario :

Chambre d'hôpital, M. Daniels au fauteuil, près du lit. Il porte le pyjama de l'hôpital. Il fait des mots fléchés.

L'addictologue (en blouse) entre dans la chambre.

Pendant l'entretien, l'addictologue est toujours attentif à ce que dit le patient.

Médecin :

Monsieur Daniels ?

Monsieur D :

En tournant la tête vers lui. Oui ?

Médecin :

Bonjour, je suis le Dr Gasson, le médecin addictologue.

Il lui sert la main.

Est-ce que vous permettez que je m'assoie avec vous pour qu'on discute un peu tous les deux ? [**Demander la permission**]

Monsieur D :

Euh... oui, oui, bien sûr.

Il lui montre la chaise posée contre le mur. Le médecin s'installe de manière à être situé à un angle à 120° par rapport au fauteuil, à une distance de 1m30. Il lui sourit.

Médecin :

On vous avait prévenu que j'allais passer ?

Monsieur D :

Essaie d'échapper à la question.

Euh, oui, vaguement.

Médecin :

En fait, je suis le médecin qui passe dans les services pour parler de l'alcool,... du tabac,... des drogues,... et pour discuter de l'impact que ça peut avoir... [**Se présenter**]

Monsieur D :

A l'air peu intéressé

Ah oui, d'accord.

Se tait.

Médecin :

Pause. Quel âge vous avez M. Daniels ? [**Rencontrer le patient**]

Monsieur D :

54 ans. 55 dans une semaine.

Médecin :

Ah ! Vous avez prévu de fêter ça ?

Monsieur D :

Je ne sais pas trop... Si je suis assez en forme, pourquoi pas ! Je pourrais proposer à quelques amis.

Médecin :

Ok. Et aujourd'hui, du coup, niveau forme, vous vous sentez comment ?

Monsieur D :

Encore un peu fatigué, mais ça va beaucoup mieux !

Le médecin hoche la tête.

Rien à voir avec mon arrivée ! *Pause.* Ils m'ont dit que je pouvais sortir demain, alors c'est que ça va.

Médecin :

Vous étiez comment à votre arrivée ?

Monsieur D :

A mon arrivée ? Oh là là, pas en forme, pas en forme du tout !

Médecin :

Avec intérêt.

Ah oui. Qu'est-ce qu'il vous est arrivé ?

Monsieur D :

Et bien j'étais au travail, j'apportais des outils sur le ballast et puis, d'un coup je me suis mis à cracher du sang...

Médecin :

Cracher du sang...[Echo] *Lève les sourcils.* Ça a du être impressionnant. [Formulation empathique élémentaire]

Monsieur D :

Oh oui ! Mes collègues ont eu peur ! Ils ont appelé le SAMU et je me suis retrouvé dans l'ambulance, avec des perfusions dans les bras, des branchements partout (*Il fait les gestes en même temps*) et tout le tintouin ! Ils m'ont emmené direct à l'hôpital, j'ai cru que j'allais y passer !

Médecin :

Hochement de tête compréhensif.

Mmmh, vous avez vraiment pensé que vous alliez mourir. [Reflét de sentiment]

Monsieur D :

Oui. Mais finalement ça s'est arrêté et, là ça va mieux.

Médecin :

Et ils ont trouvé d'où venait ce sang ?

Monsieur D :

Et bien, ils ont dit que c'était une « hémorragie digestive ». A priori, c'est à cause de mon foie... *Silence.*

Médecin :

Un problème de foie ? **[Echo]**

Monsieur D :

Embêté.

Oui... Ils ont fait des examens et... il paraît que j'ai une cirrhose...

Médecin :

Mmmh...*Hochement de tête.* Une cirrhose... **[Echo]**

Pause.

Comment vous avez pris la nouvelle ? **[Projection dans le monde du patient]**

Monsieur D :

Hausse les épaules.

Ben c'est comme ça, qu'est-ce que vous voulez que j'y fasse ?

Médecin :

Silence. Est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on discute un peu autour de cette maladie? **[Demander la permission]**

Monsieur D :

Oui, si vous voulez.

Médecin :

D'abord, j'aimerais savoir,... Qu'est-ce que vous en avez compris, vous ? **[Projection dans le monde du patient]**

Monsieur D :

Ce que j'ai compris ? Eh bien... que mon foie est très abîmé et qu'il ne fonctionne plus normalement...

Médecin :

Hochement de tête affirmatif.

Oui. Tout à fait.

Monsieur D :

...Et que si ça s'aggrave, je risque de refaire des hémorragies digestives ou des œdèmes dans le ventre...

Médecin :

Acquiesce.

Et qu'est-ce que vous avez compris de ce qui peut aggraver cette cirrhose ? **[Projection dans le monde du patient]**

Monsieur D :

Euh... *Il réfléchit...* Alors, les médecins m'ont dit qu'il y avait...euh...les médicaments.

Médecin :

Hochement de tête affirmatif.

Oui, tout à fait.

Monsieur D :

Il paraît que je dois faire attention à ceux que je prends, surtout les antidouleurs, et que je dois toujours demander à un médecin.

Médecin :

Oui, effectivement.

Monsieur D :

Je dois aussi faire attention à mon alimentation...manger sain, équilibré...

Le médecin valide en hochant la tête.

... et puis...

Silence, il baisse les yeux.

Enfin,... Il paraît que l'alcool, aussi, ça n'aide pas...

Il ne regarde pas le psychiatre. Il a honte.

Médecin :

Mmmh, d'accord, alors vous m'avez dit : « je dois faire attention aux médicaments, à mon alimentation, et puis...à l'alcool ». [Résumé]

L'alcool, est-ce que c'est un point important pour vous ?

Monsieur D :

Oh, vous savez, je ne bois pas tant que ça docteur !

Médecin :

Neutre. Sans jugement personnel. [Considération positive inconditionnelle]

Vous pensez que vous buvez en quantité raisonnable. [Reflet simple]

Monsieur D :

Oui. Enfin, je ne sais pas... raisonnable, peut-être pas...

Il baisse à nouveau les yeux, il a honte.

Défensif.

Mais je ne bois pas plus que certains collègues en tout cas ! J'ai un copain, c'est la bouteille de Ricard qui y passe, hein! Elle lui fait pas un jour !

Médecin :

Hochement d'assentiment.

D'accord, vous trouvez qu'une bouteille par jour, c'est excessif. [Reformulation]

Monsieur D acquiesce.

Vous, vous consommez combien? Vous sauriez dire ?

Monsieur D :

Oh, moi ? Pas plus d'une demi-bouteille. Souvent moins, même. Et puis c'est du whisky, pas du Ricard. Je n'aime pas ça le Ricard !

Médecin :

Neutre. Sans jugement personnel.

Plutôt du whisky, d'accord. [Echo]

Silence.

Et... qu'est ce que vous aimez dans le whisky ? Qu'est-ce que ça vous apporte? [Projection dans le monde du patient]

Silence. Le patient réfléchit.

Monsieur D :

Ce que ça m'apporte ?... Euh... Et bien, je crois que j'aime bien le goût d'abord.

Médecin :

Hochement de tête d'assentiment.

Mmmh, le goût. [Echo]

Monsieur D :

Vit le plaisir

Oui, ça a un bon goût profond, un peu boisé... Parfois un petit goût de framboise. C'est agréable...

Médecin :

Sourit.

D'accord, alors c'est d'abord grâce au plaisir du goût que l'alcool a réussi à vous séduire. [Reflet simple + externalisation]

Monsieur D :

Acquiesce.

Mmmh.

Médecin :

Et quel autre moyen de séduction a-t-il encore ? [Externalisation]

Monsieur D :

Silence. Il réfléchit.

Enthousiaste.

Et bien, c'est convivial ! Le week-end, souvent, on va au bar de Giles boire un coup avec les copains. C'est sympa, on rigole bien ! En général on prend des bières, plutôt, et on trinque à la santé, aux femmes, ... !

Médecin :

Hochement de tête compréhensif.

Ça a l'air d'être des bons moments pour vous ! [Formulation d'empathie élémentaire]

Le médecin sourit. M. D acquiesce, sourit aussi.

D'accord, alors, en général, quand vous consommez de l'alcool, c'est convivial, c'est en compagnie d'autres personnes. [Résumé]

Monsieur D :

Oui... Enfin, pour la bière en tout cas. *Pause.* Le whisky, c'est autre chose...

Monsieur D devient plus sombre.

Médecin :

Le regarde avec intérêt, sérieux.

Mmmh... ?

Monsieur D :

Le whisky, c'est plutôt le soir...

Silence. Essaie de cacher sa honte

Un petit verre, le soir, ça détend. Après le travail, ça fait du bien !

Médecin :

Alors, si je comprends bien, [**Précaution**] la bière, c'est pour la convivialité, et le whisky, plus pour le goût et pour vous détendre, vous relâcher après la journée de travail. [**Résumé**]
Fait le geste de se relâcher.

Monsieur D :

Oui... enfin,... je ne suis pas vraiment tendu après le travail. J'aime bien mon travail, ça va!

Médecin :

Qu'est-ce que vous faites comme travail ?

Monsieur D :

Je suis opérateur des voies ferrées à la SNCF. Je m'occupe de la maintenance des installations. Je travaille avec une bonne équipe, on se connaît bien.
Hochement de tête du médecin.

En fait, c'est plutôt de rentrer à la maison qui fait que je ne suis pas bien...

Médecin :

Qu'est-ce qui fait que vous n'êtes pas bien quand vous rentrez à la maison ? [**Explorer le monde du patient**]

Monsieur D :

Met du temps à répondre, regarde le sol.

Eh bien, je ne sais pas trop comment dire... La journée, vous voyez, je suis avec mon équipe, on s'apprécie bien et puis on rigole bien tous ensemble... C'est plus que des collègues pour moi !

Médecin :

Qu'est-ce qu'ils représentent pour vous ?

Monsieur D :

Ce sont vraiment des amis pour moi.

Médecin :

Hochement de tête de compréhension.

...Des amis. [**Echo**]

Monsieur D :

Oui. Mais quand je rentre, le soir... eh ben, je me retrouve tout seul d'un coup.

Médecin :

Vous vous retrouver tout seul, mmmh. [**Echo**] Et ça, c'est difficile pour vous. [**Formulation d'empathie complexe**]

Monsieur D :

Acquiesce.

Oui. Le truc, c'est que les autres ils ont leur femme, mais moi je n'ai personne pour m'attendre le soir...

Médecin :

Vous n'avez pas de femme

Monsieur D :

J'en avais une... mais elle est morte.

Il baisse les yeux.

Médecin :

Pause.

Oh, je suis désolé, Monsieur Daniels.

Monsieur D hausse les épaules en regardant ailleurs.

Ça fait combien de temps ?

Monsieur D :

14 ans... Elle a eu un cancer généralisé. Elle est partie en moins de 3 mois.

Médecin :

Ça a été rapide. **[Reflét]**

Monsieur D :

Oui... Au moins elle n'a pas souffert trop longtemps. *Pause.*

Mais c'est moi qui ai souffert après...

Pendant ce temps, écoute attentive du médecin. Acquiescement empathique, valide la souffrance.

Médecin :

Eh oui, j'imagine que cela a été très douloureux. **[Reconnaissance et légitimation de la souffrance]**

Monsieur D :

Acquiesce

Je n'ai jamais réussi à la remplacer.

Médecin :

Elle était unique. **[Reformulation]**

Monsieur D :

Acquiesce.

Ah ça oui ! Et puis on n'avait pas d'enfant alors, je me suis retrouvé dans une maison vide.

Pause. Il soupire.

Voilà, vous savez tout. Alors oui, c'est vrai que je bois un peu trop le soir. Mais ça m'aide à ne pas penser que je suis tout seul.

Monsieur D est plus authentique, moins défensif qu'en début d'entretien.

Médecin :

Hochement de tête compréhensif

Finalement, vous vous servez de l'alcool pour oublier la solitude. **[Reflét simple]** Enfin, la solitude à la maison, car la journée vous n'êtes pas seul !

Monsieur D acquiesce.

Silence.

Excusez-moi, ça va peut-être vous paraître étrange comme question, mais **[Précaution]**... à votre avis, qu'est-ce qu'elle en dirait votre femme, si elle était là ?

Monsieur D :

Ma femme ?

Il réfléchit. Demi-sourire

Ah oui, c'est sûr qu'elle ne serait pas très contente ! Elle dirait que je suis un idiot ! Elle me dirait « arrête tes conneries Jacques ! Tu te pourris la santé ! »

Médecin :

Hochement de tête.

Elle vous dirait d'arrêter. **[Reflet simple]**

Monsieur D :

Acquiesce.

Ça, c'est sûr !

Médecin :

Qu'est-ce que vous en pensez ?

Monsieur D :

Regarde le sol.

Oui, elle aurait raison en me disant ça, je le sais bien. Au final, ça me fait sans doute plus de mal que de bien...

Médecin :

Oui, c'est ce que vous vous dites ?

Monsieur D acquiesce à regret.

Et en quoi ça vous fait du mal alors l'alcool ? **[Projection dans le monde du patient]**

Monsieur D :

Eh bah, pour cette histoire de cirrhose ! Ça me fait un peu peur ça quand même... On m'avait dit que l'alcool c'était pas bon pour le foie,... je veux dire, c'est connu ! Mais tant que ça ne vous arrive pas à vous, vous savez, on n'y croit pas vraiment...

Médecin :

Le fait d'avoir eu cette hémorragie digestive, et qu'on vous trouve une cirrhose,... finalement de l'avoir vécu vous..., ça vous a fait prendre conscience des risques de l'alcool pour la santé. **[Reformulation]**

Monsieur D :

Oui. Le médecin, ce matin, il a carrément dit que si je n'arrêtais pas de boire, j'allais mourir...

Médecin :

Hochement de tête. D'un ton grave. Eh oui, il a évoqué la mort... **[Reflet simple]** Qu'est-ce que cela vous a fait ? **[Projection dans le monde du patient]**

Monsieur D :

Oh, il faut bien mourir de quelque chose ! Mais si ça pouvait ne pas être tout de suite, je préférerais !

Médecin :

Vous avez encore des choses à vivre. **[Reformulation]**

Monsieur D :

Oh oui. Je ne voudrais pas laisser tomber mes copains comme ça ! Comment ils feraient sur le chantier sans moi ? Ils ne rigoleraient pas pareil !

Médecin :

Oui, on voit bien qu'il y a beaucoup de choses qui comptent pour vous : vos collègues (et amis), votre métier,...

[Résumé]

Monsieur D :

Oui, c'est sûr. Je ne voudrais pas partir maintenant !

Silence.

Le problème, c'est que je ne sais pas si je peux vivre sans le whisky...

Médecin :

Hochement de tête compréhensif.

Mmmh, il a réussi à vous faire croire que vous ne pouvez pas vous passer de lui... [Reformulation et externalisation]

Silence.

Vous avez déjà essayé d'arrêter par le passé ?

Monsieur D :

Oui, une fois. Il y a 3-4 ans. J'avais un copain qui avait perdu son permis de conduire à cause de l'alcool, alors il s'était mis en tête de ne plus boire du tout ! Il venait quand même avec nous au bar de Giles mais il prenait un Perrier. Du coup je m'étais décidé à tenter l'expérience avec lui, histoire d'être solidaire...

Ecoute attentive du médecin.

Médecin :

Vous avez eu le courage d'arrêter pour être solidaire avec votre ami. Ça doit être un bon ami alors !

[Valorisation des efforts]

Monsieur D :

Ah ça oui ! Avec Alain, on se connaît depuis 30 ans !

Pause. Il soupire.

Mais je ne suis pas resté longtemps solidaire !

Regarde le médecin, embêté.

Vous savez, avant, je m'étais toujours dit « Moi ? J'arrête quand je veux ! ». Et puis là, je me suis rendu compte que ce n'était pas facile... La nuit j'étais malade, je tremblais et je transpirais tellement, que j'étais obligé de me resservir un verre. Il n'y avait que ça qui me soulageait. Alors du coup j'ai repris très vite...

Médecin :

Mmmh...Vous avez repris car vous aviez des signes de manque très gênants, ce qui vous a fait réaliser que vous étiez peut-être plus dépendant que ce que vous aviez imaginé. [Reformulation].

Monsieur D :

Tout-à-fait.

Médecin :

Vous aviez vu quelqu'un pour vous aider ?

Monsieur D :

J'en avais parlé un peu avec mon médecin généraliste, il m'avait donné des médicaments, mais je ne les ai jamais pris.

Médecin :

Parce que... ?

Monsieur D :

Eh ben il avait dit que ça pouvait rendre dépendant alors, déjà que je me rendais compte que j'avais du mal à me passer de mon whisky, je n'ai pas voulu rajouter encore un truc... Vous voyez ?

Médecin :

Vous avez eu peur de devenir dépendant non seulement de l'alcool, mais aussi des médicaments. [Reflét simple]

Monsieur D :

C'est ça.

Médecin :

C'est vrai qu'on peut devenir dépendant de ces médicaments sur le long terme mais cela n'arrive pas si on les prend sur une courte période, juste au début, pour soulager les signes de manque que vous avez eu.

Monsieur D :

Ah d'accord, je ne savais pas. Peut-être que ça m'aurait aidé...

Médecin :

Acquiesce.

Et le collègue avec qui vous vouliez être solidaire, qu'est-il devenu ?

Monsieur D :

Oh, il a arrêté pendant quelques mois puis il a repris. Et puis sa femme a menacé de le quitter alors il a été faire une cure à La Baronnais et là, il ne boit plus. Ça ne fait que trois semaines qu'il est sorti, on va voir... J'espère qu'il va y arriver !

Médecin :

Mmmh.

Et vous ? Est-ce que vous avez encore essayé d'arrêter après ?

Monsieur D :

Non, je n'ai pas voulu retenter l'expérience...

Médecin :

Et aujourd'hui, qu'est-ce que vous en pensez ? [Projection dans le monde du patient]

Monsieur D :

Oui, j'aimerais bien...

Silence.

C'est sûr que ça plairait à ma femme si elle me voit de là haut... Mais c'est pas évident quand même. Je ne sais pas si je suis prêt...

Médecin :

Eh oui, vous aimeriez bien en théorie, mais en pratique, ce n'est pas facile de se lancer... [Reflét simple]

Silence.

Bon, imaginons que vous soyez prêt - pas forcément aujourd'hui, mais quand ce sera le moment pour vous - qu'est-ce que vous pensez devoir faire pour arrêter ?

Monsieur D :

Silence.

C'est une bonne question.

Réfléchit.

J'imagine que je devrais jeter tout l'alcool qu'il y a chez moi... Ou alors, ne pas rentrer tout de suite après le travail. Faire autre chose.

Médecin :

Comme quoi par exemple ?

Monsieur D :

Hausse les épaules.

Je ne sais pas. Me promener ou aller au cinéma...voir s'il y a d'autres personnes qui sont libres pour venir avec moi.

Médecin :

Hochement de tête d'assentiment

D'accord, très bien.

Monsieur D :

Et puis, au bar de Gilles, je resterais avec Alain. On trinquera au Perrier tous les deux ! Il me soutiendra !

Il sourit.

Médecin :

Vous serez solidaires ! **[Reprise des valeurs du patient]**

Il sourit. Silence.

Alors, vous m'avez dit, pour vous aidez à arrêter l'alcool, ce qui serait utile, ce serait: ne plus avoir d'alcool chez vous, peut-être ne pas rentrer tout de suite après le travail mais plutôt aller vous promener ou aller au cinéma avec des amis. Et puis, profiter de l'expérience d'Alain pour vous soutenir. **[Résumé]**

Monsieur D :

Oui, tout-à-fait.

Silence. Il soupire.

Mais, ça va pas être facile quand même.

Médecin :

Oui, c'est sûr que c'est une décision importante. **[Reflet simple et validation]**

Silence.

Est-ce que vous voulez qu'on se revoit pour en discuter à nouveau et examiner ensemble ce qui pourrait vous aider à prendre cette décision?**[Conserver le lien]**

Monsieur D :

Oui, pourquoi pas ?

Médecin :

Très bien. On va faire ça. Je vais chercher mon agenda pour vous trouver un RDV.

Monsieur D acquiesce.

L'addictologue se lève et sort.

Mme Ella TREPEUR
« Empathie et trouble de l'adaptation de type anxieux »

Synopsis :

Patiente de 51 ans.

Annonce d'un cancer du sein 3 mois avant. Vient en hôpital de jour pour sa 2ème cure de chimiothérapie.
Vue en psy de liaison en oncologie pour crise d'angoisse avec refus de la cure programmée.

Scénario :

*Salle de consultation en oncologie. Mme T a ses propres habits, porte un bandana autour de la tête.
Premier plan sur elle, debout à côté de la chaise. Impatience anxieuse. Elle est tendue et crispée.
Le psychiatre (en blouse) entre dans la pièce.*

Mme T :

*Se tourne rapidement vers lui.
Vous êtes le psy ?*

Médecin :

*Oui, c'est moi, Dr Chambru. Bonjour Mme Trépeur.
Le médecin lui tend la main. Mme T regarde la main tendu, hésite et la serre rapidement.*

Mme T :

*Docteur, ça ne va pas du tout. Je ne me sens vraiment pas bien.
Mme T parle vite (logorrhée anxieuse). Le médecin lui indique la chaise et s'assoit sur la sienne.*

Médecin :

*Que vous arrive-t-il ?
Mme T s'assoit.*

Mme T :

*J'ai une boule dans la poitrine...
Elle désigne sa poitrine, fait un geste de torsion.*
Et puis je manque d'air...ça fait comme un appel d'air. *Elle respire un grand coup en se mettant en arrière.* Je ne
peux plus supporter.

Médecin :

Hochement de tête de compréhension.
Mmmh, ça a l'air très pénible [Formulation empathique élémentaire]

Mme T :

Et puis j'ai comme des bouffées de chaleur, ça me chauffe les oreilles, c'est peut-être la ménopause, je ne sais
pas. Et toujours cette boule qui m'empêche de respirer.
Elle respire à nouveau un grand coup.
M acquiesce, compréhensif.

Médecin :

Oui, cela doit être gênant. [Formulation empathique élémentaire]

Mme T :

Bien sûr que c'est gênant, ça vous plairait à vous ?

Médecin :

Pause. Air concerné.

Vous doutez fort que cela puisse plaire à quiconque [**Reflet**]

Mme T :

Ça c'est sûr.

Médecin :

C'est la première fois que ça vous arrive ?

Mme T :

Oh non, ça dure depuis trois mois. D'habitude, c'est le soir, quand je vais me coucher. J'ai un manque de respiration, j'ai des bouffées de chaleur... Ma chambre est toute petite, et je me sens emmurée dans aussi peu d'espace... alors j'ouvre la fenêtre... Mais après, j'ai tout le bruit de la rue, je ne peux pas dormir. J'ai bien essayé de mettre des boules quies mais quand je les mets, ça me donne une appréhension. J'ai peur qu'il se passe quelque chose... Que je n'entende pas... Alors je n'arrive pas. Et c'est la boule, là, qui revient...

Elle montre à nouveau sa poitrine.

Je la sens, elle est dure, et elle m'empêche de respirer.

Pendant ce temps : le médecin la regarde et l'écoute attentivement [Ecoute attentive] Il hoche parfois la tête en signe de compréhension.

Médecin :

Et dans ces moments là, vous avez l'impression d'étouffer, voire même que vous allez mourir ? [**Elucidation**]

Mme T :

Oh oui, je sens comme si j'allais partir de mon corps, et puis comme si j'allais mourir, c'est ça...

Médecin :

Est-ce que vous avez aussi le cœur qui bat plus vite... ou des sensations de fourmillement... ou... ?

Mme T :

Elle le coupe.

Le cœur qui bat plus vite, oui, ça me fait ça docteur.

En faisant un signe d'acquiescement.

Médecin :

Des douleurs musculaires ? Des tremblements ?

Mme T :

J'ai mal au ventre surtout.

Elle est de plus en plus intéressée par les questions du médecin.

Médecin :

Et puis l'impression de devenir folle ou de mourir ?

Mme T :

Oui, c'est tout à fait ça.

Pause.

Regarde vivement le médecin.

Qu'est-ce qu'il m'arrive ?

Médecin :

Pause. Ton doux.

On dirait bien que vous faites des crises d'angoisse Mme Trépeur. **[Nommer l'angoisse]**

Mme T :

Des crises d'angoisse ? Ça peut faire ça ?

Médecin :

Oui. *Pause.* Et vous n'êtes pas la première. C'est assez répandu vous savez.

Mme T :

Et ça se soigne ?

Médecin :

Hochement de tête affirmatif.

Oui, je pense qu'on va pouvoir vous aider.

Mme T se détend un peu

Cela vous arrive souvent ?

Mme T :

Oh oui, au moins deux fois par semaine.

Médecin :

Deux fois par semaine. *Pause.* Est-ce que vous savez ce qui pourrait vous angoisser comme ça Mme T?

[Projection dans le monde du patient]

Mme T :

Les yeux baissés. J'imagine que c'est la raison pour laquelle je suis ici... *Puis regarde le médecin.* Figurez-vous que j'ai un cancer du sein ! C'est bête, hein ? Ils m'ont trouvé ça il y a trois mois... Alors ils m'ont tout enlevé !

Hop !

Elle fait le geste d'enlever le sein.

Médecin :

Regard compréhensif.

Mmh... Ça n'a pas du être évident. **[Formulation d'empathie élémentaire]**

Mme T :

Mais encore ça je m'en fiche, ce n'est pas le pire.

Médecin :

Qu'est-ce qui est pire ?

Mme T :

C'est la chimio ! Ah vous ne connaissez pas vous, vous n'avez jamais vécu ça !

Médecin :

Vous pensez que ceux qui n'ont jamais vécu de chimio ne peuvent pas imaginer tout ce que cela engendre.

[**Reflet simple**]

Mme T :

Ah, ça, c'est bien plus terrible que ce qu'on croit ! J'ai fait ma première chimio il y a un mois. Je suis venue ici aujourd'hui pour la deuxième, mais je ne peux pas. Non, non, je ne peux pas ! Je ne veux pas que ça recommence !

Elle respire un grand coup, mets sa main sur la poitrine.

Médecin

La première a été tellement difficile que vous hésitez à faire la deuxième. [**Reformulation**] Cela semble vous faire peur, même ! [**Reflet de sentiment**]

Mme T :

Oui...*Pause.*

Médecin :

Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous? [**Projection dans le monde du patient**]

Mme T :

Oui, vous me direz, j'ai déjà perdu mes cheveux alors ça ne sera pas pire ! Ils sont partis par poignées, j'en ai mis dans toute la maison ! Je n'avais pas la force de nettoyer à chaque fois alors finalement je me suis rasée la tête... Et puis ça, à la rigueur je m'en fiche ! Le problème, c'est que je vais encore avoir la nausée,...je vais encore vomir,... avoir des diarrhées... (*Mine de dégout*) et même, parfois, pas avoir le temps d'aller aux toilettes...

Pendant ce temps là, le médecin l'écoute attentivement et hoche la tête pour montrer qu'il prend en compte ce qu'elle dit.

Mme T soupire et se prend la tête dans les mains.

Médecin :

Les diarrhées, les vomissements, ça, ça a vraiment été pénible, comme effet secondaire. [**Reflet de sentiment**]

Mme T :

Oui... Et puis il y a la fatigue aussi! Je vais encore me traîner pendant des jours, servir à rien... *Pause.* *Dans un soupir :* Et ça passe tellement lentement !

Médecin :

Dans ces moments là, les heures s'allongent! [**Reflet simple**]

Mme T :

Oh oui... On n'a plus d'énergie. On est juste mal. On a l'impression que cela ne finira jamais! Parce que j'en ai encore pas mal des chimio après ! J'ai l'impression d'avoir que des murs en face de moi ! Que je ne peux plus avancer.

Médecin :

Eh oui. C'est normal d'avoir des angoisses dans une situation comme celle là. [**Légitimation des émotions**]

Vous vous sentez comme dans une impasse. [**Reformulation**]

Mme T hoche la tête. Pause.

Il va falloir que nous trouvions une porte, pour vous sortir de là... [**Reprise de la métaphore**]

Mme T :

Oui. Il me faut une porte de sortie. Parce que là je ne supporte plus ! J'ai besoin de faire des choses, de me sentir utile ! Elles me réduisent à néant les chimio ! Comment les médecins peuvent concevoir des médicaments comme ça ! Ce ne sont pas des médicaments qui font du bien, ce sont des médicaments qui tuent !

Médecin :

Hochement de tête d'assentiment.

Effectivement, ce sont des médicaments très forts. On cherche à tuer le cancer...mais ils abîment aussi les cellules jeunes. Il y a beaucoup de recherche pour améliorer ça, mais c'est vrai que les médicaments que vous avez eus ont encore beaucoup d'effets secondaires. **[Légitimation]**

Mme T :

Oui, et puis ce n'est même pas dit que ça tue le cancer! Ils ne m'ont jamais dit si j'allais en guérir de ce truc...

Pause. Regard compréhensif du médecin.

Et puis peu importe après tout ! Des fois en fait je me dis que j'aimerais mieux être morte. Comme ça je n'aurais plus à subir tout ça ! J'ai déjà trop souffert. Je veux que ça s'arrête.

La patiente ne regarde pas le médecin.

Médecin :

C'en est à un tel point que vous pensez parfois à mourir **[Reflet simple et clarification]**.

Mme T :

Oui.

Médecin :

Vous avez déjà pensé à vous faire du mal ?

Mme T :

Oui, des fois c'en est rendu à ce point-là. Quand les angoisses sont trop fortes. Ça vous embête hein ? Mais comme ça, c'est moi qui reprendrais le contrôle sur ma vie. Je n'ai pas décidé l'arrivée de ce cancer, mais c'est moi qui déciderais la façon dont je vais mourir, pas lui !

Médecin :

Vous avez besoin de pouvoir maîtriser quelque chose, même si c'est votre mort. **[Reformulation]**

Mme T acquiesce

Est-ce que vous avez déjà imaginé comment vous feriez ?

Mme T :

Non, quand même pas. Je ne le ferais pas. Ma famille... ils ne comprendraient pas que je fasse ça. Et puis ils ont besoin de moi. Qui est-ce qui va faire tourner la maison si je ne suis pas là ? C'est moi qui gère tout.

Médecin :

Il acquiesce.

Oui, sans vous, ça ne tourne plus. **[Reflet simple]**.

Mme T :

Ben vous savez, j'ai quatre enfants. Ma plus grande est partie de la maison et après je n'ai que des fils. Et vous pouvez être sûre qu'il n'y en a pas un sur les trois qui sait se servir d'une casserole. Et encore moins d'un balai.

Ils sont comme leur père. Du coup c'est moi qui fais tout : je gère les comptes, je fais les courses, le ménage, la cuisine... C'est mon travail finalement. Je suis mère au foyer.

Ecoute attentive du médecin.

Médecin :

Et tout ça vous continuez malgré la fatigue et la chimiothérapie ?

Mme T :

Eh bien non justement ! Après la chimio, je ne peux rien faire. Je ne peux pas rester debout. Je suis trop mal.

Pause. Et pourtant je ne suis pas de nature à rester au lit !

Médecin :

Hochement de tête d'assentiment.

Oui, on sent bien que vous n'êtes pas de nature à vous laisser abattre. **[Reflet simple et validation]**

Mme T :

Ah ça non...

Médecin :

Donc, si je comprends bien : **[Précaution]** en ce moment, en plus de la souffrance, vous vous trouvez vraiment handicapée à la maison et ça, c'est insupportable. **[Résumé]**

Mme T :

Oui, je ne peux pas supporter ! Mais vous croyez qu'ils auraient pris le relais ? Non, ils s'en fichent complètement. Avec eux je n'ai pas le droit d'être malade. Ils râlent parce que je n'ai pas la force de préparer autre chose que des surgelés...

Médecin :

Vous trouvez qu'ils ne se rendent pas compte de votre état. **[Reformulation]**

Mme T :

Ah ça non, ils ne se rendent pas compte ! Et puis, du coup, tout est sale et moi je ne supporte pas ça. D'habitude je me lève à 7h et vous pouvez être sûr qu'à 9h, il y a tout qui brille. Alors que là tout s'accumule.
Elle fait les gestes en même temps.

Il commence à y en avoir partout ! Je ne peux plus regarder ma maison, ça me stress. Mais eux, ils s'en fichent. Ils sont chacun sur leur ordi, et le reste leur est égal. Que je souffre ou pas, c'est la même chose !

Médecin :

Vos enfants, comment ont-ils pris la nouvelle de votre cancer ?

Mme T :

Pause. Au début, je ne leur ai pas dit... Je me suis dit que j'étais assez forte et que je n'allais pas leur imposer ça. Et puis quand les médecins ont dû m'opérer, c'est devenu compliqué de leur cacher.

Médecin :

Vous avez été obligée de leur annoncer.

Mme T :

Oui. Mais ça n'a pas changé grand-chose. Ils n'ont pas réagi. Chacun est retourné à ses petites affaires et on n'en a plus reparlé.

Médecin :

Et votre mari ?

Mme T :

Pareil. Comme s'il ne s'était rien passé. Et quand j'ai des...comme vous avez dit tout à l'heure... des « crises d'angoisse », il dit : « c'est rien, c'est dans ta tête »

Médecin :

Hochement de tête compréhensif.

Mmmh, vous n'avez pas l'impression qu'ils prennent en compte votre mal-être. [**Reformulation**] A votre avis, pourquoi ont-ils réagi comme ça ? [**Projection dans le monde du patient**]

Mme T :

Oh je sais bien que c'est leur moyen de défense. J'imagine que c'est plus facile de faire comme si de rien n'était, de ne pas imaginer que je pourrais mourir. Mais parfois j'ai l'impression qu'ils s'en fichent.

Mme T est au bord des larmes puis en colère.

Moi, je fais tout pour eux, et eux rien du tout ! Je ramasse leurs affaires sales toute la journée, je m'occupe d'eux, je prépare tout pour qu'ils soient bien, ... Et quand c'est moi qui en ai besoin, ils me laissent me débrouiller toute seule ! Comme si je ne comptais pas !

Médecin :

Vous y trouvez une certaine forme d'injustice et ça vous met en colère. [**Reflet de sentiment**]

Mme T :

Oui, c'est exactement ça. Je suis en colère en fait. Ils me laissent seule au moment où j'en ai le plus besoin.

Médecin :

Vous ne vous sentez pas soutenue. [**Reflet de sentiment**]

Mme T :

Non, pas du tout. Je ne demande pas grand-chose pourtant. Juste un peu d'aide... Même, juste un regard... c'est facile à faire ! J'aimerais un peu plus d'amour que d'ordinaire, qu'ils me montrent qu'ils tiennent à moi.

Médecin :

Est-ce que vous pensez qu'il serait important d'en discuter avec eux ?

Mme T :

Oui, sans doute que ce serait important, mais toute seule, je n'y arrive pas.

Une infirmière toque à la porte et entre.

Infirmière :

Je suis désolée de vous déranger, mais est-ce que vous pensez que vous allez pouvoir venir bientôt ? Parce qu'on vous attend pour commencer la chimiothérapie.

Mme T à nouveau anxieuse : elle respire un grand coup et se met à nouveau la main sur la poitrine.

Médecin :

Laissez-nous encore quelques minutes s'il vous plait. [**Maintien du lien en protégeant l'espace relationnel**]

L'infirmière acquiesce et s'en va.

Mme T :

Ça y est, je me sens mal à nouveau.

Médecin :

Ce n'est pas étonnant. Elle nous parle à nouveau de chimiothérapie, c'est difficile !**[Légitimation des émotions]**

Pause. En général, qu'est-ce qui vous aide pour calmer les moments d'angoisse à la maison? **[Redonner le contrôle]**

Mme T :

Réfléchit. Je suis allée plusieurs fois chez mon médecin traitant.

Moue désapprobatrice. A chaque fois il me dit que tout est normal et qu'il ne faut pas que je m'inquiète. Du coup il n'a fait pas grand chose à part me donner des médicaments.

Médecin :

Et ça vous fait du bien ces médicaments ?

Mme T :

Je ne sais pas, je refuse de les prendre. J'ai déjà la chimio qui m'intoxique, alors je n'ai pas envie d'en rajouter.

Médecin :

Vous pensez que les médicaments ne peuvent que vous faire du mal. **[Reformulation]**

Mme T :

Oui, j'ai tendance à penser ça oui. Je n'ai jamais été très médicament en fait. Je préfère gérer moi-même.

Pause. Mais au point où j'en suis...

Médecin :

Est-ce que vous accepteriez d'en essayer un aujourd'hui, pour voir... ?

Cela pourrait peut-être permettre de trouver une porte dans le mur...

Mme T :

Elle sourit puis soupire.

Vous me direz, avec tout ce que je vais avoir aujourd'hui... Un de plus ou un de moins ! Si ça peut éviter que je sois mal comme tout à l'heure... *Pause.* Il y a beaucoup d'effets secondaires ?

Médecin :

C'est un anxiolytique qui peut entraîner un peu de somnolence. Si vous le prenez en journée, il vaudra mieux éviter de conduire après. *Pause.* Mais vous me disiez qu'à la maison, vos angoisses c'était plutôt le soir, non ?

Mme T :

En général, oui.

Médecin :

Dans ce cas là, ça vous aidera à vous endormir.

Mme T hoche la tête : cela lui semble acceptable.

Il faut savoir aussi que si vous le prenez tous les jours pendant plusieurs mois, il peut y avoir une dépendance qui se crée. Donc, ce que je vous conseille, c'est de le prendre seulement en cas de crise d'angoisse.

Mme T :

En hochant la tête. Oh oui, je ne le prendrais pas tous les jours.

Médecin :

Et à côté de ça, c'est un médicament très efficace. En quelques minutes, l'angoisse va disparaître.
Il fait un geste de la main mimant la disparition.

Mme T :

Ok, je veux bien essayer. *Pause.* Mais je n'aime pas trop les médicaments quand même.

Médecin :

Alors, qu'est-ce que vous avez essayé d'autre pour calmer les angoisses ?

Mme T :

Des fois je vais faire un tour dehors. Ça me permet de prendre l'air, de penser à autre chose. Je regarde la nature, les gens qui promènent leur chien. Si quelqu'un m'accompagne, c'est encore mieux. Discuter ça me fait du bien. Mais, comme vous avez vu, il n'y a pas grand monde pour discuter avec moi.

Médecin :

Donc, aller vous balader dans la nature, discuter avec quelqu'un, ça ce sont des choses qui permettent de vous apaiser. [Résumé]

Mme T :

Oui.

Médecin :

Et quand vous ne pouvez pas sortir, ou qu'il n'y a personne pour discuter avec vous ?

Mme T :

Et bien je fais le ménage. C'est utile pour tout le monde et pour moi, c'est thérapeutique !
Mme T sourit.

Mais après les chimio, je suis trop fatiguée. Je ne peux ni faire le ménage, ni sortir.

Médecin :

Alors comment vous faites ?

Mme T :

J'essaye de penser à autre chose mais le plus souvent l'angoisse m'envahit et c'est fini.

Médecin :

C'est fini ? Qu'est-ce qui est fini ?

Mme T :

Eh bien, l'angoisse est là et je n'arrive plus à respirer, j'ai la boule à la poitrine, les bouffées de chaleur... Je me sens terriblement mal et j'ai l'impression de mourir.

Médecin :

Et qu'est-ce qu'il se passe après ?

Mme T :

... (*Etonnée*) Comment ça ?

Médecin :

L'angoisse est là... *Montre sa propre poitrine.*

Vous avez l'impression de mourir tellement c'est insupportable... et après, qu'est-ce qu'il se passe ?

Mme T :

Eh bien, ça finit par passer.

Médecin :

Hochement de tête. Ça finit par passer. [Echo] Pause. A chaque fois ? [Renforcement]

Mme T :

Euh...Ma foi, oui. A chaque fois. Je finis par m'endormir en fait.

Médecin :

Hochement de tête d'assentiment.

Très bien. [Validation]

Pause.

Qu'est-ce que vous comptez faire maintenant ?

Mme T :

Elle soupire.

Je vais prendre votre médicament, pour voir,... et puis je vais aller passer ma chimio...

Pause.

Ensuite je vais appeler mon mari et lui dire que j'ai besoin qu'il vienne me chercher parce que c'est trop dur de rentrer toute seule.

Médecin :

Hochement de tête d'assentiment.

Très bien.

Sachez que je reste disponible si vous avez à nouveau besoin de moi. Je peux aussi vous revoir avec les membres de votre famille si vous le souhaitez. [Rester disponible]

Mme T acquiesce (hochement de tête d'assentiment).

Les deux protagonistes se lèvent, se serrent la main.

Mme T :

Merci Docteur.

FIN

Annexe n°2 : Fiches personnages

Fiche personnage : Mme CIDE

Etat civil :

Sue CIDE, née le 15/02/1979 (35 ans).
Habite à Nantes.

Éléments biographiques et mode de vie :

Famille : Elle a été mariée pendant 10 ans et est séparée depuis 2 mois. C'est son mari qui l'a quittée, ce qu'elle a très mal vécu. Elle a deux enfants : une fille de 7 ans (Soline) et un fils de 5 ans (Manuel) qui vont chez leur père un week-end sur deux. Elle est très attachée à la famille. Pour elle, c'est ce qui passe avant tout. Ses parents sont dans la région, elle a une sœur plus jeune qu'elle à Paris.

Métier : Elle travaille comme secrétaire à mi-temps dans une boîte d'assurance (AXA). Catégorie sociale : classe moyenne.

Réseau social : Elle a des amis en commun avec son mari et une amie d'enfance, Julia, qui est très proche d'elle et soutenante.

Aspect physique :

Habituellement elle fait plutôt attention à son apparence mais depuis 2 mois, elle se laisse aller. Elle porte le pyjama et les chaussons de l'hôpital. Ses autres affaires lui ont été retirées en prévention du risque suicidaire. Elle est décoiffée et non maquillée (elle a passé la nuit à l'hôpital). Elle a les yeux rouges et cernés.

Etat d'esprit :

Elle présente un syndrome dépressif réactionnel au départ de son mari : elle est triste, abattue, elle pleure facilement (silencieusement, sans démonstration). Elle semble ralentie, réagit lentement, parle lentement, sans énergie. Elle a peu d'envie, peu de plaisir. Elle se force pour manger et dort mal. Elle pense sans arrêt au fait que son mari n'est plus avec elle. Elle perd confiance en elle et se dévalorise. Elle arrive quand même à remplir ses obligations quotidiennes (travail, maison, enfants).

Vis-à-vis du geste suicidaire :

Geste adressé à son mari et sa nouvelle amie. Impulsivité. Utilisation du traitement antidépresseur prescrit par son médecin traitant 10 jours auparavant. A posteriori, elle regrette et culpabilise vis-à-vis de ses enfants. Elle critique bien son geste et n'a plus d'idées suicidaires.

Fiche personnage : M. DANIELS

Etat civil :

Jacques DANIELS, né le 26/05/1959 (54 ans).
Habite à Couëron.

Mode de vie :

Métier : Opérateur de voie ferrée. Il aime beaucoup son travail et est bon dans ce qu'il fait.

Pour information, profil du métier à la SNCF : « - Vous avez pour mission d'assurer la surveillance, l'entretien et la maintenance corrective des voies (et des appareils de voie), de leurs abords (chemins) et de leurs installations annexes (passages à niveau).

- Vous participez à des modifications sur ces installations.

- Vous organisez la sécurité des chantiers, la protection du personnel et la surveillance des travaux des entreprises extérieures.

- Vous pouvez être amené à participer à la réalisation de chantiers de travaux.

- Dans le cadre de vos activités, vous êtes amené à utiliser de l'outillage et des engins mécaniques appropriés au milieu ferroviaire et donc à porter des charges (outillage, matériel).

- Vous travaillez en équipe, à l'extérieur et en milieu ferroviaire. Vous vous déplacez aux abords des voies (sur le ballast) et à l'intérieur de tunnels. »

Famille : Il vit seul et le vit mal. Il été marié et très amoureux pendant 18 ans mais a perdu sa femme d'un cancer généralisé il y a 14 ans. Il n'a pas d'enfant. Parents décédés. A un frère plus jeune qu'il voit peu car celui-ci habite à Lyon.

Réseau social : il a un bon réseau amical, des collègues de travail pour la plupart. Il s'agit d'une vraie ressource pour lui. Il les voit au travail et tous les week-ends. Comme lui, la plupart boivent de l'alcool, sauf son ami Alain qui a arrêté. Leur QG : le bar de Gilles.

Aspect physique :

Porte un pantalon de pyjama, une chemise de l'hôpital et son peignoir.

N'a pas d'accessoire hormis une montre classique, de faible coût.

Peut être mal rasé, mais pas trop négligé non plus.

Personnalité/Etat d'esprit :

C'est un homme bourru au premier abord, un taiseux, peu enclin à montrer ses sentiments. S'il est en confiance, il peut s'ouvrir davantage et montrer de l'humour.

C'est un homme simple qui vise une vie tranquille. Il aime son travail et les moments de partage avec ses amis.

Vis-à-vis de l'alcool :

Il consomme de la bière avec ses amis et du whisky lorsqu'il est seul (1/2 bouteille/jour)

Il n'a jamais évoqué ses problèmes d'alcool auparavant. Il n'a pas honte de boire avec ses amis, mais a honte d'avouer qu'il boit seul et qu'il se sent seul chez lui depuis la mort de sa femme.

Il est à l'hôpital suite à une hémorragie digestive venant compliquer une cirrhose non connue. L'hémorragie et l'annonce de la cirrhose lui ont fait très peur. Il craint pour sa vie mais reste très ambivalent quant à un arrêt définitif de l'alcool. Il a peur d'avoir des signes de manque et pense qu'il ne supportera pas la solitude sans alcool (utilisation de l'alcool à visée antidépressive/pour ne pas penser).

Fiche personnage : Mme TREPEUR

Etat civil :

Ella TREPEUR, née le 11/10/1963 (51 ans).
Habite à Rezé dans une maison.

Mode de vie :

Famille : Mariée depuis 25 ans, 4 enfants. A une grande fille de 24 ans, partie vivre à Toulouse et trois garçons de 19, 17 et 15 ans qui vivent avec elle.

Métier : Mère au foyer. C'est elle qui fait absolument tout à la maison. Elle aide aussi son mari pour la comptabilité de son entreprise de maçonnerie.

Réseau social : pauvre. Quelques amis mais peu proches.

Aspect physique :

Porte ses propres habits : tenue classique, pantalon noir ou jean, pull simple. Quelques bijoux discrets.
A un bandana autours de la tête pour cacher son crâne (s'est rasé la tête après la première chimiothérapie).
Maquillage discret (pas de mascara). Pas de vernis à ongle.

Etat d'esprit :

Habituellement, c'est une maîtresse femme. Elle aime diriger et contrôler les choses. Elle est énergique et a tendance à ne jamais s'arrêter.

Un cancer du sein lui a été diagnostiqué 3 mois auparavant. L'oncologue ne s'avance pas trop quant au pronostic, mais à priori, celui-ci n'est pas mauvais.

Elle a déjà été opérée et a eu sa première chimiothérapie un mois avant. Les effets secondaires l'ont rendu malade et l'ont épuisée. Elle n'a pas pu remplir ses activités et tâches habituelles. Pour la première fois de sa vie, elle ne contrôle pas ce qui lui arrive et se trouve entravée par une force extérieure qu'elle subit, ce qui lui est insupportable.

De plus elle ne se sent pas soutenue par sa famille qui se protège par une forme d'indifférence, ce qu'elle vit à la fois comme une injustice et un abandon.

Vis-à-vis de l'angoisse :

Depuis la dernière chimiothérapie, elle fait des crises d'angoisse de plus en plus envahissantes, voire démonstratives, mais sans avoir réellement conscience qu'il s'agit d'angoisse.

Ce jour, elle est prise de panique à l'hôpital, au moment de passer sa deuxième chimiothérapie. N'arrivant pas à la calmer, l'équipe a appelé le psychiatre de liaison.

Lors de l'entretien, elle est très anxieuse et le montre. Elle éprouve des symptômes d'angoisse physiques (impression d'avoir du mal à respirer, gêne dans la poitrine, tachycardie,...) et psychiques (impression d'un danger ou d'une mort imminente). Elle parle vite, elle a du mal à rester immobile sur sa chaise, elle fait beaucoup de gestes et se montre agressive et hostile envers le médecin. Au fur et à mesure de la consultation, elle est plus en confiance et se calme progressivement.

Annexe n°3 : Fiche médecin

Fiche médecin

- Prendre le temps de la rencontre : se présenter, ne pas forcément aborder d'emblée le problème en cause.
- Ecoute attentive du discours du patient.
 - o Attention portée à ce qu'il dit (langage verbal) et aussi à ce qu'il montre par son comportement, ses gestes, son ton de voix (langage non verbal).
 - o Attention portée aux émotions exprimées.
- Poser des questions pour percevoir avec précision le système interne de référence du patient et pouvoir se projeter dans son monde. Véritable exploration.
 - o Nécessite d'avoir de la curiosité pour le patient.
 - o Ex : « expliquez moi pour que je comprenne mieux : qu'est-ce qui est si difficile pour vous dans... »
 - o Ex : « Et l'autonomie/l'entraide, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? » (car sa vision de ces concepts peut-être différente de celle du médecin)
 - o *Attention !* Chercher à comprendre ce que le patient ressent ne nécessite pas de le ressentir soi-même (sinon il s'agit plutôt d'identification)
- Montrer son empathie au patient : lui exprimer ce qu'on a compris.
 - o Résumer ce qu'il vient de dire, refléter certains éléments en utilisant les mots du patient, reformuler.
 - o Soulever le sentiment qu'on a perçu derrière le langage verbal et non verbal (intuition++).
 - o Formulations d'empathie élémentaires « c'est comme si... », « il semble que vous avez été blessée », « cela doit être difficile »,...
 - o Formulations d'empathie complexes : phrases affirmatives « c'est douloureux de perdre quelqu'un comme elle », faire des liens ou des associations avec la vie du patient, montrer qu'on aurait pu ressentir la même chose dans la même situation.
 - o *Attention !* Utiliser des précautions (surtout avec les patients défensifs et quand on utilise des formulations d'empathie complexes): demander la permission, « si je comprends bien,... », « dites moi si je me trompe ».
- Légitimer le vécu du patient : l'émotion qu'il éprouve et exprime est reconnue comme bien-fondée en fonction du contexte et de son histoire propre.
 - o Par le langage non verbal : Hochement de tête
 - o Acquiescement du médecin : « oui, ... » « Mmmh »
→ pour que le patient se sente entendu et compris

Voir également les résumés sur C. Rogers et S. C. Shea.

Annexe n°4 : Consentements des acteurs

Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale

Consentement éclairé à la diffusion de vidéo

Je soussigné(e) Peggy DAVIS.....

autorise, à titre gratuit, Noémie Gruet-Coquet à diffuser les images prises de ma personne lors de la réalisation d'un support audio-visuel.

Ces images seront exploitées dans le cadre d'une thèse de médecine portant sur « Comment conduire un entretien psychiatrique empathique ? Utilisation d'un support audiovisuel à visée d'enseignement. ». Elles sont destinées à une fin de formation pour les étudiants en médecine de la Faculté de Nantes. Elles pourront également être visionnées par des internes ou des médecins.

Fait le : 20 mai 2014

A : Nantes

Signature :



Consentement éclairé à la diffusion de vidéo

Je soussigné(e)D.E.L.V.I.N.O.V.I.E.R...chantaf.....

autorise, à titre gratuit, Noémie Gruet-Coquet à diffuser les images prises de ma personne lors de la réalisation d'un support audio-visuel.

Ces images seront exploitées dans le cadre d'une thèse de médecine portant sur « Comment conduire un entretien psychiatrique empathique ? Utilisation d'un support audiovisuel à visée d'enseignement. ». Elles sont destinées à une fin de formation pour les étudiants en médecine de la Faculté de Nantes. Elles pourront également être visionnées par des internes ou des médecins.

Fait le : 20 mai 2014 .

A : Nantes .

Signature : 

Consentement éclairé à la diffusion de vidéo

Je soussigné(e) Roïnow Keim.....

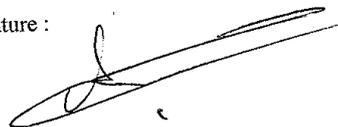
autorise, à titre gratuit, Noémie Gruet-Coquet à diffuser les images prises de ma personne lors de la réalisation d'un support audio-visuel.

Ces images seront exploitées dans le cadre d'une thèse de médecine portant sur « Comment conduire un entretien psychiatrique empathique ? Utilisation d'un support audiovisuel à visée d'enseignement. ». Elles sont destinées à une fin de formation pour les étudiants en médecine de la Faculté de Nantes. Elles pourront également être visionnées par des internes ou des médecins.

Fait le : 20.05.2014

A : Nantes

Signature :



Consentement éclairé à la diffusion de vidéo

Je soussigné(e) *Noémie Brunet*

autorise, à titre gratuit, Noémie Gruet-Coquet à diffuser les images prises de ma personne lors de la réalisation d'un support audio-visuel.

Ces images seront exploitées dans le cadre d'une thèse de médecine portant sur « Comment conduire un entretien psychiatrique empathique ? Utilisation d'un support audiovisuel à visée d'enseignement. ». Elles sont destinées à une fin de formation pour les étudiants en médecine de la Faculté de Nantes. Elles pourront également être visionnées par des internes ou des médecins.

Fait le : *20/05/2014*

A : *Nantes*

Signature :



Consentement éclairé à la diffusion de vidéo

Je soussigné(e)GAYET Pauline.....

autorise, à titre gratuit, Noémie Gruet-Coquet à diffuser les images prises de ma personne lors de la réalisation d'un support audio-visuel.

Ces images seront exploitées dans le cadre d'une thèse de médecine portant sur « Comment conduire un entretien psychiatrique empathique ? Utilisation d'un support audiovisuel à visée d'enseignement. ». Elles sont destinées à une fin de formation pour les étudiants en médecine de la Faculté de Nantes. Elles pourront également être visionnées par des internes ou des médecins.

Fait le : 20/05/14

A : Nantes

Signature :



Consentement éclairé à la diffusion de vidéo

Je soussigné(e) *Grégoire SENICOURT*.....

autorise, à titre gratuit, Noémie Gruet-Coquet à diffuser les images prises de ma personne lors de la réalisation d'un support audio-visuel.

Ces images seront exploitées dans le cadre d'une thèse de médecine portant sur « Comment conduire un entretien psychiatrique empathique ? Utilisation d'un support audiovisuel à visée d'enseignement. ». Elles sont destinées à une fin de formation pour les étudiants en médecine de la Faculté de Nantes. Elles pourront également être visionnées par des internes ou des médecins.

Fait le: *20/05/2014*

A: *Nantes*

Signature :



Bibliographie

Adler, H.M. (2007). Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: an emerging dialogue. *J Gen Intern Med* 22, 280–285.

Allison, T., Puce, A., and McCarthy, G. (2000). Social perception from visual cues: role of the STS region. *Trends Cogn. Sci. (Regul. Ed.)* 4, 267–278.

Angelergues J. (2004). L'empathie, pour quoi faire? *Revue Francaise de Psychanalyse*, 869–875.

Arzy, S., Thut, G., Mohr, C., Michel, C.M., and Blanke, O. (2006). Neural Basis of Embodiment: Distinct Contributions of Temporoparietal Junction and Extrastriate Body Area. *J. Neurosci.* 26, 8074–8081.

Azoulai G. (2006). L'empathie, qu'est-ce que c'est ? [en ligne]. Disponible sur : <http://www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie/> (consulté le 14/06/2014).

Bachou-Lévi, A.-C., and Degos, J.-D. (2004). Désignation et rapport à autrui. In Berthoz, A., Jorland, G. (dir), *L'empathie*. Paris: Editions Odile Jacob, pp. 89–119.

Balint, M. (1960). *Le médecin, son malade et la maladie*. Petite bibliothèque Payot.

Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Editions Mardaga.

Baron-Cohen S. (1998). *La cécité mentale. Un essai sur l'autisme et la théorie de l'esprit*. Presses Universitaires de Grenoble.

Barrett-Lennard, G.T. (1981). The Empathy Cycle: Refinement of a Nuclear Concept. *Journal of Counseling Psychology* 28, 91–100.

Barrier, G. (2013). *Les langages du corps en relation d'aide : La communication non verbale au-delà des mots*. Issy-les-Moulineaux: ESF Editeur.

Bavelas, J.B., Black, A., Lemery, C.R., and Mullett, J. (1987). Motor mimicry as primitive empathy. In Eisenberg, N, Strayer (dir), *J. Empathy and Its Development*, (New York), pp. 317–338.

Beckman, H.B., and Frankel, R.M. (1994). The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med* 9, 517–521.

Belin, P., Zatorre, R.J., Lafaille, P., Ahad, P., and Pike, B. (2000). Voice-selective areas in human auditory cortex. *Nature* 403, 309–312.

Benbassat, J., and Baumal, R. (2005). Enhancing self-awareness in medical students: an overview of teaching approaches. *Acad Med* 80, 156–161.

- Bertakis, K.D., Roter, D., and Putnam, S.M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 32, 175–181.
- Berthoz, A., and Thirioux, B. (2010). A spatial and perspective change theory of the difference between sympathy and empathy. *Paragrana* 19, 1–32.
- Berthoz, A. (2004). Physiologie du changement de point de vue. In Berthoz, A., Jorland, G. (dir), *L'empathie*. Paris: Editions Odile Jacob, pp. 251–275.
- Betbèze, J. (2013). Thérapie narrative. In *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, pp. 175–200.
- Blanke, O., and Arzy, S. (2005). The out-of-body experience: disturbed self-processing at the temporo-parietal junction. *Neuroscientist* 11, 16–24.
- Blanke, O., and Metzinger, T. (2009). Full-body illusions and minimal phenomenal selfhood. *Trends in Cognitive Sciences* 13, 7–13.
- Blanke, O., Mohr, C., Michel, C.M., Pascual-Leone, A., Brugger, P., Seeck, M., Landis, T., and Thut, G. (2005). Linking out-of-body experience and self processing to mental own-body imagery at the temporoparietal junction. *J. Neurosci.* 25, 550–557.
- Bonnaud-Antignac, A., Campion, L., Pottier, P., and Supiot, S. (2010). Videotaped simulated interviews to improve medical students' skills in disclosing a diagnosis of cancer. *Psychooncology* 19, 975–981.
- Bonvicini, K.A., Perlin, M.J., Bylund, C.L., Carroll, G., Rouse, R.A., and Goldstein, M.G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling* 75, 3–10.
- Bottineau, D. (2010). Language and Enaction. In Stewart, J.R., Gapenne, O., Paolo, E. (dir), *Enaction: Toward a New Paradigm for Cognitive Science*. MIT Press.
- Boulanger C., and Lançon C. (2006). L'empathie: réflexions sur un concept. *Annales Médico-Psychologiques*, 497–505.
- Brugger, P. (2002). Reflective mirrors: perspective-taking in autoscopic phenomena. *Cogn Neuropsychiatry* 7, 179–194.
- Brunel, M.-L. (1989). L'empathie en counseling interculturel. *Santé mentale au Québec* 14, 81.
- Brunel, M.-L., and Cosnier, J. (2012). *L'empathie : Un sixième sens*. Lyon: PUL.
- Brunet, E., Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M.C., and Decety, J. (2000). A PET investigation of the attribution of intentions with a nonverbal task. *Neuroimage* 11, 157–166.
- Buch, S.V., Treschow, F.P., Svendsen, J.B., and Worm, B.S. (2014). Video- or text-based e-learning when teaching clinical procedures? A randomized controlled trial. *Adv Med Educ Pract* 5, 257–262.

Buffel du Vaure, C. (2012). Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique. Thèse doct. : Médecine : Université Paris Descartes, Paris 5.

Bunn, W., and Terpstra, J. (2009). Cultivating empathy for the mentally ill using simulated auditory hallucinations. *Acad Psychiatry* 33, 457–460.

Canut, E. (2009). In *L'apprentissage du langage, une approche interactionnelle: réflexions théoriques et pratiques de terrain : mélanges offerts pas ses collègues, ses élèves et ses amis en hommage à Laurence Lentin*. L'Harmattan.

Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M.-C., Mazziotta, J.C., and Lenzi, G.L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proc Natl Acad Sci U S A* 100, 5497–5502.

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers* 82, 31–42.

Christison, G.W., Haviland, M.G., and Riggs, M.L. (2002). The medical condition regard scale: measuring reactions to diagnoses. *Acad Med* 77, 257–262.

Cope, D.W., Linn, L.S., Leake, B.D., and Barrett, P.A. (1986). Modification of residents' behavior by preceptor feedback of patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 1, 394–398.

Davis, M.A. (2009). A perspective on cultivating clinical empathy. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 15, 76–79.

Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 85.

Decety, J. (2010). Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Revue de neuropsychologie* 2, 133–144.

Decety, J., and Lamm, C. (2006). Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience. *The Scientific World Journal* 6, 1146–1163.

Decety, J., and Lamm, C. (2007). The role of the right temporoparietal junction in social interaction: how low-level computational processes contribute to meta-cognition. *Neuroscientist* 13, 580–593.

Decety, J., and Sommerville, J.A. (2003). Shared representations between self and other: a social cognitive neuroscience view. *Trends in Cognitive Sciences* 7, 527–533.

Decety, J., Grèzes, J., Costes, N., Perani, D., Jeannerod, M., Procyk, E., Grassi, F., and Fazio, F. (1997). Brain activity during observation of actions. Influence of action content and subject's strategy. *Brain* 120, 1763–1777.

Degos, J.D., and Bachoud-Levi, A.C. (1998). Pointing and its object: towards the neuropsychology of objectivation. *Rev. Neurol. (Paris)* 154, 283–290.

De Keukelaere S. (2005). Des découvertes révolutionnaires en sciences cognitives. Les paradoxes et dangers de l'imitation [en ligne]. *Revue électronique Automates Intelligents*.

Disponible sur: <http://www.automatesintelligents.com/labo/2005/mar/neuronesmiroir.html> (consulté le 29/06/14).

Depraz, N. (2001). The Husserlian Theory of Intersubjectivity as Alterology: Emergent Theories and Wisdom Traditions in the Light of Genetic Phenomenology. *Journal of Consciousness Studies* 169–178.

Depraz, N. (2004). Empathie et compassion. Analyse phénoménologique et enseignements bouddhistes. In Berthoz, A., Jorland, G. (dir), *L'empathie*. Paris: Editions Odile Jacob, pp. 183–199.

Elie, M. (2009). *Aux origines de l'empathie : Fondements & fondateurs*. Nice: Les Editions Ovidia.

Elkaïm, M. (2004). L'expérience personnelle du psychothérapeute : approche systémique et résonance. *Psychothérapies* 24, 145–150.

Epstein, R.M., Hadee, T., Carroll, J., Meldrum, S.C., Lardner, J., and Shields, C.G. (2007). "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med* 22, 1731–1739.

Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., and Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 359, 650–656.

Farrer, C., and Frith, C.D. (2002). Experiencing oneself vs another person as being the cause of an action: the neural correlates of the experience of agency. *Neuroimage* 15, 596–603.

Farrer, C., Franck, N., Georgieff, N., Frith, C.D., Decety, J., and Jeannerod, M. (2003). Modulating the experience of agency: a positron emission tomography study. *Neuroimage* 18, 324–333.

Favre, D., Joly, J., Reynaud, C., and Salvador, L.L. (2005). Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. *Enfance* 57, 363–382.

Flajoliet, A. (2013). Approches husserlienne et jaspersienne de la phénoménologie. In Cabestan, P., Gens, J.C. (dir), *La Psychopathologie générale de Karl Jaspers 1913-2013*. Argenteuil: Le Cercle Hermeneutique, pp. 31–48.

Fogassi, L. (2011). The mirror neuron system: How cognitive functions emerge from motor organization. *Journal of Economic Behavior & Organization* 77, 66–75.

Fogassi, L. (2012). Les neurones miroirs. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie Du Développement* 33, 143–148.

Forrest, D.V. (2011). FRONTLINE: teaching affect recognition to medical students: evaluation and reflections. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 39, 229–241.

Freud, S. (1905). *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*. Gallimard.

Freud, S. (1921). *Psychologie des masses et analyse du moi*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.

Gallagher, H.L., and Frith, C.D. (2003). Functional imaging of “theory of mind.” *Trends Cogn. Sci. (Regul. Ed.)* 7, 77–83.

Gallagher S., and Mansour-Robaey S. (2004). Les conditions de corporéité et d’intersubjectivité chez la personne morale : post-scriptum — Le corps, ses représentations et le statut de la personne morale. *Théologiques* 12, 135–164.

Gallese, V. (2001). The “shared manifold” hypothesis: From mirror neurons to empathy. *J Consc Stud* 33–50.

Le Gall, D., Besnard, J., Havet, V., Pinon, K., and Allain, P. (2009). Contrôle exécutif, cognition sociale, émotions et métacognition. *Revue de neuropsychologie* 1, 24–33.

Georgieff N. (2008). L’empathie aujourd’hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *Psychiatrie de L’enfant*, 357–393.

Gopnik, A. (1996). Theories and modules: creation myths, developmental realities, and Neurath’s boat. In Carruthers, P., Smith, P.-K. (editors), *Theories of Theories of Mind*. Cambridge University Press, pp. 169–183.

Grezes, J. (2010). Les bases neurales de la perception des actions, intentions et émotions d’autrui. Emission radiofusée : France culture (Cité des sciences et de l’industrie). Disponible sur : <http://www.franceculture.fr/culture-ac-l'empathie-comprendre-l'autre-l'empathie-comprendre-l'autre-24.html>. (consulté le 02/07/14).

Grezes, J. (2014). Peut-on évaluer l’empathie? [en ligne]. Nuit des Sciences: Ebullitions. ENS. Disponible sur : <http://savoirs.ens.fr/expose.php?id=1729> (consulté le 01/07/14).

Halpern, J. (2003). What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med* 18, 670–674.

Haute Autorité de Santé (2013). Note d’orientation. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale.

Hemmerdinger, J.M., Stoddart, S.D., and Lilford, R.J. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education* 7, 24.

Hochmann, J. (2012). *Une histoire de l’empathie : Connaissance d’autrui, souci du prochain*. Paris: Editions Odile Jacob.

Hojat, M., Kane, G.C., Gotto, J.L., Mangione, S., and West, S. (2007). Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J* 48, 81–86.

Ichard, K., and Schmitt, L. (2007). *Personnalité histrionique*. In Guelfi, J.D., Rouillon, F. (dir). *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux France: Elsevier Masson.

- Jacob, P., and Jeannerod, M. (2005). The motor theory of social cognition: a critique. *Trends Cogn. Sci. (Regul. Ed.)* 9, 21–25.
- De Jaegher, H., Di Paolo, E., and Gallagher, S. (2010). Can social interaction constitute social cognition? *Trends Cogn. Sci. (Regul. Ed.)* 14, 441–447.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine psychopathologie*. Julius Springer, Berlin.
- Jorland, G. (2004). L'empathie, histoire d'un concept. In Berthoz, A., Jorland, G. (dir), *L'empathie*. Paris: Editions Odile Jacob, pp. 19–49.
- Jorland G., and Thirioux B. (2008). Note sur l'origine de l'empathie. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 269–280.
- Jung, C.G. (1967). "Ma vie": souvenir, rêves et pensées, recueillis par Aniela Jaffé. Paris: Gallimard.
- Kant, E. (1799). *Kritik der Urteilskraft*.
- Kim, S.S., and Park, B.K. (2008). Patient-perceived communication styles of physicians in rehabilitation: the effect on patient satisfaction and compliance in Korea. *Am J Phys Med Rehabil* 87, 998–1005.
- Kim, S.S., Kaplowitz, S., and Johnston, M.V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 27, 237–251.
- Kinget, M.G., and Rogers, C.R. (1965). *Psychothérapie et relations humaines : Théorie et pratique de la thérapie non directive*. Vol. II : la pratique. B. Nauwelaerts.
- Krupat, E., Frankel, R., Stein, T., and Irish, J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Educ Couns* 62, 38–45.
- Lancelot A. (2010). *L'empathie des soignants perçue par les patients atteints de cancer bronchique*. Thèse doct. : psychologie : Metz : Université Paul Verlaine.
- Lancien, T. (1991). *Le Document vidéo dans la classe de langues*. Paris. Cle International.
- Lepron, E. (2009). *Bases cérébrales de la communication inter-personnelle, empathie et émotion : applications à la maladie de Huntington*. Thèse doct. : neurosciences : Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- Levenson, R.W., and Ruef, A.M. (1992). Empathy: a physiological substrate. *J Pers Soc Psychol* 63, 234–246.
- Levinson, D.W., and Roter, D. (1995). Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 10, 375–379.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., and Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 284, 1021–1027.

- Margulies, A. (1984). Toward empathy: the uses of wonder. *Am J Psychiatry* 141, 1025–1033.
- Margulies, A., and Havens, L.L. (1981). The initial encounter: What to do first? *The American Journal of Psychiatry* 138, 421–428.
- Marin, E. (2011). Enseigner l'empathie en médecine? *Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques*. Thèse doct. : médecine : Université Claude Bernard - Lyon 1.
- Martineau, W. (2012). *Métaphores thérapeutiques*. ARePTA - Institut Milton H. Erickson de Nantes.
- Mehrabian, A. (1972). *Silent Messages: Implicit Communication of Emotions and Attitudes*. Belmont, Calif: Wadsworth Publishing Company.
- Mehrabian, A. (1996). *Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)*. Available from Albert Mehrabian 1130.
- Mehrabian, A., and Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *J Pers* 40, 525–543.
- Meltzoff, A.N., and Decety, J. (2003). What imitation tells us about social cognition: a rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience. *Philos. Trans. R. Soc. Lond., B, Biol. Sci.* 358, 491–500.
- Meltzoff, A.N., and Moore, M.K. (1983). Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Dev* 54, 702–709.
- Meltzoff, A.N., and Moore, M.K. (1989). Imitation in Newborn Infants: Exploring the Range of Gestures Imitated and the Underlying Mechanisms. *Developmental Psychology* 25, 954–962.
- Mercer, S.W., and Reynolds, W.J. (2002). Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 52, S9–S12.
- Mercer, S.W., Maxwell, M., Heaney, D., and Watt, G.C. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice* 21, 699–705.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Michalec, B. (2011). Learning to cure, but learning to care? *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 16, 109–130.
- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (2013). *Bulletin officiel n° 20 du 16 mai 2013*.
- Minkowski, E. (1927). *La schizophrénie - Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Desclee de Brouwer.
- La Monica, E.L. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Res Nurs Health* 4, 389–400.

Moreau Taverne, C. (2012). L'empathie: une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière. Mémoire : orthophonie : Lille 2.

Morris, D. (1977). *Manwatching: A Field Guide to Human Behavior*. New York: Harry N Abrams.

Morse, D.S., Edwardsen, E.A., and Gordon, H.S. (2008). Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch. Intern. Med.* 168, 1853–1858.

Nelson, B., Fornito, A., Harrison, B.J., Yücel, M., Sass, L.A., Yung, A.R., Thompson, A., Wood, S.J., Pantelis, C., and McGorry, P.D. (2009). A disturbed sense of self in the psychosis prodrome: linking phenomenology and neurobiology. *Neurosci Biobehav Rev* 33, 807–817.

Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., and Pfaff, H. (2009a). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns* 74, 339–346.

Norcross, J.C., and Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy* 48, 98–102.

Pacherie, E. (2004). L'empathie et ses degrés. In Berthoz, A., Jorland, G. (dir), *L'empathie*. Paris: Editions Odile Jacob, pp. 149–181.

Pailhe, E. (2012). Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication. Enquête qualitative auprès de maîtres de stage. Thèse doct. : médecine : Grenoble : Université Joseph Fourier.

Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine—A critical review. *Patient Education and Counseling* 76, 307–322.

Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education—a critical review. *Med Teach* 32, 593–600.

Petit, J.L. (2004). Empathie et intersubjectivité. In Berthoz, A., Jorland, G. (dir), *L'empathie*. Paris: Editions Odile Jacob, pp. 123–147.

Petit, J.-L. (2007). Les émotions et le cerveau. In *Que cachent nos émotions ?* Editions L'Harmattan.

Porte J.-M., and Coblenca F. (2004). L'empathie. *Revue Française de Psychanalyse*, 877–896.

Premack D., and Woodruff G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 515–526.

Rakel, D.P., Hoeft, T.J., Barrett, B.P., Chewing, B.A., Craig, B.M., and Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med* 41, 494–501.

- Reynolds, W.J., and Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 6, 363–370.
- Ricard, M.-A. (2005). L'empathie comme expérience charnelle ou expressive d'autrui chez Husserl. *Recherches Qualitatives* 25 (1), 88–102.
- Rizzolatti, G., and Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci.* 27, 169–192.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., and Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res* 3, 131–141.
- Rizzolatti G. (2006). Les systèmes de neurones miroirs. Institut de France, Académie des sciences. (Réception des Associés étrangers élus en 2005).
- Rogers, C.R. (1966). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Rogers, C.R. (1975). *Empathique. Qualification d'une manière d'être non appréciée à sa juste valeur*. A.F.T C.P.
- Rosenthal, S., Howard, B., Schlusell, Y.R., Herrigel, D., Smolarz, B.G., Gable, B., Vasquez, J., Grigo, H., and Kaufman, M. (2011). Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students. *Acad Med* 86, 350–358.
- Roter, D.L., Frankel, R.M., Hall, J.A., and Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med* 21 *Suppl 1*, S28–S34.
- Roustang, F. (2002). Postface. In Duruz, N., Gennart, M. (dir), *Traité de psychothérapie comparée*. Medecine & Hygiene.
- Roustang, F. (2008). *Savoir attendre : Pour que la vie change*. Paris: Odile Jacob.
- Ruby, P., and Decety, J. (2001). Effect of subjective perspective taking during simulation of action: a PET investigation of agency. *Nat. Neurosci.* 4, 546–550.
- Ruby, P., and Decety, J. (2004). How would you feel versus how do you think she would feel? A neuroimaging study of perspective-taking with social emotions. *J Cogn Neurosci* 16, 988–999.
- Senon, J.-L. (2006). *Conduite de l'entretien en psychiatrie*. Rennes, Journées Inter Universitaires du Grand Ouest.
- Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med* 3, 10.
- Shea, S.-C., (2005). *La conduite de l'entretien psychiatrique : L'art de la compréhension*. Paris: Elsevier Masson.

- Sicard, D., Rosier, F. (2014). Prescriptions, à la limite de l'overdose. *Le Monde* (17/09/14), 4–5.
- Silverman, D.J., Kurtz, S.M., and Draper, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Pub..
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R.J., and Frith, C.D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science* 303, 1157–1162.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J.P., Stephan, K.E., Dolan, R.J., and Frith, C.D. (2006). Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. *Nature* 439, 466–469.
- Smith, A. (1759). *The Theory of Moral Sentiments*. Edited by D.D. Raphael and A.L. MacFie. The Glasgow Edition. Liberty Fund. 1976.
- Stepien, K.A., and Baernstein, A. (2006). Educating for Empathy. *J Gen Intern Med* 21, 524–530.
- Stern, D.N. (1997). Le processus de changement thérapeutique. In *Naissance et développement de la vie psychique*. Paris: Erès.
- Stern, D.-N. (2003). *Le moment présent en psychothérapie : Un monde dans un grain de sable*. Paris: Odile Jacob.
- Stern, M. (2006). Encadrement des médecins internes par une psychologue dans une unité de soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs* 21, 69–74.
- Stevens, J.A., Fonlupt, P., Shiffrar, M., and Decety, J. (2000). New aspects of motion perception: selective neural encoding of apparent human movements. *Neuroreport* 11, 109–115.
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., Smee, S., Blackmore, D., Winslade, N., Girard, N., et al. (2007). Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 298, 993–1001.
- Tandonnet, L. (2011). *Atteinte de l'empathie, un processus fondamental de la perception de soi et de l'interaction sociale, chez les patients souffrants d'un trouble schizophrénique*. Mémoire : psychologie cognitive : Paris : Université Descartes Paris 5.
- Thirioux, B. (2010). *L'empathie, pour sortir de l'égoïsme*. Emission radiodiffusée : France culture (Cité des sciences et de l'industrie). Disponible sur : <http://www.franceculture.fr/culture-ac-l'empathie-comprendre-l'autre-l'empathie-comprendre-l'autre-24.html>. (consulté le 02/07/14).
- Thirioux, B., and Berthoz, A. (2011). Phenomenology and Physiology of Empathy and Sympathy: How Intersubjectivity is the correlate of Objectivity. In *Teaching Language and Culture in an Era of Complexity: Interdisciplinary Approaches for an Interrelated World*. Bruxelles : Eds Aden J, Grimshaw T, Penz H., pp. 45–60.

- Thirioux, B., Jorland, G., Bret, M., Tramus, M.-H., and Berthoz, A. (2009). Walking on a line: A motor paradigm using rotation and reflection symmetry to study mental body transformations. *Brain and Cognition* 191–200.
- Thirioux, B., Mercier, M.R., Jorland, G., Berthoz, A., and Blanke, O. (2010). Mental imagery of self-location during spontaneous and active self-other interactions: an electrical neuroimaging study. *J. Neurosci.* 30, 7202–7214.
- Thirioux, B., Tandonnet, L., Jaafari, N., and Berthoz, A. (2014). Disturbances of spontaneous empathic processing relate with the severity of the negative symptoms in patients with schizophrenia: A behavioural pilot-study using virtual reality technology. *Brain Cogn* 90C, 87–99.
- Thompson, E. (2004). Empathie et expérience humaine: Essai de circulation mutuelle entre science cognitive, sagesse contemplative et philosophie phénoménologique. *Théologiques* 12, 39.
- Tisseron, S. (2010). *L'empathie au coeur du jeu social*. Paris : Editions Albin Michel.
- Tisseron, S. (2013). *Fragments d'une psychanalyse empathique*. Paris : Editions Albin Michel.
- Uddin, L.Q., Molnar-Szakacs, I., Zaidel, E., and Iacoboni, M. (2006). rTMS to the right inferior parietal lobule disrupts self-other discrimination. *Soc Cogn Affect Neurosci* 1, 65–71.
- Umiltà, M.A., Kohler, E., Gallese, V., Fogassi, L., Fadiga, L., Keysers, C., and Rizzolatti, G. (2001). I Know What You Are Doing: A Neurophysiological Study. *Neuron* 31, 155–165.
- Université de Nantes (2014). Université de Nantes - La Fondation de projets – Chaire. [en ligne]. Le mécénat au service de l'université. Disponible sur : http://www.fondation.univ-nantes.fr/15289559/0/fiche___pagelibre/.
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale n° 29*, 213–237.
- Vannotti, M., and Berrini, R. (2009). L'essence relationnelle. Fonctionnement neurobiologique et relations humaines. *Cahiers critiques de thérapie familiale n° 43*, 97–116.
- Vannotti, M., and Marin, C. (2010). L'enregistrement vidéo de consultations de médecine générale quelle utilité pour la formation ? *Psychothérapies Vol. 29*, 219–224.
- Vischer, R. (1873). *Über das optische Formgefühl: Ein Beitrag zur Aesthetik*. Leipzig: Hermann Credner.
- Vischer Robert (1890). *Über ästhetische Naturbetrachtung*. Halle: Max Niemeyer.
- Wear, D., and Varley, J.D. (2008). Rituals of verification: the role of simulation in developing and evaluating empathic communication. *Patient Educ Couns* 71, 153–156.

Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J.-P., Gallese, V., and Rizzolatti, G. (2003). Both of Us Disgusted in My Insula: The Common Neural Basis of Seeing and Feeling Disgust. *Neuron* 40, 655–664.

Widlöcher, D. (2004). Dissection de l'empathie. *Revue française de psychanalyse* 68, 981–992.

Wimmer, H., and Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition* 13, 103–128.

Winefield, H.R., and Chur-Hansen, A. (2000). Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Med Educ* 34, 90–94.

Winseman, J., Malik, A., Morison, J., and Balkoski, V. (2009). Students' views on factors affecting empathy in medical education. *Acad Psychiatry* 33, 484–491.

Younès, N., and Hardy-Baylé, M.-C. (2013). Empathie clinique ou l'intersubjectivité clinique. In Georgieff, N., Speranza, M. (dir), *L'intersubjectivité en psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, pp. 117–132.

Zilbovicius, M., Meresse, I., Chabane, N., Brunelle, F., Samson, Y., and Boddaert, N. (2006). Autism, the superior temporal sulcus and social perception. *Trends Neurosci.* 29, 359–366.

NOM : GRUET-COQUET

PRÉNOM : Noémie

Titre de Thèse :

**FAVORISER L'ÉMERGENCE DE L'EMPATHIE
DANS L'ENTRETIEN PSYCHIATRIQUE**

Création d'un support audiovisuel à visée d'enseignement

RÉSUMÉ

L'empathie est un élément clé de la relation médecin-malade et de l'efficacité thérapeutique, aussi bien en psychiatrie que dans les autres spécialités médicales. Malgré cela, il a été fait le constat d'un manque d'empathie dans la pratique clinique des professionnels. Ce travail vise donc à créer un support de formation pour enseigner ce que peut être un entretien empathique aux étudiants en médecine. Le support proposé est un DVD comprenant un cours soulignant les attitudes susceptibles de favoriser l'émergence d'une relation empathique, agrémenté d'exemples vidéo d'entretiens thérapeutiques à travers trois situations cliniques : une crise suicidaire, un entretien motivationnel en addictologie et un trouble de l'adaptation de type anxieux.

MOTS-CLÉS

Empathie – Entretien psychiatrique – Relation médecin-malade – Support audiovisuel – Enseignement médical – Représentations partagées – Changement de point de vue – Distinction soi-autrui