

## Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression

### Correspondance

F. Bourdeaut,  
à l'adresse ci-contre.  
e-mail : Franck.bourdeaut@curie.fr

**F. Bourdeaut**

Département de Pédiatrie, 8 rue Thuillier, Institut Curie, 75005 Paris.

### Résumé

L'oncologie pédiatrique expose itérativement les soignants à des émotions intenses. Nées de l'attachement aux enfants et leurs familles, ces émotions sont aussi la réponse socialement adéquate au scandale de la souffrance de l'Enfance. La capacité maintenue à s'émouvoir apparaîtra comme le garant de l'« humanité » du soignant. Cependant, son rapport aux émotions est complexe, soumis à des considérations psychologiques ou déontologiques contradictoires. La répression des émotions paraît traditionnellement requise à une prise de décision sereine et objective. Elle assurerait également l'intégrité relationnelle du soignant, indispensable à sa disponibilité pour tous. Elle serait enfin une condition indispensable à l'équilibre psychologique personnel et collectif, protégeant de l'épuisement professionnel. Mais ne pas interroger ce contrôle des émotions risquerait de légitimer les procédures d'évitement excessives mises en place pour leur échapper ; technicisation ou fuite réelle accentuent alors la solitude des soignés. Erigée en pratique déontologique, cette distance tend à limiter l'expression éminemment personnelle des relations et alimenter une culpabilisation issue de la normalisation faussement sécurisante des conduites. Enfin, occulter le sens de ces émotions est l'occasion manquée de révéler que la relation de soins est fondamentalement rencontre de deux vulnérabilités. Loin de l'impudeur ou de la mise en scène, les émotions, marques parmi d'autres d'une empathie sincère, dimensionnées à notre rôle, dans l'exacte mesure de leur passivité, seraient donc une occasion précieuse de nous rappeler l'origine et la finalité de la relation de soins.

**Mots-clés :** émotion - distanciation - oncologie - pédiatrie

« Certaines professions exigent dans leur pratique une solide maîtrise de soi pour ne pas se laisser emporter dans la douleur de l'autre et maintenir jusqu'au bout l'attitude adéquate sans tomber dans l'indifférence ou la routine » [1]. Nul doute qu'il s'agit là d'un défi éthique crucial pour les soignants à la recherche d'une juste place et d'une attitude adaptée, tenant compte d'une exigence professionnelle autant que d'une réelle et sincère empathie. S'en remettant à la définition tridimensionnelle que donne Paul Ricœur de l'éthique – « vivre bien/avec et pour autrui/dans des institutions justes » [2] – la place que nous laissons à nos émotions dans la relation singulière du soin mérite bien d'être revisitée.

S'il semble que l'expression des joies ait quelque peu échappé à la répression à laquelle elles ont longtemps été soumises – dans une mesure très prudente néanmoins pour ce qui concerne notre cadre professionnel –, il reste tout au moins une grande réserve si ce n'est un profond malaise quant à l'expression de nos tristesses. Pourtant, joies et tristesses accidentent quotidiennement, et de quelle façon, le parcours que suivent les personnes soignées et leurs familles. L'environnement extraordinairement émotionnel de certaines pratiques du soin ne peut qu'indiscutablement perturber l'économie affective des soignants, qui soumettent alors leurs propres émotions à des considérations présumées psychologiques ou déontologiques, potentiellement contradictoires. En quoi l'expression de ces émotions, ou tout au contraire leur mise à distance, mettent-elles en péril, en participant à une certaine représentation collective de « l'institution juste » qu'est la relation de soin, notre « vivre bien » et notre « vivre ensemble » ? C'est en partant de mon expérience de pédiatre dans les services

## Summary

### Emotions and the health care relationship: from the roots of repression to the stakes of expression

F. Bourdeaut. *Ethique & Sante* 2006; 3: 133-137

Health care workers caring for pediatric patients with cancer are exposed to intense emotions. Arising from an attachment to the children and their families, these emotions are also a socially adequate response to the scandal of childhood suffering. For the health care worker, such emotional involvement is essential because maintaining the capacity to have emotions maintains the humanness of health care. Nevertheless, the health care worker has to cope with contradictory psychological and deontological considerations and thus develops a complex relationship with such emotions. Repressing emotions has traditionally been a prerequisite to serene objective decision making. Such emotional repression is also the means by which the health care worker maintains the relational integrity necessary for responding to the needs of many patients. Repressing emotions would also be indispensable for maintaining psychological balance both for the individual health care worker and for the health care staff, a necessary protection against burn-out. However, avoiding the question of how health care workers control their emotions would increase the risk of accepting excessive avoidance behavior; technicizing health care or real avoidance could accentuate the health care worker's solitude. Accepted as standard behavior among health care workers, keeping one's distance tends to limit the expression of one's eminently personal relations and accentuates the guilt feeling arising from a false normalization of behavior. Finally, if health care workers deny the true meaning of their emotions, they will miss a unique opportunity to discover that the health care relationship is fundamentally an encounter between two vulnerabilities. Far from being uncouth or theatrical, emotional involvement is one of many landmarks of sincere empathy. Considering health care workers' active role in providing care and relief and measuring the reality of their passive involvement offers a precious occasion to recall the origin and the finality of the health care relationship.

**Key words:** emotion - removal - oncology - pediatrics

d'oncologie que je souhaite alimenter cette réflexion.

## L'enfant, l'enfance et la maladie : une « convocation » aux émotions

L'oncologie pédiatrique se situe en effet au carrefour de deux disciplines médicales à forte potentialité émotionnelle : l'oncologie, en tant que pratique où annonce diagnostique, rechutes, accompagnement à la fin de la vie représentent autant de violences à dire, à vivre, à porter, et la pédiatrie, en tant que médecine des enfants dont on connaît le pouvoir extraordinaire de nous émouvoir. « *Les enfants quand ils sont malades, sont plus malheureux que tout au monde et plus touchants. Parce que nous sentons et qu'ils sentent bien que c'est une diminution de leur enfance* » [3].

**Notre attachement aux enfants, nourriture première de nos émotions, est autant un lien attendri avec une petite personne qu'avec l'Enfance toute entière.**

Ne serait-ce pas cette Enfance scandaleusement touchée par la maladie qui nous a poussés, dans une émotion originelle, à nous engager dans ce métier ? Cette émotion originelle est renouvelée à chaque histoire que nous croisons. Elle se nourrit alors de l'attachement irrépressible que suscitent les enfants par leur nature autant que par leur personnalité ; communicatifs dans la joie, ils le sont tout autant dans une tristesse qui nous bouleverse. Même dans cette relation professionnelle, l'attachement à un enfant, plus qu'avec tout autre patient, est naturel, échappant à toute réprobation, admis si ce n'est souhaitable.

Sans minimiser la part essentielle de cet élan d'affectivité, il convient de prendre conscience aussi que cette émotion singulière est habillée d'une émotion culturelle. Celle d'abord de la représentation du soignant idéal qui nous travaille et que l'on attend de nous. L'émotion manifestée est pour les familles l'expression rassurante de nos compétences, non plus seulement techniques, mais humaines ; elle garantit que c'est une humanité sincère qui s'engage à reconforter. Le travail de notre propre représentation du soignant impose que nous nous maintenions bouleversés par ce scandale pour répondre à cette émotion originelle et à cet idéal généreux, afin de ne décevoir ni nos aspirations sur nous-mêmes, ni les attentes des personnes soignées. L'absence d'émotions *a contrario*, un visage qui reste de marbre stigmatisé par le terme commun d'« endurcissement », sont vécus comme une réduction désolante de la sollicitude requise, peut-être même comme une insulte. Au-delà même du cercle de soin, notre émotion répond de plus à une attente sociale ; notre entourage ne manque pas de souligner pour nous combien notre pratique doit être émotionnellement intense. Selon le constat de David Lebreton, « *en prodiguant les signes apparents d'une émotion, l'individu se coule au sein des attentes collectives ou construit son personnage de manière appropriée à ses intentions. Il est difficile aux personnes concernées de ne pas déployer aux yeux des autres les émotions qui s'imposent socialement* » [1]. Ce n'est pas qu'un idéal de soignant mais un idéal d'humanité qui nous maintient en alerte contre toute banalisation du scandale de la maladie des enfants et qui nous rappelle à notre devoir de solidarité dans la douleur. Émotion spontanée née de l'affection, représentation idéale du soignant, adéquation sociale, voilà au moins trois niveaux qui nourrissent l'expression de nos émotions dans ce contexte professionnel.

## Prise de décision et émotions

Pourtant nous évoluons dans la norme implicite mais solidement ancrée de la « juste distance ». Cette juste distance se fonde sur des principes d'ordre historique et civilisationnel autant qu'éthique et psychologique.

Le premier principe prend sa source dans le conflit irrécyclable depuis l'Antiquité entre affects et raison. Platon dans sa République fustige les poètes qui tentent d'affaiblir la pensée de la cité en la dévoyant vers les émotions, sources de violences et forme insidieuse d'esclavage [4]. Kant prolonge cette idée que « *l'émotion porte (...) une atteinte momentanée à la liberté et à l'empire de soi* » [5] ; l'émotion est réduite à une « ivresse », état préliminaire à la servitude totale à laquelle soumettent les passions, tandis que « *la raison fait appel à la liberté interne* ». Spinoza (livres IV et V de *l'Éthique*) exalte un amour qualifié d'intellectuel, comme pour tempérer l'efficacité ou la légitimité du sentiment dans l'agir par sa mise sous contrôle de la raison [6]. Après simplification, cette juxtaposition contradictoire des sentiments et de la raison installe en réalité un conflit durable entre l'« agir » et le « pâtir », l'« action » et la « passion », et, extrapolant jusqu'au registre thématique qui nous intéresse directement, les dispositions de l'« agent » et celles du « patient ». Cette réprobation des émotions par toute une pensée occidentale au moment où seule doit régner la raison s'est aussi traduite dans une interprétation pathologisante des émotions. « *On a accordé de tout temps aux émotions un rôle dans le développement et la création des psychoses (...). Il semble actuellement qu'une émotion ne suffise pas à elle seule à créer une psychosedurable, mais les émotions violentes ou successives peuvent développer des troubles mentaux graves et persistants* », peut-on encore lire dans une édition de 1924 de l'Encyclopédie Larousse Médical. Si cette représentation des émotions comme un danger pour la santé mentale semble dater, il en reste des vestiges qui justifieraient une méfiance vis-à-vis d'elles comme une hypothèse sur la capacité de raisonner en pleine possession de ses moyens. La prolongation actuelle de cette représentation pourrait s'exprimer en ces termes : empêtré dans ses émotions, l'homme contemporain ne serait plus exposé au risque de devenir « possédé », mais au contraire « dépossédé » de son sens critique. « *Pris au piège de la compassion* », écrit Norbert Elias, *l'individu affecté voit réduire ses chances de mettre le processus critique sous*

*contrôle* » [7]. Cette mise à distance des émotions s'applique alors à tous les champs de décision. La tradition de pensée médicale n'échappe pas à ce conflit entre décision et émotion. Galien, figure emblématique de la médecine antique puis occidentale, décrit les émotions comme une maladie de l'âme par le désordre qu'elles entraînent sur la raison, tandis que Sir William Osler au 19<sup>e</sup> siècle exalte l'image du médecin « *serein, imperturbable et objectif* » [8]. Cette méfiance vis-à-vis des émotions, susceptibles d'entamer la prise de décision, trouve son expression dans cette formule laconique prêtée à Spinoza : « *Nirireni pleurer, seulement comprendre* ».

### La « juste distance » constituerait, en ces termes, l'approche la plus professionnelle des patients.

Mais la justification éthique d'une distanciation ne peut se limiter à ce long héritage. D'abord parce que des figures emblématiques ont su incarner une mise en œuvre de l'émotion dans leur pratique du soin sans réduire leur efficacité, puisant dans un idéal compassionnel opérant, sur lequel nous reviendrons. Sous un jour plus scientifique, des travaux récents des sciences neuro-cognitives ont mis à mal cette dichotomie entre décision et émotion. Antonio Damasio, en analysant les comportements de patients atteints de lésion cérébrale les amputant de toute faculté émotionnelle, a observé une perte simultanée des capacités à prendre une décision [9]. Émotion et décision sont alors topographiquement réunies d'un point de vue anatomique, mais aussi redéfinies physiologiquement comme indissociables, deux signaux interdépendants de nature biologique identique. Sans accorder une place excessive à de tels travaux dont le risque réductionniste reste entier, ces données permettent néanmoins d'entamer une révolution conceptuelle dans le rapport entre décision et émotion. Si décision et émotion font appel aux mêmes ressorts biologiques, si ce qui se met en marche dans le processus décisionnel est à ce point pétri des mêmes schémas et dans

une relation de dépendance vis-à-vis des facultés affectives, émotion et décision deviennent une variation sur un même thème, une combinatoire différente d'éléments semblables. Leur distinction semble alors plus floue, leur nature irrécyclable plus artificielle. Ce qui découle de telles observations, au-delà d'une information objective à qualité scientifique, c'est une autorisation rationnelle à penser en état d'émotion.

## Déontologie de la distanciation

Plus que la préservation de notre jugement aux fins d'un meilleur service rendu, ce serait alors notre capacité constante à nous adapter aux émotions successives, celles qui jalonnent une journée ou une semaine de soins, qui constituerait l'enjeu le plus éthique de cette juste distance... « *L'exclusivité d'une émotion ne soumet-elle pas en effet au péril d'une impossibilité de trouver chez autrui un accueil pour ses émotions parce que précisément il est accaparé par des émotions contradictoires et incompatibles avec elles ?* » [10]. Si la bienveillance requiert l'écoute, cette dernière exigerait une disponibilité entière, inaltérable, s'accordant bien mal avec un trop-plein d'émotions. L'exclusivité de nos émotions ne ménagerait pas de place suffisante pour entendre pleinement toutes celles qui nous sont confiées, dans leur variété de nature et d'intensité. Plus encore, l'égard que nous portons aux situations par nature fragiles des personnes soignées exige que rien de leur joie, de leur légèreté ou de leur peine ne soit grevé ou froissé par le poids de nos propres états d'âmes. Les « émotions nosocomiales », dans une logique hygiéniste d'actualité, imposeraient un lavage soigneux de nos affects pour ne rien transmettre d'inopportun venu d'ailleurs aux enfants soignés ou à leur famille.

Mais la raison la plus essentielle de cette juste distance, la plus moderne aussi sans doute, consiste en une mesure de *protection* contre l'usure de l'épuisement professionnel [11]. C'est sans doute l'écueil essentiel que celui de se « brûler les ailes » dans un investissement émotionnel trop entier, source d'une préoccupation et d'une rumination dévitalisante. La « juste distance » prend alors racine dans une prise en compte de la générosité émotionnelle du soignant,

coupant ainsi court à toute accusation de promotion de l'indifférence ; mais elle met en garde, en invoquant la leçon tirée de lourdes expériences émotionnelles, contre les dangers réels d'un surinvestissement. L'enjeu est une responsabilité de soi, une invitation à prendre soin à son tour de son propre équilibre affectif, autant par respect de sa personne que pour tenir durablement dans son engagement professionnel. Il s'agit aussi d'une responsabilité collective pour l'équipe soignante, tant il est vrai que les écarts d'un seul pourraient remettre en cause l'équilibre difficilement acquis par chacun des membres.

### Risques éthiques d'une distance systématisée

Nous ressentons aisément combien cette culture de la distance, puisant dans un héritage traditionnel et renouvelé dans des préoccupations propres à notre modernité, comporte pourtant des risques qui peuvent mettre à mal la relation de soin, dans sa pratique comme dans sa nature. Le premier risque serait un glissement de la *distance* à l'*absence*. « Ils n'ont pas besoin de mes larmes », peut-on invoquer pour justifier de ne plus participer aux entretiens. Redouter l'émotion qui nous attend, refuser de se sentir piégé dans une émotion que l'on ne souhaite pas laisser surgir, voilà de puissantes réticences qui conduisent à éviter toute situation de « mise en émotion ». Au-delà de ces absences physiques, la technicisation des soins ou des entretiens constitue aussi d'authentiques procédures d'évitement. Mal à l'aise face à une situation émotionnelle, le médecin en vient souvent à réduire l'entretien à une succession d'informations pour échapper au silence pesant qui ferait surgir l'*indicible-inaudible*. Que les réponses aient ou n'aient pas de valeur informative, elles auront tout du moins la qualité d'une neutralité qui permet d'éviter toute « sortie de route ». Qu'elle prenne l'une ou l'autre forme de l'évitement réel, radical, ou plus imperceptiblement du confinement à une relation technicisée, cette fuite de l'émotion a pour corollaire patent une accentuation de la solitude de la personne soignée et de sa famille.

Le deuxième risque serait celui d'une normalisation de cette distance, telle

que l'a soulignée Michel Castra dans sa sociologie des Soins Palliatifs [11]. « *Les pairs exercent ainsi un rigoureux contrôle social afin d'éviter toute conduite affective inadéquate* » et de remettre sur le droit chemin « *tout individu suspect de compassion* ». En plaçant nos émotions sur le registre de la faute professionnelle, la « juste distance » s'imposerait comme une simplification réglementaire, et par la même potentiellement mutilante ou culpabilisante, d'un équilibre par nature subtil et singulier. La « juste distance » risquerait alors de n'être plus conscientisée comme le fruit d'un équilibre, approprié à l'issue d'une réflexion ou d'un cheminement personnel, et dont la fin est de trouver sa place la plus juste, mais une norme toute prête, un code de conduite non questionnable, une évidence sécurisante voire sécuritaire.

Le troisième risque enfin serait d'occulter la nature réellement éthique d'une émotion manifestée. Si les larmes sont cette « *abdication à juger et à savoir* », elles témoignent de la reconnaissance de notre passivité face à un événement, un sentiment, qui nous dépassent [11]. Elles sont la manifestation de ce qui reste de la vulnérabilité constitutive de chacun ; prenant corps dans un visage, elles deviennent alors cet « ensemble de face à face » si cher à l'éthique de Levinas, ce rappel puissant que **toute relation est la rencontre de deux passivités, de deux vulnérabilités**. Plus encore, ces larmes sont une levée de la contrainte qui donne un signal d'autorisation à l'émotion contenue qui nous fait face. Défaite de cette pudeur contraignante, l'émotion qui se dit autorise l'autre à être aussi pleinement dans son émotion. Il me semble qu'existe une véritable solitude dans l'émotion, qui trouverait en partie sa source dans le consensus de notre civilisation à la réprimer. Je ne m'autorise pas à l'émotion d'une part car j'y mets ma pudeur en péril, mais aussi d'autre part parce que je contrains alors autrui à souffrir mon impudeur, l'exposant ainsi à se dévoiler dans ses propres émotions, celles que je lui impose et dont je le contamine en un seul et même mouvement. On pourrait

rapprocher cette solitude dans l'émotion de celle des *mourants* que décrit Norbert Elias : la relation est réprimée parce qu'inconvenante non pas en soi, mais comme mise en fragilité supposée et possiblement non désirée d'autrui [12]. Pour l'*homo clausus*, l'émotion est alors pensée comme un langage par nécessité et par égard solitaire, parce qu'inconvenant pour soi et troublant pour les autres. Là, précisément, dans cette délivrance de la séquestration émotionnelle, se joue pleinement le véritable sens éthique des larmes. Car manifestées dans cette passivité qui transpose l'ordre des relations, elles témoignent alors d'un dialogue possible, contre toute attente, sur un champ sémantique redécouvert, qui autorise chacun à être à part égale. Elles redisent que l'émotion est un langage *ontologique*, partagé et compris par tous, très au-delà des fonctions sociales qui, furtivement, se laissent disparaître pour autoriser le *symbole* des vulnérabilités qui nous constituent tous. C'est alors que nos larmes, qu'elles se déversent ou se disent en paroles, peuvent se révéler, parce que répondant ainsi au sens fondamental de l'empathie, le plus juste soin apporté à une émotion.

### Une dimension juste des « émotions professionnelles »

Que l'on ne s'y méprenne pas, ces larmes ne sont pas pour autant exigibles et le soin apporté aux émotions ne se réduit pas aux manifestations visibles ou audibles de notre empathie. C'est bien dans la mesure de leur passivité, loin de toute théâtralisation, de toute impudeur ou de tout détournement d'émotion dans une fin de complétude narcissique, que nos émotions manifestées trouvent leur dimension éthique.

Aussi ne faudrait-il pas à l'inverse recouvrir de suspicion une absence d'émotions dont on reconnaîtra qu'elle nous échappe autant que l'émotion elle-même. Un idéal compassionnel tyrannisant comporterait d'ailleurs des risques tout aussi délétères qu'une norme exclu-

1. L'auteur insiste sur la mise en garde, dans une visée protectrice, contre une tendance excessive des soignants à « mater » : « *M'a dit qu'il fallait pas que je rentre dans ce système avec cette personne, avec ce malade, parce qu'autrement on deviendrait complètement bouffé.* » « *Il fallait qu'on apprenne à se protéger, à ne pas trop s'investir.* »

sivement rationalisée de la distanciation. Sans réduire en rien les vertus fondatrices d'une structuration de notre représentation du soin autour de l'« être avec » dans la souffrance, on se tromperait sans doute, au sens d'une duperie, à exalter par trop un modèle compassionnel du « souffrir avec ». Parce qu'il induirait de la nécessité là où il n'y a que de la contingence. Parce qu'il risquerait de surdimensionner la place réelle du soignant, celle qu'exige son rôle de *passer* dans une traversée qui n'est pas avant tout la sienne. Parce qu'il entretiendrait une illusion à son tour prométhéenne d'une « surhumanité » émotionnelle du soignant, s'imaginant d'une résistance à toute épreuve qui le mettrait à l'abri du naufrage psychologique là où tout un chacun sombrerait. Ce qui se joue dans cette reconnaissance de notre abandon aléatoire à l'émotion autant que de la nécessité ressentie de ne pas la provoquer, c'est notre humilité, notre intégrité, et notre sincérité. Dans ce sens encore, ce qui donne toute leur dimension à nos émotions et à notre liberté de les manifester, parce qu'elles sont alors le reflet authentique d'un *être*, se résume bien à leur passivité.

## Conclusion

On la sent donc se dégager, l'éthique des émotions ne réside pas dans un devoir professionnel, qui les réduirait à une déplorable technique de communication. Elle ne réside pas non plus dans une manifestation qui répondrait à un idéal compassionnel déplacé – celui du « souf-

frir avec » –, ambigu de trop de toute-puissance et de surdimensionnement de notre place auprès des familles. À l'inverse l'éthique de la juste distance ne tient pas tant dans le contrôle nécessaire des capacités de décision, ni dans l'endurance inaltérable – et bien illusoire – à tout pouvoir accueillir.

Revenant dans la ligne de pensée de Paul Ricœur sur les trois niveaux du jugement médical [13], la « juste distance », qui peut alors exactement signifier « juste proximité », répondrait pour conclure à un ordre *déontologique*, au sens d'une participation individuelle à une prise de conscience collective, éprouvée, proposée comme conduite de référence dans la perspective savamment dosée du « *vivre bien/avec et pour autrui/dans des institutions justes* ». Sur ce terrain déontologique plus précisément, la responsabilité de soi, et pour tous ceux à qui l'on doit de rester *vivant*, aurait la primauté. Mais le surgissement passif des émotions qui nous traversent répondrait quant à lui à un ordre *téléologique* : en se transposant dans un *vis-à-vis*, ces émotions *incarnent* alors fugitivement toute la raison d'être, toute l'origine et toute la finalité de la relation de soin, cas particulier, et en l'occurrence intense, de relation. C'est en conséquence dans leur passivité et leur fugitivité, et parce qu'elles témoignent d'un ajustement personnel tâtonnant, que nos émotions manifestées peuvent être vécues comme le lieu par nature d'une relation éthique.

*Je remercie Catherine Legrand-Sebille pour ses encouragements et la relecture du manuscrit.*

## Références

1. Le Breton D. Les Passions ordinaires, anthropologie des émotions. Petite Bibliothèque Payot, 2003.
2. Ricœur P. Soi-même comme un Autre. Seuil, 1998, 7<sup>e</sup> étude.
3. Péguy C. Le Porche du Mystère de la Deuxième Vertu. NRF, 1986 : 49.
4. Platon. La République. « *Qu'on représente donc des hommes dignes d'estime dominés par le rire est inadmissible, car quand on se livre à un rire violent, cet état entraîne dans l'âme un changement violent [... qui doit nous faire] redouter cet esclavage plus que la mort.* » Flammarion, Livre III : 138-40.
5. Kant E. Anthropologie du point de vue pragmatique. Coll. Garnier. Flammarion Philosophie, Poche, 1999.
6. Spinoza. Ethique, Seuil : Livre IV : La Servitude de l'Homme, Livre V : La Liberté de l'Homme.
7. Elias N. Engagement et distanciation. Fayard, 1993.
8. Durand G, Duplantie A, Laroche Y, Laudy D. Histoire de l'éthique médicale et infirmière. Presses universitaires de Montréal, 2000 : 279.
9. Damasio A. L'erreur de Descartes. On trouvera une des observations cliniques fondant la thèse de Damasio développée dans l'ensemble de l'ouvrage aux p266-268, chapitre VIII, « L'hypothèse des marqueurs somatiques ». Odile Jacob, 1995.
10. Chalier C. Traité des Larmes. Albin Michel, 2003 : 29.
11. Castra M. Bien mourir, sociologie des soins palliatifs. PUF, 2003 : 294.
12. Elias N. La solitude des mourants. Pocket, 2002 : 78.
13. Ricœur P. Les trois niveaux du jugement médical. Esprit, Décembre 1996 : 21-33.

Dans le Numéro 2 a été reproduit une photo illustrant le dossier Santé et Travail en couverture de la revue. Le nom de son auteur était erroné. Il s'agit d'une illustration réalisée par Francis Jolly.

L'éditeur et la rédaction prient l'auteur et les lecteurs de la revue de bien vouloir accepter toutes leurs excuses.

Francis Jolly vit à Paris, photographe depuis plusieurs années, il a réalisé plusieurs expositions et mène parallèlement une carrière dans l'ingénierie culturelle auprès d'institutions publiques ou associatives ; mise en œuvre d'opérations artistiques et culturelles où l'image occupe toujours une place prépondérante.

Son travail actuel s'oriente vers l'image numérique où, au sein de grandes compositions, l'image photographique traverse divers supports.

E-mail : francis.jolly@wanadoo.fr