



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉDITORIAL

Soins relationnels : est-il nécessaire d'avoir du temps pour être empathique ?



Relational care: Do we need to have time to show empathy?

« L'empathie s'établit comme une compétence majeure des professionnels de la santé, tant les apports sur la qualité des soins et sur le résultat des prises en charge sont scientifiquement documentés. »

Jean Decety [1]

Nous utilisons l'attitude empathique au quotidien en gériopsychiatrie, tout en ayant conscience de ne pouvoir le faire de façon permanente.

L'empathie est la faculté de se mettre du point de vue de l'autre, de voir avec les yeux de l'autre, d'explorer ce que peut ressentir l'autre, sans jamais s'identifier à lui. Ceci demande un apprentissage et l'acquisition d'outils.

C'est Carl Rogers [2], qui a décrit l'attitude empathique et posé comme principes de base la congruence (l'authenticité) du thérapeute, l'acceptation positive inconditionnelle et la compréhension empathique. Par ailleurs, Naomi Feil [3] a posé l'empathie comme fondement pour la mise en œuvre du soin relationnel. Elle s'est intéressée au soin auprès des vieilles personnes. Elle préconise pour entrer en relation de se centrer : se rendre disponible à l'autre en ayant conscience de ce avec quoi je viens dans la relation. Il s'agit d'une approche centrée sur la personne ou ACP [4,5].

Selon Carl Rogers [6], « l'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, comme si » [7].

<https://doi.org/10.1016/j.npg.2021.08.003>

1627-4830/© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Elle nécessite de se rendre disponible à l'autre, d'être dans une disposition favorable à l'autre, mais d'abord de faire le point sur son état d'esprit : suis-je disponible pour l'autre ? Ceci s'exprime par une attitude que Carl Rogers [2] décrit dans la congruence (accord entre le verbal et le non-verbal) [6] : « le thérapeute, dans le cadre de cette relation, doit être une personne intégrée, authentique, congruente. Cela signifie que, au-dedans de la relation, il est lui-même avec son expérience réelle exactement représentée par la prise de conscience qu'il a de lui-même... si le thérapeute ne refuse pas la prise de conscience... alors la condition (congruence) que nous avons énoncée est remplie ».

Exemple 1 : Le soignant demande à la personne soignée si « ça va bien aujourd'hui » tout en gardant la main sur la poignée de la porte avec un pied dehors. Le message verbal est en contradiction avec l'attitude corporelle (soignant debout, prêt à partir).

Il faut ensuite s'exercer à l'observation pour capter rapidement ce que l'autre envoie comme information, et s'ajuster à son énergie.

Exemple 2 : Quand un soignant entre en relation avec quelqu'un qui montre des signes de tristesse, il ne peut pas lui parler avec un ton enjoué (ce que nous avons tendance à faire spontanément) : il est bon de le mettre en conscience pour être congruent.

En effet, « Il ne sert à rien d'agir comme si j'éprouvais de l'affection alors qu'en réalité je me sens hostile. Il ne sert à rien d'agir comme si j'étais plein d'assurance, si, en réalité, je me sens craintif et incertain. Tout ceci revient à dire, en d'autres termes, que je n'ai jamais trouvé utile ni efficace (...) d'agir d'une certaine façon à la surface, alors que j'éprouve au fond quelque chose de tout à fait différent » [7].

Je peux être de très bonne humeur tout le temps, mais face à une personne montrant des signes de tristesse ou d'anxiété, cette attitude n'est pas pertinente et il me faut m'ajuster à l'énergie de l'autre afin d'éviter le décalage dans la communication. L'idée est de montrer à la personne que je suis en capacité d'identifier son état d'esprit.

Exemple 3 : « Je veux mourir » dit cette dame de 98 ans qui a vu mourir ses enfants depuis déjà plusieurs années. Dans ce type de situation, les soignants vont parfois éviter la conversation, ou essayer de botter en touche : « ce n'est pas le jour ; il faut penser à autre chose ; il y a vos petits-enfants qui sont là, je vais vous faire toute belle et ça va aller mieux ! »

Ces réponses ne sont pas pertinentes car si les soignants écoutent la personne ils ne semblent pas entendre le sens de son comportement.

Dans l'attitude empathique : il est nécessaire d'éviter de minimiser le comportement (« ce n'est pas grave ») car cela revient à nier l'importance de ce que vit l'autre dans sa réalité. Ce qu'il exprime par des gestes, par des mots, ou par un comportement a du sens et de l'importance pour lui et est vrai pour lui.

De même, la diversion et la culpabilisation sont à éviter : « si vous mourez, ça fera de la peine à votre famille... ». Cela revient soit à fuir ce qu'exprime l'autre — car je crains d'y être confronté ou de l'explorer — soit à « nier l'autre » en tant qu'individu : ce que raconte l'autre n'a aucun intérêt.

Il faut aussi éviter les paroles de non-sens (ou de fausse compassion) comme : « je comprends ». Si une personne de 98 ans pleure sur un événement de sa vie, il m'est impossible de « comprendre », impossible de me mettre à sa place, je ne peux qu'imaginer la détresse qu'elle ressent dans sa réalité, au regard de son vécu et de sa manière à elle de gérer cela. « Ils sont tous morts mes enfants : ah oui je comprends ! », cela n'aide en rien l'autre, les événements de sa vie ne sont pas les miens, et même si j'ai traversé des épreuves similaires, je ne les ai pas appréhendées de la même façon.

Si elle est possible, c'est l'attitude empathique qui permet de mettre en œuvre le soin relationnel : écoute active, absence de jugement et de conseils, acceptation inconditionnelle positive. Il faut tenter de porter sur l'autre un regard capacitaire (il est capable de...) et lui permettre d'essayer de ré-accéder à ses ressources.

Il est nécessaire ici de faire la distinction entre l'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive. Dans l'empathie émotionnelle, je suis « contaminé » par les émotions de l'autre, je peux me laisser envahir et perdre pied, parfois par projection : cette femme qui me confie avoir envie de mourir me rappelle ma grand-mère décédée dernièrement. Il m'est alors impossible de l'accompagner. Je dois me « centrer » pour passer de l'empathie émotionnelle à l'empathie cognitive. Cette étape reste cependant importante pour capter l'émotion de l'autre et faire ce pas de côté pour identifier que c'est son émotion et non la mienne et ainsi le suivre et le questionner sur ce qui se passe pour lui.

Ces étapes se font successivement et dans un temps très court à chaque fois que j'entre en relation avec l'autre. C'est après avoir franchi ces étapes que je tends vers l'attitude empathique et que je peux mettre en œuvre les « outils » qui y sont associés : l'écoute, le questionnement, la reformulation et le silence.

En pratique, qu'en est-il du temps nécessaire à la mise en œuvre de l'attitude empathique dans la relation de soin ?

Les temps de soin sont le plus souvent provoqués par nous, soignants, et rarement par la personne soignée : lors de soins infirmiers, d'une consultation, d'une aide à la toilette. Il nous est dès lors possible de nous y préparer, de nous rendre disponible pour y inclure un temps relationnel. Sans négliger bien sûr les besoins et les demandes directs des personnes âgées.

Si l'empathie est avant tout un engagement personnel, elle comporte aussi une part de technique qui peut s'enseigner. Le temps de l'apprentissage de l'attitude empathique est à prendre en compte. Oui, avoir une attitude empathique cela s'apprend. On peut apprendre à s'arrêter

en quelques secondes, à se (con)centrer, à utiliser le questionnement et la reformulation à bon escient. Identifier le type de questions qui peut aider l'autre à cheminer dans la relation d'aide. Savoir utiliser le silence pour qu'il soit plein de notre présence empathique et non pas d'un vide intersidéral parce qu'on ne sait plus quoi dire. Mais, même s'il y a des techniques, cela n'est pas toujours facile ou possible à mettre en place. Il faut aussi s'attendre à des échecs et savoir y faire face.

Exemple 4 : Madame C., personne désorientée, ne comprend pas ce qu'elle fait là. Stressée par cet environnement et ces visages qu'elle ne (re)connaît pas, elle se montre opposante à toute relation d'aide. À chaque fois que c'est possible, l'aide-soignante prend quelques minutes pour discuter, s'asseoir à côté d'elle ou juste être présente : ces quelques minutes glanées ici et là leur permettent de consolider le lien fragile qui existe entre elles. La répétition de ces moments permet à la soignante d'établir une relation de confiance, favorisant ainsi un meilleur accompagnement, réduisant l'agressivité et le stress de part et d'autre.

Ainsi, le temps empathique peut être fractionné. Pour maîtriser ces techniques, quelques semaines d'entraînement avec une supervision pour se réajuster peuvent suffire. Par contre sa maîtrise et son utilisation doivent s'entretenir sur le long terme, sans cesser de pratiquer. Encore une fois, il est nécessaire de rappeler que l'attitude empathique n'est pas qu'un geste technique, cela va au-delà et certains soignants n'y arrivent pas.

Alors finalement, qu'en est-il du temps nécessaire pour mettre en œuvre au quotidien une attitude empathique dans la relation de soin ?

Disons que cela demande plus une disponibilité d'esprit (engagement empathique) que du temps. Même s'il est évident que la question du temps (et donc des effectifs) se pose : quand on doit faire des toilettes à la chaîne, il est plus difficile d'utiliser des techniques de soin relationnel.

Exemple 5 : Après une série de cinq ou six jours consécutifs de travail ou plusieurs heures de garde, devant un comportement virulent, violent, face à un danger, la disponibilité du soignant n'est alors plus la même.

Si la situation ne permet pas au soignant d'être dans une attitude empathique, il peut alors accomplir son soin tout en se protégeant et le verbaliser à l'autre. À un résident opposant et agressif lors d'un change, le soignant peut dire : « là j'essaie juste de vous changer rapidement parce que vous êtes souillé ». Ce faisant, il réalise un soin méthodique, faisant fi de la relation d'aide. Cette attitude doit être exceptionnelle et générer un questionnement sur soi, son travail et le respect de la dignité des résidents.

Conclusion

En qualité de soignant, quelle que soit notre fonction, la mise en œuvre de cette attitude empathique est primordiale dans la relation d'aide. Chaque membre de l'équipe soignante peut et doit essayer de l'appliquer lors d'un soin, d'un entretien, d'un temps informel...

Elle n'est pas toujours mise en œuvre « naturellement » par les soignants, car cela demande un apprentissage, une prise de conscience permanente pour « tendre vers ». Elle ne s'invente pas (même si certains professionnels ont une forme d'empathie que l'on pourrait qualifier d'innée), elle se travaille au quotidien et tout au long de la vie professionnelle. Saisissons-nous de chaque occasion de l'enrichir : formations, groupes d'analyse des pratiques, comités d'éthique...

Sans négliger les difficultés liées aux situations de sous-effectifs, la disponibilité d'esprit étant la condition nécessaire à l'attitude empathique, la question que devrait alors se poser le soignant n'est pas « ai-je le temps ? » mais « suis-je disponible à l'autre ? ».

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Decety J. L'empathie e médecine. *Ann Med Psychol* 2020;178(2):197–206.
- [2] Collectif. Autobiographie de Carl Rogers. *Lectures plurielles*. Paris: L'Harmattan; 2004.
- [3] Feil N. Validation, mode d'emploi : techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer. Paris: Pradel éditions; 1999.
- [4] Rogers CR. L'approche centrée sur la personne. Ambre: Vaugne-ray; 2013.
- [5] Pörtner M. Accompagnement des personnes âgées avec l'Approche centrée sur la personne. Lyon: Chronique sociale; 2012.
- [6] Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol* 1957;21(2):95–103.
- [7] Paillard C. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. 5^e ed Gournay-sur-Marne: Ed SETES; 2021.

infirmier formateur

G. André^{a,*} aide-soignante, assistante de soins en gériatrie
, F. Braud^b

^a IFSP Vannes, campus de Tohannic, 11, rue André-Lwoff, 56000 Vannes, France
^b EPSM du Morbihan

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail :
gwenael.andre@ch-bretagne-atlantique.fr (G. André), flobraud56@gmail.com (F. Braud)