

Développement Humain, Handicap et Changement Social Human Development, Disability, and Social Change



Résilience et empathie : la cause commune des soignants et des soignés

Serge Tisseron

Volume 19, numéro 1, avril 2011

Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1087262ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1087262ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (imprimé)

2562-6574 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Tisseron, S. (2011). Résilience et empathie : la cause commune des soignants et des soignés. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 19(1), 43–50.
<https://doi.org/10.7202/1087262ar>

Résumé de l'article

Si nous considérons la résilience comme une aptitude que chacun possède à un degré ou à un autre, et qui cherche sa voie au travers des difficultés, l'une des façons de la favoriser – et peut être la meilleure – est d'écarter les obstacles qui empêchent son épanouissement. Or parmi ceux-ci, on trouve une certaine idée de ce qu'est la souffrance, la maladie, mais aussi... la résilience.

Nous envisagerons quelques-uns des pièges qui empêchent d'accompagner les patients et malades sur ce chemin, depuis une certaine conception du traumatisme et de ses effets jusqu'à la place des processus de symbolisation privilégiés par chacun.

Nous accorderons une place toute particulière à l'empathie, envisagée non pas comme une capacité cognitive qui permet de comprendre le contenu mental d'autrui, sur le modèle de la théorie de l'esprit, mais comme une forme de relation qui fait une place à la réciprocité : accepter l'idée que la souffrance ou l'anomalie du patient ait été ou puisse être présente dans une certaine mesure chez nous aussi.

Tous droits réservés © Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2011

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Résilience et empathie : la cause commune des soignants et des soignés

SERGE TISSERON

Psychiatre, psychanalyste, Directeur de Recherches à l'Université Paris Ouest Nanterre

Article original • Original Article

Résumé

Si nous considérons la résilience comme une aptitude que chacun possède à un degré ou à un autre, et qui cherche sa voie au travers des difficultés, l'une des façons de la favoriser – et peut être la meilleure – est d'écarter les obstacles qui empêchent son épanouissement. Or parmi ceux ci, on trouve une certaine idée de ce qu'est la souffrance, la maladie, mais aussi... la résilience.

Nous envisagerons quelques-uns des pièges qui empêchent d'accompagner les patients et malades sur ce chemin, depuis une certaine conception du traumatisme et de ses effets jusqu'à la place des processus de symbolisation privilégiés par chacun.

Nous accorderons une place toute particulière à l'empathie, envisagée non pas comme une capacité cognitive qui permet de comprendre le contenu mental d'autrui, sur le modèle de la théorie de l'esprit, mais comme une forme de relation qui fait une place à la réciprocité : accepter l'idée que la souffrance ou l'anomalie du patient ait été ou puisse être présente dans une certaine mesure chez nous aussi.

Mots-clés : Résilience, empathie, souffrance

Introduction

Dans une institution soignante, les soignants et les soignés sont chacun confrontés à des situations de stress et d'isolement qui menacent leur capacité de résilience.

Commençons par les soignants. Leur activité professionnelle les soumet à des formes particulières de traumatisme comme le refus de soin, la pathologie mentale ou encore la mort des patients qu'ils ont en charge. Toutes ces situations peuvent affecter gravement leur estime de soi et donc leurs motivations et leur capacité de résilience. En outre, il arrive que les soignants aient des pensées et des émotions en contradiction avec le cadre de référence de l'institution, voire avec leur propre morale. Ces pensées sont souvent vécues douloureusement par les soignants, et elles peuvent engendrer une rigidité de leurs pratiques, et finalement entraîner une baisse de résilience.

Les soignés, quant à eux, sont confrontés à la fois à l'expérience de la maladie et à celle du soin. La maladie est bien sûr une source de stress et de réaménagements psychiques intenses. Mais l'expérience du soin, sans forcément être traumatique, bouleverse les repères habituels de ceux qui en bénéficient, voire les déroute.

Comment favoriser la résilience des uns et des autres ? Nous savons aujourd'hui que la capacité de résilience est facilitée par la possibilité de s'approprier ses expériences subjectives du monde. Cette appropriation augmente en effet la confiance en soi et la qualité de l'attachement, aspects qui ont tous deux des effets positifs sur la résilience.

Mais comment favoriser cette appropriation subjective, tant de la part des soignants que des soignés ? Cela ne peut se réaliser que dans une expérience intersubjective qui valide et authentifie les expériences personnelles de chacun. Or, la forme la plus complète d'expérience intersubjective correspond à ce que l'on appelle couramment l'empathie. Nous faisons

l'hypothèse que l'empathie est la condition de la résilience, aussi bien chez les soignants que chez les soignés, et entre eux. Mais cela a une conséquence essentielle, c'est de nous obliger à penser ensemble la résilience des soignants et celle des soignés.

Dans ce qui suit, je définirai d'abord l'empathie. Puis j'envisagerai les pensées et les émotions que les soignants ont de la peine à élaborer et qui risquent de les fragiliser si elles ne trouvent pas un terrain où être partagées et détoxiquées. Enfin, j'aborderai la question de l'élaboration de l'expérience subjective de leur maladie par les soignés.

1. L'empathie

La notion d'empathie a été proposée par Théodore Lipps au XIXe siècle pour fonder une nouvelle psychologie qui prendrait en compte la sensori-motricité, elle est toutefois tombée en désuétude au XXe siècle du fait de l'importance exclusive donnée au langage, et cela malgré l'intérêt que lui portait Freud. C'est dans les années 1960 que l'empathie a retrouvé toute sa place, à la fois dans l'approche de Carl Rogers puis dans celle du psychanalyste Heinz Kohut. L'intérêt pour l'empathie est actuellement relancé par les découvertes en sciences cognitives et par la mise en évidence du rôle de l'imitation dans le développement du bébé (imitation motrice, imitation émotionnelle, attention conjointe, imitation verbale). Elle a aussi une place en éthologie : l'empathie est essentielle dans le monde animal, notamment chez les mammifères.

Bien qu'elle soit souvent confondue avec la sympathie, la compassion et l'identification, l'empathie en est très différente. Dans la sympathie, on partage non seulement les mêmes émotions, mais aussi les mêmes valeurs, ce à quoi renvoie le mot « sympathisant ». Dans la sympathie, on partage les objectifs et les idéaux de l'autre, ce qui n'est pas le cas dans l'empathie.

La compassion, elle, met l'accent sur la souffrance. Elle est inséparable de l'idée d'une victime et du fait de prendre sa défense contre



une force hostile, voire une agression humaine. Son principal danger est qu'elle fait peu de place à la réciprocité, et s'accompagne même parfois d'un sentiment de supériorité.

Quant à l'identification, elle n'est que le premier degré de l'empathie, qui en comporte trois. L'empathie peut en effet être représentée sous la forme d'une pyramide constituée de trois étages superposés, correspondant à des relations de plus en plus riches, partagées avec un nombre de plus en plus réduit de gens.

Le premier étage de l'empathie est l'identification

Elle consiste à comprendre le point de vue de l'autre (c'est l'empathie cognitive) et ce qu'il ressent (c'est l'empathie émotionnelle). « S'identifier » ne signifie pas que l'on se mette totalement à la place de l'autre, mais qu'une résonance s'établit entre ce que l'autre éprouve et pense, et ce que l'on éprouve et pense soi-même. L'identification ne nécessite pas de reconnaître à l'autre la qualité d'être humain. On peut s'identifier à un héros de dessin animé ou de roman que l'on ne fait qu'imaginer. On peut s'identifier à quelqu'un sans le regarder, et sans même qu'il s'en aperçoive. Je peux, par exemple, me mettre à la place du serveur qui m'apporte mon repas au restaurant et lui donner un pourboire parce que je pense que, à sa place, cela m'apparaîtrait normal, sans pour autant le regarder ni rien lui manifester. La première marche de l'empathie est unilatérale.

Le deuxième étage de l'empathie est la reconnaissance mutuelle

Elle fonde la réciprocité. Non seulement je m'identifie à l'autre, mais je lui accorde le droit de s'identifier à moi, autrement dit de se mettre à ma place et, ainsi, d'avoir accès à ma réalité psychique, de comprendre ce que je comprends et de ressentir ce que je ressens.

Cette reconnaissance renvoie à l'expérience du miroir. Elle implique un contact direct ainsi que tous les gestes expressifs, tels que le sourire, le regard croisé et les expressions fa-

ciales, par lesquels j'atteste accepter de faire de l'autre un partenaire d'interactions émotionnelles et motrices. Inversement, l'absence de cette médiation expressive revient à nier l'existence de l'autre.

La reconnaissance mutuelle a trois facettes : reconnaître à l'autre la possibilité de s'estimer lui-même comme je le fais pour moi (c'est la composante du narcissisme); lui reconnaître la possibilité d'aimer et d'être aimé (c'est la composante des relations d'objet); lui reconnaître la qualité de sujet du droit (c'est la composante de la relation au groupe).

C'est cette reconnaissance mutuelle, comme l'a montré Emmanuel Levinas (Levinas 2004), qui permet de concilier asymétrie et réciprocité.

Cette acceptation de la réciprocité peut évidemment mobiliser d'importantes angoisses liées aux premières années de la vie : angoisses d'intrusion, de manipulation et de contrôle par autrui. En outre, l'empathie est menacée par le désir d'emprise. Ces deux raisons peuvent nous amener à retirer certains de nos semblables du bénéfice de notre empathie. Seul subsiste alors, avec eux, le fait que nous puissions nous identifier à eux, éventuellement pour les manipuler.

Enfin, le troisième étage de l'empathie est l'intersubjectivité

Elle consiste à reconnaître à l'autre la possibilité de m'éclairer sur des parties de moi-même que j'ignore. C'est, bien sûr, le cas de celui qui consulte un thérapeute, mais c'est heureusement une situation que l'on peut rencontrer dans une relation amicale ou amoureuse. Alors les barrières tombent... C'est ce que je nomme l'« empathie extimisante », pour la rapprocher de la notion d'extimité que j'ai développée depuis 2001. Dans l'empathie extimisante, il ne s'agit plus seulement de s'identifier à l'autre, ni même de reconnaître à l'autre la capacité de s'identifier à soi en acceptant de lui ouvrir ses territoires intérieurs, mais de se découvrir à travers lui, différent de ce que l'on croyait être, et de se laisser transformer par cette découverte.

Cette empathie complète nécessite d'être capable d'entrer en résonance avec un autre sans s'en sentir menacé. En effet, admettre que l'autre a la capacité de m'informer sur moi-même, c'est lui reconnaître la possibilité d'établir sur moi une emprise. Évidemment, seules les personnes capables de faire confiance et de s'imaginer changer vivront cette forme complète d'empathie. Les autres en auront peur et se replieront sur les formes d'empathie moins complètes, ne mobilisant aucune menace et, surtout, sur la première, n'impliquant que l'identification, parce qu'elle autorise toutes les formes de manipulation.

2. La résilience des soignants à l'épreuve des pensées qui font honte

En plus des situations de stress qui les fragilisent, il arrive que des soignants éprouvent des émotions et des pensées qui leur font honte. En pratique, il s'agit le plus souvent des émotions suivantes :

- se sentir supérieur à un patient;
- se sentir haïr un patient;
- s'angoisser de vivre un jour un état de dépendance semblable au leur (De telles pensées sont en général très mal vécues et entraînent une attitude défensive.)
- le sentiment de supériorité vis-à-vis d'un patient engendre une attitude défensive de pitié et de compassion à son égard
- un sentiment de haine engendre une attitude défensive qui s'exprime sous la forme d'un fantasme de sauvetage.
- l'angoisse d'être un jour soi même dépendant engendre une attitude défensive qui consiste à vouloir à tout prix faire de la personne handicapée un héros.

A. Se penser supérieur : la réponse de la pitié et de la compassion

1.1 L'angoisse de se penser supérieur

Chacun se pose à un moment ou à un autre la question de sa propre valeur : « Qu'est ce que

je vaudrais ? » Et pour y répondre, nous disposons de deux moyens. Le premier consiste à comparer ce que nous sommes avec ce que nous aimerions être. Mais cela tourne si souvent à notre désavantage que nous sommes tentés d'utiliser un autre moyen. C'est de mesurer l'écart que nous imaginons entre les autres et nous. Nous nous persuadons d'avoir un « plus » et nous nous convainquons vite que les autres auraient un « moins ». Par exemple, nous nous disons qu'à la place de certains malades, nous supporterions mieux l'épreuve qu'eux¹ (Richardson, 2002).

Le problème est que ce sentiment de supériorité vis-à-vis des malades se teinte facilement de culpabilité. Alors, nous le travestissons en pitié et en compassion.

1.2 La réponse de la pitié et de la compassion

Ces sentiments font du bien à ceux qui les éprouvent. Grâce à eux, ils se sentent généreux. Mais ceux qui ont à subir cette pitié la perçoivent plutôt mal. Ils la vivent comme une manière pour leur interlocuteur (et éventuellement leur médecin) de les infantiliser, et ils ont raison.

Pourtant, il ne servirait à rien de condamner ce sentiment. Le seul moyen d'y mettre fin, c'est de comprendre qu'il trouve son origine dans une vision purement quantitative de la valeur. Chacun serait « plus » ou « moins », et jamais « différent ».

Le reconnaître, c'est aussi accepter la maladie comme une composante normale de la vie. Mais cela suppose d'accepter notre vulnérabilité et de renoncer à tout idéal de perfection.

¹ De ce point de vue, la première théorie de la résilience, celle qui en faisait une qualité individuelle, ont fait courir le risque de diviser l'humanité en deux : ceux qui posséderaient cette fameuse qualité... et les autres. Avec le danger d'accabler encore plus ceux qui ne parviendraient pas à surmonter leurs difficultés parce qu'ils seraient dénués de « résilience » (Glenn E. Richardson, *The Metatheory of Resilience and Resiliency, Journal of clinical psychology*, vol.58, (3), 307-321 (2002).



B. La haine du malade : le fantasme de Zorro

2.1 L'angoisse de la haine du malade

A la question : « Avons-nous le droit de haïr les malades? », tous les soignants, bien sûr, vous répondront non. Et pourtant, soyons sincères : il peut arriver que nous haïssions des personnes que nous aimons sincèrement, notamment parmi nos proches. C'est la preuve que ces deux sentiments ne s'excluent pas. Mais souvent, la difficulté est de le reconnaître. Et cette difficulté est d'autant plus grande que les personnes que nous haïssions nous semblent plus fragiles ou plus vulnérables. Et c'est bien sûr le cas des malades. Cela peut arriver lorsque l'un d'entre eux nous semble trop exigeant, envahissant, qu'il ne semble pas coopérer à son traitement ou encore qu'il fait des choix que notre morale réprouve.

2.2 Le fantasme de Zorro

Le soignant qui éprouve de la haine face à un malade va évidemment tenter de se cacher de ce sentiment. Et pour cela, il peut essayer de se convaincre que ce n'est pas lui qui l'éprouve, mais les autres ! Le soignant s' imagine alors parfois comme un sauveur. Il pense : « Ne vous inquiétez pas, je ne suis pas comme les autres. Grâce à moi, vous allez être enfin guéri ». C'est ce qu'on peut appeler le fantasme de sauvetage, ou encore le fantasme de Zorro.

Ce mécanisme n'a pas que des aspects négatifs. Il s'accompagne d'une idéalisation des capacités du malade de guérir... et d'une idéalisation de nos propres capacités à l'aider. Cela nous rend optimiste et entreprenant. Mais ce fantasme de sauvetage présente pourtant deux risques. Le premier est de ne pas prendre le temps d'écouter le malade. Nous le guérirons, un point, c'est tout ! Pourtant, certains d'entre eux - notamment ceux qui sont atteints de maladie grave, préfèrent parfois qu'on les laisse mourir tranquillement... Le second danger de cette attitude est de dévaloriser – voire de culpabiliser - tout ce qui a été fait pour le malade avant nous. Cette attitude menace de ruiner la

confiance que le malade portait dans ses interlocuteurs habituels... et par ricochet, celle qu'il nous porte ! Tous les soignants sont menacés par ce processus : dénigrer et dévaloriser les activités des autres intervenants, et se surévaluer soi-même dans l'idée de ce qu'ils peuvent apporter à leurs patients.

Pour éviter de développer un tel complexe de réparation ou de sauvetage, qui exorcise le mal en le projetant sur d'hypothétiques adversaires et célèbre les victimes, il nous faut reconnaître notre ambivalence face aux malades. Nous éprouvons de l'empathie pour eux, certes, mais aussi parfois de la haine... Et encore une fois, l'un n'empêche pas l'autre. C'est la vie !

C. L'angoisse de la dépendance : la réponse de l'héroïsation

3.1 L'angoisse de la dépendance

Une troisième difficulté rencontrée dans nos relations avec les personnes handicapées concerne la situation de dépendance où elles sont très souvent. Nous nous demandons : « Est-ce que moi, je supporterais une pareille dépendance ? » Là encore, l'ambivalence est au rendez-vous. Nous n'aimerions pas être à leur place, et en même temps, nous aimerions parfois qu'on s'occupe de nous comme nous nous occupons d'elles, et mieux encore ! Mais ce désir nous angoisse parce qu'il suscite la terreur d'être réduit à l'état d'un objet passif et manipulable.

La valorisation de l'indépendance, qui marque notre culture, n'est pas seulement affaire d'idéologie. C'est un désir chevillé à notre histoire. Tout petit, nous avons tous été totalement dépendants de notre environnement pour être nourri, protégé du froid et des accidents, aller d'un lieu à un autre... Nous avons grandi, mais ce moment de notre histoire continue à nous habiter. Nous rêvons d'une dépendance merveilleuse où tous nos désirs seraient satisfaits, et en même temps nous sommes terrorisés à l'idée que cette dépendance serait l'occasion pour quelqu'un de mal intentionné à notre égard de nous imposer sa volonté. Du coup, nous essayons de nous masquer cette



ambivalence par un mécanisme d'idéalisation. Nous faisons de la personne handicapée un héros.

3.2 La réponse de l'héroïsation

Pour échapper à ce danger, il nous faut accepter de reconnaître que « la maturité, ce n'est pas d'être indépendant, c'est d'accepter d'être dépendant de ceux qui nous font du bien », comme le disait justement Michael Balint. Bref, pour lutter contre l'angoisse de dépendance que suscitent les malades, il nous faut renoncer à ériger l'indépendance en valeur absolue.

Je propose même de faire encore un pas de plus. La maturité, c'est aussi accepter d'être dépendant de toutes les machines qui nous entourent et nous accompagneront de plus en plus tout au long de notre vie. Ce que les personnes handicapées nous apprennent, c'est aussi cela. Diverses prothèses font battre leur cœur, nettoient leur sang, leur permettent de se déplacer, de s'alimenter et de se faire comprendre. Cessons de les regarder avec à l'esprit une nostalgie terrifiée de la dépendance où nous avons été à l'aube de notre vie. Elles nous invitent aussi à porter un regard différent sur notre avenir et sur la place de plus en plus grande qu'y prendront les prothèses de toutes natures.

3. Favoriser l'appropriation subjective de leurs expériences par les soignants

Ces pensées qui peuvent faire honte aux soignants sont normales. Mais ceux qui les éprouvent tentent très souvent de se les cacher à eux-mêmes. Le problème est qu'ils risquent alors de développer des défenses rigides qui vont s'avérer coûteuses à terme, en provoquant une baisse de motivation, puis une dépression. En effet, le soignant qui est mû par une formation réactionnelle a toujours l'impression de ne pas en faire assez. Son objectif n'est plus de soigner mieux, mais d'expier ses pensées coupables. Du coup, il a l'impression de ne jamais en faire assez. Il s'ensuit une sensation d'inefficacité, une dégradation de l'estime de soi et un risque de dépression. La

capacité de résilience de tels soignants est fragilisée.

Comment réduire ce danger ? De deux façons.

Accepter la diversité des chemins de reconstruction après un traumatisme

D'abord, il nous faut accepter que les chemins de reconstruction après un traumatisme empruntent des chemins imprévisibles et multiples. La reconstruction après un traumatisme est en effet comparable à ce qui se passe dans la nature après un incendie de forêt. La végétation se reconstitue d'abord dans un enchevêtrement de pousses concurrentes et complémentaires. C'est la même chose après un traumatisme physique et/ou psychique. Plusieurs comportements peuvent se mettre en place, dont seulement certains subsisteront plus tard. Par exemple, des comportements sadomasochistes, ou des conduites à risque

Pour qui veut s'occuper des malades graves, il est donc essentiel d'être capable de renoncer à tout jugement moral sur les comportements par lesquels ils tentent de reconstruire leur personnalité endommagée.

Mais il est tout aussi essentiel de valoriser les comportements qui font courir aux patients le minimum de dangers à eux-mêmes et à leurs proches. Les comportements à risque et les diverses formes de sublimation réussies, pour ne prendre que ces deux situations extrêmes, sont chacune des attitudes qu'on peut considérer comme des formes de « résilience ». Mais les premiers font courir des dangers tandis que les seconds permettent aux proches d'augmenter leurs propres possibilités de sublimation.

Savoir encourager les comportements adaptatifs qui vont dans le sens d'un accroissement de la sociabilité et des défenses du groupe est la seule chose que les soignants peuvent faire. Mais il faut sur ce chemin renoncer à l'idée d'être tout puissant... Certains patients ne peuvent se « motiver » à guérir qu'en passant - au moins provisoirement - par des comportements que la morale réproouve.

Accepter les pensées qui font honte comme des composantes normales de l'attitude de soin.

Nous devons apprendre à les accepter, et nous le ferons d'autant mieux que nous serons capables de faire la différence entre faire et penser. En effet, nous nous n'avons pas le droit d'être violents, méprisants ou excluant avec les patients, mais nous avons le droit d'éprouver et de penser violent, méprisant, et excluant.

C'est pourquoi il est utile qu'il existe dans les institutions des espaces de réunion où les pensées proscrites puissent être discutées et confrontées. Un lieu dédié aux enjeux psychiques et institutionnels de la maladie et du handicap.

En effet, reconnaître ces émotions et ces pensées n'est pas seulement une façon de reconnaître la complexité émotionnelle des situations de soin. C'est aussi accepter que les patients nous apprennent quelque chose sur nous. C'est fonctionner dans l'empathie du troisième niveau, celle qui inclut la possibilité pour l'autre de me faire découvrir des choses sur moi-même qui m'étaient jusque-là inconnues.

4. Favoriser l'appropriation subjective de leurs expériences par les soignés

Il est nécessaire de créer des espaces dans lesquels les soignants et les soignés puissent avoir des activités partagées dans lesquelles puissent se créer des relations de réciprocité. En voici un exemple. Dans le service de diabétologie de la pitié Salpêtrière, il existe une activité théâtre dans laquelle des malades hospitalisés sont invités, à tour de rôle, à écrire une courte scène de théâtre que des acteurs professionnels jouent devant les soignants. Le malade est à la fois l'écrivain de ce texte et son metteur en scène, aidé par un metteur en scène professionnel. Il est celui qui raconte ses soins, de telle façon qu'une relation de réciprocité s'établit entre les soignants et lui.

En même temps, les soignants sont émus par les textes écrits et joués par les soignés. Ils apprennent à voir le fonctionnement du service avec d'autres yeux à travers l'image qu'en

donnent les soignés. Ceux-ci leur proposent en effet un miroir d'eux-mêmes qu'ils sont invités à accepter en venant à ces rencontres théâtrales. En même temps, la possibilité pour les soignants d'échanger des émotions et des images à l'occasion de ces représentations renforcent leur lien d'empathie entre eux. L'isolement des soignés est rompu. Ainsi la capacité d'empathie des soignés entre eux et des soignants entre eux se trouve-t-elle renforcée en même temps que la capacité d'empathie des soignants et des soignés entre eux l'est également.

En conclusion

Nous avons eu jusqu'ici trop tendance à envisager la résilience des soignants et celle des soignés comme deux problèmes distincts appelant des solutions distinctes. Je vous propose de les penser comme deux facettes d'un même problème. C'est l'institution de soin dans son ensemble, en tant qu'elle réunit les soignants et les soignés, qui doit être pensée du point de vue de la résilience : une résilience non plus individuelle, mais mutuelle et réciproque.

Références

- LEVINAS, E. (2004). «Autrement qu'être ou Au-delà de l'essence», Collection Biblio Essais, *Le livre de Poche*
- RICHARDSON, G.E. (2002). «The Metatheory of Resilience and Resiliency», *Journal of clinical psychology*, vol.58, 3, 307-321.

