

## La place de l'empathie dans l'éducation du patient

La qualité de la relation soignant - soigné intervient de façon importante dans les résultats des traitements proposés aux patients souffrant de pathologies chroniques<sup>1</sup>. Plusieurs études ont démontré que les marqueurs de santé étaient améliorés lorsque la relation soignant - soigné était de type égalitaire, selon le modèle de *l'Approche Centrée sur le Patient* proposé par le consensus de Toronto<sup>2</sup> : “attitude facilitant l'expression par le patient des raisons pour lesquelles il consulte, y compris ses symptômes, ses idées, ses sentiments et ses attentes; la consultation est menée par le patient, le médecin fonctionne selon la chronologie du patient, répond à ce que le patient dit et la relation est considérée comme égalitaire dans le but de comprendre l'expérience du patient et son point de vue”. Ce modèle est proche de celui de *l'Approche Centrée sur la Personne* de Carl Rogers<sup>3</sup>, qui postule que “l'individu a en lui-même de grandes ressources pour se comprendre et modifier sa conception de lui-même et sa façon de se comporter. Ces ressources ne peuvent être exploitées que si l'on met en place de façon très précise un climat facilitant l'expression de ces attitudes psychologiques”.

Le soignant désireux d'aller dans le sens de cette approche est souvent démuni car il est rarement préparé (et a même été souvent déconditionné pendant sa formation) à une relation de type égalitaire. Ce n'est probablement qu'en retrouvant et en s'appuyant sur trois qualités fondamentales qu'il y parviendra : l'authenticité, l'acceptation, la bienveillance empathique<sup>4</sup>. C'est l'écoute empathique, notamment, qui va être le vecteur essentiel de l'expression par le patient de son expérience personnelle, y compris son ressentiment, et de l'expression par le soignant de ce qui lui semble nécessaire ou possible pour aller dans le sens d'un meilleur état de santé du patient. Dans le même mouvement, bien sûr, il s'impose de lâcher prise sur les habitudes de prescription et d'exigence que le soignant a envers le patient. Cela

peut remettre en question les notions de compliance du patient ou d'adhésion au traitement, et l'expérience montre que cela n'est pas facile<sup>5</sup>. Il s'agit ici d'un véritable changement d'attitude<sup>6</sup>.

Le processus de Communication Non Violente ou empathique, développé par le psychologue clinicien Marshall Rosenberg<sup>7</sup>, a pour but de nous aider à échanger les informations dont nous avons besoin pour collaborer d'une manière satisfaisante, respectant nos valeurs et celles de l'autre. Ce processus est centré sur l'expression des sentiments et des besoins qui animent toute personne instant par instant, et qui déterminent le comportement verbal ou non-verbal de chacun. L'enjeu est de minimiser le risque d'interprétation erronée de ce qu'une personne exprime lorsqu'elle émet des jugements, explique un raisonnement ou demande quelque chose. Il devient alors beaucoup plus facile de reconnaître mutuellement ses besoins et de mettre en place, ensemble, des solutions qui satisfassent chacun. Ce n'est pas une technique, ni une méthode, il s'agit plutôt d'un recadrage de sa façon de concevoir sa relation à l'autre. Ce recadrage permet de redécouvrir toutes les richesses que chacun a en lui et de libérer les intuitions profondément inscrites en nous qui permettent de mieux en profiter et d'en faire profiter les autres.

Le processus de communication empathique peut schématiquement être divisé en deux parties :

- \* Clarifier, puis exprimer avec clarté et honnêteté ce qui se passe en moi;
- \* Recevoir avec empathie ce qui se passe en l'autre,

et il nous permet d'acquérir la capacité à maintenir le dialogue jusqu'à ce que les deux protagonistes, ici le médecin et son patient, soient satisfaits de là où ils en sont arrivés.

Prenons l'exemple d'un patient diabétique obèse, que vous suivez depuis quelques années, et qui n'a pas maigri.

Le médecin peut avoir des jugements sur son patient, tels que “ il n'a aucune volonté ”, mais aussi sur lui-même, tel que “ je ne sais pas m'y prendre ”. La première étape consiste à prendre conscience de ces jugements, et à identifier les besoins sous-jacents, ainsi que les sentiments associés, car c'est cela qui va faciliter la compréhension et le dialogue.

Ici, le médecin se sent probablement découragé et irrité, car il a besoin d'une part de sens dans son travail, d'être rassuré sur sa propre valeur, ses compétences, et d'autre part de compréhension de ce qui se joue dans la relation et de que le patient vit. Le besoin sous-jacent est probablement celui d'authenticité et de coopération.

Après avoir pris ce temps pour clarifier ce qui se passe en lui-même, ou, encore mieux en échangeant avec un ou des collègues, le médecin peut aborder le dialogue avec son patient de la manière suivante :

- Bonjour, comment vous sentez-vous aujourd'hui?
- \* Docteur, vous n'allez pas être content, malgré tous mes efforts, je n'ai pas maigri.
- J'avais justement envie que l'on prenne un moment pour parler un peu différemment aujourd'hui. Je perçois combien vous êtes découragé, avez-vous besoin d'être rassuré que je ne vous juge pas?
- \* Oui, j'ai peur que vous pensiez comme tout le monde que je ne fais pas d'efforts.
- Vous vous sentez triste et seul j'imagine, et vous avez vraiment besoin de compréhension par rapport à la difficulté de perdre du poids, c'est cela?
- \* Oui
- C'est vrai que par moments j'ai eu de telles pensées. Mais en fait dans ces moments là je me sens surtout découragé, et démuni, car j'aimerais tellement contribuer à votre bien-être et je vois bien que pour le moment je n'y suis pas arrivé. J'ai vraiment besoin de mieux comprendre ce que vous vivez, et que vous osiez me dire si la manière dont je m'y prends vous convient. J'aimerais savoir comment vous vous sentez quand je vous dis cela.
- \* Cela me fait du bien docteur - c'est la première fois où je ne me sens pas jugée

■ .....

Dans ce type de dialogue, le soignant a pour souci primordial la qualité de la relation, et non pas la critique ou la recherche d'une solution opérationnelle. Le défi est de lâcher prise sur le résultat et d'avoir confiance qu'un climat empathique favorisera que le patient mette en place progressivement ce qui conviendra le mieux à son développement personnel, y compris sa santé.

Un des points forts de cette démarche est pour beaucoup de soignants, d'oser reconnaître et exprimer leurs ressentis vis à vis de tel ou tel patient (satisfaction, ennui, inquiétude, irritation...), ainsi que leurs besoins. Les soignants qui se sont formés à cette démarche, tant en milieu hospitalier qu'en pratique libérale, décrivent une plus grande satisfaction à pratiquer leur profession, et expriment l'impression que les patients en éprouvent davantage également. Ceci laisse espérer de meilleurs résultats thérapeutiques, en accord avec plusieurs études qui ont démontré un lien entre la qualité de la relation soignant - soigné, le degré de satisfaction du patient, et les résultats en terme de santé (revue in 8 et 9).

La démarche sera illustrée par des exemples concrets.

Pascale Molho\*, Paris  
Patrice Gross, CH de Roubaix

\* Pascale.Molho@Wanadoo.fr - Tél 01 41 34 04 52  
28, rue Parmentier - 92200 Neuilly sur Seine

#### Notes

- 1 - Meryn S. Improving doctor-patient communication. *BMJ* 1998;316:1922.
- 2 - Simpson M., Buckman R., Stewart M. Doctor-patient communication : the Toronto Consensus statement. *Br Med J* 1991;303:1385-1387.
- 3 - Rogers C. - Le développement de la personne. Ed. Dunod.
- 4 - Brown F. Counseling in practice. *Practical Diabetes Int.* 1996;13(6):191-194.
- 5 - Glasgow R.E., Anderson R.M. Moving from compliance to adherence is not enough. Something entirely different is needed. *Diabetes Care* 1999;22(12):2090-2091.
- 6 - Lorenz R.A., Bubb J., Davis D., et al Changing Behavior : Practical lessons from the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 1996;19:648-652.
- 7 - Rosenberg M. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). Ed. La Découverte.
- 8 - Williams S., Weinman J., Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction : a review. *Fam Prat* 1998;15:480-492.
- 9 - Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcome : a review. *CMAJ* 1995;152(9):1423-1433.

médicaux, l'annonce d'un diabète DID entraînait la panique. C'est peut-être pourquoi aujourd'hui encore certains DID n'osent pas avouer à des amis ou à des connaissances qu'il doivent se piquer avant les repas, phénomène sûrement renforcé par le fait que certains employeurs ou les assurances estiment devoir leur faire payer très cher leur état (refus d'embauche, surprimes, etc.).

Cela dit, le partage des connaissances et l'apprentissage de la prise en charge par soi-même correspondent-ils à ce que les patients attendent, au plus profond d'eux-mêmes, de leur médecin ? Certainement oui, au moins superficiellement pour tous ; sans doute non, au fond, pour un grand nombre d'entre eux. J'ai, en effet, tendance à penser que nombre de patients ne tiennent pas à être le plus autonomes possible, car l'un des bénéfices secondaires de la maladie, c'est la possibilité qui est offerte de régresser et de se faire prendre en charge.

Mais voyons d'abord comment se manifeste **la résistance aux apprentissages de l'autonomie**. Je connais plusieurs DID, dont la capacité de compréhension des phénomènes biologiques ne saurait être mise en doute compte tenu de leur métier (chercheurs) et de leur excellence dans ce métier, qui croient dur comme fer que l'hyper est moins grave que l'hypo et qui se maintiennent volontairement au-dessus des taux recommandés de glycémies ante- et post-prandiale. Je peux comprendre que quelqu'un dont la tête doit être toujours claire pour pouvoir faire preuve à tout instant de sa capacité de mémoire, d'élocution, en un mot de pensée, craigne d'être pris en flagrant délit d'hypoglycémie. On pourrait attendre d'eux qu'il « sachent » mais décident en toute connaissance de cause de transgresser. Or ils ont peut-être su (les séminaires dispensés dans les services de diabétologie à tous les nouveaux DID sont très pédagogiques), mais ils ne savent plus : ils sont persuadés d'avoir raison. Que peut faire le médecin face au déni ?

En sens inverse, d'autres DID peuvent adorer les hypos pour deux sortes de raisons : les unes conscientes, les autres inconscientes. Dans le premier cas, si elles restent peu profondes (0,45 - 0,60 g/l), elles sont l'occasion de manger la tartine de confiture dont ils ont été privée au petit déjeuner, et c'est là un aspect généralement assez bien maîtrisé, je pense, du plaisir de l'hypo. Dans le second, il s'agit de patients qui

## SANTÉ - ÉDUCATION 2003

# La relation médecin/patient DID : de la bonne distance

Depuis le milieu des années quatre-vingt, il est de bon ton de dire que les patients se sont emparés du « pouvoir » médical par le biais d'associations de malades, phénomène lié à la pandémie du sida. C'est sans doute oublier que depuis la fin des années quarante, les diabétiques, avec ou sans associations, ont été incités par les médecins eux-mêmes à gérer leur maladie (ou, plus exactement, leur état, comme on leur apprend à considérer le résultat de la disparition de leurs îlots de Langerhans) et que tout est fait de la part du milieu médical et hospitalier pour que les patients DID « deviennent leur propre diabétologue ».

Je ne suis pas historienne de la santé, mais je pense qu'il serait nécessaire de ne pas laisser traîner, dans le milieu des sciences sociales, l'idée que seule la mo-

bilisation des personnes atteintes (par le VIH) a transformé la relation médecin/malade au détriment de la « toute puissance » médicale. En l'occurrence, ce sont les médecins qui ont pris l'initiative d'avoir affaire à des patients conscients et actifs et cela à une époque où l'environnement était loin de favoriser la démocratisation de la relation médecin/patient.

Cependant, il est vrai qu'aucune mobilisation de diabétiques n'a donné la moindre visibilité à ce phénomène de partage des connaissances ; sans doute parce que, à l'époque, être diabétique avait encore partie liée avec, au mieux, de très graves effets secondaires et, au pire, la mort à brève échéance. Donc avec quelque chose d'indécent. Il y a encore dix ans, même dans les milieux