

Module 2	FICHE PÉDAGOGIQUE Les compétences relationnelles de base en ETP - Écoute centrée sur la personne <i>entraînement à la pratique</i>		ACTIVITÉ 7
Module correspondant	Module 2 : Les compétences relationnelles au service d'une démarche éducative.		
Objectifs	<p>À la fin de l'activité, les participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ auront acquis une pratique réflexive sur leurs capacités d'écoute, ▪ sauront repérer les points à renforcer dans leur écoute pour ne pas parasiter le récit du patient en ETP, ▪ comprendront l'importance pour le patient d'avoir un soignant qui pratique l'écoute centrée sur la personne dans certaines situations, ▪ connaîtront la différence entre l'écoute active et l'écoute utilisée dans la vie quotidienne, ▪ comprendront que le langage non verbal est le premier niveau de l'empathie. 		
Durée	1h15 min.		
Matériel pour le formateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le groupe doit être disposé assis en cercle, les tables sont exclues pour ce type d'activité. ▪ Papier pour noter les expressions du vécu des participants dans la pratique de l'écoute proposée par l'activité. ▪ Fiche Formateur 1 « Rôle et place du langage non verbal dans l'ETP », Formateur 2 « Écoute » et Formateur 3 « L'empathie » à l'usage du formateur. 		
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activité starter qui permet une conscientisation des enjeux de l'écoute. ▪ Verbalisation du vécu des participants animé par l'intervenant. ▪ L'intervenant a une fonction de facilitation et de soutien des participants. ▪ C'est lui qui dirige le déroulement des activités par étapes. 		
Consignes et déroulement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentation de l'activité et des consignes (5 minutes) >>> Le formateur explique au groupe que le travail va consister à explorer à travers des mises en situation sur l'écoute et l'empathie qui sont 2 attitudes de base dans l'approche centrée sur la personne (voir annexes). ▪ Mises en situation par binômes (20 minutes) * T1 : « A » raconte à « B » une situation problématique pour lui (10 min.). Pendant son récit, « B » l'écoute sans avoir le droit de parler mais en lui montrant son empathie. « B » peut manifester sa présence (rire, faire « hum », bouger, etc.) mais il ne peut pas parler. * T2 : « B » raconte à « A » une situation problématique pour lui (10 min.) et c'est maintenant à « A » d'écouter sans avoir le droit de parler et en montrant son empathie. >>> Le formateur précise aux participants que lorsqu'ils sont dans le rôle de celui qui écoute, ils doivent essayer de s'apercevoir de ce qu'ils ressentent tout au long du récit de leur binôme en repérant aussi ce qui est difficile pour eux dans cette situation de silence. ▪ Tour de table et discussion en grand groupe (30 minutes) * T1 : Le formateur invite systématiquement tous les participants (et prend des notes) à s'exprimer sur ce qu'ils ont ressenti à partir de 3 questions : - <i>Qu'est-ce que cette activité vous a permis de comprendre ?</i> - <i>Qu'est-ce que vous avez ressenti pendant que vous écoutiez sans avoir le droit de parler ? Quelles étaient vos difficultés ?</i> - <i>À quel moment c'était le plus difficile pour vous de ne rien dire ? Qu'est-ce que vous aviez envie de lui dire ?</i> * T2 : Le formateur demande ensuite au grand groupe « <i>Comment vous êtes-vous senti écouté ?</i> » ▪ Conclusion par le formateur (20 minutes). >>> Mini-exposé (se reporter Fiches formateur 1, é et 3 en prenant soin de prendre en compte les réponses des participants sur leur vécu comme « écoutant »). 		

Module 2	FICHE PÉDAGOGIQUE Les compétences relationnelles de base en ETP - Écoute centrée sur la personne <i>entraînement à la pratique</i>	ACTIVITE 7 [Suite 1]
Aide à l'animation et reprise possible	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette activité est fondamentale dans le déroulement de la formation et permet l'entrée des participants dans la position explorée dans les activités suivantes. Elle est centrale dans le renforcement des compétences relationnelles et elle fait vivre aux participants une situation dans laquelle ils doivent s'impliquer. C'est au formateur de créer un climat qui maintienne l'attention des participants pendant le tour de table, de dynamiser pour que cela ne semble pas trop long. De toute manière, il est important qu'à ce moment de la formation, ils sachent s'écouter. ■ Très souvent les participants éprouveront de l'appréhension au moment de penser des situations personnelles à raconter en binôme. Parfois, il faut donner des exemples, comme « ma belle-mère se mêle trop de l'éducation de mes enfants ! », « ma belle fille fait n'importe quoi au niveau de l'éducation de mes petits enfants ! », « il y a quelque chose qui m'embête depuis quelque temps ». Pour ceux qui ne trouveraient vraiment pas des situations à raconter, il y a toujours la possibilité de parler des dernières vacances, de l'idée de déménager... À noter, qu'il est possible que les binômes prennent moins de temps parce qu'ils s'essouffent. Il est alors préférable qu'ils travaillent par exemple 5 minutes et non 10 et donc pas nécessaire de prolonger l'activité. ■ Il est très important d'énoncer au groupe que la situation racontée ne sera pas partagée après avec le grand groupe à l'issue de cette activité mais que lors d'une autre activité des participants qui le souhaiteraient pourront reprendre une des situations évoquées. Donc des choses plus personnelles peuvent être abordées. Et il n'est pas nécessaire que les participants prennent des notes. ■ Oser parler : Les réactions les plus fréquentes des participants, c'est de pouvoir parler et se sentir écouté par quelqu'un qui ne nous coupe pas toutes les 30 secondes en nous imposant son point de vue ou ses opinions. Ils ressentent là quelque chose d'agréable. Ils se sentent en général bien écoutés. Ils identifient facilement comment l'autre dans leur binôme a manifesté sa présence par le regard, les expressions, la posture du corps... Mais parfois, cette situation peut être aussi mal vécue. En général, si on demande au participant d'expliquer cet inconfort, il nous parle de la peur qu'il a eue de ne pas être intéressant... Très souvent d'ailleurs le participant a écourté son histoire. Si cela survient, le formateur doit en profiter pour le faire remarquer au groupe en mentionnant « Il est donc important de se demander quand on est dans la position d'écoute, comment on peut libérer l'autre de sa peur de ne pas être intéressant ? » Le travail de l'écouter est (1) de prendre conscience de ce qui se passe en lui et d'utiliser son propre monde interne, (2) de ne pas oublier que l'autre aussi vit de son côté une expérience interne pendant son récit, (3) et de savoir à partir de là régler son écoute et faire écho à ce qu'il perçoit et ressent comme étant l'état interne de celui qui lui parle. ■ Le formateur peut aussi rappeler que dans l'écoute centrée sur la personne on ne demande pas au soignant, contrairement à ce qui leur a été demandé durant l'activité n° 7 proposée dans la formation, de rester longtemps sans parler, car l'écoute centrée sur la personne est une écoute active où on montre et on verbalise notre empathie, où on pose des questions qui peuvent aider le patient à avancer, à se penser, à pouvoir s'exprimer et comprendre ce que se joue pour lui dans la situation qu'il raconte. On reformule, on relance, on interagit dans une discussion bienveillante. L'activité n° 7, en leur interdisant l'usage de toute intervention, cherchait avant tout à leur permettre d'entrer en contact avec leur propre monde interne en vivant une expérience d'écoute visant le renforcement de leurs capacités relationnelles. 	

Module 2	FICHE PÉDAGOGIQUE Les compétences relationnelles de base en ETP - Écoute centrée sur la personne <i>entraînement à la pratique</i>	ACTIVITE 7 [Suite 2]
Aide à l'animation et reprise possible	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce qui est attendu de la part de ceux et celles qui font de l'ETP, c'est qu'ils puissent permettre au patient d'avoir devant lui, pendant une trentaine de minutes, quelqu'un qui l'écoute, sans le parasiter, sans vouloir le contrer, sans vouloir le convaincre. Quand on reste centré sur ce que la personne vit en tant que malade, en tant que personne qui essaie de s'en sortir, qui a des difficultés, on peut alors aussi voir ses forces. Position d'écoute : Dans cette activité, les participants disent trouver la position d'écoute « frustrante, très difficile » dès lors où il leur a été demandé de ne pas intervenir. En général, ils se rendent compte que s'ils avaient pu parler, ils auraient posé des questions (répondant à leur curiosité), donné des conseils, donné leur point de vue (jugement) sur la situation, parfois encore, ils auraient pris la parole pour raconter une expérience à eux (« moi aussi ») similaire ou semblable. ■ Le formateur doit prendre en compte toutes les difficultés formulées par les participants dans sa synthèse et faire le lien avec l'écoute naturelle utilisée dans une discussion entre deux personnes. Il peut dire quelque chose comme : « <i>Très souvent dans l'écoute quotidienne, les choses se passent comme cela : Marie parle à Sonia « tu sais, mon ami m'a fait quelque chose de très dur ce week-end » Marie commence à raconter ce qu'elle a vécu et tout d'un coup Sonia intervient en disant « le mien aussi, il m'a fait quelque chose de pire encore... » Et Sonia raconte son expérience à la place d'écouter celle de son amie. Peut-être, une autre collègue passe tout près et en écoutant un peu la conversation, elle donne aussi son point de vue : « vous savez les filles, les hommes sont tous pareils ! ».</i> Mais le problème est que Marie voulait peut-être dire que ce qu'a fait son ami lui a servi, mais comme elle a commencé par la plainte, elle ne peut plus parler en quoi l'attitude de son ami l'a aidée (par exemple, à se rendre compte qu'elle est un peu lourde en ce moment dans la relation, qu'elle gagnerait à être moins dépendante, au risque de choquer ses collègues ou avoir à se justifier !). Combien de fois, n'arrivons-nous pas à conclure, à analyser ce qui nous tracasse parce que ceux qui nous écoutent nous parasitent avec leurs histoires, leurs interprétations, leurs conseils ? ■ Le formateur peut proposer au groupe une mini-activité très rapide (3 min.) : « <i>Avez-vous eu la semaine dernière le sentiment de ne pas avoir été écouté, dans la vie professionnelle, dans la vie sociale, familiale ? Essayez de vous en souvenir.</i> » Il laisse une minute au groupe pour réfléchir et demande ensuite aux personnes qui se sont souvenues d'une telle situation, de lever le bras. En général, une bonne partie du groupe (sinon la majorité en y incluant le formateur lui-même !) lève le bras. Ensuite, le formateur enchaîne sur le problème d'écoute que vit un patient. « <i>Les patients aussi vivent le même problème d'écoute que tout et chacun dans ce groupe... Mais on ajoute à cela le fait que s'il dit à un autre malade « j'ai mal ici », ce dernier lui répond « et moi, j'ai mal ici, ici et ici ! », que s'il parle dans sa famille, cela peut aussi faire des vagues, lui revenir en boomerang (ex. : c'est toi qui dramatises tout !).</i> Le formateur rappelle que pour une personne malade, partager avec sa famille, ses amis ce qu'elle vit représente très souvent un enjeu compliqué, à tel point qu'elle finit par ne plus partager avec son entourage ce qu'elle vit. Il s'agit là d'une situation courante. D'un autre côté, quand une personne malade/un patient, parle aux professionnels, ceux-ci ne ratent pas l'opportunité de lui donner des conseils et parfois même de la parasiter avec leurs peurs à eux alors même que la maladie l'a déstabilisée en remettant en cause son sentiment de sécurité et de contrôle. Le formateur rappelle que l'écoute est libératrice pour celui qui peut s'entendre. « <i>Il faut écouter pour que l'autre s'entende</i> ». 	
Pour en savoir plus	Références bibliographiques <ul style="list-style-type: none"> ■ Rogers C. (1942), <i>La relation d'aide et la psychothérapie</i>, Ed. ESF pour la traduction française, Paris. ■ Tourette-Turgis C. (1996), <i>Le counseling</i>, Paris, Ed. PUF, Coll. Que Sais-Je ? ■ Tourette-Turgis C., Isnard Bagnis C., Pereira Paulo L. (2008), <i>L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique – le soignant pédagogue</i>, Paris, Ed. COMMENT DIRE. 	

- **La forme spontanée de l'empathie se manifeste par la présence à l'autre et cette présence se rend visible par le langage non verbal.** Il y a un consensus dans la littérature qui dit que la communication non verbale serait responsable entre 90% à 95% de la communication humaine ! Cette « empathie de base » est accessible à tout être humain. On le voit par exemple dans la communication qui s'établit entre la mère et son enfant de 2 mois.

>>> Il y a parfois des chocs culturels au niveau du langage non verbal. Dans certaines cultures, les femmes ne peuvent pas regarder des hommes directement. Dans d'autres, il est impossible de toucher les gens, dans d'autres encore, c'est le contraire, etc.

>>> Il y a parfois même des rejets provoqués par ce choc culturel, rejets non analysés en tant que tels lorsque le langage verbal est privilégié comme forme significative de la communication.

>>> Il y a parfois une contradiction entre le « langage non verbal » et le « langage verbal » qui devient source de mésentente.

- **Dans l'ETP « centrée sur la personne du patient », le langage non verbal du patient est source d'aide pour le soignant au recentrage.** Par exemple, un soignant est en train de dire quelque chose, de donner une explication à un patient, et tout d'un coup, il voit que celui-ci « n'est plus là », c'est-à-dire qu'il n'écoute plus. Le soignant peut à ce moment lui dire « *j'ai le sentiment que ce que je viens de dire vous a fait réfléchir* » ou « *j'ai le sentiment que ce que j'ai dit vous a fait peur* », ou encore « *j'ai le sentiment que ce que j'ai dit ne répond pas à votre question!* ». Cela permet au soignant de se recentrer sur le vécu du patient et surtout cela permet au patient de se repositionner, de prendre sa place, de ne pas subir. Imaginons en suivant cet exemple que c'est précisément ce que dit le soignant qui n'intéresse pas vraiment le patient, ce dernier pourra alors le dire sans crainte et le soignant pourra poursuivre l'échange en se mettant à la disposition du patient. Dans le cas où le soignant aurait tort, le patient peut se repositionner « *Non, cela m'intéresse, mais vous savez, ce que vous avez dit m'a fait penser que...* ».

Le langage non verbal du patient dit quelque chose et le soignant doit en prendre acte. Par exemple, cette infirmière qui nous a dit un jour : « *J'ai reçu un malade avec son épouse, j'étais devant eux et il y avait un bureau entre nous. L'épouse était penchée sur le bureau et le malade était en retrait... Quand tout d'un coup j'ai vu que ses pieds étaient tournés vers la porte qui était à sa gauche... Là je me suis dit qu'il fallait que je prenne cela en compte et que je devais au moins essayer d'attirer l'attention de ce monsieur... À la fin, il était penché sur la table tout content et son épouse avait pris un peu de recul... C'était trop parlant, je ne pouvais pas l'ignorer !* »

« L'écoute est le premier soin (...) la première attitude d'aide à développer ou à optimiser chez le soignant. Et là encore, il est important de définir ce que nous entendons par écoute dans notre approche. Écouter, c'est essayer d'entendre, et entendre, c'est exercer ses capacités à voir l'autre comme un être unique qui ne se compare à aucun autre. C'est aussi renoncer pendant le temps d'un entretien à la relation asymétrique qui existe à la fois dans le monde de l'éducation et celui du soin. C'est refuser de se retrancher derrière une barrière où l'un saurait ce que l'autre ne sait pas, où l'un aurait le pouvoir par rapport à un autre qui serait pensé comme démuné et réduit à sa plainte ou à ses symptômes !

Qu'est-ce que l'écoute ? *L'écoute n'est pas une technique mais une attitude, une compétence de base qui peut être développée ou renforcée. "Il s'agit d'une forme d'engagement envers l'autre impliquant une sensibilité et une attention à autrui."* L'écoute active (...) se centre sur la personne du patient et sur ce que celle-ci exprime de manière explicite ou implicite dans son langage verbal et non verbal. L'écoute active n'est pas la recherche ou la confirmation d'une hypothèse, elle ne se situe pas sur un registre rationnel. Écouter, c'est se mettre en travail. Cela sous-entend que celui qui écoute activement l'autre, a des choses à faire ou à tenir dans la durée de l'entretien comme l'adoption d'une attitude de non-jugement, d'une attitude empathique. Par ailleurs, le travail consiste à utiliser des techniques comme des aides à l'expression de la personne (reformulation recentrage, clarification, questions ouvertes, silences). L'écoute demande à celui qui la pratique une discipline pour garder à une bonne distance de soi ses réactions de jugement et ses opinions hâtives. Elle exige aussi le renoncement au plaisir de parler et à l'habitude de monopoliser la parole. En retour, elle le délasse de lui-même et lui apporte du plaisir et un sentiment de bien-être lié au lâcher prise. L'écoute active "est la compétence de base indispensable à l'exercice d'autres capacités comme la capacité à reformuler les contenus d'un entretien, les sentiments et les émotions exprimés."*

À quoi cela sert ? *Dans un entretien, l'écoute active aide le patient à éprouver le sentiment d'exister dans le regard de l'autre. Grâce à la position de facilitateur du soignant, le patient s'approprie son vécu autrement. Elle participe à la création d'une relation soignant-soigné basée sur la confiance mutuelle, elle est aidante car elle redonne au patient une confiance en lui. Le patient se met alors à trouver lui-même ses propres solutions à ce qui se présentait comme un problème insurmontable quelques minutes auparavant. L'écoute active mobilise de nouvelles énergies chez le patient qui petit à petit se libère dans l'expression de ses émotions tout en les maîtrisant lui-même s'il le sent nécessaire.*

Comment faire ? *Pour écouter, le soignant doit adopter une attitude physique de disponibilité. Il explicite par des signes visuels et verbaux sa mise en écoute. Il doit refuser dans la mesure du possible d'être dérangé par des bips ou des appels téléphoniques. Il est important pour le soignant de faire un travail sur soi pour faire taire ses idées préétablies et ses préjugés, afin de contenir son envie d'interpréter ou d'intervenir trop vite et trop souvent. Pouvoir éloigner chez le patient la peur d'être jugé (par rapport à ses conduites alimentaires, son poids, ses non prises de médicaments) est le pas fondateur de la consultation elle-même ! Les patients verbalisent souvent la peur d'être jugés pour justifier le fait de ne pas avoir envie de venir à ce type de consultation. Un médecin explique comment il fait pour éloigner cette peur chez ses patients : "Je dis : elles (les infirmières) ne sont pas là pour vous juger ou dire ce qui est bien ou mal ! Elles sont là pour vous aider parce qu'on sait que tout ça peut ne pas être évident !" Cette peur se retrouve chez les personnes ayant à suivre des traitements lourds ou des recommandations contraignantes. Elle comprend plusieurs peurs : celle de se sentir jugées par leur entourage, par le corps soignant, mais aussi par elles-mêmes. Pour maintenir un haut niveau d'écoute dans la durée, le soignant a intérêt à utiliser des questions ouvertes pour réduire les "allant de soi" dont on se contente dans une conversation ordinaire. Par exemple, quand un patient dit "cette maladie c'est difficile, vous ne trouvez pas ?", on pourrait penser qu'il s'agit juste de manifester notre accord avec la pensée du patient. En fait, la méthode consiste à relancer immédiatement le patient en lui demandant "Qu'est-ce qui est difficile ou qu'est-ce qui est le plus difficile dans cette maladie?" Cela évite au soignant de parasiter le patient avec son propre imaginaire de la maladie forcément différent de celui du patient. » (1)*

(1) Extrait de « L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique – le soignant pédagogue » (2008), Tourette-Turgis C. Isnard Bagnis C., Pereira Paulo L.,

(2) Paris: Ed. COMMENT DIRE (Chapitre 4, pp. 84-87).

«L'empathie est une forme de compréhension définie comme la capacité à percevoir et à comprendre les sentiments d'une autre personne. A la différence de la sympathie ou de l'antipathie, l'empathie est un processus dans lequel le praticien tente de faire abstraction de son propre univers de référence mais sans perdre contact avec lui, pour se centrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité. Elle se résume par une question à se poser régulièrement : "Qu'est-ce qui se passe actuellement chez la personne qui est en face de moi ?"»

Un certain nombre de travaux s'accordent pour dire que l'existence de l'empathie est fondamentale dans l'entretien et que sa qualité est en lien direct avec l'expérience du *counselor** et la qualité du lien thérapeutique quelle que soit l'orientation théorique à laquelle se rattache le thérapeute. D'autres études (Mitchell, Bozarth, Krauff et Sloan par exemple) démontrent bien son importance mais ne la considèrent pas comme aussi déterminante. L'adoption de cette attitude est difficile dans certaines situations graves qui nous poussent naturellement à nous sentir à la fois affecté, impuissant et mobilise en nous des sentiments comme l'injustice ou l'inquiétude. Et pourtant une personne confrontée à une situation difficile a d'abord besoin de quelqu'un présent à ses côtés qui l'aide à faire face à ce qui lui arrive et non d'une personne qui réagit à sa place. Par la compréhension empathique, le conseiller aide la personne à entrer en contact avec ses propres sentiments et à découvrir leur signification.

Comment se manifeste l'empathie :

- En mettant des mots sur ce que l'on perçoit comme l'émotion dominante chez la personne,
- En lui demandant de nous dire ce dont elle aurait le plus besoin dans l'ici et maintenant,
- En essayant de comprendre son point de vue et en reformulant ce dernier sans tenter de le modifier (c'est d'elle-même dans un deuxième temps que la personne modifiera son point de vue sur sa situation).

Les effets de l'empathie dans la relation de soin :

- Augmentation du degré d'estime de soi de la personne : "on peut donc comprendre ce que je ressens sans me renvoyer que j'ai tort de penser cela",
- Amélioration de la qualité de la communication : "il ne se contente pas de me répondre que lui aussi peut mourir en sortant d'ici",
- Ouverture à l'expression d'émotions plus profondes : "c'est vrai que derrière cette colère il y a en fait toutes mes peurs".

Questions à se poser :

- Puis-je entrer dans le monde intérieur d'autrui et réussir à saisir ce qu'il ressent et ce qu'il perçoit ?
- Puis-je me sentir suffisamment proche d'autrui tout en me sentant différent et perdre tout désir de le juger et de l'évaluer ?

Réflexions :

- Il peut m'être difficile de communiquer à quelqu'un la compréhension que je pense avoir de lui. Le minimum de compréhension formulée, même sous une forme incomplète, aide considérablement l'autre à avancer dans la compréhension de lui-même. » (1)

*Dans la culture anglo-saxonne, le terme de "counseling" est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. H.B. et A.C. English le définissent comme "une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face. Les praticiens du *counseling* sont appelés *counselors*."

Cette fiche téléchargeable sur Internet <http://www.counselingvih.org/fr/definition/empathie.php>

a été rédigée à partir d'extraits des ouvrages suivants :

- C. Tourette-Turgis (1996). *La rétinite à CMV – Guide de counseling* (pp. 53-54), Ed. Comment Dire
 C. Tourette-Turgis (1992). *Guide de prévention – Comment conduire des actions en éducation pour la santé sur l'infection par le V.I.H. auprès des jeunes en milieu scolaire* (chap. I, p. 60), Ed. Comment Dire / AFLS.