

Soin relationnel

Dans un récit à deux voix, deux enseignants ont souhaité approfondir la question de l'enseignement des "attitudes relationnelles" dans des formations de type humaniste. Ils mettent en scène leurs conceptions communes, mais aussi leurs différences.

Enseigner les attitudes, un enjeu pédagogique.

NICOLE BOURUIN, ANDRÉ LAMBELIN

Deux approches pédagogiques et complémentaires se prêtent à un travail de formation centré sur la dimension relationnelle. D'un côté une approche cognitive, qui conduit l'individu à un processus de changement en privilégiant les ressources intellectuelles, de l'autre une approche qui privilégie la dimension affective de l'étudiant, pour qui le changement ne se fait qu'à la condition d'une interrogation sur ses propres affects et sur la manière dont ils peuvent faire obstacle à une compréhension de lui-même ou de l'autre.

QUELLES COMPÉTENCES DÉVELOPPER ?

Cette question détermine les choix pédagogiques faits ultérieurement en formation : objectifs, cadres conceptuels, outils. Le développement des compétences doit prendre en compte trois niveaux reposant sur les registres du savoir, du savoir-faire et du savoir-être.

- Au niveau du savoir, les étudiants reçoivent généralement des apports variés en sciences humaines : développement humain de la petite enfance à la vieillesse, attachement et séparation, autonomie, processus de deuil, obstacles à la communication, attitudes fondamentales etc., et acquièrent des concepts issus de différents cadres de référence, telles les sciences infirmières, la psychologie humaniste, la psychologie, la psychanalyse, la systémique, l'approche cognitive.

- Le savoir-faire comprend toutes les techniques de soins, telles que pansements, injections...

- Le savoir-être est centré sur l'enseignement de techniques relationnelles que l'étudiant est censé maîtriser: écoute, reformulation, encouragement, silence, respect chaleureux, congruence et empathie... Comment enseigner ce savoir être? Deux attitudes fondamentales, décrites par Carl R. Rogers, ont été retenues : la congruence et l'empathie. Ces deux termes sont largement enseignés aux étudiants et ils les utilisent.

- La congruence est définie comme «une caractéristique centrale de la personne émotionnellement saine parce qu'elle favorise chez l'individu une correspondance entre ce qu'il éprouve intérieurement, la conscience qu'il a de ce vécu et l'expression de celui-ci traduite consciemment dans son comportement». La congruence est une attitude active apprise par l'éducation, comme le respect, l'altérité, la générosité... Quelques exemples.

• Premier exemple. Paroles de la personne soignée: «J'ai l'impression que cela vous agace quand je dis qu'avec tous mes problèmes, j'ai peur de perdre le contrôle de moi-même. Il arrive que j'aie envie de me tirer une balle dans la tête; je pense d'ailleurs que cela serait mieux Pour moi ». Réponse du soignant: «Je suis content que vous fassiez cette remarque.

Récemment, mon frère, avec lequel j'étais en relation cordiale presque quotidienne, s'est suicidé. Nous étions vraiment très proches l'un de l'autre. Sa mort a brutalement mis fin à une relation que j'appréciais au plus haut point et j'en souffre encore beaucoup. Est-ce que cela vous éclaire sur ma réaction quand vous dites que votre mort serait la meilleure solution pour vous ? » . Peut-on considérer cette réponse comme congruente? Il s'agit bien d'une réaction émotionnelle (en l'occurrence une attitude d'agacement) dont le soignant est conscient; il s'en dégage et choisit une mise en paroles. Mais la compréhension de la congruence est erronée : en quoi ces paroles répondent-elles à l'anxiété du patient ? Mieux vaudrait: «Vous avez bien observé, votre situation m'évoque quelque chose de pénible...».

- Un autre exemple concerne l'attitude à adopter lorsqu'on se sent agressé par un patient, comme cette jeune femme d'origine africaine qui doit essuyer des propos racistes tenus par un patient. Que faire par rapport aux sentiments de révolte qui émergent ? Une réponse congruente, adéquate, impliquerait un partage de ses sentiments : «*Je me sens profondément blessée par vos propos*» ou «*Votre remarque suscite un sentiment de révolte en moi...*».
- Ou encore, l'exemple de réponses à ne pas donner lorsque le soignant se sent agacé par les sonnettes: «*J'en ai marre de vos appels incessants, dorénavant je ne répondrai plus...*». Cette remarque correspond sans aucun doute à une mauvaise interprétation de la définition de la congruence. «*Je remarque que vous sonnez fréquemment...*» ou «*Que puis-je faire pour vous ?...*» seraient des réponses bien plus pertinentes.

L'application de la congruence consiste à être conscient de l'affect (agacement) tout en le gérant par rapport au contexte ; en supervision, il s'exprime différemment que dans les soins. Pour bon nombre d'étudiants, leur compréhension de la congruence consiste à verbaliser leur ressenti auprès du patient: «*Je me sens agressé par vous...*», «*Je me sens fatigué...*». Or, la relation humaine est suffisamment complexe pour qu'elle ne puisse être réduite à un stéréotype tel que "*verbaliser son ressenti face au patient*". Il faut distinguer les situations cliniques où la verbalisation du ressenti est pertinente, de celles où il n'est guère indiqué de le faire. Ceci nécessite une intuition (mobilisation de toutes les connaissances instantanées) basée sur l'expérience et le savoir professionnel, tout ceci empreint de profond respect.

- L'empathie est considérée par Carl R. Rogers comme une attitude réactive. La personne réagit à l'attitude d'autrui. «L'empathie suppose que nous saisissons comment l'autre se sent intérieurement, comment sont les choses pour lui. Mais ce mot ne signifie pas que les pensées, les sentiments ou les difficultés de l'autre deviennent nôtres».

Les exemples du travail quotidien montrent que les relations professionnelles se tissent davantage sur les versants sympathie/antipathie que sur ceux de l'empathie. Lors d'une visite à une femme dont la mère est hospitalisée dans une maison de retraite, un soignant lui demande si elle a besoin d'aide: «*Je sais très bien ce que j'ai à faire*», répond cette personne sur un ton vif. Plutôt que de donner un sens à cette attitude, l'équipe de soins refuse alors d'entrer en relation avec elle... Autrement dit, une attitude symétrique de l'équipe suit la réponse "rejetante" de la personne.

Jean-Dominique Bauby, souffrant d'un loched-in syndrome*, décrit dans son livre "*Le scaphandre et le papillon*" l'attitude d'un soignant qui entre dans sa chambre et éteint la télévision à la mi-temps d'un match de football alors qu'il le regardait avec intérêt...

De même, les situations abordées par les patients concernant leur mort sont souvent "récupérées" pour parler de la vie ; les situations de perte et la subjectivité qui lui est liée sont facilement banalisées, les solutions suggérées par les soignants sont souvent plus aidantes pour eux que pour le patient, sans qu'ils en soient conscients.

Mais est-il vraiment possible de former à l'empathie en formation de base ? Deux modèles

peuvent y contribuer: le modèle cognitif et le modèle affectif.

LE MODÈLE COGNITIF (NICOLE BOURQUIN)

A travers ma formation (la psychiatrie) et au cours de mes premières années de pratique en santé publique, je partageais l'idée de la nécessité d'une approche affective. Par la suite, insatisfaite des résultats des nombreux cours orientés sur la relation, tant comme infirmière, enseignante que patiente, j'ai eu le privilège de découvrir d'autres références qui conviennent mieux à mon souci de rigueur.

- Quoi de plus frustrant que de se heurter à des étudiants qui refusent de s'exprimer sur leur vécu (je les comprends et, aujourd'hui, j'agis de même!) lorsque l'on cherche à leur faire prendre conscience de leurs émotions ?... Quoi de plus frustrant que d'être soi-même alitée, dépendante et souffrante; "on" est obligé de constater que personne n'est capable de "nous" regarder en face et de dire seulement quelque chose comme : «*Puis je faire quelque chose pour vous ?*». Où sont donc passés les "bons" conseils offerts avec une touchante authenticité par les spécialistes de la relation ? Même les infirmières n'ayant que quelques années de diplôme, c'est-à-dire ayant bénéficié de cours sur la relation, semblent dépassées devant la douleur, inexplicable parfois, d'une personne. Peut-être ai-je joué de malchance à chacune de mes hospitalisations, mais trop d'autres témoignages me poussent à croire que tout cela est trop fréquent. Je reste persuadée que chacun, chacune, souhaite donner le meilleur de lui-même aux bénéficiaires de soins.

J'ai découvert plusieurs cadres de référence proposant des outils cognitifs, dont certains chez Carl R. Rogers. Celui-ci spécifie bien que c'est à travers une extrême rigueur, une très longue approche parfois, ainsi qu'un apprivoisement réciproque, qu'éventuellement l'on peut se permettre d'être authentique. Or, nous ne disposons généralement pas du temps idéal pour cela, d'où ma satisfaction de découvrir d'autres techniques à connotation plus "mentales", visant l'apprentissage d'attitudes. Le but est de démontrer ici que ces attitudes peuvent s'apprendre, à peu près comme les gestes à effectuer lors d'un grand pansement stérile ! Les attitudes découlent des valeurs intégrées par l'individu. Carl R. Rogers propose trois types de valeurs :

- **la valeur opérative**, qui ne concerne que les choix de l'organisme vivant (par exemple boire lorsque l'on a soif) ;
- **la valeur conceptualisée**, qui démontre la préférence qu'a un individu pour un objet symbolisé et qui oblige une implication affective. Ces valeurs sont acquises au fur et à mesure de la socialisation ;
- **la valeur objective**, qui s'apprend intellectuellement et qui peut être choisie en tant que "moins mauvaise solution". Par exemple: mes valeurs conceptualisées me poussent à ne pas respecter un assassin et mes valeurs objectives m'obligent à voir en lui un être humain à soigner lorsqu'il souffre.

Soigner un être qui nous est cher ne pose généralement pas de problème, nous sommes capables d'effectuer des soins avec patience, disponibilité, bienveillance. Lorsqu'il s'agit de soigner un être qui nous est indifférent, les choses ont tendance à se compliquer, nous serons très attentionnés si le contexte (temps, équipe, moyens) nous le permet, mais si les conditions ne sont pas idéales, nous risquons de réagir de manière à répondre au plus urgent... ou ce qui paraît le plus urgent, c'est-à-dire avec précipitation, au niveau du savoir-faire. La violence nous guette : ne pas répondre à la sonnette, ne pas transmettre les plaintes des patients, etc. Cela est certainement très "humain" et qui pourrait blâmer l'autre d'adopter une telle attitude ?

- **Une réflexion portant sur notre engagement de soignant et sur les besoins identiques de chaque être humain** (absence de souffrance, se nourrir, éliminer, etc.) nous aidera à modifier la sélection spontanée qui pourrait nous pousser à négliger les besoins de certaines personnes. Nous sommes capables, rapidement, d'intégrer des réflexes conditionnés au volant d'une voiture... Pourquoi ne serions-nous pas capables de faire nôtre une attitude bienveillante envers tous les bénéficiaires de soins ? Bien sûr, l'authenticité reste une qualité, mais les situations ne nous permettent pas toujours de l'être, nous ne sommes pas assez "bons" pour cela. Apprendre à adopter des attitudes adéquates n'est pas de l'hypocrisie, c'est une question d'éthique (en cas de nécessité, revoir les droits de l'Homme et les principes éthiques de la profession).

Dans chaque culture, il est nécessaire de s'adapter au rôle qui est le nôtre. Un comportement original peut être créatif et bienvenu, mais il doit, dans le cadre des soins, s'appuyer sur une éthique rigoureuse et ne pas être engendré par la négligence, le ras-le-bol ou un centrage sur soi-même inapproprié au contexte. Il est parfois indispensable de neutraliser nos émotions afin de ne pas en faire porter le poids à l'autre, en l'occurrence au patient.

- **De la notion d'empathie, retenons l'idée d'avoir la capacité de comprendre l'autre**, c'est-à-dire "prendre avec", faire sien le ressenti de l'autre. Pour cela, il suffit d'être à l'écoute de ce qu'il communique avec ses mots, ses attitudes. Notre intuition est ici une aide précieuse à l'utilisation des références intellectuelles; toutefois, elle ne doit pas être utilisée sans vérification, car sa subjectivité risquerait de nous pousser à nous croire tout-puissants, connaissant mieux l'autre qu'il ne se connaît lui-même. Une attitude d'ouverture, une "décentration" de notre propre personne, une curiosité intelligente, une envie de rencontrer l'autre là où il se trouve, sont les principaux moteurs de cet élan de générosité qui nous pousse à aider l'autre puisque c'est cette intention - de manière quasi unanime - qui a motivé notre choix d'exercer cette profession.

Comment arriver à cette attitude altruiste lorsque l'on est fatigué, que l'on a des soucis ou, comme trop souvent, on n'apprécie pas trop la personne que l'on doit soigner ? La différence, comme l'inconnu, fait peur plutôt que d'être source d'intérêt, d'apprentissage. Sans que cela soit facile, la réponse est simple, car l'esprit se maîtrise, il est à notre service, il prend la forme que nous lui donnons. Nos pensées s'élaborent, se construisent, elles n'ont pas une forme rigide, fixée, mais elles sont bien modulables, perfectibles à souhait. Il est plus facile de diriger notre intellect que nos émotions. Même si nous peinons sur un sujet d'étude, la patience, la concentration, ainsi que l'application, nous permettrons de le travailler, de l'apprendre, pour finalement l'intégrer jusque dans notre système de valeurs. Il est bien plus difficile de modifier nos sentiments, qui émergent de tant d'inconnues, souvent enfouies en nous, et qui resurgissent parfois à des moments inopportuns. Acquérir une maîtrise de l'esprit s'entraîne, comme un muscle, avec attention et vigilance.

LE MODÈLE AFFECTIF (ANDRÉ LAMBELIN)

Mes convictions concernant l'approche de l'affectivité se sont développées tout au long de ma pratique d'enseignement. D'abord j'ai été co-animateur dans une école de soins infirmiers psychiatriques, puis j'ai eu l'occasion d'animer d'innombrables sessions sur le thème de la relation, qui ont renforcé ma conviction qu'une compétence relationnelle s'acquiert notamment par l'investissement affectif de l'étudiant. Le partage du vécu au sujet de nos relations interindividuelles me paraît essentiel. Non seulement les sessions se dotent ainsi d'un matériel extraordinaire, mais elles permettent aussi à l'étudiant d'extérioriser son vécu parfois très douloureux, qui peut le bloquer dans ses relations professionnelles. L'outil de travail privilégié est constitué par l'affectivité de l'étudiant. Toucher à celle-ci est indispensable pour

prétendre à une certaine compétence relationnelle en fin de formation, en particulier en ce qui concerne les attitudes telles la congruence et l'empathie. Cette compétence relationnelle ne peut se construire sans une ouverture sur soi-même. Il s'agit essentiellement d'une interrogation sur ses propres sentiments et affects qui sont largement à l'oeuvre dans une relation interpersonnelle ou dans une relation thérapeutique. Apprendre à les nommer, à les identifier, à les verbaliser, est un objectif de formation prioritaire.

- **La compétence relationnelle exige que le soignant soit capable d'être suffisamment proche** des préoccupations de la personne malade, de sa souffrance et de ses émotions. L'affectivité du soignant est forcément engagée. Son travail en formation consiste alors à trouver la distance thérapeutique qui lui permette ni de "coller" au patient et de s'épuiser au fil du temps, ni de trop se protéger par une attitude verbale ou non-verbale inadéquate. Un regard sur son "fonctionnement" affectif permet des éclaircissements.

Cette approche est engageante pour la personne. Une situation professionnelle problématique fait souvent résonance en soi. L'émotion qui émerge peut déclencher une souffrance psychique, mettant en lumière des éléments de la vie personnelle, sociale ou professionnelle du soignant. La compréhension intellectuelle et affective qui en résulte peut permettre une meilleure appréhension de la situation professionnelle.

Cette approche n'est pas aisée et présente de multiples écueils:

- **Longueur de l'apprentissage** concernant les attitudes ;
- **Difficulté des étudiants à "livrer" leurs sentiments**, partager ce qui se passe en eux et s'engager dans des jeux de rôles;
- **Protections psychologiques** (rationalisations, fantasmes, évitement) ;
- **difficulté du groupe** face aux sentiments exprimés par un étudiant à partir d'une situation relationnelle qui a lui posé problème ;
- **Transposition de cette situation** à sa propre réalité professionnelle ou personnelle ;
- Frontières parfois peu claires et peu clarifiées entre la pédagogie et la thérapie ;
- Difficultés des enseignants eux-mêmes (contre-attitudes, limites).

- **Il est important que l'étudiant puisse verbaliser son ressenti**, l'extérioriser, en prenne conscience, pour ensuite entendre l'attitude professionnelle correspondante. Il est indispensable de laisser de la place à la verbalisation du ressenti avant d'apporter quelques considérations éthiques (devoirs du soignant face au patient). Taire ses sentiments d'agacement risque d'engendrer des attitudes non-verbales hostiles (ignorance d'un appel, non-transmission d'une plainte...) que l'on retrouve au niveau des relations soignants/soignés, mais aussi au niveau des relations entre collègues de travail. Trop souvent, ces relations sont clivées entre sympathie et antipathie. Être congruent signifie ici oser dire son ressenti, clarifier la relation à partir de son propre vécu.

LES OUTILS

- L'avantage de la démarche cognitive est que l'enseignement peut être court. L'exercice de la maîtrise de l'esprit, par contre, est sans fin... Qui oserait affirmer l'avoir dompté? Chaque réussite d'une situation gérée sans l'emportement des sentiments, avec réflexion et déférence, devient le puissant moteur de l'application de la rigueur nécessaire pour continuer cet apprentissage. Cela implique une cohérence dans l'équipe enseignante. Bien que chacun garde sa personnalité, les moyens permettant de répondre aux objectifs doivent être fondés, avec rigueur - ...et sans rigidité ! - sur une éthique très simple : chaque bénéficiaire de soins a le droit d'être soigné avec respect et de manière équitable. L'essentiel du travail consiste à clarifier ce que cela représente réellement dans des situations concrètes, celles-ci étant

travaillées en classe à partir du matériel expérimentiel des étudiants. La référence à l'éthique et à la concrétisation de ses principes doit être repérée lors de tout enseignement clinique. L'enseignant aidera l'étudiant à se placer en métaposition, en se distançant des émotions qu'il peut ressentir, afin d'observer si son attitude répond réellement à un souci d'éthique.

Peu à peu, l'étudiant saura seul effectuer cette démarche et ce, de plus en plus rapidement. La responsabilité de l'enseignant sera de savoir présenter tous les avantages d'une démarche rapide, susceptible d'apporter des bénéfices à chacun. Ni les étudiants, ni les soignants n'apprécient d'être "englués" dans des émotions ternissant leur plaisir et leur satisfaction à travailler pour aider autrui. Il est donc assez aisé de les motiver à chercher des outils leur permettant de s'en défaire. En les accompagnant ensuite dans cette démarche d'analyse, ils pourront constater l'aide qu'ils peuvent trouver dans leur réflexion afin d'évincer des sentiments "désagréables".

- En ce qui concerne le modèle affectif, un outil essentiel est constitué par les jeux de rôles. Le préconscient réagit facilement aux exercices et aux jeux de rôles. Ainsi, des comportements personnels et professionnels, des affects et des sentiments peuvent être expérimentés par les étudiants. La verbalisation du vécu, expérimenté lors des mises en scène, amène l'étudiant à une meilleure compréhension intellectuelle et affective de la situation. Le jeu de rôles nécessite la maîtrise de la technique par l'enseignant et l'adhésion à ce travail par l'étudiant.

La préparation de l'étudiant ne peut se faire sans réflexion antérieure sur l'articulation des contenus théoriques. Il est primordial que l'utilisation de la technique s'inscrive clairement et explicitement dans un projet pédagogique institutionnel sur le thème de la relation. De plus, le matériel clinique de l'étudiant (vécu, situations, affects, émotions) est indispensable pour l'exploitation. Ceci présuppose que l'étudiant, pour récolter ce matériel, soit capable d'observations attentives envers lui-même, l'autre et l'environnement. L'analyse consiste ensuite à donner un sens aux données; recueillies.

La verbalisation des émotions et l'expression émotionnelle sont souvent considérées par les étudiants comme une mise à nu de leur propre personne, dont il faut se protéger coûte que coûte. En sachant que l'action constitue souvent un voile une défense, la formation offre une période de réflexion pour appréhender son intériorité. Ce cadre implique :

- Des groupes restreints (au maximum 15 étudiants) ;
- Une concertation préalable entre les enseignants et une réflexion sur leurs rôles respectifs (animation et évaluation des étudiants par les mêmes enseignants) ;
- Une information claire sur les différents cadres de référence utilisés (l'absence d'une telle information semble créer davantage de confusion que d'éclaircissements auprès des jeunes étudiants) ;
- Une énonciation des objectifs de formation au niveau du savoir être ;
- Une collaboration étroite (rencontres régulières et évaluations ponctuelles) entre enseignants d'un programme et formateurs extérieurs.

CONCLUSION

Nous sommes partis de convictions différentes en ce qui concerne l'apprentissage des attitudes. Sommairement, ces convictions se rattachent à deux approches, l'une cognitive, l'autre affective. Ces deux termes ne doivent pas nous faire perdre de vue que la cognition et l'affectivité s'imbriquent toujours, mais ils nous ont servi à différencier l'accent mis sur chacune de ces approches.

Nous convergions sur le fait que l'apprentissage des attitudes oblige à une réflexion sérieuse car trop de situations quotidiennes mettent en exergue notre utilisation de la sympathie ou/et de l'antipathie, la banalisation ou/et l'ignorance de la souffrance de l'autre, le tout trop copieusement "arrosé" de jugements de valeurs plutôt que d'un réel travail à un niveau empathique.

La profession de soignant, à quelque niveau que ce soit, comporte des exigences de communication élevées, que seule une approche rigoureuse permet d'atteindre. Le travail relationnel reste la pierre angulaire du travail soignant. L'enseignement à partir d'approches différentes devrait être une ressource pour les enseignants. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Aubin D., Quimet C., St Amour G., Actualisation de soi, Ed. Décarie, 1986
- Bruckner P., La tentation de l'innocence, Grasset, 1995
- Cifali M., Le lien éducatif: contre-jour psychanalytique, PUF, 1994
- Comte-Sponville A., Petit traité des grandes vertus, PUF, 1995
- Dhoquois R., La politesse, vertu des apparences, Autrement, 1991
- Foucault M., Le souci de soi, Gallimard, 1984
- Hannoun H., Paradoxe sur l'enseignant, ESF, 1989
- Houssaye I., Les valeurs à l'école, PUF, 1992
- Onfray M., La sculpture de soi, Grasset et Fasquelle, 1993
- Rabten G., Dhargyey G., Conseils d'un ami spirituel, Ed. Vajra Yogini, 1990
- Rogers C.R., Le développement de la personne, Dunod, 1968, Liberté pour apprendre, Bordas, 1984

LES AUTEURS

Nicole Bourquin, enseignante en soins infirmiers, étudiante en philosophie bouddhiste, André Lambelin, infirmier, formateur en Suisse et en France.

QUESTIONS/REPONSES

- Prétendre à une implication affective de l'étudiant dans les sessions de relation relève-t-il d'une illusion pédagogique ?

- N. B.: Oui. Les étudiants ne souhaitent pas se dévoiler, ni devant leurs pairs, ni devant l'animateur qui pourrait, pensent-ils, les juger ou/et donner telle ou telle interprétation à leur expression. Les personnes en session se connaissent, travaillent et étudient ensemble, et vivent également une certaine forme de compétition, cela ne semble pas propice à la mise à nu de leur propre affectivité.
- A. L.: Pas si les étudiants sont préparés, si les enseignants et les responsables de programmes soutiennent la démarche, si les infirmières des lieux de stage travaillent en synergie avec les enseignants et si l'étudiant peut bénéficier d'un lieu de pratique et d'un espace pour exploiter son vécu. Plus un groupe est ouvert (partage du vécu et des sentiments), plus l'implication affective peut se réaliser. Plus un groupe est défensif (crainte, hostilité, non-dits), moins il est possible de toucher aux aspects affectifs. Plus tard, lorsque ces étudiants se trouvent engagés dans la vie professionnelle, ils sont confrontés à différentes situations de conflits, de fin de vie, d'agressivité, qui doivent être abordées dans des espaces de parole. La compréhension, la verbalisation de leurs sentiments, plutôt que leur négation ou leur refus, constituent une ouverture pour la clarification de telles situations.

- Dispose-t-on de suffisamment de temps ?

- N. B.: Oui et non! Oui car le développement de la personne est infini, non car il est possible d'inverser le rapport au temps en posant la question : «l'ai devant moi x heures..., que m'est-il possible de faire durant cette période?». Actuellement, au vu du temps à notre disposition, nous devons focaliser notre enseignement sur la dimension intellectuelle de l'apprentissage d'attitudes; un changement au niveau affectif demande bien plus de temps, puisqu'il induit la modification de valeurs. Il serait pourtant erroné d'imaginer que l'apprentissage cognitif s'effectue sans implication affective.
- A. L.: Le nombre d'heures nécessaires est un véritable casse-tête. C'est surtout l'articulation entre les cours théoriques (développement humain, bases de la relation, de la communication, attitudes thérapeutiques/non-thérapeutiques), les enseignements cliniques sur le terrain (observation en direct d'un certain nombre d'interactions de la part de l'étudiant et évaluation), les sessions soignants/soignés d'une semaine chaque année et l'encadrement pédagogique des soignants sur le terrain qui sont difficiles à réaliser. C'est dans le bon dosage entre la théorie et la pratique que le processus d'apprentissage de l'étudiant bénéficiera de la meilleure efficacité.

- Comment un soignant doit-il se positionner lorsqu'un patient souhaite lui parler d'une perte subie alors qu'il ne se sent pas disponible ?

- N. B.: Grâce à un "entraînement" à se situer au niveau cognitif, spécialement lorsque la situation est difficile, il devient possible de "mettre en attente" notre propre émotion et d'offrir au patient l'écoute à laquelle il a droit. Nous restons souvent envahis par notre affect qui n'est utile à personne: ni au patient qui a besoin d'aide, ni à nous-mêmes. Si nous nous trouvons au travail, il est impératif de nous centrer sur l'offre de soins que nous proposons. Si nous avons des problèmes personnels à résoudre, il est impératif de nous donner les moyens d'y parvenir. En flottant dans une espèce de no man's land ne nous permettant ni de résoudre nos préoccupations ni d'offrir des soins de qualité, nous ne serons bénéfiques ni aux uns ni aux autres.
- A. L.: Lorsque le soignant n'est pas disponible au niveau "affectif", les résonances feront barrage à la qualité d'écoute. Le soignant adoptera une attitude défensive: soit il essaiera de se sauver de la situation en donnant une solution : «Pourquoi n'en parlez-vous pas à votre

médecin ?», soit il rationalisera le vécu du malade: «C'est vrai, toute perte est difficile à gérer et il faut beaucoup de temps pour la dépasser», soit il rassurera le patient: «Ne vous en faites pas, c'est un moment difficile à passer». Le niveau d'empathie est ici insuffisant. Mieux vaut: «Vous souhaiteriez parler de votre perte récente, mais malheureusement je ne me sens pas, pour des raisons personnelles, disponible pour l'instant. Votre situation me touche trop, accepteriez-vous un autre soignant pour dialoguer avec vous ?».

- Quel rôle joue la dimension affective dans nos cadres de référence respectifs?

- N.B.: La dimension affective est omniprésente, mais elle peut se manifester avec plus ou moins de force. L'émotion est mauvaise conseillère et nous pouvons apprendre à l'apprivoiser. Prendre conscience de son émotion (vécu) lorsqu'elle se manifeste est indispensable; sa traduction dans notre offre de soins doit être réfléchie, ce qui ne signifie pas qu'il soit nécessaire à chaque fois de mobiliser tout notre entourage ou la moitié du temps de notre matinée pour cela ! Cela peut et doit être rapide, voire très rapide. Lorsque je ressens une émotion, je peux m'interroger ainsi: «Vais-je, à travers cette émotion, apporter un mieux-être au malade dont je m'occupe?». Si la réponse est non, alors mieux vaut même s'accrocher à des réponses quelque peu stéréotypées que de partager notre déconvenue, c'est une question de politesse et de respect vis-à-vis de notre rôle. Cela n'a rien à voir avec une quelconque hypocrisie trop souvent brandie comme excuse à notre indisponibilité. Faire "bonne figure" même lorsque l'on a "le cœur gros" est le minimum que nous puissions offrir à une personne dépendante de nos soins.

- A. L.: La dimension affective est le moteur principal de nos agissements verbaux et non-verbaux. Analyser ce que nous induisons dans la relation peut se faire au niveau cognitif, mais l'impact dans le sens d'une meilleure connaissance de soi ne peut, à mon avis, être équivalent à un travail sur la dimension affective (ressenti, verbalisation, contre-attitudes).

- Pour enseigner les attitudes, quelles compétences sont alors requises pour les enseignants?

- N. B.: Je ne pense pas qu'il soit nécessaire pour un enseignant d'avoir des compétences spécifiques pour enseigner les attitudes. Les capacités mises en oeuvre habituellement par les enseignants dans le domaine de la santé sont celles qui permettent tout apprentissage. Je parle de la rigueur, de la patience, de l'enthousiasme et, bien sûr, d'une connaissance du contenu, ici les principes éthiques.

- A. L.: Un tel enseignement nécessite de réelles compétences pédagogiques, telles que l'animation, ainsi qu'une capacité à adapter l'enseignement au sujet traité (une session sur le thème du deuil ne peut être enseignée de la même manière qu'un cours sur l'hygiène hospitalière). Les enseignants doivent également disposer de solides connaissances en sciences humaines, en particulier au niveau des phénomènes de groupe et des attitudes défensives des étudiants. Un travail de développement personnel (supervision, thérapie) peut les aider à reconnaître leurs contre-attitudes.