

Empathie et déshumanisation en milieu médical

Sophie Lelorain & Sullivan Fontesse

**Merci de citer correctement ce
chapitre comme suit :**

Lelorain S., Fontesse S. (2021). Empathie et déshumanisation en milieu médical. In D. Grynberg & O. Luminet (Éds), *Psychologie des Emotions* (2e éd., pp. 297-322). De Boek Supérieur.

Table des matières

I.	L'empathie	5
1.	Définition générale.....	5
2.	L'empathie des soignants.....	6
a)	Une approche multidimensionnelle.....	6
b)	Les conséquences positives	7
3.	Ecueils à éviter en pratique	8
4.	Répondre aux émotions des patients : la notion d'opportunité empathique.....	11
II.	La déshumanisation.....	13
1.	Déshumanisation en médecine : définitions	13
a)	Facteurs dysfonctionnels	14
b)	Facteurs fonctionnels.....	15
2.	Bénéfices potentiels de la déshumanisation pour les soignants.....	17
3.	Conséquences négatives de la déshumanisation pour les patients.....	18
III.	Perspectives	19
1.	Liens entre empathie et déshumanisation	19
2.	Pistes d'intervention pour une médecine plus humaniste et plus empathique.....	20

Empathie et déshumanisation en milieu médical

Sophie Lelorain & Sullivan Fontesse

1. ENCADRE D'INTRODUCTION AU CHAPITRE

Dans ce chapitre, vous allez :

- Découvrir concrètement ce que recouvre l'empathie des soignants et ses conséquences positives mais aussi parfois négatives dans le milieu médical ;*
- Comprendre pourquoi l'empathie peut parfois manquer dans la relation entre soignants et patients ;*
- Découvrir les liens éclairants entre le manque d'empathie des soignants et leur déshumanisation des patients ;*
- Découvrir les causes de la déshumanisation en médecine et des pistes de solutions envisagées.*

2. INTRODUCTION

En France, l'Assurance Maladie estime que 35 % de la population souffre d'une pathologie chronique et 17 % de deux de ces pathologies. Ces personnes sont confrontées à une prise en charge de plus en plus complexe, technique et fragmentée, impliquant de nombreux médecins et souvent plusieurs institutions. Dans cette prise en charge morcelée et parfois déshumanisée, l'empathie des soignants, médecins, infirmiers et infirmières, et autres professions paramédicales, suscite de plus en plus d'intérêt. Les comportements des médecins ayant trait à l'empathie, comme l'écoute attentive ou le fait que le médecin comprenne son patiente ou sa patiente, sont considérés par les patients, comme « très importants » (Mazzi et al., 2016). Mais ces attentes dans ce domaine ne sont pas toujours satisfaites. Certaines données mettent en évidence un déclin de l'empathie des étudiants au cours de leur cursus médical ou infirmier. Ce déclin s'expliquerait par le stress et la charge de travail liés aux études médicales, par la croyance que l'empathie envers les patients conduirait au burnout, et enfin par le manque de cours et de formation pratique à la communication empathique dans les cursus médicaux. Ce déclin ne doit pourtant pas être une fatalité, tant l'empathie, délivrée à bon escient, s'avère bénéfique pour les patients mais aussi pour les soignants qui trouvent plus de sens à leur activité professionnelle.

Dans ce chapitre, après avoir défini la spécificité et les différentes composantes de l'empathie des soignants, nous développerons en quoi elle est importante dans le milieu médical, avant de discuter concrètement de son implémentation sur le terrain. Ensuite, à l'opposé de l'empathie, nous aborderons la déshumanisation, c'est-à-dire la perception qu'une personne n'est pas complètement humaine. Des recherches révèlent, en effet, que les membres du personnel soignant vont parfois jusqu'à déshumaniser leurs patients. Ces recherches seront présentées afin d'identifier les causes de la déshumanisation en milieu médical. Enfin, nous terminerons en proposant quelques pistes de réflexion pour tendre vers un monde médical plus empathique et moins déshumanisé.

I. L'empathie

1. Définition générale

L'empathie n'est pas un concept qui fait consensus quant à sa définition (Hall & Schwartz, 2019). Une revue de la littérature a même recensé jusqu'à 43 définitions différentes de l'empathie (Cuff et al., 2016). Dans tous les cas, l'empathie semble multidimensionnelle. Elle comprendrait au moins deux dimensions, une dimension affective qui serait la réponse émotionnelle à l'émotion émise par autrui (et qui est souvent le partage de l'émotion de l'autre) et une dimension cognitive qui serait l'identification et la compréhension de l'état émotionnel et cognitif d'autrui (Batson, 2009). Davis (2018) définit d'ailleurs l'empathie comme l'ensemble des processus cognitifs et émotionnels qui permettent de traiter le ressenti d'autres personnes, mais également comme les cognitions et émotions générées chez l'observateur suite à ce traitement. A côté de ces deux grandes dimensions, d'autres émergent aussi selon les définitions. Par exemple, dans sa dimension motivationnelle ou morale, l'empathie serait la motivation à se soucier d'autrui et l'envie d'alléger sa souffrance (Jeffrey, 2016). D'autres auteurs incluent, dans le concept d'empathie, la capacité à réguler la détresse personnelle qui peut émerger chez soi à la vue de la souffrance d'autrui, et ce afin de pouvoir lui venir en aide (Xiao et al., 2016). Enfin dans certains contextes, tels que le contexte psychothérapeutique ou encore le contexte médical impliquant des soignants et des soignés, la dimension communicationnelle de l'empathie est très importante. En effet, en tant que soignant, la capacité d'exprimer ce que l'on ressent et ce que l'on pense avoir compris de l'autre, permettrait d'une part, de lui témoigner de son intérêt et d'autre part, de vérifier que l'on a bien compris son vécu et ses inquiétudes.

L'être humain étant un animal de nature sociale, l'empathie est une caractéristique centrale de son développement, au cœur même de ses relations sociales. Certains auteurs vont même jusqu'à proposer que l'empathie ait été l'élément déclencheur nécessaire à la création de nos sociétés, puisque celles-ci n'ont pu se développer que grâce à la coopération des individus entre eux et ainsi qu'à l'empathie réciproque des uns envers les autres.

Les relations sociales et le fonctionnement normal des individus nécessitent donc de l'empathie. Celle-ci permet de comprendre les autres personnes, de partager leurs émotions et leurs ressentis, et de réagir de manière adaptée en fonction de l'émotion perçue chez l'autre. De nombreuses activités humaines nécessitent d'avoir recours à l'empathie : l'éducation des enfants, les relations amicales et familiales, les collaborations professionnelles, la psychothérapie, etc. Par ailleurs, l'absence d'empathie est considérée comme pathologique,

comme, par exemple, dans la psychopathie. L'empathie peut aussi être absente dans certaines situations, typiquement dans des situations de compétition ou de conflits.

2. L'empathie des soignants

a) Une approche multidimensionnelle

En s'appuyant sur la définition de Mercer et Reynolds (2002), et dans le cadre conceptuel de Beth Lown (2016), nous proposons une définition globale de l'empathie médicale, c'est-à-dire de l'empathie des soignants, comme :

- une préoccupation pour les patients (i.e. préoccupation empathique) qui s'accompagne d'un certain ressenti de leurs émotions (i.e. partage émotionnel) qui peut amener à
- détecter avec précision (i.e. précision empathique) et à comprendre leurs émotions, besoins et perspectives (i.e. compréhension empathique) ;
- leur communiquer avec compassion cette compréhension tout en vérifiant auprès d'eux son exactitude (i.e. communication empathique) ;
- tenter de les aider à partir de ce qui a été compris de leurs émotions, besoins et perspectives (i.e. comportements d'aide).

Six dimensions empathiques se retrouvent dans cette définition. En cancérologie, une analyse de l'empathie des médecins a révélé trois grandes dimensions (Gehenne et al., 2020) : une dimension où le médecin établit la relation avec son patient ou sa patiente, notamment par une écoute attentive, une dimension plus émotionnelle qui traduit un intérêt du médecin pour le patient dans son entier tout en se montrant compréhensif et compatissant, et enfin une dimension plus cognitive par laquelle le médecin informe et essaie de faire en sorte que les patients reprennent le contrôle de la situation (voir vidéo <https://www.loom.com/share/0aff43c2c4eb4deba143bd755e689045>).

Cette première partie démontre la complexité du concept d'empathie médicale et la nécessité de le définir précisément car il comprend différentes dimensions, plus ou moins importantes selon les contextes, comme nous le détaillerons ultérieurement. Une synthèse actuelle de la littérature révèle que les étudiants en médecine ne savent pas définir l'empathie (Costa-Drolon et al., 2021). Cela témoigne du manque de discussion et de formation sur le sujet dans les cursus médicaux. Par ailleurs, c'est regrettable car, sans connaissance et en l'absence de réflexion sur le sujet, les étudiants se privent très probablement de cet outil relationnel précieux dans leur pratique médicale. En effet, l'empathie des soignants est bénéfique pour les patients, comme nous allons le développer à présent.

b) Les conséquences positives

Les recherches étudiant les liens entre empathie et différentes issues (ou conséquences) positives pour les patients, sont nombreuses, mais les vertus de l'empathie envers les patients sont surtout importantes quand l'empathie est évaluée par les patients et non en auto-évaluation par les soignants, ni même en évaluation objective par des chercheurs (voir vidéo X.1 sur l'évaluation de l'empathie <https://www.loom.com/share/b202c2380b3548049427ed8b13b1d3e9>). Autrement dit, c'est la perception subjective du patient qui est importante. Comme il est mentionné dans la vidéo, il est surprenant de constater des écarts entre l'empathie d'un soignant telle que ressentie par un patient et l'évaluation objective que peut en faire les chercheurs. Cet écart montre à quel point, l'empathie ne peut être apprise de façon standardisée. Il s'agit sans doute plutôt de s'adapter aux besoins et aux attentes des patients à un instant T.

Quand c'est bien la perception d'empathie par les patients qui est prise en compte, les conséquences positives de l'empathie des soignants sont nombreuses. Il s'agit de conséquences psychologiques telles que plus de satisfaction des patients par rapport aux soins, moins d'anxiété à l'égard des soins et traitements, moins de douleurs, plus de confiance en leurs capacités à prendre des traitements lourds et contraignants, etc. L'empathie est également associée à des bénéfices physiques évalués objectivement dans plusieurs pathologies allant de pathologies bénignes telles que le rhume à des maladies chroniques conséquentes. Après avoir consulté un médecin jugé très empathique, les patients sortant d'une consultation pour un rhume ont vu leurs symptômes diminuer plus vite et leur système immunitaire s'activer plus fortement que les autres patients (Rakel et al., 2011). Des méta-analyses commencent à quantifier l'association entre empathie et moult bénéfices pour les patients (Gehenne, 2020 ; Howick et al., 2018). Dans certaines études, l'association est forte. C'est le cas d'une étude de cohorte prospective ayant suivi 628 patients diabétiques sur dix ans (Dambha-Miller et al., 2019) : la mortalité, toutes causes confondues, sur les dix années de suivi était réduite de 40 % entre les patients ayant jugé, un an après le diagnostic de diabète, les médecins et les infirmières qui les traitaient pour le diabète « très empathiques » par rapport à ceux les ayant jugés comme « peu empathiques » lors de cette première année de suivi médical. Par ailleurs, l'étude contrôlait de nombreux facteurs sociodémographiques et médicaux, tels que l'âge des patients, le sexe, l'ethnicité, le niveau d'éducation, les médicaments qu'ils prenaient, le taux de cholestérol, les triglycérides, l'hémoglobine glyquée, la tension artérielle, etc., validant les liens entre l'empathie et la mortalité.

Des théories, soutenues empiriquement, identifient les mécanismes par lesquels l'empathie impacterait directement ou indirectement la santé des patients (Decety, 2020 ;

Neumann et al., 2009). L'empathie des soignants amène les patients à révéler plus d'informations sur leurs symptômes, leurs inquiétudes et leurs préférences. Ces informations fournissent aux soignants une meilleure compréhension globale de la situation et une prise en charge plus adaptée, notamment grâce à l'empathie cognitive, ce qui peut, par exemple, améliorer l'adhésion thérapeutique, si importante dans l'évolution des pathologies chroniques. Par ailleurs, l'empathie peut être considérée comme une forme de soutien social, amenant confiance, sentiment de sécurité et de connexion à l'autre, autant d'éléments connus pour calmer le système sympathique et activer le parasympathique, réduisant ainsi le rythme cardiaque et la tension artérielle. La sécrétion d'ocytocine, associée à l'empathie perçue, est connue pour ses effets antidouleur, anti-stress, et même « anti-prolifération » de certains cancers. Au total, l'impact n'est donc pas négligeable, surtout qu'il ne concerne pas que les patients.

Le système de soins tout entier récolte les fruits de l'approche empathique. Les patients, satisfaits de la prise en charge, consultent moins, ne multiplient pas les examens médicaux inutilement et se font moins hospitaliser, réduisant ainsi les coûts de santé. De plus, contrairement à l'idée reçue que l'empathie, par excès d'émotions ressenties, amènerait au burnout des soignants, de nombreuses études ont démontré un lien inverse entre l'empathie médicale et les risques de burnout (e.g. Ferreira et al., 2020). Les soignants qui font preuve d'empathie, sont moins en burnout, retirent plus de satisfaction de leur travail (e.g. Lamiani et al., 2020) et éprouvent un sentiment d'accomplissement personnel plus fort. Les bénéfices liés à un échange empathique de qualité profitent aussi aux soignants d'un point de vue physiologique par la diminution du système sympathique et l'activation du parasympathique. Par ailleurs, l'empathie contribue à améliorer les résultats médicaux et donc très probablement la satisfaction au travail. Par exemple, dans une étude portant sur des patients atteints de cancers œsogastriques, les patients ayant jugé leur chirurgien.ne empathique ont développé moins de complications post-chirurgicales que les patients les ayant jugés moins empathiques (Gehenne, 2020).

Au vu de toute cette partie, on comprend l'importance de l'empathie des soignants lors de la prise en charge des patients. Nous allons donc à présent examiner concrètement comment ces soignants peuvent être empathiques sur le terrain tout en évitant certains écueils liés à chacune des dimensions de l'empathie appliquée en médecine.

3. Ecueils à éviter en pratique

Un écueil de la recherche sur l'empathie dans des contextes médicaux est, à notre avis, qu'elle est sujette à de fausses croyances. Aussi, nous allons contextualiser les six dimensions

de l'empathie en médecine et déconstruire d'éventuelles fausses représentations qui peuvent décourager les comportements empathiques chez les soignants.

1. La première dimension empathique (cf. plus haut pour rappel des six dimensions) est **une préoccupation et un intérêt envers les patients**. S'il est essentiel de considérer la dimension humaine des patients, comme nous le verrons également plus loin dans le chapitre, certains moments pour le faire sont plus appropriés que d'autres. Par exemple, les patients eux-mêmes n'apprécient pas l'empathie des médecins au moment précis de l'examen clinique (Eide, 2003). Le plus important pour eux est que les médecins se concentrent sur l'examen clinique (par exemple, l'observation visuelle du patient, les palpations, etc.) et, de ce fait, ils n'ont pas envie que ces derniers se déconcentrent au moment de l'examen clinique en se préoccupant de leurs émotions. Inversement, à d'autres moments de la consultation ou durant des phases difficiles ou délicates liées à la maladie, la préoccupation et l'intérêt pour les patients sont fortement attendus.

2. La seconde dimension est **le partage émotionnel**. C'est une dimension délicate qui peut, dans certains contextes, avoir des conséquences néfastes. Il serait impossible de travailler dans certains services en ressentant fortement et constamment les émotions de peur, de dépression ou de colère des patients. Aussi, le partage émotionnel doit être raisonnable et ne pas aller jusqu'à une contagion émotionnelle totale. Ce n'est sans doute pas l'empathie en général qui est source d'épuisement émotionnel, mais probablement plutôt un partage des émotions des patients trop fréquent, intense et non contrôlé. Cela étant dit, ne pas se laisser envahir par les émotions des patients ne signifie en aucun cas les ignorer ou ne pas y répondre. Au contraire, les soignants qui sont capables de se protéger émotionnellement, c'est-à-dire d'être concernés par les patients tout en régulant les émotions qu'ils peuvent ressentir face à ces derniers, sont les plus à même de faire preuve d'empathie sur les autres dimensions, telles que l'écoute attentive ou l'empathie cognitive, comme cela a été suggéré par plusieurs revues de la littérature (e.g. Hunt et al., 2017). D'ailleurs, les patients sont très conscients que médecins et infirmiers/ières ne sont pas psychologues et leurs attentes envers eux ne sont prioritairement pas émotionnelles, contrairement à ce qu'imaginent les médecins (Hall et al., 2020). Par ailleurs, lors de l'annonce de mauvaises nouvelles, le partage émotionnel parfois excessif des soignants peut faire peur aux patients qui interprètent ce « trop-plein » d'empathie comme la marque d'un désespoir du médecin et donc d'une situation médicale extrêmement inquiétante (Derksen et al., 2017). Pour le bien de tous, le partage émotionnel doit donc être modéré en intensité comme en fréquence.

3. La troisième dimension empathique est la **précision empathique**. Pour rappel, il s'agit de cerner avec exactitude les émotions, les préoccupations et les perspectives des patients.

Cette tâche s'avère difficile dans des contextes médicaux où le temps des soignants est compté et où leur charge cognitive est conséquente. Mais il se trouve que les patients sont satisfaits de la prise en charge quand les soignants détectent leurs émotions, même s'ils se trompent sur la nature de l'émotion détectée (Blanch-Hartigan, 2013). Cela témoigne à nouveau d'une certaine indulgence des patients sur le versant émotionnel de l'empathie. En revanche, il nous paraît important que les soignants aient une bonne précision empathique sur d'autres thèmes que ceux des émotions, comme, par exemple, sur la façon dont les patients se représentent la maladie, les résultats d'examens et les différentes options thérapeutiques.

4. La dimension empathique de **compréhension** est, bien sûr, nécessaire mais des précautions importantes sont à envisager. Comprendre ne veut pas dire « laisser faire ». On peut comprendre la colère d'un patient et le lui dire mais en aucun cas accepter un comportement non respectueux lié à cette colère (« vous avez des raisons légitimes d'être en colère mais ça ne justifie pas que vous commenciez à crier, aussi je vous demande d'arrêter de crier »). On peut aussi comprendre qu'un patient ne veuille pas subir un examen contraignant telle qu'une coloscopie par exemple, et lui dire que l'on entend bien sa lassitude, mais procéder à cet examen malgré tout se justifie d'un point de vue médical. De même, certains patients refusent la prise de décision partagée, c'est-à-dire qu'ils préfèrent que les médecins prennent les décisions médicales importantes seuls, par exemple sur les traitements, car ils leur font confiance et ils s'estiment incompetents à ce niveau. Pourtant, on sait que les patients qui s'impliquent dans ces décisions, seront plus satisfaits des traitements, et ce, même s'ils ne souhaitent pas s'impliquer au départ (Martinez et al., 2016). Ainsi, s'il est important d'entendre les réticences des patients à prendre part à une décision médicale, il sera tout aussi important de leur expliquer en quoi leur avis est primordial pour la suite. Dans une étude sur l'arrêt du tabac au moyen d'un suivi psychologique, les psychologues qui se montraient les plus compréhensifs envers leurs patients étaient hélas ceux dont les patients arrêtaient le moins de fumer (Klemperer et al., 2017). Cet excès d'empathie s'avérait donc contre-productif. D'une certaine façon, cette empathie « légitimait » l'usage de la cigarette. Une empathie plus cognitive (fournir des informations, redonner du contrôle, entreprendre un plan d'action) s'avèrerait sans doute plus efficace dans ce contexte.

5. Ensuite, la dimension « **communication empathique** » est essentielle et doit être explicite et verbale. Si le langage non verbal est, bien sûr, important, l'idée reçue que 70 % de la communication passe par le non-verbal est erronée. Les patients ont besoin d'entendre qu'ils ont été compris et entendus et cela passe par le feedback oral. Par ailleurs, il est préférable qu'ils posent des questions directes aux patients pour vérifier que leur compréhension est exacte, plutôt que de penser qu'ils ont bien compris sans vérification, par exemple « J'ai l'impression

que vous avez peur de l'opération, je me trompe ? Racontez-moi, pourquoi j'ai cette impression ? ». Cette communication doit aussi être soutenante tout est étant honnête. Plusieurs études montrent que quelques phrases de réassurance suffisent à apaiser l'anxiété des patients (e.g. Sep et al., 2014).

6. Enfin les « **comportements d'aide** » sont très importants. Ils vont d'une petite attention (par exemple, aider un patient à se relever), jusqu'à trouver un compromis quand c'est possible (par exemple, laisser quelques jours de plus à un patient avant sa chimiothérapie pour qu'il puisse se rendre à une fête familiale) en leur fournissant clairement des explications sur les traitements envisagés. Bref, tout acte qui montre une bonne volonté des soignants envers les patients est important.

Après avoir explicité l'empathie en pratique selon ses différentes dimensions, nous proposons, toujours dans une approche concrète, d'examiner les différentes réponses que peuvent fournir les soignants à l'émergence des émotions, souvent douloureuses, des patients.

4. Répondre aux émotions des patients : la notion d'opportunité empathique

Les opportunités pour les soignants de se montrer empathiques sont nombreuses sur le terrain, mais leur empathie est particulièrement attendue en réponse à ce que l'on nomme justement une « opportunité empathique ». Une opportunité empathique (OE) est un indice verbal et/ou non verbal d'une émotion vécue par un patient et s'intitule ainsi puisque ces émotions offrent l'opportunité aux soignants de se montrer empathiques ou non au moment où l'émotion émerge chez le patient ou la patiente.

Certaines OE sont explicites, c'est-à-dire qu'elles ne laissent planer aucun doute sur la présence d'une émotion ainsi que sur sa nature. Par exemple, les comportements violents tels que parler très fort, être accusateur, etc., témoignent de la colère, comme les pleurs témoignent très souvent d'un sentiment de tristesse. Les paroles explicites de tristesse, de colère, de peur, de déception, d'inquiétude, ou de joie (pour les principaux exemples) sont également des OE explicites ; par exemple, « J'ai peur de cette opération », « je suis déçu des résultats du traitement », etc. A l'inverse, d'autres OE sont plus implicites. Il s'agit d'indices verbaux et/ou non verbaux qui laissent penser (sans en donner la certitude) que le patient est en train de ressentir une émotion, sans savoir exactement laquelle. Il peut s'agir d'un patient qui devient mutique et dont le visage se referme, d'un haussement de sourcils, de soupirs, d'allusions, etc. Par exemple, la remarque de ce patient « Mais je ne comprends pas, on avait dit seulement trois chimiothérapies, pas quatre » peut traduire la surprise, la colère, la lassitude, la tristesse ou

même la peur, d'apprendre qu'il y aura finalement quatre chimiothérapies et non trois comme initialement prévu. La question « Qu'est-ce qu'il arrive aux patients dans mon cas ? » est également une OE qui traduit sans doute de la peur ou de la tristesse. En effet, derrière des questions en apparence médicales, se cachent aussi souvent des inquiétudes plus psychologiques.

Les soignants sont souvent en difficulté face aux OE exprimées par les patients et, de ce fait, les ignorent le plus souvent. Selon certaines recherches, les soignants répondraient seulement à 10 à 35 % des OE exprimées par les patients (e.g. Malhotra et al., 2018). Les OE les plus prises en compte sont celles qui sont explicites, qui portent sur les traitements, ou sont positives, c'est-à-dire que l'émotion exprimée par les patients est positive, comme la joie d'apprendre qu'une tumeur cancéreuse a régressé. Les OE les plus ignorées sont celles qui traduisent des inquiétudes sur le futur (dégradation de la santé, espérance de vie). Les raisons pour lesquelles les soignants ignorent parfois les OE des patients sont multiples : ils ne les ont pas perçues, ils n'ont pas le temps d'y répondre ou encore ils craignent un débordement émotionnel qui pourrait surgir ensuite ou ils ne savent pas comment y répondre. Nous pensons que, dans un contexte médical, une réponse a minima à ces OE serait souvent suffisante pour soulager quelque peu les patients, comme illustré au tableau 14.1 (voir à la fin de ce document) qui détaille les réponses possibles que les soignants peuvent apporter aux OE (Pollak et al., 2007). Ce tableau est très important. En 2007, ces auteurs ont proposé plusieurs réponses empathiques possibles face aux émotions des patients : nommer l'émotion, faire preuve de compréhension, valoriser les patients, les soutenir et explorer l'émotion. Si ce modèle est une excellente base de réponses possibles aux émotions, l'expérience clinique et les résultats de plusieurs recherches nous ont permis de l'affiner en y ajoutant des remarques et mises en garde bien utiles.

Après avoir développé le concept d'empathie à travers sa définition en plusieurs dimensions, ses conséquences positives et son application concrète sur le terrain médical, nous proposons de poursuivre notre réflexion sur les rapports soignants-soignés sous le prisme du concept de déshumanisation. En effet, malgré les bienfaits de l'empathie des soignants pour les patients, les individus ont tendance à éviter d'être empathiques dans certaines circonstances car l'empathie est considérée comme coûteuse et inefficace (Cameron et al., 2016). Théoriquement, l'absence d'empathie envers les patients pourrait amener le personnel soignant à les déshumaniser, c'est-à-dire à ne pas considérer comme des être humains à part entière.

II. La déshumanisation

Les chercheurs ont interrogé des milliers de personnes pour découvrir ce que signifie « être humain », selon eux. Ces recherches ont révélé que les personnes avaient tendance à réserver les attributs humains (par exemple, la civilité ou l'ouverture d'esprit) à leur groupe d'appartenance ; les autres groupes étant perçus comme moins humains, autrement dit déshumanisés (Haslam, 2006).

La déshumanisation a initialement été étudiée en psychologie sociale, dans les relations intergroupes et interpersonnelles. Elle se définit comme la moindre attribution, voire le déni, d'humanité à une personne ou à groupe. Une personne peut être comparée à un animal (un singe ou un rat), un objet (une machine ou une tête d'ampoule), un végétal (une plante verte ou un légume) ou à des éléments appartenant à d'autres catégories (un virus ou une ordure). La déshumanisation peut aussi prendre des formes plus subtiles où la cible n'est pas directement comparée par métaphore à un non-humain mais où certains de ses attributs propres à l'humain sont niés (par exemple, la personne est vue comme amoral, froide, superficielle ou brute). La déshumanisation est différente mais liée à la stigmatisation. En effet, la stigmatisation est caractérisée par la perception négative d'un groupe alors que la déshumanisation n'est pas strictement liée à de la négativité puisqu'elle peut parfois prendre des formes positives (par exemple, un athlète peut être congratulé : « Tu es une bête ! »). Les nombreuses recherches effectuées dans le domaine indiquent que la déshumanisation est associée à de la négligence, des agressions et à de la discrimination envers les personnes déshumanisées (Kteily & Bruneau, 2017). Il a même été révélé que, dans des conflits armés, des personnes pouvaient percevoir d'autres groupes comme plus proches de notre ancêtre primate quadrupède que de l'homme moderne (voir figure 1, Kteily & Bruneau, 2017).



Figure 1. "The Ascent of (Hu)Man"

1. Déshumanisation en médecine : définitions

Les recherches empiriques sur la déshumanisation en médecine ne sont apparues qu'il y a une dizaine d'années (voir Diniz et al., 2019 pour une revue). Haque et Waytz (2012) ont identifié des facteurs fonctionnels et dysfonctionnels de déshumanisation dans le domaine médical. Parmi les six facteurs qu'ils mettent en avant, trois sont identifiés comme fonctionnels, c'est-à-dire qu'ils pourraient remplir une fonction utile dans le diagnostic et le traitement des patients par les soignants, il s'agit de la **mécanisation**, de la **réduction d'empathie** et du

désengagement moral. Trois autres facteurs sont jugés dysfonctionnels, c'est-à-dire qu'ils n'auraient que peu, voire pas d'utilité : les **pratiques désindividualisantes**, la réduction de **l'agentisme** et la **dissimilarité** entre patients et personnel soignant (Haque & Waytz, 2012).

a) Facteurs dysfonctionnels

Les **pratiques désindividualisantes** réduisent la saillance de l'individualité des personnes impliquées dans le processus de soin. Autrement dit, ces pratiques rendent les gens similaires les uns par rapport aux autres. Les soignants peuvent être désindividualisés parce qu'ils portent un uniforme et qu'ils appartiennent au corps médical. En ce qui concerne les patients, la blouse de chambre qu'on leur impose, contribue à une perception uniformisée de ceux-ci. Cette réduction de l'individualisation des patients peut diminuer l'engagement des médecins dans leurs soins. Attestant de ce désengagement, il a été démontré que les médecins passaient moins de temps à évaluer les problèmes de groupes de patients plutôt que de patients individualisés (Redelmeier & Tversky, 1990).

La deuxième cause dysfonctionnelle identifiée est la **réduction, par les soignants, de l'agentisme** (c'est-à-dire, la capacité à planifier et à agir) des patients. En effet, l'agentisme est l'un des critères centraux dans le jugement de l'attribution d'humanité (Haslam, 2006). Or, par définition, les patients sont malades, blessés ou fragilisés, ce qui nuit, bien souvent, à leur capacité à planifier et à agir (Haque & Waytz, 2012). Malgré cette incapacité, les patients souhaitent être entendus dans leurs décisions et visions des soins. Ce besoin est parfois sous-estimé par les médecins, comme c'est, par exemple, le cas en cancérologie (Lelorain et al., 2015). Il faut dire qu'historiquement, le terme « patient », c'est-à-dire « celui sur qui on agit » ou « celui qui endure » traduit bien le peu d'agentisme considéré par le milieu médical. D'aucuns commencent d'ailleurs à utiliser le terme « *actients* » plutôt que « patients » pour renforcer la perception de ceux-ci comme des personnes actives, tandis que d'autres, pour les mêmes raisons, préfèrent le terme « client » au terme « patient ».

La dernière cause dysfonctionnelle proposée est la **dissimilarité entre soignants et patients**. La déshumanisation est influencée par des différences en termes d'appartenance groupale et d'apparence physique. Le personnel soignant et les patients appartiennent à des groupes différents de par leurs fonctions. De plus, leurs apparences diffèrent également par les uniformes utilisés dans les hôpitaux, notamment à cause des pratiques désindividualisantes. Le fait d'être malade ou souffrant rend les patients différents de l'image prototypique de « l'être humain ». La tendance à nommer les patients en fonction de leur maladie (par exemple : un schizophrène plutôt qu'une personne souffrant de schizophrénie) renforce la problématique de la dissimilarité entre soignants et patients et met la maladie au premier plan, au détriment de

l'humain (Haque & Waytz, 2012). Les différences de statut et de pouvoir entre patients (disposant souvent de moins de connaissances de santé et malades) et soignants (savants et bien portants) sont également une source avérée de déshumanisation. Cet effet a aussi été observé dans un contexte non médical : les personnes disposant de beaucoup de pouvoir ont plus facilement tendance à déshumaniser autrui (Lammers & Stapel, 2011).

b) Facteurs fonctionnels

A côté de ces facteurs dysfonctionnels, les facteurs fonctionnels, qui présentent donc une fonction et une utilité pour le travail des soignants, pourraient cependant aussi générer de la déshumanisation.

Le traitement des patients nécessite, par exemple, d'identifier avec précision les troubles du patient et de comprendre les implications de ces troubles sur les systèmes d'organes, de tissus et de cellules constituant son corps. Cette approche demande donc de « mécaniser » les patients, c'est-à-dire de les décomposer dans les parties qui les constituent. Cette **mécanisation** est, bien évidemment, nécessaire mais implique une perception déshumanisée des patients, ce qui se traduit notamment par le fait de faire référence au patient en décrivant la partie du corps ciblée par l'opération ou la maladie qui doit être traitée plutôt que de faire référence à l'identité de la personne.

La deuxième cause fonctionnelle de déshumanisation dans le domaine médical est la **réduction d'empathie**. Travailler dans le domaine médical est difficile, épuisant émotionnellement et physiquement comme en attestent les taux de burnout élevés rapportés chez les médecins et chez les infirmiers. Afin de réduire ces charges, les soignants peuvent limiter leur d'empathie. En effet, cette réduction d'empathie comme mode de protection face aux risques d'épuisement, a été rapportée à multiples reprises. Par exemple, les médecins présentent un pattern d'activations cérébrales différent des non-médecins dans l'observation d'opérations douloureuses sur autrui (Haque & Waytz, 2012). Concrètement, en visionnant des vidéos d'insertion d'aiguilles dans des zones du corps sensibles à la douleur, telles que la bouche, les médecins présentent de moindres activations cérébrales liées aux émotions mais de plus fortes activations dans les zones cérébrales impliquées dans le contrôle cognitif (Capozza, 2016 ; Cheng et al., 2007). Ces résultats suggèrent que les médecins sont moins sensibles à la douleur d'autrui et qu'ils adoptent un mode de pensées plus cognitif dans ces situations par rapport à des tout-venants.

Dans le même ordre d'idées, plusieurs études ont montré que les étudiants en médecine présentaient un déclin de préoccupation empathique au cours de leur cursus médical. Au tout début de leurs études, ils estiment qu'il est très important d'être empathique avec les patients.

Mais après les premiers stages sur le terrain, donc au contact des patients, ils changent d'attitude sur l'importance accordée à l'empathie envers les patients. Comme l'empathie et la déshumanisation sont liées (Čehajić et al., 2009), il est probable qu'une augmentation de la déshumanisation envers les patients soit observée conjointement à la réduction d'empathie. En plus des facteurs organisationnels, la formation du personnel soignant et l'accumulation d'expériences émotionnelles difficiles dans leurs professions constituent également des facteurs de déshumanisation (par exemple : « Quand tu as vu cent patients dépressifs, tu es déjà lassé des suivants »). En effet, l'empathie accordée à un patient diminue les ressources cognitives et attentionnelles disponibles pour les patients suivants (Eisenberg & Eggum, 2009). L'empathie a un coût, ce qui peut expliquer pourquoi certaines personnes évitent d'être empathiques. A ce propos, une série d'études expérimentales démontre que, quand ils ont le choix entre deux tâches, une tâche objective où il faut décrire des personnes – par exemple dans l'étude, des enfants réfugiés à décrire en termes d'âge, de sexe, etc. - ou bien une tâche subjective empathique où il faut essayer de décrire l'expérience et les sentiments de ces enfants réfugiés, les participants préfèrent les tâches objectives non empathiques (Cameron et al., 2019). L'empathie est même physiologiquement associée à l'inflammation globale chez les parents empathiques envers leurs enfants (Manczak et al., 2016), et pourrait donc avoir aussi un coût physiologique.

Finalement, que ce soit à travers l'administration de médicaments avec effets secondaires, lors d'opérations chirurgicales ou d'exams invasifs, la démarche de soin nécessite souvent d'infliger aux patients des procédures douloureuses ou désagréables. En conséquence, les soignants pourraient également souffrir de l'administration de ces gestes, pourtant nécessaires au soin des patients. Ils doivent donc trouver des stratégies pour agir malgré tout ; une de ces stratégies est le **désengagement moral**, c'est-à-dire la désactivation du code moral dans un contexte particulier ou envers une cible spécifique. En d'autres mots, les normes morales dictant usuellement les comportements sont ignorées, ce qui permet de réaliser des actes aversifs sans en porter le poids sur la conscience (par exemple, une personne en déshumanisant une autre, ne va pas se sentir coupable de lui faire du mal car elle va considérer que les normes morales ne s'appliquent pas dans ce cas précis). Le désengagement moral est la dernière des six causes de déshumanisation mises en avant par Haque et Waytz (2012).

Les causes de déshumanisation en milieu hospitalier ne sont évidemment pas limitées à ces six facteurs et d'autres aspects ont été identifiés. La position des patients lors de certaines opérations pourrait favoriser leur déshumanisation par le personnel soignant (Capozza, 2016). Par exemple, lors d'opérations chirurgicales des yeux, le chirurgien est placé derrière la tête du

patient allongé : la tête du patient est donc perçue à l'envers. Or, les visages vus à l'envers provoquent une moindre activation du concept humain que les visages vus à l'endroit (Hugenberg et al., 2016). D'autres opérations exigent que le visage du patient soit complètement caché, ce qui est vraisemblablement encore plus déshumanisant qu'une perception inversée. De plus, les avancées technologiques font que les chirurgiens peuvent maintenant aussi opérer des patients à distance à travers des machines disposant de caméras et d'outils chirurgicaux (par exemple : le robot Da Vinci, un robot d'opérations endoscopiques où les chirurgiens opèrent à travers un écran ; le robot reproduisant ses mouvements sur la personne opérée). De telles opérations entraînent une distanciation physique entre médecin et patient. Bien qu'aucune étude n'ait été réalisée sur ce sujet, une telle distanciation pourrait potentiellement favoriser la déshumanisation vis-à-vis des patients.

D'autres travaux soulignent l'importance de prendre en compte d'autres dimensions de l'expérience des patients dans leur séjour hospitalier comme leur besoin de sens ou leur sentiment de vivre dans un environnement accueillant (Todres et al., 2009). Il est donc nécessaire d'avoir une approche globale des patients et de leurs besoins pour optimiser leur expérience des milieux médicaux (Fontesse et al., 2019).

2. Bénéfices potentiels de la déshumanisation pour les soignants

Les premières études sur la déshumanisation chez les infirmiers, semblent indiquer que celle-ci est bien présente chez eux et qu'elle jouerait un rôle protecteur. En effet, les infirmiers qui déshumanisent davantage la souffrance des patients présentent moins de symptômes de burnout, surtout pour les infirmiers ayant des contacts directs fréquents avec les patients (Vaes & Muratore, 2013). Des résultats similaires ont été constatés concernant le stress rapporté par les infirmiers : leur déshumanisation des patients était liée à des niveaux de stress plus bas (Trifiletti et al., 2014). Ce résultat n'est cependant vrai que pour les infirmiers qui ressentent un lien affectif fort envers leur organisation et leurs patients. La relation entre déshumanisation des patients et stress n'a donc pas été retrouvée chez les infirmiers avec un lien affectif faible envers leur organisation. Dans le même ordre d'idées, une étude dans la population générale indique que les individus ont tendance à avoir un plus grand recours à la déshumanisation envers une personne stigmatisée s'ils perçoivent qu'aider cette personne est difficile plutôt que simple (Cameron et al., 2016).

Encadré 2. Est-ce que déshumaniser les patients protège vraiment les soignants ?

Plusieurs recherches semblent indiquer que la déshumanisation joue un rôle protecteur chez les soignants en les protégeant de l'épuisement émotionnel et du burnout. Néanmoins, une

étude récente sur la perception du personnel infirmier d’être, eux-mêmes, déshumanisés par leurs supérieurs (c’est-à-dire la métadéshumanisation), en lien avec leur propre déshumanisation des patients, remet les résultats des études précédentes en perspective (Fontesse et al., 2021). Dans cette étude, la déshumanisation des patients par les infirmiers n’était pas liée ni à leur niveau de burnout ni à leurs niveaux de dépression, anxiété et stress. A l’opposé, la perception du personnel infirmier d’être déshumanisé par leurs supérieurs (i.e., la métadéshumanisation) est liée à plus de burnout, dépression, anxiété et stress. Pour le bien-être du personnel soignant, il pourrait donc être important de s’assurer qu’ils ne se sentent pas eux-mêmes déshumanisés par leurs supérieurs.

3. Conséquences négatives de la déshumanisation pour les patients

Hors du domaine médical, de nombreuses conséquences négatives de la déshumanisation ont été identifiées vis-à-vis des victimes. Au-delà des comportements négatifs que les victimes peuvent subir de la part des personnes qui les déshumanisent, le simple fait de se sentir déshumanisé par autrui entraîne des conséquences émotionnelles, motivationnelles et cognitives. Notamment, les personnes qui se sentent déshumanisées par autrui rapportent davantage d’émotions négatives comme de la colère, de la tristesse, de la honte et de la culpabilité. De plus, les victimes peuvent entrer dans un état de déconstruction cognitive, un état mental caractérisé par un engourdissement cognitif, de l’apathie, une réduction des émotions (positives et négatives), une focalisation sur le présent et une absence de pensées abstraites. Les victimes tendent également à avoir une conscience de soi aversive, c’est-à-dire qu’elles développent une image négative d’elles-mêmes et qu’elles préfèrent éviter cette image. Dans le domaine de la psychologie du travail, la perception d’être déshumanisé a été associée à une moindre satisfaction au travail, davantage d’intentions de démissionner et des tensions psychologiques.

Dans le contexte médical, les travaux sur la déshumanisation sont encore rares. Néanmoins, des études effectuées auprès des patients avec un trouble sévère de l’usage d’alcool en séjour de détoxification ont montré que leur perception d’être déshumanisés par autrui était associée à des émotions négatives, une faible estime de soi et à l’utilisation de stratégies de coping dysfonctionnelles. De futures recherches devront établir l’impact de la déshumanisation sur le traitement des patients par les soignants et devront également inclure des patients souffrant d’autres troubles.

Encadré 3. Déshumanisation, dépersonnalisation et burnout

Le lecteur ou la lectrice attentif.ive remarquera peut-être que, dans ce chapitre, la

déshumanisation, la dépersonnalisation et le burnout sont traités comme des concepts distincts tandis que dans d'autres écrits, la déshumanisation et la dépersonnalisation sont parfois assimilés et sont donc tous les deux considérés comme faisant partie du burnout tel que défini par le modèle de Maslach. Or, si on examine précisément les items de l'échelle de burnout de Maslach mentionnés ci-dessous, il paraît évident qu'un seul item correspond vraiment à de la déshumanisation (le premier dans la liste ci-dessous). Les autres items correspondent à de l'endurcissement émotionnel et du désengagement par rapport aux patients et non au concept de déshumanisation.

Items de la dimension dépersonnalisation de l'inventaire du burnout de Maslach

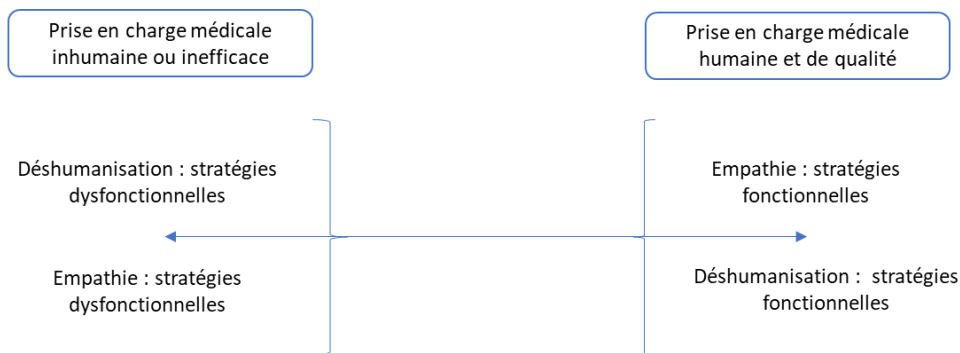
1. *Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.*
2. *Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.*
3. *Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.*
4. *Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.*
5. *J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de mes problèmes.*

III. Perspectives

1. Liens entre empathie et déshumanisation

L'empathie est souvent perçue comme une nécessité absolue dans le milieu médical et la déshumanisation comme très néfaste pour les systèmes de santé. Pourtant, ce chapitre nous a permis de prendre du recul sur ces deux concepts en mettant en évidence leur caractère multidimensionnel, qui rend compte de leur complexité, et en nuancant la pensée dichotomique de l'empathie comme bénéfique et de la déshumanisation comme délétère. Par ailleurs, les six facteurs de déshumanisation peuvent être examinés au regard d'une empathie jugée elle aussi comme fonctionnelle ou dysfonctionnelle (voir tableau 14.2 à la fin de ce document). Dans ce tableau, nous expliquons en quoi l'empathie fonctionnelle se trouve à l'opposé de la déshumanisation dysfonctionnelle et en quoi l'empathie dans ces aspects dysfonctionnels, que l'on retrouve dans les écueils mentionnés plus hauts, se trouve à l'opposé de la déshumanisation fonctionnelle. La figure 2, qui accompagne le tableau, résume ces parallèles et ces oppositions.

Figure 2. Parallèles et oppositions entre déshumanisation et empathie



2. Pistes d'intervention pour une médecine plus humaniste et plus empathique

Afin d'apporter une réponse adéquate aux causes de déshumanisation identifiées dans le domaine de la médecine, Haque et Waytz (2012) proposent des pistes de solutions. Tout d'abord, des solutions concernant les trois causes dysfonctionnelles de déshumanisation vont être développées. Ils proposent d'augmenter l'individuation du personnel soignant et des patients pour contrer les procédures désindividualisantes inhérentes aux systèmes de soin actuels. Les uniformes des soignants pourraient être supprimés ou adaptés pour permettre une plus grande identification. Similairement, quand des tenues sont imposées aux patients, différents modèles pourraient être proposés comme cela existe déjà pour les plâtres ou les prothèses par exemple.

Pour faire face à la moindre perception d'agentisme chez les patients par les soignants, les patients pourraient être davantage impliqués dans leur parcours de soin avec un rôle de collaborateur actif. Toutes les stratégies permettant un meilleur rétablissement des patients pourraient leur être communiquées pour qu'ils puissent s'investir pleinement dans leur guérison. Par exemple, marcher quelques minutes à l'extérieur de l'hôpital ou prendre soin d'une plante d'intérieur pourraient avoir, comme conséquence, d'améliorer l'humeur des patients mais également de renforcer la perception d'agentisme de la part du personnel.

Pour réduire la dissimilarité entre les patients et les soignants, la formation des soignants pourrait être adaptée afin d'y intégrer une plus grande considération de l'humanité des patients et des similarités qu'ils partagent avec les soignants. De plus, certains corps de métiers, comme les médecins tendent à être fortement différents des patients en termes d'ethnicité, de genre et de statut social. Favoriser l'intégration des populations sous-représentées parmi les médecins et s'assurer de conditions équitables d'emploi, pourraient également réduire les différences existantes entre les médecins et les patients et donc potentiellement favoriser l'humanisation de ces derniers.

Bien que les solutions aux causes dysfonctionnelles de déshumanisation soient plutôt directes, les solutions aux causes fonctionnelles doivent être plus finement pensées car, par définition, les dimensions fonctionnelles de la déshumanisation ont une fonction très particulière, c'est-à-dire une certaine utilité pour les soins. Pour les causes fonctionnelles, des stratégies permettant de les compenser ou de les réduire, pourraient donc être plus adaptées que des changements visant à les éradiquer complètement. Haque et Waytz (2012) proposent d'adapter les procédures hospitalières pour renforcer la personnification (c'est-à-dire, renforcer la perception que les patients sont bien des personnes et non des objets), et l'humanisation des patients. Bien que les systèmes de numérotation et de dénomination des patients, selon leurs troubles, soient utiles dans l'organisation inhérente à l'équipe de soin, d'autres informations, plus individualisantes, pourraient être utilisées lors des consultations et des visites en chambres des patients. Le lieu de résidence, la profession exercée ou un hobby pratiqué par les patients sont autant d'informations qui pourraient être mentionnées et qui ont le potentiel d'augmenter l'individualisation des patients (Haque & Waytz, 2012). Les patients sont d'ailleurs très en attente de cette individualisation qui témoigne d'un lien de qualité avec l'équipe soignante et qui peut favoriser l'adhésion aux traitements.

Encadré 4. Illustration d'une rencontre clinique déshumanisante et alternative humanisante

Une jeune femme médecin et cinq internes rentrent dans la chambre d'un patient pour discuter de son cas. Ils ne frappent pas à la porte et entrent sans se présenter. Le patient est à moitié dénudé et personne ne lui dit délicatement qu'il peut se rhabiller. Il reste ainsi à moitié dénudé en leur présence. Le médecin discute du cas du patient en se référant à son trouble plutôt qu'à son nom et s'adresse aux internes sans le regarder. Pendant cette rencontre, tous utilisent leur jargon médical et le patient ne peut pas suivre la conversation. Bien que plusieurs options de traitement existent, les médecins ont déjà choisi celui qu'ils voulaient mettre en place et ils ne présentent que cette option au patient. La charge de travail ne permet pas aux soignants de rester plus que quelques minutes avec lui, ils passent donc rapidement au cas suivant.

Alternative humanisante.

Le médecin frappe à porte et attend que le patient dise « oui entrez ». Elle connaît le nom du patient et l'appelle tout de suite par son nom « Bonjour Mr Dupont ». Remarquant que Mr est à moitié dénudé, elle le met tout de suite à l'aise en lui disant délicatement « Tenez Mr Dupont, rhabillez-vous, j'ai peur que vous attrapiez froid et puis vous serez plus à l'aise comme ça ». Elle se présente tout de suite et explique qu'elle est venue avec 5 internes en demandant à Mr Dupont si c'est bon pour lui. La conversation n'est pas toujours accessible

au patient car il faut bien former les internes, mais régulièrement, en regardant Mr Dupont, elle lui explique de façon intelligible les enjeux médicaux et demande son avis. Des questions sont aussi posées à Mr Dupont sur son quotidien pour comprendre comment les différentes options thérapeutiques seraient vécues selon son propre mode de vie. La charge de travail étant importante, l'équipe ne reste pas longtemps dans la chambre mais s'en excuse en expliquant la raison à Mr Dupont, qui se montre compréhensif, et en lui mentionnant malgré tout qu'en cas de besoin, il n'hésite pas à solliciter un membre de l'équipe. Les 6 médecins saluent Mr Dupont avant de repartir.

La problématique du manque d'empathie envers les patients a déjà été abordée plus tôt au cours de ce chapitre. Les interventions destinées à promouvoir l'empathie des soignants présentent des résultats encourageants (Teding van Berkhout & Malouff, 2016), surtout en ce qui concerne les aspects émotionnels de l'empathie. Les interventions les plus efficaces pour augmenter le niveau d'empathie des soignants comprennent des conversations entre soignants sur l'empathie ainsi que des jeux de rôles avec feedback. Les méthodes descendantes, telles qu'un cours sur l'empathie, ne promeuvent pas l'empathie. De même, il existe des « protocoles d'empathie », c'est-à-dire des protocoles qui proposent des étapes à suivre pour être empathique. Les réponses aux émotions des patients, proposées dans le tableau 14.1, se rapprochent de ce type de protocole. Si ces protocoles peuvent être utiles comme boîte à outils pour réfléchir, nous leur reprochons cependant leur côté standardisé (il faut d'abord faire et dire cela, puis ensuite ceci, etc.), qui semble incompatible avec une approche personnalisée à chaque patient. C'est pourquoi la colonne « remarques et précautions à prendre » du tableau 14.1 est très importante. Par ailleurs, si les soignants sont en burnout, la gestion de leur détresse sera certainement un prérequis au développement de l'empathie. Pour ce faire, les soignants devront être accompagnés psychologiquement pour apprendre à mieux réguler leurs émotions, mais les conditions de travail devront également être revues. En effet, la charge de travail, le manque de reconnaissance, de respect et d'autonomie sont des facteurs de burnout et de non-empathie des soignants.

Concernant le désengagement moral, bien qu'il soit nécessaire d'en conserver un certain niveau pour le bien-être des soignants, des solutions pourraient être proposées dans les cas les plus extrêmes. Par exemple, certains radiologues peuvent n'avoir aucun contact avec les patients mais doivent prendre des décisions importantes concernant leur santé. Il pourrait donc être utile d'inclure une photo du visage des patients dans les dossiers médicaux pour permettre à ces professionnels d'humaniser leurs patients.

Parmi les stratégies visant à réduire la déshumanisation, les contacts avec les personnes déshumanisées semblent être une piste prometteuse, à condition d'en assurer la qualité. L'établissement de contacts de qualité est associé à une plus faible saillance des différences entre groupes et à un sentiment plus fort d'identité commune. Ces facteurs sont ensuite liés à de plus faibles niveaux d'anxiété et de plus hauts niveaux d'empathie ; ces deux variables prédisant une plus grande humanisation du groupe cible (Capozza, 2014). De plus, imaginer des contacts positifs avec des membres du groupe déshumanisé est suffisant pour susciter une plus grande humanisation de ses membres, ce qui constitue une manière simple de réduire la déshumanisation. Bien que cette stratégie n'ait pas encore été testée auprès du personnel soignant, elle pourrait facilement être implémentée dans leur formation.

Néanmoins, bien que la déshumanisation ait de nombreuses conséquences aversives pour les patients, elle remplit aussi des fonctions potentiellement utiles. Dès lors, il serait sans doute prudent de s'assurer que les professionnels alternent efficacement entre des phases déshumanisantes et humanisantes. Par exemple, lors d'opérations chirurgicales exigeantes, il pourrait être préférable que les soignants soient totalement focalisés sur la procédure, déshumanisant ainsi temporairement le patient. En revanche, lors des contacts avec les patients ou lorsque des décisions doivent être prises concernant les soins à prodiguer, il serait préférable de pouvoir réhumaniser le patient. Il pourrait donc être nécessaire pour les soignants, ou en tout cas pour certains d'entre eux, comme les chirurgiens, d'alterner entre déshumanisation et humanisation pour assurer un traitement efficace et humain des patients.

3. Résumé

Quand ils sont concrètement et finement analysés, les concepts d'empathie et de déshumanisation permettent d'éclairer judicieusement les relations soignants-soignés et d'aller au-delà des constats peu réjouissants et, in fine, peu constructifs de la déshumanisation et du manque d'empathie des soignants. Ce chapitre permet aussi d'explorer des aspects peu connus de l'empathie et de la déshumanisation. L'empathie est multidimensionnelle et certaines dimensions, selon les contextes, peuvent s'avérer contre-productives à une bonne relation soignant-soigné ou à une médecine de qualité. De même, la déshumanisation est multidimensionnelle, et peut s'avérer utile dans certaines situations. Essayer de comprendre la déshumanisation et le manque d'empathie selon les contextes et les personnes, sera certainement plus constructif pour faire avancer les pratiques que de juger sans proposer de solutions adéquates qui répondent à la fois aux besoins des soignants et des patients.

Pour aller plus loin

- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Baena-Baños, M., Corroero-Bermejo, A., Soler-Martins, P. S., & de la Torre-Moyano, S. (2020). Empathy training in health sciences: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 44, 102739. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102739>
- Jimenez, K. B., Abdelgabar, A. R., De Angelis, L., McKay, L. S., Keyzers, C., & Gazzola, V. (2020). Changes in brain activity following the voluntary control of empathy. *NeuroImage*, 216, 116529.
- Lelorain, S. (2021). Discussing prognosis with empathy to cancer patients. *Current Oncology Reports*, 23(4), 42. doi: 10.1007/s11912-021-01027-9.
- Luna, A. M., Jurich, E., & Quintana, F. (2019). Thwarting stigma and dehumanization through empathy. In A. E., Foster & Z. S., Yaseen (Eds), *Teaching Empathy in Healthcare* (pp. 251-267). Springer, Cham.
- Sisk, B. A., Friedrich, A., Blazin, L. J., Baker, J. N., Mack, J. W., & DuBois, J. (2020). Communication in Pediatric Oncology: A Qualitative Study. *Pediatrics*, 146(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1193>
- Zulman, D. M., Haverfield, M. C., Shaw, J. G., Brown-Johnson, C. G., Schwartz, R., Tierney, A. A., Zions, D. L., Safaeinili, N., Fischer, M., Thadaney Israni, S., Asch, S. M., & Verghese, A. (2020). Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. *JAMA*, 323(1), 70-81. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.19003>

4. DES QUESTIONS POUR S'AUTO-EVALUER/MIEUX RETENIR

- 1) Quelles sont les six dimensions de l'empathie médicale ?
- 2) Citez, le plus précisément possible, trois bienfaits de l'empathie des soignants pour les patients.
- 3) Donner les cinq façons possibles de répondre à une opportunité empathique et pour chacune, donner au moins une précaution à garder en tête.
- 4) Quels sont les liens entre déshumanisation et souffrance du personnel soignant ?
- 5) Quels changements concrets pouvons-nous implémenter dans les hôpitaux afin d'améliorer l'humanisation des patients qui y sont traités ?

- 6) Est-ce que les patients sont les seules personnes déshumanisées dans le domaine médical ? Sur base des causes abordées dans ce chapitre, tentez d'en identifier d'autres.

REFERENCES

- Batson, C. D. (2009). These Things Called Empathy : Eight Related but Distinct Phenomena. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 3–15). The MIT Press.
- Blanch-Hartigan, D. (2013). Patient satisfaction with physician errors in detecting and identifying patient emotion cues. *Patient Education & Counseling*, 93(1), 56-62.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.010>
- Cameron, C. D., Harris, L. T., & Payne, B. K. (2016). The Emotional Cost of Humanity : Anticipated Exhaustion Motivates Dehumanization of Stigmatized Targets. *Social Psychological and Personality Science*, 7(2), 105-112.
<https://doi.org/10.1177/1948550615604453>
- Cameron, C. D., Hutcherson, C. A., Ferguson, A. M., Scheffer, J. A., Hadjiandreou, E., & Inzlicht, M. (2019). Empathy is hard work : People choose to avoid empathy because of its cognitive costs. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148(6), 962-976.
<https://doi.org/10.1037/xge0000595>
- Capozza, D. (2014). Intergroup contact as a strategy to improve humanness attribution : A review of studies. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 3, 349-362. <https://doi.org/10.4473/TPM21.3.9>
- Capozza, D. (2016). Dehumanization in medical contexts : An expanding research field. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 1, 545-559.
<https://doi.org/10.4473/TPM23.4.8>

- Čehajić, S., Brown, R., & González, R. (2009). What do I care ? Perceived ingroup responsibility and dehumanization as predictors of empathy felt for the victim group. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(6), 715-729.
- Cheng, Y., Lin, C.-P., Liu, H.-L., Hsu, Y.-Y., Lim, K.-E., Hung, D., & Decety, J. (2007). Expertise Modulates the Perception of Pain in Others. *Current Biology*, 17(19), 1708-1713. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.09.020>
- Costa-Drolon, E., Verneuil, L., Manolios, E., Revah-Levy, A., & Sibeoni, J. (2021). Medical Students' Perspectives on Empathy : A Systematic Review and Metasynthesis. *Academic Medicine*, 96(1), 142-154. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003655>
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144-153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Dambha-Miller, H., Feldman, A. L., Kinmonth, A. L., & Griffin, S. J. (2019). Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study. *The Annals of Family Medicine*, 17(4), 311-318. <https://doi.org/10.1370/afm.2421>
- Davis, M. H. (2018). *Empathy : A social psychological approach*. Routledge.
- Decety, J. (2020). Empathy in Medicine : What It Is, and How Much We Really Need It. *The American Journal of Medicine*, 133(5), 561-566. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
- Derksen, F., Olde Hartman, T. C., van Dijk, A., Plouvier, A., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2017). Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient Education and Counseling*, 100(5), 987-993. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.003>

- Diniz, E., Bernardes, S. F., & Castro, P. (2019). Self- and Other-Dehumanization Processes in Health-Related Contexts: A Critical Review of the Literature. *Review of General Psychology*, 23(4), 475-495. <https://doi.org/10.1177/1089268019880889>
- Eide, H. (2003). Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 259-266. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00225-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00225-2)
- Eisenberg, N., & Eggum, N. (2009). Empathic Responding : Sympathy and Personal Distress. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 71-83). The MIT Press.
- Ferreira, S., Afonso, P., & Ramos, M. do R. (2020). Empathy and burnout : A multicentre comparative study between residents and specialists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(1), 216-222. <https://doi.org/10.1111/jep.13147>
- Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., & Maurage, P. (2019). Dehumanization of psychiatric patients : Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 89, 216-223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.041>
- Fontesse, S., Rimez, X., & Maurage, P. (2021). Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses: A path-analysis approach. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.12.005>
- Gehenne, L. (2020). *Empathie médicale perçue en oncologie : effets selon le processus empathique, le type de consultation et les compétences émotionnelles des patients*. Université de Lille.
- Gehenne, L., Lelorain, S., Anota, A., Brédart, A., Dolbeault, S., Sultan, S., Piessen, G., Grynberg, D., Baudry, A.-S., Christophe, V., & FREGAT Working Group. (2020). Testing two competitive models of empathic communication in cancer care

- encounters : A factorial analysis of the CARE measure. *European Journal of Cancer Care*, 29(6), e13306. <https://doi.org/10.1111/ecc.13306>
- Hall, J. A., & Schwartz, R. (2019). Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology*, 159(3), 225-243. <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>
- Hall, J. A., Schwartz, R., Duong, F., Niu, Y., Dubey, M., DeSteno, D., & Sanders, J. J. (2020). What is clinical empathy? Perspectives of community members, university students, cancer patients, and physicians. *Patient Education and Counseling*, 104(5), 1237-1245. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.001>
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176-186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
- Haslam, N. (2006). Dehumanization : An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252-264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4
- Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytė, E., Hu, X.-Y., Aveyard, P., & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
- Hugenberg, K., Young, S., Rydell, R. J., Almaraz, S., Stanko, K. A., See, P. E., & Wilson, J. P. (2016). The Face of Humanity: Configural Face Processing Influences Ascriptions of Humanness. *Social Psychological and Personality Science*, 7(2), 167-175. <https://doi.org/10.1177/1948550615609734>
- Hunt, P. A., Denieffe, S., & Gooney, M. (2017). Burnout and its relationship to empathy in nursing: A review of the literature. *Journal of Research in Nursing*, 22(1-2), 7-22. <https://doi.org/10.1177/1744987116678902>

- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, *109*(12), 446-452. <https://doi.org/10.1177/0141076816680120>
- Klemperer, E. M., Hughes, J. R., Callas, P. W., & Solomon, L. J. (2017). Working alliance and empathy as mediators of brief telephone counseling for cigarette smokers who are not ready to quit. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *31*(1), 130-135. <https://doi.org/10.1037/adb0000243>
- Kteily, N. S., & Bruneau, E. (2017). Darker Demons of Our Nature: The Need to (Re)Focus Attention on Blatant Forms of Dehumanization. *Current Directions in Psychological Science*, *26*(6), 487-494. <https://doi.org/10.1177/0963721417708230>
- Lamiani, G., Dordoni, P., Vegni, E., & Barajon, I. (2020). Caring for critically ill patients: Clinicians' empathy promotes job satisfaction and does not predict moral distress. *Frontiers in Psychology*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02902>
- Lammers, J., & Stapel, D. A. (2011). Power increases dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, *14*(1), 113-126. <https://doi.org/10.1177/1368430210370042>
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., Cano, A., Bonnaud-Antignac, A., Cousson-Gélie, F., & Sultan, S. (2015). How does a physician's accurate understanding of a cancer patient's unmet needs contribute to patient perception of physician empathy? *Patient Education and Counseling*, *98*(6), 734-741. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.002>
- Lown, B. A. (2016). A social neuroscience-informed model for teaching and practising compassion in health care. *Medical Education*, *50*(3), 332-342. <https://doi.org/10.1111/medu.12926>
- Malhotra, C., Kanesvaran, R., Krishna, L., Xiang, L., Kumarakulasinghe, N. B., Tan, S.-H., Tulsy, J. A., & Pollak, K. I. (2018). Oncologists' responses to patient and caregiver negative emotions and patient perception of quality of communication: Results from a

- multi-ethnic Asian setting. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(3), 957-965.
<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3916-0>
- Manczak, E. M., DeLongis, A., & Chen, E. (2016). Does empathy have a cost? Diverging psychological and physiological effects within families. *Health Psychology*, 35(3), 211-218. <https://doi.org/10.1037/hea0000281>
- Martinez, K. A., Resnicow, K., Williams, G. C., Silva, M., Abrahamse, P., Shumway, D. A., Wallner, L. P., Katz, S. J., & Hawley, S. T. (2016). Does physician communication style impact patient report of decision quality for breast cancer treatment? *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1947-1954.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.025>
- Mazzi, M. A., Rimondini, M., Boerma, W. G. W., Zimmermann, C., & Bensing, J. M. (2016). How patients would like to improve medical consultations: Insights from a multicentre European study. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 51-60.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.009>
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 52 Suppl, S9-12.
- Morton, J. S., Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2020). New perspectives on the praise literature: Towards a conceptual model of compliment. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-01102-7>
- Nazione, S., Nazione, A., & Griner, T. (2020). How do perceptions of verbal statements and nonverbal actions as empathetic differ by medical appointment context? *Patient Education and Counseling*, 103(2), 410-413.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.016>

- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339-346. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>
- Pollak, K. I., Arnold, R. M., Jeffreys, A. S., Alexander, S. C., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., Sugg Skinner, C., Rodriguez, K. L., & Tulsky, J. A. (2007). Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology*, 25(36), 5748-5752.
- Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoeft, T., Chewning, B., Marchand, L., & Scheder, J. (2011). Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient Education & Counseling*, 85(3), 390-397.
- Redelmeier, D. A., & Tversky, A. (1990). Discrepancy between Medical Decisions for Individual Patients and for Groups. *New England Journal of Medicine*, 322(16), 1162-1164. <https://doi.org/10.1056/NEJM199004193221620>
- Sep, M. S. C., van Osch, M., van Vliet, L. M., Smets, E. M. A., & Bensing, J. M. (2014). The power of clinicians’ affective communication: How reassurance about non-abandonment can reduce patients’ physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.022>
- Teding van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32-32-41. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>

- Todres, L., Galvin, K. T., & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(2), 68-77. <https://doi.org/10.1080/17482620802646204>
- Trifiletti, E., Di Bernardo, G. A., Falvo, R., & Capozza, D. (2014). Patients are not fully human: A nurse's coping response to stress: Patients' humanness and nurses' stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(12), 768-777. <https://doi.org/10.1111/jasp.12267>
- Vaes, J., & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*, 52(1), 180-190. <https://doi.org/10.1111/bjso.12008>
- Xiao, B., Imel, Z. E., Georgiou, P., Atkins, D. C., & Narayanan, S. S. (2016). Computational Analysis and Simulation of Empathic Behaviors: A Survey of Empathy Modeling with Behavioral Signal Processing Framework. *Current Psychiatry Reports*, 18(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0682-5>

MOTS INDEXES

Agentisme : capacité à planifier, avoir des intentions et faire des choix.

Désengagement moral : processus de réduction ou de suppression du code moral dans certaines situations ou envers certaines personnes.

Déshumanisation : perception qu'une autre personne n'est pas humaine ou moins humaine.

Etude de cohorte prospective : étude où un nombre conséquent de personnes sont suivies pendant plusieurs années à des fins de recherche pour répondre à une ou plusieurs questions, telles que, par exemple, « la pratique sportive diminue-t-elle le risque de développer un cancer ». Le suivi implique une évaluation des participants au début de l'étude en lien avec la question de recherche (par exemple, la personnalité, l'alimentation, la consommation de tabac, la pratique sportive, la tension artérielle, les revenus, etc.), et à différents temps du suivi. D'autres évaluations peuvent être réalisées durant le suivi (par exemple, pour examiner si les participants ont développé un cancer) et mises en lien avec les évaluations antérieures.

Issue : il s'agit du résultat ou de la conséquence de quelque chose. En psychologie, les issues pour les patients sont, par exemple, les conséquences d'une psychothérapie en termes de dépression ou d'anxiété. Une diminution de l'anxiété et de la dépression peut être les issues attendues d'une psychothérapie. Dans le contexte des recherches sur l'empathie, les issues de l'empathie des soignants, telle que ressentie par les patients, peuvent être une diminution de leur anxiété, une plus grande confiance dans les traitements, une meilleure adhésion aux recommandations médicales, etc.

Mécanisation : conceptualisation des patients comme un système mécanique constitué de parties, systèmes et unités fonctionnant en interactions.

Métadéshumanisation : perception d'être déshumanisé par autrui.

Pratiques désindividualisantes : Pratiques qui réduisent la perception de l'individualité des personnes impliquées dans le processus de soin. Autrement dit, ces pratiques rendent les gens similaires les uns par rapport aux autres.

Prise de décision partagée : processus par lequel un médecin et un patient prennent conjointement une décision médicale en tenant compte de l'avis de chacun. Le médecin donne son point de vue médical (par exemple, médicalement c'est le traitement le plus efficace) et le

patient son ressenti (par exemple, c'est le traitement le plus contraignant). Ce processus n'est possible que lorsque plusieurs options sont envisageables.

Tableau 14.1. Modèle revisité des réponses possibles aux opportunités empathiques proposées par Pollak et al. (2007).

Réponses possibles aux opportunités	Définitions	Exemples	Remarques et précautions à prendre
Nommer	Enoncer l'émotion que l'on a cru percevoir	« J'ai l'impression que vous êtes déçu ou amer du traitement proposé »	Ne pas nommer l'émotion en cas d'annonces de mauvaise nouvelle (Nazione et al., 2020), ou quand l'opportunité empathique est très explicite. En effet, cela peut paraître déplacé, car l'émotion est évidente. Par exemple, dire à un.e patient.e à qui vous venez d'annoncer un cancer incurable : « Vous êtes triste », peut susciter de la colère. « Evidemment ! qu'est-ce que vous croyez ? ». Au contraire, nommer l'émotion peut être intéressant en cas d'émotions implicites pour vérifier que l'on ne se trompe pas sur l'émotion que l'on croit avoir perçue chez le/la patient.e.
Comprendre	Témoigner sa compréhension et légitimer	« Je ne suis pas à votre place, c'est vrai, mais je peux comprendre que ça ne doit pas être évident » (compréhension) « Beaucoup de patients appréhendent aussi l'opération, c'est tout à fait normal » (légitimer)	<ul style="list-style-type: none"> - Certain.e.s patient.e.s vont vous renvoyer que vous n'êtes pas dans leur situation et que donc vous ne pouvez pas les comprendre. Prenez donc des précautions : « Je ne peux pas ressentir ce que vous vivez en ce moment, c'est vrai, mais... ». - Dans leur détresse, les patient.e.s oublient que leurs émotions sont normales et ressenties par bien d'autres dans des situations comparables. Ils ont parfois l'impression d'être seul.e.s à éprouver ces difficultés ; légitimer peut ainsi apaiser.
Valoriser	Valoriser et encourager les patients pour leurs efforts et tout ce qui est admirable chez eux	« Malgré les difficultés, vous continuez à vous accrocher et c'est tout à votre honneur, votre persévérance va finir par payer » « Je trouve que vous avez beaucoup de recul sur la situation, vous prenez les choses calmement et c'est aidant »	<p>Valoriser peut être périlleux (Morton et al., 2020).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne valorisez pas un.e patient.e qui a une faible estime de soi, car la valorisation sera rejetée. - Soyez sincère et n'hésitez pas à dire que vous êtes sincère et à expliquer la raison de votre valorisation. - Evitez de valoriser lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Nazione et al., 2020). Cela peut être perçu comme non empathique car en disharmonie avec l'émotion négative des patients à ce moment-là. Beaucoup de patients répondent d'ailleurs agacés « je n'ai aucun mérite, je n'ai pas le choix ! ». Reprécisez alors la raison de votre valorisation : le/la patient.e n'a pas le choix de la situation, certes, mais sa façon d'y réagir est méritante (car il/elle ne se plaint jamais par exemple).
Soutenir	Assurer que l'on sera toujours là et que l'on fera le maximum, que les patients ne seront pas seuls	« Quelle que soit la suite, on va faire le maximum pour vous, toute l'équipe, y compris moi-même, serons toujours là »	Cela rassure très souvent les patients, notamment en cas de mauvaise nouvelle (e.g. Sep et al., 2014). Attention de rester honnête (ne promettez pas un suivi que vous ne pourrez pas faire).

Explorer	Demander aux patients d'en dire un peu plus sur leurs émotions	<p>« Je vais vous suivre dans ce parcours, vous ne serez pas seul, on va avancer ensemble »</p> <p>« Je sens que c'est difficile pour vous [nommer], est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ? »</p> <p>« Qu'est-ce que vous voulez dire quand vous dites 'hum hum' ? »</p>	<p>Cela peut être périlleux car vous pouvez ouvrir la porte à un flot d'émotions douloureuses. Faites-le seulement si :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vous avez une bonne raison de le faire (par exemple, vous n'avez aucune idée de ce que vit ce patient mutique et vous auriez besoin de connaître son état émotionnel pour prendre une décision médicale importante). 2. Vous estimez que les émotions explorées ne mettront ni le patient ni vous-même en difficulté trop importante. <p>Si vous sentez que le/la patient.e et/ou vous-même perdez le contrôle, il est légitime de réorienter avec tact l'échange : « Je vois que vous devenez assez émotif.ive, et c'est tout à fait normal au vu de la situation [légitimer] et encore une fois on va faire le maximum [soutenir]. Néanmoins, je ne veux pas vous mettre en difficulté et j'ai encore des choses importantes à vous dire, aussi si vous le voulez bien, je propose qu'on avance, quitte à revenir ultérieurement sur le sujet. Ça irait pour vous ? »</p>
Ne rien dire, gardez le silence	Parfois, mieux vaut ne rien dire mais montrer par des actions non verbales que l'on est pleinement en empathie avec les patients.	<p>Regarder les patients et montrer, par l'expression de son visage, que l'on est concerné.</p> <p>Se rapprocher quelque peu d'un.e patient.e pour montrer que, bien que l'on garde le silence, on est pleinement présent avec lui/elle.</p> <p>Si l'on connaît bien un.e patient.e et que l'on sent que c'est possible, un geste physique (main sur l'épaule ou sur le bras, prendre la main) est même envisageable.</p>	<p>Attention avec les gestes physiques, certaines personnes détestent être touchées. Par ailleurs, des précautions sont à prendre : conventionnellement, il faut éviter de toucher quelqu'un de « supérieur » dans la hiérarchie sociétale (par exemple, il peut être mal venu que l'aide-soignant prenne la main d'une patiente avocate de profession) et il faut faire attention aux questions de genre. Les hommes sont souvent plus réfractaires au contact physique que les femmes, surtout si le contact vient d'un homme, et les femmes peuvent être gênées d'un geste effectué par un soignant homme. Il est difficile de fournir des consignes précises tant il s'agit d'intuition à ce niveau.</p> <p>Si vous sentez que votre geste a mis mal à l'aise le ou la patient.e, excusez-vous immédiatement en disant que vous ne vouliez pas le ou la mettre mal à l'aise, mais que vous vous sentez vraiment concerné.e par sa situation d'où votre geste, hélas maladroit.</p>

Tableau 14.2. Liens en miroir entre empathie et déshumanisation. Dans la partie haute du tableau, les stratégies empathiques fonctionnelles, à gauche, trouvent leur opposé dans les stratégies de déshumanisation dysfonctionnelles, à droite. Dans la partie basse du tableau, les stratégies empathiques dysfonctionnelles, à gauche, trouvent leur opposé dans les stratégies fonctionnelles de déshumanisation, à droite.

Empathie des soignants	Déshumanisation des soignants
<p>Stratégies fonctionnelles</p> <p>Etablir le lien avec le/la patient.e :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respect, bienveillance chaleureuse ; - Écoute attentive afin de laisser le/la patient.e raconter son histoire. <p>Comprendre le/la patient.e globalement et se montrer compatissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le/la comprendre dans sa globalité ; - Lui témoigner sa compréhension ; - Se préoccuper de lui/d'elle. <p>Donner du contrôle au patient.e par une empathie active/positive :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les soignants apportent leur aide en étant positifs et honnêtes ; - Ils fournissent des informations claires et utiles ; - Ils aident les patients à prendre le contrôle et à entreprendre un plan d'action, même dans des situations palliatives. 	<p>Stratégies dysfonctionnelles</p> <p>Pratiques désindividualisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de lien à établir puisque les patients sont tous identiques ; - Pas d'histoire spécifique à écouter puisqu'ils sont tous identiques. <p>Dissimilarité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients et soignants sont dans deux mondes opposés qui ne se rejoignent pas : le savoir médical s'oppose à l'ignorance des patients, le pouvoir à l'incapacité, le bien-portant au malade ; - L'humanité commune, caractérisée par des points communs, est effacée. <p>Réduction de l'agentisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seul le médecin est actif et décisionnaire ; - Les patients sont passifs, ils n'ont pas besoin de savoir, ni d'explications, ni de prendre le contrôle ou de planifier leur vie avec la maladie, ils ne sont que les objets des médecins.
<p>Stratégies dysfonctionnelles</p> <p>Préoccupation empathique constante :</p> <p>➔ Les patients eux-mêmes n'ont pas ces attentes.</p> <p>Partage émotionnel fort et constante :</p> <p>➔ Détecter et répondre à une émotion ne signifie pas la ressentir.</p>	<p>Stratégies fonctionnelles</p> <p>Mécaniser le/la patient.e, vu.e alors en termes d'organes, de tissus et de cellules :</p> <p>➔ Nécessaire dans une certaine mesure pour les soignants car permet d'effectuer leur travail.</p> <p>Réduire son empathie :</p> <p>➔ Nécessaire car l'empathie a un coût cognitif, émotionnel et physiologique.</p>

Exploration des émotions jugée comme nécessaire :

- ➔ Il faut avoir une bonne raison de le faire et pouvoir gérer ensuite. Si l'exploration émotionnelle est trop douloureuse pour le patient, il est légitime de l'interrompre à tout moment. Si l'exploration est difficile pour le soignant, déjà fatigué ou préoccupé à cet instant, autant la reporter.

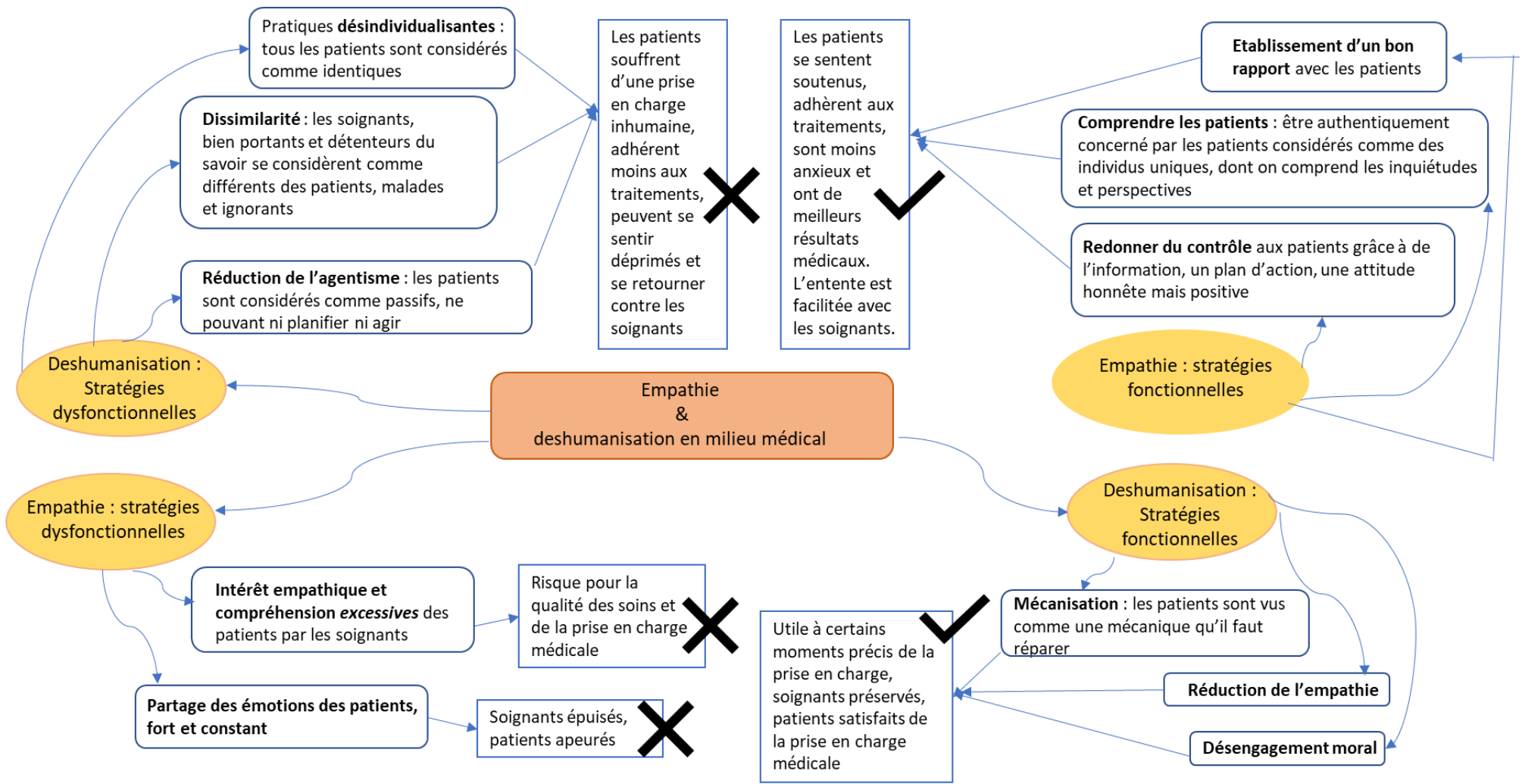
Compréhension excessive aboutissant à un « laisser faire » :

- ➔ Légitimer et comprendre les patients ne doit pas s'accompagner d'inactions et ne suffit pas à débloquer les situations. Même chez les psychologues, l'acceptation inconditionnelle des patients ne doit pas s'accompagner d'un statut quo.

- ➔ Pour être empathique quand cela est nécessaire (par exemple, lors de mauvaises nouvelles ou en réponse aux opportunités empathiques des patients), mieux vaut garder ses forces et ne pas l'être inutilement quand cela est peu profitable.

Se désengager moralement :

- ➔ Permet d'infliger aux patients des procédures douloureuses, nocives ou désagréables pour un bien ultérieur.



Carte mentale (p.319)