

# La posture éducative

# Sommaire

<b>Le contexte</b> .....	<b>3</b>
<b>L'écoute active</b> .....	<b>5</b>
<b>L'empathie</b> .....	<b>8</b>
<b>La bienveillance</b> .....	<b>11</b>
<b>L'authenticité</b> .....	<b>15</b>
<b>L'auto-efficacité</b> .....	<b>17</b>

# Le contexte

Le rapport soignant-soigné évolue vers un changement de paradigme. Nous passons d'un modèle paternaliste vers un modèle partenarial. Cette relation implique une équivalence des prérogatives des deux parties sans pour autant nous ramener à une égalité du point de vue de l'éthique. La relation partenariale se caractérise par :

- Un patient au centre. Plus précisément, c'est la relation soignant-soigné qui se trouve au centre du dispositif. Pour être cohérent avec cette nouvelle vision, il serait sans doute plus judicieux d'inverser le sens de la proposition et de parler de la relation « patient-soignant »
- Une relation qui repose sur l'empathie. Ce terme désigne l'aptitude à reconnaître la souffrance du malade et à le lui signifier. Elle est différente de la compassion qui se définit comme une souffrance partagée, ou de la sympathie où l'identification est la règle. Notons tout de même que ces définitions varient selon les auteurs
- L'instauration d'un climat de confiance. Celui-ci est basé sur une bienveillance et une bonne distance soignant-soigné qui favorisent l'expression libre du patient
- La reconnaissance de l'expertise du patient. Elle est issue de son expérience mais aussi de ses propres recherches personnelles (l'Internet offre cette possibilité). Il s'instaure entre les deux acteurs une délibération, avec de riches échanges tenant compte de l'expertise scientifique du soignant et celle profane du patient
- La reconnaissance de la capacité de décision du patient. Si le patient n'a pas les connaissances médicales requises, il est cependant en mesure d'évaluer les impacts de la décision médicale sur son mode de vie, et vérifier la cohérence avec ses propres valeurs, son histoire personnelle et le sens qu'il donne à son existence. Une fois renseigné, le patient pourra donner son accord et établir avec les soignants une sorte de contrat moral concernant le plan de soin
- Une éducation du patient réalisée en fonction de ses besoins exprimés
- Des échanges avec l'ensemble de l'équipe soignante. La décision n'est plus prise uniquement par le médecin au sommet de la hiérarchie des intervenants.

C'est sur ce socle que se construit l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe soignante. La dimension affective permet alors de répondre au principe de bienveillance qui doit toujours prévaloir. **L'alliance thérapeutique signifie un lien particulier entre le patient et le médecin ou le soignant, en vue d'un accord sur des décisions thérapeutiques.** Les modalités en sont les suivantes : respect de la personne, partenariat, écoute des besoins, définition conjointe des objectifs. Cette alliance est soutenue par une éthique et des valeurs communes. Loin d'être figée, elle évolue selon un mouvement fait de moments de ruptures et de réparation (Xavier De La Tribonnière, *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, 2016). L'ETP vise à rechercher et trouver de façon constante un équilibre fonctionnel entre l'autonomie du patient et facilitation du soignant.

## ***De la relation d'aide à la posture éducative***

Dans son ouvrage, Xavier De La Tribonnière explique que « selon C. Rogers, la relation d'aide est définie comme l'adéquation parfaite avec la philosophie partenariale présentée ci-dessus. Se référant aux travaux de cet auteur, la notion de relation d'aide consiste, dans un cadre d'optimisme, à aider une personne en difficulté, à mobiliser ses propres ressources plutôt qu'à lui imposer des solutions venant de l'extérieur. L'auteur part du principe que la personne a en elle de vastes ressources pour se comprendre et changer de manière

constructive sa façon d'être et de se comporter. La considération positive inconditionnelle du professionnel aide alors la personne à accéder à ses propres ressources.

Cette démarche humaniste se fonde sur l'empathie qui sous-tend la communication entre le thérapeute et le patient. Le thérapeute interagit comme un miroir. La thérapie rogérianne se veut centrée sur la personne dans sa globalité et non pas sur le problème. Il s'agit d'une approche non directive, située dans le présent. Elle s'adapte aux capacités de changement du patient pour l'aider à aller vers son mieux-être et son développement personnel. Il se sent accepté, et ses défenses et rigidités sont atténuées d'autant. Il peut alors acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser. Et n'oublions pas que, le plus souvent, le patient demande à accroître son savoir sur lui-même ».

Selon C. Rogers, la posture de l'aidant est favorisée par 5 concepts :

- **Apprendre à s'écouter soi-même** : pour lui, plus l'aidant est en capacité de s'écouter, plus il sera animé par le désir d'écouter vraiment l'autre. Cela va permettre de développer la congruence
- **L'authenticité** : il précise la capacité à être au plus près de soi, est un facteur changement possible pour l'autre car l'aidant n'a pas de barrières (sans façade, ni masque). Cette posture donne aussi la congruence
- **La compréhension du cadre de référence de l'autre**. Comprendre l'autre signifie sortir des réactions habituelles de jugement, d'évaluation sur ce qui est normal, raisonnable, estimable, juste, faux...L'autre est différent de soi et la prise en compte de cette différence est essentielle dans la relation. Cette compréhension va être possible que si l'aidant ouvre la voie d'une communication permettant à l'autre de l'exprimer. Il affirme que pour que la relation soit adaptée, l'aidant doit accepter l'autre tel qu'il est
- **L'acceptation de l'autre**. Pour lui : "permettre à l'autre d'être ce qu'il est, provoque le changement. Accepter l'autre équivaut à accepter de ne pas faire interférer nos catégories, ne pas juger l'autre dans son for intérieur. Accepter l'autre, c'est l'accepter dans son essence
- **Accepter l'autre du point de vue de son potentiel**. La façon dont l'aidant considère l'autre cela va induire des potentialités ou des limites à son développement.

Ces principes de communication et d'ajustement de la relation sont largement utilisés en ETP. Ainsi, on définit classiquement la posture éducative en utilisant quasiment les mêmes termes. Elle est constituée d'écoute active (questions ouvertes, attention soutenue, intérêt, expressivité, etc.) et de reformulation (vérifier que l'on a compris et donner au patient le sentiment d'avoir été entendu), d'empathie, de bienveillance, d'authenticité et de renforcement du sentiment d'auto efficacité.

# L'écoute active

L'intervenant en ETP doit saisir ce que le message veut dire. Il doit capter et en comprendre le contenu : l'ensemble c'est-à-dire la parole et les messages implicites (ils sont souvent plus forts que la parole). L'écoute active est une attitude dynamique qui permet de bien comprendre le message de l'autre. Elle nécessite de se taire et d'écouter puis de mettre en relation ce que dit l'autre avec ce que l'on sait déjà.

L'écoute active implique le repérage d'éléments nouveaux et d'éléments marquants pour interroger et aller plus loin dans la compréhension de son interlocuteur. Pour cela, il faut s'imposer des règles :

- Être dans **des conditions physiques** qui soient **propices** à cette relation

Quelques règles générales sont à respecter lors d'un échange entre un intervenant et un patient. Il faut bien sûr que l'intervenant tienne compte de la position physique occupée par le patient. L'intervenant doit s'assurer que :

- Le contact visuel existe entre lui et le patient

- Lui et le patient soient à la même hauteur sur le plan visuel. Par exemple l'intervenant doit éviter de se tenir debout lorsqu'il parle à une personne assise. Cette dernière va être inconfortable pour ses muscles du cou et ses yeux. De plus l'intervenant va se trouver dans une position dominante par rapport à la personne assise. Le patient va avoir du mal à garder le contact visuel car elle n'est pas à l'aise. Dans l'idéal, il faut que l'intervenant se baisse ou se penche devant le patient assis ou s'assie sur une chaise si la conversation est plus longue

- Le patient et lui favorisent une utilisation optimale des modes de contact désirés. Dans l'idéal, c'est que les deux parties soient assis face à face sans aucun obstacle entre eux : pas de mobilier. Ainsi l'intervenant a une vision globale de la personne soignée (mimique, joue avec ses mains...).

Michaël Argyle parle de ce type de communication non verbale et dit que beaucoup de signes non verbaux exprimés le sont à travers des gestes et des mouvements déterminés par le corps. L'expression faciale ou mimique : le visage a une place prépondérante dans notre communication. Il permet de traduire les émotions fondamentales, reconnaissables par tous : la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse, le dégoût. Le regard traduit l'attention que l'on porte à l'autre. Il permet d'établir le contact avec l'autre. Il peut mettre en confiance ou au contraire provoquer la fuite en cas de situation ambiguë. Les gestes et postures : les codes gestuels ne sont pas toujours simples à interpréter car leur signification varie d'une culture à l'autre. Dans la culture latine, les personnes ont tendance à saisir l'interlocuteur et ainsi à pénétrer dans son espace intime, ce qui peut entraîner la fuite dans d'autres cultures. Les mains et les bras sont souvent très actifs au cours d'une conversation et attirent l'attention de l'interlocuteur (par exemple : les bras croisés sur la poitrine forment un bouclier de protection face à l'interlocuteur). Lors d'une rencontre, nous avons tendance, consciemment ou non, à juger et à évaluer la personne selon son apparence, avant même de lui avoir parlé. Tous les messages sont interprétés : hygiène corporelle, coiffure...

- Le patient et lui soient le plus confortablement installés pour pouvoir aller jusqu'au bout de l'entretien. Dans l'idéal, dès les premières minutes de l'échange, il est important que le patient et l'intervenant soient bien assis, à l'abri des bruits environnants, des regards indiscrets, isolés des autres personnes...

- La personne est disponible durant toute la durée de l'entretien et lui indiquer l'heure de fin envisagée.

- Se mettre dans des **dispositions intellectuelles et affectives** : c'est-à-dire se rendre disponible, attentif, donner de l'intérêt à ce que la personne
- La relation d'aide se **centre sur la personne et non sur le problème** (l'intervenant n'est pas là pour donner la solution au problème du patient mais pour qu'elle trouve des solutions elle-même)
- L'intervenant va **utiliser la reformulation** : il va redire en d'autres termes ce que vient de dire la personne. La reformulation présente des avantages, tant pour l'intervenant en ETP que pour le patient.

En ce qui concerne le patient, elle permet de renvoyer une intention de respect et d'écoute à l'égard de la personne qui s'exprime et l'encourage à s'exprimer davantage.

Pour ce qui est de l'intervenant, elle permet de s'assurer de la bonne compréhension des propos du patient, de recentrer l'entretien sur un thème particulier pour lequel il peut avoir besoin d'informations supplémentaires, et enfin de montrer au patient qu'il lui a prêté de l'attention. Cette attitude permet de dédramatiser une situation, de faire tomber des tensions ou d'apaiser le patient.

Neuf composantes permettent de faciliter la pratique de l'écoute active (Assal J-Ph et coll. *Schweiz. Rundschau Med.* 1992 ; 81, 147-151.) :

- Abandonner toute attitude autoritaire
- Éviter l'affrontement verbal
- Poser des questions ouvertes
- Respecter les silences des patients
- Reformuler avec des mots adaptés
- Relancer : s'impliquer et formuler des hypothèses
- Aider le patient à rester dans le concret
- Récapituler et fixer des objectifs

Il existe 4 niveaux de reformulation :

- La reformulation en "écho ou reflet simple" : l'aidant reproduit les termes utilisés par la personne (selon vous, donc ... si je comprends bien, ... Ce que vous me dites, c'est que ...)
- La reformulation "reflet des sentiments" : l'aidant fait une brève synthèse des sentiments ou des propos tenus par la personne (Vous me dites que vous avez un sentiment de frustration par rapport au fait que ...)
- La reformulation "interprétative" : elle consiste à prendre des idées énoncées pour les clarifier (Donc si je comprends bien, vous prenez votre traitement une fois par semaine, c'est bien cela ?)
- La reformulation "synthèse des idées, des émotions » (ce que je retiens de notre échange, c'est ...).

- Le **respect des silences** :

Le silence est une technique de communication. Il est un allié dynamique lors d'un entretien. Le silence n'est pas seulement une absence de parole, il a de l'intérêt et mérite l'attention de l'intervenant par rapport à ce que communique le patient. L'intervenant doit observer le silence et apprendre à le respecter. Il est parfois très difficile à utiliser pour les deux parties. L'intervenant peut se laisser envahir par des pensées parasites, par des jugements de valeur... La qualité de la relation va dépendre de la façon dont l'intervenant vit le silence. Lors de l'entretien, l'intervenant peut se servir du silence pour laisser à la personne du temps pour réfléchir avant de répondre à une question ou de ressentir une émotion... Ce silence peut aussi être utilisé pour rythmer l'entretien. Plusieurs raisons peuvent inciter la personne soignée à garder le silence :

- La personne peut se sentir embarrassée par les questions posées
- La personne peut attendre que l'autre prenne la parole
- La personne peut garder le silence car elle n'apprécie pas l'intervenant
- La personne peut garder le silence car elle ne comprend le but de cet entretien ou le sens de la question...

Il est clair que le silence a une signification pour le patient. L'intervenant doit comprendre la signification de ce silence et le prendre en compte. Le silence, utilisé avec pertinence, est un outil de communication utile et il permet d'établir une relation d'aide solide (possibilité où les émotions peuvent émerger)

**12 formes de réactions qui ne sont pas de l'écoute (Gordon, 1970) :**

- Ordonner, diriger, commander
- Alarmer, mettre en garde, menacer
- Conseiller, faire des suggestions, fournir des solutions
- Démontrer, argumenter, enseigner
- Dire aux gens ce qu'ils doivent faire : moraliser
- Désapprouver, juger, critiquer, blâmer
- Exprimer son accord, approuver
- Faire honte, ridiculiser, étiqueter
- Interpréter, analyser
- Rassurer, sympathiser, consoler
- Questionner, mettre à l'épreuve
- Se mettre en retrait, penser à autre chose, plaisanter, changer de sujet

# L'empathie

## **Définitions :**

L'empathie est une attitude qui permet de ressentir une émotion appropriée en réponse à celle exprimée par autrui, tout en pouvant effectuer une distinction entre son propre ressenti et celui de l'autre (c'est-à-dire être conscient de la source de l'émotion et pouvoir décoder l'émotion d'autrui) et de réguler ses propres réponses émotionnelles.

C'est en quelque sorte « mettre les pieds dans les chaussons de l'autre sans pour autant marcher avec ».

## **Les buts**

Cette attitude de compréhension empathique a pour but de :

- Permettre à l'aidant de comprendre ce que vit la personne soignée
- L'aider à corriger au besoin sa perception de ce que lui communique la personne soignée
- L'encourager à s'exprimer plus par rapport à ce qui lui arrive
- Lui signifier qu'elle est importante, que l'on s'intéresse à elle et lui manifester le désir de la comprendre.

Cela va donc permettre à la personne soignée de vivre une expérience où elle se sentira moins seule dans la recherche de réponses à ses besoins.

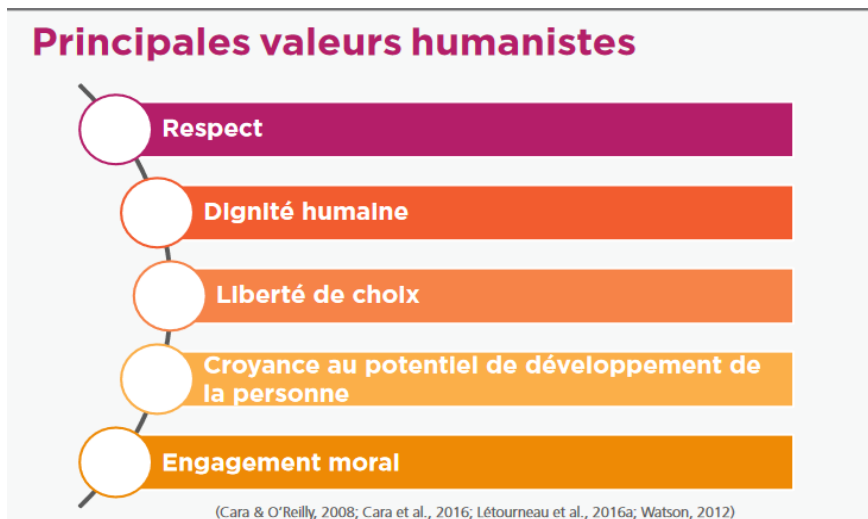
## **Les conditions favorables et les freins à la relation empathique**

Conditions favorables à l'empathie	Freins à l'empathie
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'intervenant aura plus de facilité à reconnaître ce que vit la personne si elle a quelques caractéristiques communes comme (l'âge, le sexe, une expérience semblable...)</li><li>• L'intervenant doit être animé par le goût de connaître, de comprendre et d'accueillir la personne comme elle est, sans aucun jugement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le manque de temps et de disponibilité sont des facteurs qui nuisent à établir une relation</li><li>• Le besoin de performance chez l'intervenant peut être un obstacle à la compréhension empathique</li><li>• La volonté de structurer et de vouloir comprendre rapidement ce que vit la personne peut empêcher l'identification réelle des besoins et de leur satisfaction au cours de la relation</li><li>• Les jugements de valeur, le manque de disponibilité intérieure de l'intervenant peuvent aussi être nuisible à une relation</li></ul>

En conclusion : la compréhension empathique est l'une des attitudes de base que le soignant doit développer et manifester par l'écoute de la personne soignée. La personne se sentira ainsi écouté et compris, ce qui favorisera une relation d'aide adaptée

## L'approche humaniste

La pratique de l'ETP est une réponse humaniste aux besoins du patient se centrant sur la personne et non sur la maladie. Elle impose une approche philosophique qui adhère à des valeurs de **respect**, de **dignité humaine**, d'**empathie** et de **confiance dans le potentiel des personnes** » (Buber, 1996 ; Mayeroff, 1990 ; Rogers, 1961).



Cette approche nécessite de considérer ses propres émotions et celle de la personne accompagnée. Les émotions visent à maintenir un état d'équilibre, en alertant de l'état de satisfaction de nos besoins psychologiques essentiels (FARNIER Joran, psychologue, enseignant à Grenoble). Les **émotions** dites « **primaires** » sont la **joie**, **tristesse**, **peur**, **colère**, **dégoût**, **surprise**. Elles sont des signaux que notre corps nous envoie pour nous indiquer qu'un mouvement interne est en train de se dérouler à l'intérieur de nous. Autrement dit, quand quelque chose dans le corps se passe qui le déstabilise, il y a naissance d'une émotion qui agit en tant que signal. L'objectif de ce signal est de veiller à rétablir notre équilibre physiologique appelé homéostasie (ex : Si vous êtes en colère, c'est sans doute que votre besoin est d'être, soit considéré, soit compris ou peut-être de faire respecter vos limites. Si vous avez peur, c'est sûrement le besoin d'être rassuré. Quand c'est la tristesse qui nous envahit, ce dont nous avons tant besoin c'est d'être consolé(e) ou alors au contraire de rester seul(e)) La réponse à une émotion est avant tout individuelle, mais pour l'intervenant, le fait de percevoir son émotion où celle d'autrui permet d'engager une réflexion en lien avec la réponse à apporter au besoin.

Selon JACQUELINE IGUENANE, Rémi GAGNAYRE un des buts du diagnostic éducatif (ou bilan éducatif) vise à favoriser chez le patient l'expression de ses émotions. Trop longtemps contenues, voire niées, les émotions peuvent constituer un frein à l'apprentissage car elles influent sur la disponibilité intellectuelle du patient.

En revanche, la **reconnaissance de la place de l'émotion chez le patient comme chez le soignant** signale immédiatement l'**authenticité d'une relation éducative** et **facilite l'engagement du patient dans l'éducation**.

- Le soignant peut questionner l'émotion du patient en lui demandant : *Qu'avez-vous ressenti ? Que ressentez-vous ? Pourriez-vous me décrire ce que cela vous a fait ?*
- Le soignant peut partager l'émotion ressentie : *Est-ce que je me trompe si je vous dis que je vous sens bien triste... ?*
- Le soignant peut également partager une émotion qui le submerge : *Permettez-moi de vous dire que ce que vous me dites me bouleverse, me touche...*

***Il n'y a pas d'apprentissage sans émotions.*** Elle est un élément inhérent au travail éducatif. C'est lorsque cette émotion ne peut être exprimée par le patient et qu'elle est un obstacle à une relation éducative qu'il devient nécessaire, pour en analyser les raisons, de solliciter des professionnels de la psychologie.

# La bienveillance

Souvent confondu à tort avec l'empathie, au sein d'une organisation humaine, quelle qu'elle soit, la bienveillance n'est qu'un des nombreux effets d'une attitude empathique envers autrui. Confondre les 2 termes revient donc à mélanger un moyen et un résultat.

Prendre soin de soi et des autres serait la plus simple définition de la bienveillance. C'est d'abord une attention que l'on porte à soi, dans le respect de nos forces, de nos limites et de notre personne. Être attentif à ce qui se passe en nous, c'est une première façon de se montrer bienveillant. Respecter ses limites (quitte à déplaire), réaliser ses rêves, exprimer ses besoins, sont d'autres façon de pratiquer la bienveillance. La reconnaissance de nos émotions est sans aucun doute le premier pas à franchir.

Le concept de bienveillance consiste à agir pour notre bien et celui d'autrui. Basé sur les principes de la communication consciente/non-violente, voici les étapes à suivre.

## ***La CNV (Communication Non Violente), c'est quoi ?***

Inventée par Marshall B. Rosenberg, inspirée par les travaux de Carl Rogers (psychologie humaniste), la CNV est un processus de connexion à soi et à autrui dans lequel les besoins de chacun (les nôtres et ceux d'autrui) sont entendus. C'est un processus à la fois de bienveillance et de grande fermeté.

Elle part du constat que ***tout être humain*** naît avec un élan de contribution : il ***veut naturellement contribuer au bien d'autrui et du monde***.

- **Quels sont ses principaux objectifs ?**

- Vivre des relations de qualité
- Maintenir le lien avec l'autre (ce qu'il y a de vivant en lui : ses besoins)
- Obtenir ce que l'on veut à partir d'un certain élan : joie, cœur ; et non pas à tout prix ou de force (par la menace, le chantage, la manipulation...)
- Apprendre à se connaître, à se relier à soi, à ce qui est vivant, à libérer son énergie donc à développer son charisme et son assertivité – ce qui donne une autorité naturelle
- Apprendre à observer objectivement et à formuler des demandes claires, précises, situées dans le temps

- **Quelles sont les 4 étapes du processus ?**

1) **Observation** des faits (à contrario : l'interprétation).

*Phrase-clé* : « *Lorsque je vois, entends, perçois...* »

Plus on est précis dans les faits plus on a de chances de maintenir le lien avec la personne. Il convient de s'en tenir à ce que l'on voit à l'instant présent, sans jugement ni interprétation.

2) **Ressentis** : sentiments, émotions, sensations corporelles (à contrario : évaluations masquées qui sont en fait des mentalisations, ex : je me sens incompris, pas respecté, utilisé, rejeté, jugé, critiqué, ignoré, humilié, trahi, offensé, ...).

Phrase-clé : « Je me sens... »

Les évaluations sont souvent suivies par « par » (« je me sens rejeté **par** toi »).

3) **Besoins** (à contrario : les stratégies qui relèvent de nos préférences, désirs en fonction de notre éducation ou culture. Elles sont mises en place pour satisfaire les besoins, mais elles nous sont personnelles, elles pourraient être autres).

Phrase-clé : « Parce que j'ai besoin de... »

Parce que nous percevons les choses de manière différente, nous avons des besoins différents, mais, les besoins sont universels et varient dans le présent en fonction de l'évolution de nos émotions. Chacune de nos émotions doit être honoré en respectant le besoin qui la sous-tend.

Dans la perspective de Max-Neef, reprise par Rosenberg, 9 besoins fondamentaux recouvrent à peu près toute la palette de besoins humains :

- Besoins physiologiques, bien-être physique,
- Sécurité,
- Empathie, compréhension,
- Amour, intimité,
- Jeu, distraction,
- Repos, détente, récupération, Autonomie,
- Sens, spiritualité.

Chacune de ses familles de besoins contient des besoins détaillés (ex : jeu, distraction = amusement, rire)

4. **Demande** (à contrario : l'exigence).

Phrase-clé : « Je te demande... »

La demande est claire, précise et inscrite dans le temps. Il convient de la verbaliser en utilisant un langage d'action positif (dire ce que l'on veut et non ce que l'on ne veut pas).

Gardez à l'esprit que ce qui est clair pour nous ne l'est peut-être pas pour notre interlocuteur. Tenir compte aussi du fait qu'on est plus ou moins auditif, visuel, kinesthésique : il est donc souhaitable de ne pas hésiter à faire répéter la demande ou consigne pour s'assurer qu'elle a été comprise.

Lorsque 2 personnes ne se comprennent pas (ou sont en conflit), c'est souvent parce qu'elles ne sont pas d'accord sur les stratégies de réponse à un même besoin. La CNV est un processus qui invite au choix, êtes-vous prêt à entendre un « non » ?

## ***Le non jugement et les représentations***

Pour Carl Rogers (développement de la personne), le non jugement est une démarche intellectuelle qui induit l'expression d'opinions forgées sur des valeurs personnelles dominantes, ce qui peut être un obstacle à la progression de l'autre dans une **relation d'aide**. Celle-ci doit **s'établir sans jugement de valeur**, dans **un climat de confiance** pour réduire cette crainte naturelle d'être jugé par une personne représentante de l'autorité. Pour aider la personne à se libérer, le soignant peut **verbaliser**, par exemple **des valeurs positives**. Pour Pierre Philippot, « cette attitude de non-jugement implique le fait d'accueillir toutes les facettes de l'expérience présente, qu'elles semblent a priori agréables ou désagréables, et de les explorer avec la même curiosité bienveillante. En effet, notre tendance naturelle est de rechercher les aspects plaisants de nos expériences et de rejeter, minimiser ou de nier les aspects déplaisants ». D'après Margot Phaneuf, « le non-jugement est une **qualité de l'écoute propre à la relation d'aide** qui conduit l'intervenant en ETP à se laisser pénétrer, sans préjugé, ni réserve, par ce qu'exprime l'aidé, par son comportement verbal et non verbal et ce, sans évaluer la valeur morale de ses paroles et de ses gestes. Cette attitude repose sur l'acceptation inconditionnelle de l'aidé, sur le respect de sa dignité et sur une compréhension profonde de ce qu'il est et ce qu'il vit ».

Le non jugement ne relève pas du jugement clinique. De même, le non-jugement ne justifie pas le silence. Ne pas juger, dans la relation d'aide est une expression de l'humanité, un outil de communication non violente, une démonstration du respect que l'on a vis-à-vis de l'autre, le souci de l'humain pour l'humain. Le non jugement caractérise la relation en ETP.

En l'absence de vigilance, les représentations de l'intervenant peuvent modifier la relation en ETP. 3 approches possibles de l'influence des représentations :

- 1) Dans une lecture psychanalytique de la relation soignant – patient, C. Grangeard propose de distinguer ce qui relève de nos représentations et préjugés de la notion de contre-transfert. Il est important de connaître nos propres représentations pour pouvoir travailler en toute conscience de nos manifestations de contre-transfert ; et ainsi de pouvoir s'interroger dans les difficultés rencontrées sur ce qui est de soi et ce qui est du patient.
- 2) Les représentations attribuées (ou représentations projetés) aux membres de l'équipe d'ETP. Autrement dit « ce que l'autre pense que je pense », ceci formant une part de ce qui a été appelé les préconstruits relationnels. Dans le champ de la relation médecin-patient, on imagine facilement l'importance que cela peut revêtir, en particulier s'il y a divergence : « c'est un médecin, il est certainement contre..., cela ne sert à rien que je lui parle de... ». Ceci peut être une piste à explorer dans les situations qui bloquent, d'autant plus que ces conflits implicites ne sont parfois qu'hypothétiques. Là encore un climat de non-jugement facilitera l'expression de conceptions divergentes.
- 3) Les représentations de la personne aidée. Il est capital de garder à l'esprit que ces représentations ne viennent pas de nulle part, qu'elles possèdent toujours un fondement et qu'elles n'ont donc rien d'irrationnel. Au moment où l'on cherche à faire émerger ces représentations, il n'est pas important de se demander si elles sont justes ou fausses, mais plutôt de **se demander comment elles se sont constituées**. Une posture de non-jugement va permettre au patient d'élaborer son discours nous ouvrant ainsi toujours plus la porte sur son monde de représentations. On pourra aller plus loin dans la découverte de ce qui se cache derrière les mots du patient, à l'aide de questions ouvertes et sans jugement, du type : « que signifie, selon vous, l'hypertension ? », « que représente, pour vous, le fait de marcher 30 minutes ? ». L'expression verbale peut être soutenue par une démarche où c'est le patient qui schématise, explicite sa pensée.

Ces démarches ont plusieurs effets immédiats. Elles permettent tout d'abord une prise en compte de la personne par le soignant, une écoute gage de relation de qualité, tout du moins sa condition préalable. Le patient se sent écouté et en confiance. Cela permet également au soignant de **repérer des obstacles dans l'apprentissage**, et au patient lui-même, de **mettre à jour des**

**contradictions** dans son discours, voire de **susciter en lui des questions** qui lui apparaissent lors de ses explicitations. La comparaison des productions au cours des différents échanges, les évolutions et progressions visibles peuvent permettre un accroissement de sa motivation. Dans un second temps, après avoir pris conscience de ces représentations, la question est de savoir si elles constituent un levier ou un obstacle ? Si elles peuvent représenter une ressource, il sera très utile de clarifier les liens entre ces savoirs, ces éventuelles expériences antérieures et le projet de soin. Si au contraire, elles constituent un obstacle, une première étape sera de légitimer les difficultés que rencontre le patient dans sa prise en charge « compte tenu de ce que nous venons de voir il est bien compréhensible que vous ayez de la difficulté à... ». Dans certaines situations, après avoir montré au patient que l'on a bien compris sa pensée, il sera utile pour la suite de se positionner clairement : « ...néanmoins, je pense différemment ».

Les représentations évoluent mais il ne suffit pas de prendre conscience qu'une représentation fait obstacle pour la modifier. L'expérience auprès des malades chroniques nous a appris qu'il n'y a rien de tel que d'expérimenter pour faire évoluer nos conceptions. Par exemple, c'est après deux semaines dans notre service que les patients nous disent avoir compris que de respecter une structure alimentaire en mangeant régulièrement à chaque repas leur permet de manger globalement moins et de retrouver les sensations de faim et parfois de satiété. Une autre manière peut être de mettre en lumière que le patient a plusieurs représentations qui sont contradictoires (perturbation cognitive) et de l'inviter ainsi à réorganiser sa pensée. Le travail en groupe permet également une confrontation entre pairs qui peut permettre aux patients de remettre en question leur savoir.

### **Les conditions favorables et les freins à la bienveillance**

Conditions favorables à la bienveillance	Freins à la bienveillance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En prenant le temps d'écouter la personne</li> <li>• En lui demandant son avis</li> <li>• En la regardant quand elle parle</li> <li>• En respectant l'heure du RDV, ...</li> <li>• En tentant de connaître le profil de la personne (gouts, besoins, valeurs, émotions, ...)</li> <li>• En ayant un préjugé positif sur la personne, en croyant en ses capacités</li> <li>• En aidant la personne à reconnaître en elle, à faire des choix en lien avec sa vie</li> <li>• En lui reconnaissant son aspect unique et singulier</li> <li>• La pratique de la Communication Non Violente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les difficultés de la personne à se voir différemment que de l'image qu'elle s'est construite d'elle-même</li> <li>• Le fait que la personne se sous-estime, se dévalorise, ...</li> <li>• La résistance de la personne à entrer en relation car elle va avoir des difficultés à s'identifier</li> </ul>

# L'authenticité

L'authenticité est un état d'accord interne entre ce que la personne est réellement, ce qu'elle perçoit, pense, ressent d'elle, et ce qu'elle communique. La personne a des difficultés à se confier et ainsi elle va vérifier qu'elle peut faire confiance à l'intervenant en ETP. L'intervenant doit montrer qu'il est attentif, vrai et qu'il est digne de confiance, tant par le verbal, le non-verbal et le para-verbal. Cela va permettre à la personne d'acquérir une connaissance élevée d'elle-même et la capacité d'établir un rapport véritable avec son environnement.

## ***La révélation de soi dans la communication interpersonnelle :***

L'étude de la révélation de soi a commencé au sein de la psychologie humaniste dans les années 1950. Ce n'était pas un hasard, puisque c'est cette direction qui a commencé à considérer une personne comme un sujet de sa propre vie. Cela s'est également manifesté dans les termes introduits par ses représentants : réalisation de soi, expression de soi, révélation de soi et développement de soi. Les travaux d'A. Maslow ont été fondamentaux pour la formation de la psychologie humaniste, dans lesquels l'autocréation a d'abord été considérée comme une propriété intégrale de la nature humaine.

Selon S. Jurard « le dévoilement de soi est le processus de communication d'informations sur soi à d'autres personnes, le dévoilement conscient et volontaire de soi à un autre ». Le contenu de la divulgation de soi peut être des pensées, des sentiments d'une personne, des faits de sa biographie, des problèmes de vie actuels, sa relation avec d'autres personnes, des impressions d'œuvres d'art, des principes de vie et bien plus encore.

Le besoin de se dévoiler est inhérent à toute personne, et il doit nécessairement être satisfait, car sa suppression peut causer non seulement [problèmes psychologiques](#), mais aussi diverses maladies mentales et somatiques. Chaque personne a un besoin de s'ouvrir à au moins un proche. La révélation de soi joue un rôle central dans le développement et l'existence de relations interpersonnelles. C'est un indicateur de la profondeur et du degré des relations positives (sympathie, amour, amitié). Au fur et à mesure que les relations progressent vers des relations plus intimes, les gens se disent plus pleinement et plus profondément. En fait, **le dévoilement de soi signifie l'initiation d'une autre personne à son monde intérieur**, la levée du rideau qui sépare le "je" de l'"autre". C'est le moyen le plus direct de transmettre son individualité aux autres. Le dévoilement de soi est un processus complexe et multiforme d'expression de la personnalité dans la communication, sensible à de nombreux facteurs individuels-personnels, socio-démographiques et situationnels. Elle peut se dérouler sous une forme directe ou indirecte, avec des degrés de conscience variables, en utilisant des canaux verbaux et non verbaux de transfert d'informations, et être orientée vers un nombre différent de destinataires.

## ***Le feed-back dans la communication interpersonnelle :***

Entre ces deux individus, tout un mécanisme, fait de codage et de décodage, se met en place. Plus précisément, l'émetteur, après avoir pensé ce qu'il veut dire, tente d'exprimer au mieux sa pensée par des mots, c'est la phase de codage. Notons dès à présent que, parfois, il n'est pas toujours aisé d'exprimer justement ce que l'on pense... L'émetteur quant à lui, va entendre le message de son interlocuteur, pour autant qu'il y soit parfaitement attentif. Il va ensuite le décoder, c'est-à-dire l'interpréter, mais à sa façon.

Ainsi, au cours du processus de communication, trois étapes peuvent générer des erreurs de compréhension pour le récepteur : **le codage, l'écoute, et le décodage**. Et au final, ce que comprend le récepteur peut se trouver très éloigné de la pensée initiale de l'émetteur.

Le récepteur peut alors renvoyer à son interlocuteur ce qu'il a compris (à noter que ce retour est issu d'une interprétation). C'est ce qu'on appelle le **feed-back** en communication, ou **écoute réflexive**. Selon le contenu du feed-back, l'interlocuteur adaptera son message suivant, afin de compléter ou de préciser sa pensée initiale pour que celle-ci soit au final, parfaitement comprise.

L'intervenant en ETP doit effectuer ce feed-back en renvoyant une phrase construite sur le mode **affirmatif**. Pourtant, il ne peut pas être certain que ce soit exactement le sens que voulait lui communiquer la personne. On peut ainsi penser qu'une question semblerait plus adaptée pour s'en assurer. En réalité, et selon Miller et

Rollnick, demander à la personne si c'est bien ce qu'il a voulu dire, le conduit à remettre en question ce qu'il a effectivement voulu dire, ce qui n'est pas le but ici.

A l'inverse, une affirmation, qui exprime de façon la plus vraisemblable possible ce que vient de dire la personne, ne va pas stopper l'élaboration de cette dernière, elle va, au contraire, la favoriser.

Les reflets peuvent être de nature variable. Ce peut être tout simplement la **répétition** de mots employés par la personne, ou une **reformulation** de ce qu'elle vient de dire. Plus subtilement, le reflet peut porter sur ce que semble ressentir la personne au moment où elle s'exprime.

Toutefois, les auteurs constatent que des reflets trop simples, trop proches de ce qui vient d'être dit, peuvent ralentir la dynamique de l'élaboration ; la personne détaillant alors ses dires précédents et la discussion semble donc « faire du sur-place ». Un minimum de profondeur au niveau des reflets est donc important pour conduire la personne écoutée à avancer dans l'exploration qu'elle fait d'elle-même.

L'écoute réflexive est un outil assez difficile à manier avec qualité, donc un outil qui requiert une certaine expérience. Pourtant, sa pratique est fondamentale pour mener un entretien de façon optimale. Ainsi, Miller et Rollnick recommandent d'utiliser **deux à trois reflets pour chaque question posée**, la moitié du temps de parole de l'intervenant devant être consacré à ce mode d'expression.

### ***Les conditions favorables et les freins à l'authenticité***

Conditions favorables à l'authenticité	Freins à l'authenticité
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenant est lui-même en toute sincérité dans ses relations avec la personne</li> <li>• L'intervenant utilise certaines techniques de communication pour manifester de l'authenticité à la personne : en la regardant avec respect et attention, en lui souriant, en lui signifiant son plaisir d'échanger avec elle, ...</li> <li>• L'intervenant communique avec la personne des informations avec discernement</li> <li>• Sur le plan de la communication verbale, il utilise les techniques à bon escient notamment la révélation de soi et le feed-back. Cela va permettre une communication sans ambiguïté entre les 2 protagonistes de l'échange</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervenant est insuffisamment formé</li> <li>• L'intervenant doute de ses capacités et « n'ose pas » par crainte de la réaction de la personne</li> <li>• L'intervenant se connaît insuffisamment</li> </ul>

# L'auto-efficacité

Il s'agit pour le soignant-éducateur de cultiver et/ou de développer le sentiment d'auto-efficacité du patient. Bandura (1997) identifie quatre facteurs sur lesquels se construit l'auto-efficacité, décrits ci-après par ordre décroissant d'importance. Il apparaît clairement que l'auto-efficacité s'acquiert principalement à travers les expériences propres et à travers l'observation de modèles de comportement. **L'auto-efficacité** peut être **renforcée par** :

1) **La maîtrise personnelle** (expérience directe) : avoir fait l'expérience, personnellement, de relever un défi par ses propres moyens est ce qui a le plus d'impact sur notre auto-efficacité. Cette expérience aura pour conséquence qu'à l'avenir, nous nous jugerons capables d'affronter des tâches et des défis complexes.

2) **L'observation** (apprentissage social) : pour évaluer ses capacités, l'individu tire aussi des conclusions de l'observation des actions réalisées par d'autres personnes dans une situation comparable. C'est particulièrement vrai si les personnes observées nous ressemblent.

3) **La persuasion par autrui** (expérience symbolique) : l'encouragement des autres dans le sens de « Tu peux y arriver ! » renforce aussi la confiance en ses propres capacités. Il importe dans ce cas que les encouragements viennent de personnes jugées crédibles.

4) **L'état physiologique et émotionnel** : l'information transmise par notre état physiologique et les sensations physiques qui y sont associées, telles que palpitations ou tremblement des mains, influent sur la façon dont nous évaluons une situation et y faisons face. Les émotions positives nous motivent et stimulent notre auto-efficacité. En revanche, les émotions négatives nous inhibent et nous portent à croire que nous sommes incapables de gérer la tâche.

L'auto-efficacité a **un effet positif sur la santé** (p.ex. Bengel & Lyssenko 2012). Il a été démontré qu'elle a un effet positif sur :

- les réactions physiques : dans une situation de stress, les personnes qui font preuve d'auto-efficacité réagissent avec une hypotension artérielle et libèrent moins d'hormones de stress que celles qui se sentent moins efficaces (Schwarzer 1998b). Cela s'explique en partie par l'évaluation optimiste des propres possibilités d'action
- la santé psychique : les personnes qui présentent un niveau d'auto-efficacité élevé attribuent leurs succès davantage à leurs propres compétences et efforts qu'aux circonstances extérieures. Une **auto-efficacité élevée renforce l'estime de soi**, ce qui influence positivement le bien-être général et la confiance. Les personnes qui présentent un niveau d'auto-efficacité élevé sont plutôt convaincues qu'elles peuvent influencer sur les événements et comportements. Dans les situations stressantes, elles restent calmes parce qu'elles ont le sentiment de ne pas être à la merci de la situation mais de la contrôler
- le comportement en matière de santé : l'auto-efficacité se répercute positivement sur les efforts personnels et constitue généralement un outil pour un mode de vie sain et avisé dans différents domaines de l'existence (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff 2015, 54). L'auto-efficacité a aussi des **effets bénéfiques sur l'adoption d'un comportement positif en matière de santé** : les personnes dont le sentiment d'auto-efficacité est élevé s'estiment davantage en mesure de persévérer dans le cadre d'un programme sportif ou de nutrition par rapport aux personnes présentant un faible niveau d'auto-efficacité. De manière générale, elles se comportent de manière plus favorable à leur santé (Schwarzer 1998b).

