

Institut de formation en soins infirmiers
Centre Hospitalier Universitaire de Nice

MAOUAD Steven

Promotion 2009-2012

La sympathie, une alternative à l'empathie ?

Mémoire de Fin d'études

UE 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

octobre 2012

Directeur de mémoire

XUEREB Christian

Note au lecteur : « il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

Remerciements

Je remercie mon directeur de mémoire, M. XUEREB, Cadre de Santé formateur à l'IFSI du CHU de Nice pour ses conseils et son accompagnement,

Je remercie les professionnels rencontrés lors de ce travail.

Je remercie aussi mon entourage et ma famille et ma fiancée et sa maman pour leur soutien, notamment mes parents et mon frère pour leurs relectures attentives...

Pour conclure cette page je tiens à remercier M. CAPUTO Rémy, Infirmier Diplômé d'Etat de la promotion 2009-2012 qui a été un soutien tout au long de mon parcours formatif et ainsi que pour ces heures passées à m'aider à concrétiser ce mémoire de fin d'étude.

D'après le cid de pierre CORNEILLE dramaturge et poète du XVII^{ème} siècle « *À vaincre sans péril on triomphe sans gloire* ».

SOMMAIRE

Introduction	p.1
I- De la Situation d'Appel à la Question de Départ	p.2
1- Description de la situation d'appel	p.2
2 - Analyse de la situation d'appel	p.3
2.1- Questionnement initial	p.4
2.2- Formulation de la question de départ	p.4
II- Recherche Préliminaire	p.5
1- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004	p.5
2 - Code de la santé publique	p.6
3 - Les Sentiments dans le cadre d'un soin	p.7
3.1- L'Emotion dans le cadre d'un soin	p.7
4 - Les distances professionnelles	p.8
4.1 - La distance personnelle	p.9
4.2 – La distance intime	p.9
5- Synthèse de la recherche préliminaire.....	p.10
III- La Phase Exploratoire	p.10
1 - Choix et construction de l'outil de travail	p.10
1.1- Choix des lieux et des populations	p.11
1.2 - Modalités de réalisation de la pré-enquête	p.11
1.3 - Analyse des données recueillies	p.11
1.4 - Synthèse de l'analyse de pré-enquête	p.16

IV - Cadre Conceptuel p.17

1- Les différentes techniques relationnelles p.17

1.1 – L’Empathie p.17

1.2 – La Sympathie p.22

1.3 – La Différence ente la sympathie et l’empathie p.24

2- Place de la Sympathie dans la pratique infirmière p.25

2.1 La Relation Soignant-Soigné p.25

2.2 Les Soins..... p.26

V - Synthèse du Cadre Conceptuel p.27

Hypothèse p.28

Conclusion..... p.28

Bibliographie

Annexes

Introduction

Comprendre autrui, le soulager, l'aider, lui prodiguer des soins, assurer une présence surtout quand il s'agit d'une personne qui a perdu une des choses les plus importantes de la vie « la santé » m'a toujours interpellé et ne me laisse pas indifférent.

Au cours de mes trois années passées à l'Institut de formation en soins infirmiers de Nice, j'ai été confronté parfois, à des situations relationnelles difficiles, avec quelques patients. Certains sont naturellement flexibles, acceptant le soin sans problème et se laissant aborder sans trop de difficulté. D'autres au contraire sont réfractaires aux soins, suspicieux et avec une approche difficile.

Certes, beaucoup de facteurs entrent en jeu notamment sociaux, culturels, religieux, propre à chaque patient. Mais dans la relation de soin, l'implication du soignant est primordiale. Il doit être capable de donner la mesure à cette relation pour soigner le patient dans sa globalité. C'est à chaque soignant de s'adapter et d'apporter en fonction du patient, la meilleure relation de soin.

Ceci sous-entend, de la part du soignant, une qualité d'écoute, d'empathie et d'affect pour comprendre les attentes du patient.

Je me suis retrouvé parfois désemparé pour prendre la bonne décision dans cette relation, à cause d'un manque d'expérience et de vécu professionnel. Mais, avec le temps et au contact d'autres infirmier(e)s, en les observant et en les écoutant, je me suis construit émotionnellement. J'ai appris qu'il fallait maîtriser ses émotions en maîtrisant son affect, et surtout instituer une limite relationnelle. Par ailleurs, la durée de l'hospitalisation lorsqu'elle se prolonge tend à créer un attachement avec le soigné. Un transfert d'affect pourrait en découler ce qui pourrait nuire à la qualité des soins.

Je développerai mon travail en commençant par la situation d'appel. Cette situation personnelle vécue en stage dans un service de long séjour m'a amené à une première réflexion. De cette situation se dégagera une analyse, suivie d'un questionnement initial dans lequel je soulèverai une question qui a été le point de départ de ma réflexion.

Je ferai dans un premier temps des recherches préliminaires portant sur plusieurs thématiques, notamment de législation relative à mon sujet. Puis, je développerai succinctement les différentes distances professionnelles observables au quotidien au sein de la profession infirmière.

Je terminai cette recherche préliminaire en faisant une synthèse qui montrera qu'un lien peut se tisser entre le soignant et le soigné.

Par la suite, j'aborderai la phase exploratoire dans laquelle j'expliquerai les choix et constructions des outils de travail, le choix des lieux et des populations, les modalités de réalisation de l'enquête. J'analyserai les données recueillies qui seront synthétisées, afin d'avoir un éclairage de terrain.

La recherche préliminaire ainsi que la phase exploratoire de départ m'amèneront à réfléchir sur une question plus précise, qui me permettra d'introduire le cadre conceptuel.

Ce cadre conceptuel s'articulera en deux concepts infirmiers : l'empathie et la sympathie en développant les différences entre les différentes techniques relationnelles.

Je terminerai par une synthèse, dans laquelle j'évoquerai, mon évolution dans la prise en charge émotionnelle de certains patients et je soulèverai enfin une hypothèse qui pourrait faire l'objet d'une autre étude.

I- De la Situation d'Appel à la Question de Départ

1. Description de la situation d'appel

Lors d'un stage de deuxième année, dans un service de long séjour, j'ai rencontré Mme V patiente adulte âgée de 48 ans, atteinte d'une tétraplégie et d'une aphasie partielle causées par un accident vasculaire du tronc cérébral. Elle ne communiquait que par des mouvements de la tête et des yeux pour se faire comprendre. Elle était cependant tout à fait cohérente.

La communication entre Mme V et le reste de l'équipe soignante était très difficile elle ne pouvait se faire que par l'intermédiaire de questions fermées. Mme V était une ancienne barmaid et travaillait dans le milieu de la nuit.

Tout au long du stage de cinq semaines, j'avais développé de l'affinité et de la sympathie pour cette patiente, dont je m'occupais dans sa globalité (toilette, repas, médicaments). Une relation de confiance s'était installée entre nous et je finissais par connaître progressivement ses habitudes de vie, ce qui me facilitait la tâche lorsque je lui prodiguais mes soins. Je ne considérais plus cette personne au sein d'une institution mais comme une proche car je voulais qu'elle soit soignée de la même façon qu'une personne de ma famille et qu'elle se sente bien. C'est lors du dernier jour de stage que j'ai saisi la tristesse qui se dégageait de ses yeux, remplis de larmes, témoin de la réciprocité émotionnelle de cette relation.

2. Analyse de la situation d'appel

La principale difficulté a été de maintenir une distance professionnelle dans la relation soignant-soigné lors de mon stage avec madame V.

Cette relation professionnelle a quelque peu dérapé. En effet, je ne pense pas avoir respecté les limites et la distance professionnelle, je me suis laissé prendre par mes propres émotions. Je me suis alors interrogé sur les raisons de ma réaction.

Ai-je voulu de manière inexpérimentée apporter une solution à sa souffrance ?

Ceci me ramène aussi à mon propre vécu, peut être aurai-je eu dans mon enfance une peur de la maladie ou de la mort, qui m'a peut être motivé à devenir un professionnel de soin ?

2.1 Questionnement initial

J'ai donc choisi ce sujet pour appréhender les différentes approches d'une relation soignant-soigné et c'est à partir de ce constat que plusieurs questions sont venues à moi. Dans un premier temps mon questionnement s'est porté sur la relation : Pourquoi la relation soignant-soigné s'est-elle déroulée de cette façon ? Puis mon questionnement s'est tourné sur mon futur rôle propre, en lien avec les distances professionnelles, afin d'adapter une posture professionnelle dans la prise en charge de mes futurs patients : Comment instituer une limite de distance avec le patient ? N'ai-je dépassé les limites professionnelles ? Est-on aidant tout en gardant une distance professionnelle ?

C'est à partir de toutes ces questions et de ces constats que je me suis demandé si la durée d'hospitalisation, lorsqu'elle se prolonge, tendrait à créer une relation affective avec la personne soignée ce qui pourrait compromettre la qualité des soins. Avant de formuler ma question de départ, j'ai voulu définir « l'affect ».

Selon le dictionnaire le Petit Larousse, l'affect est défini comme « 1/ *impression élémentaire d'attraction ou de répulsion qui est à la base de l'affectivité* ; 2/ *Émotion, charge émotive liée à la satisfaction d'une pulsion (...)* »¹.

2.2 Formulation de la question de départ

«Existe-t-il des situations de soins relationnels qui peuvent compromettre la distance thérapeutique ? »

¹ Dictionnaire *Le Petit Larousse Grand Format*. Belgique : Larousse. 1994. Pages 42.

II. Recherche Préliminaire

Dans un premier temps, je me suis penché sur le cadre réglementaire. Au fil de mes premières lectures sur ce sujet, j'ai pris conscience que les différentes missions infirmières impliquaient du relationnel.

En effet, les articles de lois nous guident dans nos pratiques soignantes quotidiennes, nous rappellent l'importance de la place du patient dans le soin, ainsi que la composante relationnelle au sein de nos institutions hospitalières.

1. Décret 2004-802 du 29 juillet 2004

« Article R4311-2 : les soins infirmiers, préventifs, curatifs, ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. »²

Cet article énonce que chaque spécificité de la profession d'infirmière nous entraîne vers une technicité des soins, mais aussi vers une mise en valeur du relationnel entre le patient et l'infirmier. Ce relationnel fait partie intégrante de ce que l'on appelle le « cœur métier », il renvoie au rôle propre, aux compétences que l'on devrait développer au quotidien en tant que professionnel de santé.

« Article R.4311-5 : Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivant visant à identifier les risques et à assurer le confort ou la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage »³.

² La législation de la profession infirmière : le décret 2004-802 du 29 juillet 2004, publié le 30.08.2008, disponible et accès : http://www.soins-infirmiers.com/decret_infirmier.php

³ La législation de la profession infirmière : le décret 2004-802 du 29 juillet 2004, publié le 30.08.2008, disponible et accès : http://www.soins-infirmiers.com/decret_infirmier.php

6° « surveillance de leur effets et éducation du patient »³.

En abordant plus précisément la liste des actes dévolus au rôle propre de l'infirmier, il est une fois de plus possible de constater que de nombreuses situations de soins impliquent une relation, plus encore un échange avec le patient. L'éducation, forme de soins continus, est une de ces situations. Elle implique une relation assez forte entre le patient et le soignant, renvoie une notion de confiance pour être efficace.

40° « *Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire* »³.

L'entretien d'accueil, indispensable au recueil de données, est là encore une situation où le relationnel joue un rôle prépondérant. En effet, cet entretien implique parfois pour le patient, d'aborder l'histoire difficile à exprimer de sa maladie. Dans cette situation, l'infirmier doit être à l'écoute, et dans l'accompagnement. De plus, le récit difficile d'un patient ne laisse que rarement le soignant dans l'indifférence, quel que soit son vécu ou son expérience.

41° « *aide et soutien psychologique* »³.

Aussi, le soutien psychologique des patients, apparaît souvent comme une étape nécessaire au processus de deuil, notamment lorsque le risque d'inadaptation au changement dans l'état de santé se fait ressentir. L'infirmier joue alors aux travers d'une prise en charge globale, un rôle d'aidant. Ce dernier, est susceptible de placer une fois de plus, le soignant au cœur d'une situation de soin émotionnellement éprouvante, au point qu'il en ressente quelques difficultés.

2. Code de la Santé publique

« Article R4312-25 : *l'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toutes personnes avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation* »⁴.

³ La législation de la profession infirmière : le décret 2004-802 du 29 juillet 2004, publié le 30.08.2008, disponible et accès : http://www.soins-infirmiers.com/decret_infirmier.php

Chaque relation de soins est à même d'entraîner des sentiments, des émotions ou des affects. Cet article nous rappelle que quels que soient les sentiments éprouvés, l'infirmier est dans l'obligation de dispenser ses soins équitablement et de façon impartiale. Cependant la réalité de la relation soignant-soigné, par le caractère humain qu'elle engage, rend très régulièrement difficile, l'application stricto sensu de cet article.

3. Les Sentiments dans le cadre d'un soin

Dans une relation établie entre l'infirmier et le patient les sentiments parfois se confondent. L'implication du soignant, au-delà de son rôle initial, fait de la souffrance du malade, des difficultés communes. Le Larousse définit les sentiments comme un « *état affectif complexe et durable lié à certaine émotion ou représentation* »⁵. L'ensemble des professionnels de santé est en proie à l'expression verbale ou non de ce qu'il ressent. Les sentiments, l'affection ou l'attachement décrit, émanent alors des émotions sous tendues par le soin.

3.1 L'émotion dans le cadre d'un soin

D'après Lydia FERNANDEZ, professeur des universités, « *le mot émotion a été construit au XII^e à partir du mot motion (mouvement) d'après l'ancien français. Au XV^e siècle, le mot est utilisé au sens de "trouble moral" et au XVI^e siècle, comme un dérivé d'émouvoir (du latin *emotionem, de emotum, supin de emovore*)* »⁶.

Au regard de l'étymologie, entrer en relation avec autrui impliquerait des émotions tant positives que négatives. Présentes comme un trouble à notre moral, ou enclin à nous émouvoir, elles restent quoi qu'il en soit, le point de départ d'un état affectif. Je pense que les émotions sont au cœur du soin car nous les vivons au quotidien. Elles sont le lien même de la relation que nous entretenons avec le patient.

⁴ Code de la Santé Publique (nouvelle partie réglementaire), Livre III, Auxiliaires Médicaux, Titre Ier, Profession d'infirmier ou d'infirmière, chapitre II règles professionnelles, section 1, disposition communes à tous les modes d'exercices (article R4312-1 à R4312-32), disponible et accès en ligne sur : http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/code_sante_publiq_liv_3_titre_1-2-1_R4312-1_a_R4312-32.pdf

⁵ Dictionnaire *Le Petit Larousse Grand Format*. Belgique : Larousse. 1994.1872 Pages

⁶ FORMARIER, M. ; JOVIC, L. *Les concepts en sciences infirmières*. France : Mallet Conseil. 2009. (ARSI), Emotion, page 158.

Cependant et humainement, je pense qu'il est plus facile parfois de mettre une barrière, un frein à nos émotions, afin de se protéger de ce qui pourrait nous affecter.

Dans un contexte de soins difficiles, les émotions s'accompagnent souvent de manifestations externes comme des cris, des pleurs, induits par la douleur, qu'elles soient physiques, ou morales. L'infirmier, presque toujours affecté par ces manifestations, se doit alors d'adopter la stratégie qui est la plus efficace possible, permettant de maintenir ce que l'on pourrait qualifier d'équilibre relationnel. Cet état dans lequel patient et soignant sont apaisés reste néanmoins difficile à obtenir. De ce fait, s'ajoute à la volonté consciente de mettre en place un positionnement relationnel efficace, l'inconscience des « mécanismes de défenses ». Ces derniers ont alors pour objectif de minimiser les risques liés aux failles comportementales de la relation soignant-soigné.

Le soignant doit exercer son art dans le respect de la vie du patient et de son intimité. Cependant, la distance qu'il met dans la relation avec le malade n'est pas toujours adéquate.

4. Les distances professionnelles

Il faut tout d'abord bien différencier la distance, qui est une valeur physique et la distance professionnelle qui sous-tend une valeur psychique.

Pascal PRAYEZ, docteur en psychologie clinique et sociale, définit la distance comme « *la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable* »⁷.

Cette première définition nous renvoie à une dimension spatiale, mais lorsque l'on parle de distance cela peut aussi renvoyer à un « éloignement » dans la relation avec autrui.

L'anthropologue E.T HALL, démontre dans ses travaux sur la distance proxémique, qu'il existe plusieurs types de distance dans les relations humaines. La distance sociale, la distance personnelle et la distance intime. Ici nous allons aborder plus particulièrement les distances personnelles et intimes, car elles autorisent l'interaction physique.

⁷ PRAYEZ, Pascal. *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2^{ème} édition. Pays-Bas : Lamarre. 2009. page 5

4.1 La distance personnelle

« De 1m20 à 0m45, il devient possible de toucher et d'être touché, le corps de l'autre est à portée de main, cette distance nécessite un minimum de confiance, la voix est peu élevée. On ne perçoit plus la globalité du corps de l'autre, mais on gagne en précision sur certains détails : couleur des yeux, détails du visage »⁸

Cette distance est courante dans le soin. Elle s'amorce quasiment à l'entrée en chambre lorsqu'il s'agit de s'assurer du bien-être du patient, de l'efficacité et de l'intégrité de l'appareillage. Sans contact physique, elle implique déjà une attention particulière, un intérêt marqué pour le malade et n'est généralement pas, de ce fait, sans conséquences émotionnelles.

4.2 La distance intime

« De 0m45 au contact physique, la vue n'est plus la seule en jeu, d'autres canaux rentrent en jeu : l'odeur, le rythme respiratoire, la température de la peau. La voix est murmurée, l'imminence du contact physique domine la conscience des partenaires »⁸

Durant mes trois années de formation, je me suis aperçu que de nombreux actes de soins étaient liés au toucher, imposant le plus souvent une distance intime avec le patient. Dans cette relation thérapeutique l'implication affective est parfois associée à une notion de bienveillance. Cependant, cette dernière peut impliquer de l'attachement, de la sympathie ou de la compassion à l'encontre du patient. Parfois considérée par certains professionnels de santé comme un excès de tendresse, cette franche implication, par les émotions qu'elle provoque, peut effrayer le soignant qui essaye alors de recréer de la distance. Le simple fait de s'exprimer à voix haute, comme si le patient se trouvait éloigné ou malentendant, permet de marquer à nouveau les limites de la relation. Sans empêcher le contact physique, la possibilité pour le reste du service d'entendre les termes échangés avec le malade retire instantanément le caractère intime d'une telle situation de soin.

⁸ HALL, Edward Twitchell , Notion de proximité R.E.S.P.E.L, Année 2004, page 3

Il m'est arrivé à plusieurs reprises lors de mes stages, d'assister à cette recherche de distance, notamment lors des soins d'hygiène. En effet, l'utilisation de gants pour toute la durée du soin est une pratique quasi systématique. Là encore, il s'agit de mettre une frontière à l'intimité d'un toucher peau à peau.

Je pense que l'implication dans le soin peut faire peur, car elle peut être à l'origine d'une identification émotionnelle, et par là même une expérience douloureuse.

5. Synthèse de la recherche préliminaire

A l'issu de ces quelques recherches, il apparaît évident que le soin par son contexte et ses pré requis impliquent nécessairement des conséquences émotionnelles, et plus encore qu'il définit par son déroulement le caractère même de la relation soignant-soigné. D'ordre affectif, elle peut alors regrouper diverses composantes telles que l'attachement ou la sympathie.

Aussi, le résultat de cette recherche préliminaire est à l'origine d'un nouveau questionnaire. Des situations de soins similaires sont-elles à l'origine d'un même impact émotionnel ? Des situations de soins différentes peuvent-elles avoir des conséquences émotionnelles similaires ? La durée de prise en charge influe-t-elle sur le caractère de la relation soignant-soigné ? Les services de soins de longue durée sont-ils générateurs de la naissance d'un caractère intime entre le patient et le soignant ?

Ce nouveau questionnaire, apparaît donc comme le point de départ de la phase exploratoire de mon mémoire de fin d'étude.

III- La Phase Exploratoire

1. Choix et construction de l'outil de travail

J'ai mené des entretiens semi-directifs afin que les personnes interrogées puissent s'exprimer librement, sans contrainte et apporter des réponses riches.

A la suite d'un premier questionnaire test, je me suis rendu compte que la personne interrogée avait du mal à différencier la sympathie de l'empathie.

C'est pourquoi, j'ai décidé de faire un bref rappel sur l'empathie et la sympathie lors des suivants entretiens, notions qui seront évoquées dans le cadre conceptuel.

1.1 Choix des lieux et des populations

Cette question de départ, m'a permis de réaliser mon questionnaire de pré-enquête auprès de dix infirmiers et deux aides soignants dans plusieurs services de long séjour dans une clinique privée de Marseille. (Annexe I)

J'ai constaté que ces derniers étaient confrontés à la réalité de la relation soignant -soigné, de la façon par laquelle ils s'investissaient auprès du patient. Le parcours professionnel des différents soignants m'ont permis de comparer leurs réponses de façon succincte.

1.2 Modalité de réalisation de la pré-enquête

Pour les personnes disponibles, l'entretien s'est déroulé dans la salle de repos du service, autour d'un café et de manière très conviviale. Chaque personne est questionnée seule afin de ne pas influencer les autres participants de l'enquête. Compte-tenu du "turn-over" des équipes soignantes et de leur disponibilité, la récolte de l'ensemble des données a duré trois semaines. (Annexe II-V)

1.3 Analyse des données recueillies

Question 1 « Avez-vous déjà éprouvé(e) de la sympathie pour un patient ? Si oui pourquoi ? »

Onze soignants sur douze dont un dit éprouver de l'empathie au quotidien, expérimente régulièrement la sympathie et ce pour plusieurs raisons.

Pour cinq d'entre eux la raison évoquée est « l'échange de souvenir commun faisant penser à des expériences personnelles, à des proches ou à leur propre expérience ».

Ces réponses sous-entendent le fait que la sympathie éprouvée à l'égard d'un patient est le plus souvent l'expression d'une identification émotionnelle dans l'échange de souvenirs qui paraissent familiers. Ces cinq personnes nous laissent penser qu'un vécu commun facilite la sympathie à l'égard d'un patient.

Pour deux autres soignants, c'est en « fonction du temps passé avec le patient » ou lorsque l'on a à faire à « un patient hospitalisé longtemps ». Ces réponses nous font observer que la durée d'hospitalisation influence le ressenti émotionnel du soignant à l'égard du patient. Ces deux personnes nous laissent penser qu'une hospitalisation plus longue pourrait créer un lien plus fort avec le patient.

Pour deux autres encore, c'est « l'histoire de la maladie touchante » qui engendre la sympathie. Ces réponses éclairent sur le fait qu'un pronostic difficile toucherait plus l'équipe soignante. Les soignants partageraient d'une certaine façon la souffrance éprouvée par le patient.

Pour un soignant enfin, c'est « l'hypothèse de la naissance d'un affect » qui créerait la sympathie. Cette réponse nous fait remarquer que le soignant, de par son état émotionnel à un moment éprouvera de la sympathie à l'égard du patient. Cependant, avec le recul de cette synthèse, il semble évident que cette réponse reste trop évasive. En effet, la naissance d'un affect peut être la conséquence de plusieurs éléments. Peut être manifestait-il l'attachement ou encore la compassion.

Question 2 « Pensez-vous que, lorsque nous éprouvons de la sympathie pour un patient, le soin peut être compromis ? »

Pour la majorité, à savoir huit personnes, la réponse est « non », « cela n'empêche pas un soin de qualité ».

Pour un autre soignant « éprouver de la sympathie ne veut pas dire soigner différemment ». Ces réponses montrent que la sympathie n'est pas nécessairement un facteur de mauvaise qualité dans la prise en charge.

Selon un autre encore, « le ressenti de celui-ci serait plus explicite ». Cette réponse nous amène à penser, que la création d'un lien de sympathie avec le patient nous aiderait à mieux cerner ses besoins au quotidien.

« La sympathie est un sentiment personnel » selon un autre soignant « elle n'interfère pas dans les soins, mais, il faut rester empathique et laisser place à la distance thérapeutique »

Cette réponse sous-entend que la sympathie est propre à chaque soignant et dépend du vécu de celui-ci, il nous fait comprendre qu'il faut garder cette capacité à ressentir les émotions du soigné sans pour autant les transférer à soi.

Un autre enfin, dit que « le soin prend une autre ampleur et s'établit avec plus d'attention et de précaution envers ses patients ». Cette réponse nous laisse penser qu'à travers les sentiments éprouvés pour le patient et par la sympathie, le soignant aura une implication plus grande.

Les quatre personnes qui ont répondu « oui » ont justifié leurs réponses par le fait que selon elles « il existe une confiance exacerbée les concernant, au risque de discriminer le reste de l'équipe avec laquelle le patient aura moins d'affinité ; l'intimité dégrade les soins car il peut y avoir une baisse de vigilance ».

Pour deux autres soignants, « le patient peut abuser d'une situation sachant que le soignant éprouve de la sympathie pour lui ». Cette réponse teintée de méfiance sous-tend le fait que la relation peut se détériorer et se voir altérer, dans le cas où le patient abuse de la sympathie du soignant.

D'autres arguments ont été énoncés. « Moins d'objectivité et plus d'interprétation » peuvent être notées par exemple dans l'évaluation de la douleur et sa prise en charge.

Deux soignants évoquent cependant « une relation de confiance plus accrue et un accès à l'information facilité ». Cette réponse soulève le fait que la relation d'aide nécessite une relation de confiance, apportant une meilleure adhésion au soin grâce à une communication facilitée par le partage d'une sympathie réciproque.

Question 3 « Dans les situations où vous avez éprouvé(e) de la sympathie avez-vous toujours l'impression de rester professionnel(le) ? »

Une majorité de neuf soignants ont répondu « oui. »

Selon un soignant « la sympathie n'empêche pas le professionnalisme et ne rapproche pas forcément le soignant et le soigné ». Cette réponse indique, que le soignant, sait mettre une distance professionnelle, entre lui et le patient, empêchant la sympathie éprouvée à son égard de nuire au soin.

Pour un autre soignant, il est cependant évident qu'« il existera une notion de peine pour le patient en repensant à lui en rentrant chez soi ».

Cette réponse nous laisse penser que ce soignant est envahi par un sentiment d'affection et de sympathie qui le poursuit jusque dans sa vie privée. Ce transfert d'affect pourrait causer à long terme, un épuisement professionnel. Éprouver de la sympathie pour un patient, serait alors dans ce cas, une source d'éreintement quotidienne pour le soignant.

Selon un autre soignant « cela n'empêche pas de garder une certaine distance même si il y a une notion d'attachement en essayant de ne pas montrer la sympathie ressentie »

Ce soignant explique qu'il est possible de s'attacher tout en gardant une certaine distance, cependant l'attachement ne doit pas nuire au soin.

Pour d'autres soignants au contraire « laisser transparaître de la sympathie engendre la sincérité et rassure le patient ».

Ces réponses amènent à penser que chaque personne à sa propre définition de la sympathie et de son interférence sur le soin. Une seule personne évoque que la sympathie peut affecter le soignant par le transfert d'émotion.

Trois soignants ont répondu « non » car selon eux « il est impossible de rester à cent pour cent soignant lorsque l'échange n'est plus basé que sur le soin. Il n'y a plus d'objectivité, il survient une notion de nuisance du soin, lorsque l'affect prend le pas sur la prise en charge du patient, les difficultés à prendre du recul sont plus grandes. »

Question 4 « D'après-vous le risque de prise en charge inefficace est- il augmenté par la durée d'hospitalisation ? »

Une majorité de sept personnes ont répondu « oui », selon elles « l'effet du temps augmente la prise en charge inefficace car lorsque la relation perdure l'affect évolue. Ainsi, des liens se créent et on devient moins vigilant. »

Selon un autre soignant « La distance thérapeutique s'amointrit avec le temps, la relation se développe au fil de l'hospitalisation ». Cependant, il y aurait une diminution de la vigilance, une banalisation de certains problèmes et de mauvaises habitudes s'installeraient.

Ces réponses montrent que, dans un service de long séjour, les patients chroniques peuvent nouer des relations amicales avec les soignants et le risque de négligence voire de transparence de certains soins est d'autant plus grand.

Selon un soignant « la qualité du séjour d'un patient dépendra de la sympathie des équipes soignantes et de leurs compétences relationnelles ».

Ces réponses sous- entendent qu'une hospitalisation au long cours favorise une relation forte avec le patient. Le soignant connaît les habitudes quotidiennes du patient et ses appréhensions pour les différents soins. La durée d'hospitalisation reste en lien avec la gravité de la pathologie et la chronicité de la maladie.

L'affect du soignant peut être mis à mal surtout si les réponses thérapeutiques sont amoindries et si l'évolution pathologique n'est pas positive.

Cinq soignants ont répondu « non » à la question car selon eux il n'y a pas d'influence sur la qualité de la prise en charge. Pour eux, le patient est mieux connu du service et le pouvoir d'anticipation est plus grand.

Question 5 « Comment trouver ses limites dans le soin sans les dépasser ? »

Cinq soignants ont répondu « en restant empathique » ainsi, quatre parlent de garder une « distance professionnelle ». Trois personnes abordent l'hypothèse du problème du « transfert » et deux personnes abordent le problème de « l'attachement ».

1.4 Synthèse de l'analyse de pré-enquête

A l'issu de cette phase qu'est le questionnaire de pré-enquête exploratoire et par l'étude des réponses reçues, j'ai pu faire le constat que pour les professionnels de santé, ne pas dépasser les limites dans le soin suggère plusieurs points clés. Tout d'abord d'avoir de l'empathie mais aussi la capacité à ressentir les émotions d'autrui, garder une juste distance professionnelle ou encore avoir de l'attachement. Selon eux, lorsqu'elles sont bien dosées, ces caractéristiques améliorent la qualité des soins. Je me suis alors questionné sur la compréhension qu'avaient les professionnels interrogés des notions d'empathie et de sympathie.

Il apparaissait comme évident que chacun d'eux possédaient sa propre définition de l'empathie et de la sympathie. C'est en cherchant dans la littérature que je me suis aperçu qu'il existait alors des biais dans les réponses récoltées auprès des soignants. Également interpellé par ma connaissance en définitive partielle du sujet, j'ai pris la décision de développer ces deux concepts.

Ce travail d'enquête, ma recherche préliminaire ainsi que ma situation d'appel m'ont alors poussé à développer de façon comparative les concepts d'empathie et de sympathie dont le premier est aujourd'hui le modèle de référence lorsque l'on aborde le sujet des techniques relationnelles.

La partie exploratoire de mon mémoire de fin d'étude et notamment les réponses récoltées auprès des professionnels de santé interrogés, m'ont finalement amené à reconsidérer mon questionnement de départ et à donner naissance à une question de recherche dite centrale.

La sympathie en tant que technique relationnelle peut-elle être envisagée comme alternative à l'empathie dans la pratique infirmière quotidienne ?

IV – Cadre Conceptuel

1. Les différentes techniques relationnelles

1.1 L'Empathie

« Etymologiquement emp – pathie signifie ressentir en dedans. On partage le point de vue d'autrui pour observer ses pensées et sentiments. La conscience de soi se place dans la situation d'un autre pour partager son expérience. Il y a une recherche de compréhension et conscience »⁹

Cette première définition confère deux caractères à l'empathie. En effet, cette dernière se distingue à la fois par la compréhension des affects d'autrui, mais aussi par la compréhension de ses pensées. De ce fait, elle est en même temps une interaction émotionnelle et cognitive.

En outre, il est important de noter qu'au fil de mes lectures j'ai découvert avec l'empathie un concept en perpétuel évolution. Dans ce processus de construction, il faut attendre le vingtième siècle et les écrits de Carl ROGERS, pour avoir une définition dont les éléments sont toujours référence actuellement.

Pour lui, *« être empathique c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne mais sans jamais perdre de vue la condition du comme si »¹⁰*

Cette nouvelle définition renforce la précédente par une précision qui apparaît comme fondamentale à faire de l'empathie un concept unique. Il s'agit dans le partage des émotions et pensées d'autrui, d'être capable, au-delà même de la compréhension, de faire la distinction entre notre propre situation et celle d'un patient par exemple.

⁹ www.world-of-empathy-org, World of Empathy © 2009

¹⁰ Rogers ©, a way of being, Boston 1980, Houghton Mifflin company, cité par Decety, l'empathie 2004, P59

Ce concept très présent dans la philosophie infirmière apparaît, par ses subtilités, aussi complexes qu'intéressantes à étudier. En effet, chaque auteur par son point de vue personnel, apporte des éléments différents, voire divergents, qui n'aident pas à la compréhension. Certains tels que Carl ROGERS, perçoivent l'empathie comme un concept bi factoriel impliquant à la fois une réponse affective et cognitive. D'autres comme l'auteur anglo-saxonne Janice M.MORSE ajoute à ce concept d'autres caractéristiques, d'ordre moral, comportementales ou encore affectives. D'autre encore, à l'instar de Gérard JORLAND, considèrent l'empathie comme une réponse uniquement cognitive faisant appel à l'expérience et à l'intellect. Enfin, à l'image de Thierry TOURNEBISE, certains auteurs, considèrent que se mettre à la place d'autrui engendre inéluctablement de l'affectivité. C'est sur ces différents points de vue que s'appuie la construction qui va suivre.

Janice M. Morse caractérise l'empathie de façon multifactorielle, la première composante étant pour elle « Morale ». En effet dans l'un de ses articles il s'appuie sur une conviction de ROGERS (1962) et BUBER (1973) décrivant « *une acceptation inconditionnelle de la différence des autres êtres humains comme condition préalable à des relations humaines,* »¹¹. Il est possible d'en déduire que l'acceptation de la différence de l'autre revêt un caractère relatif à la morale. Une bonne moralité serait alors une des conditions préalable aux relations humaines et par extension à l'empathie.

La composante suivante, à savoir le caractère affectif de l'empathie, est désignée comme « *la capacité que l'on a à percevoir subjectivement et à partager l'état psychologique ou les sentiments intrinsèques d'une autre personne, ce qui signifie ressentir ce que les autres ressentent* »¹². Ce nouvel élément renvoie l'idée que la capacité à ressentir la détresse d'autrui est un facteur primordial à l'entière compréhension d'un état.

¹¹ Janice. M. Morse, notion de concept, recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999 Pages 54-63.

¹² Janice. M. Morse, notion de concept, recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999 Pages 54-63.

A ceci, elle ajoute que *« c'est la manifestation de l'empathie émotionnelle qui incite le soignant à prendre la décision consciente de s'impliquer dans l'empathie cognitive et comportementale ou bien de l'éviter et de prendre de la distance par rapport à la détresse de l'autre. »*¹³.

L'auteur nous fait comprendre que devant une situation de détresse vécue par le patient, le soignant se retrouve face à deux choix. Le premier serait l'implication cognitive et comportementale, composantes qui viennent compléter les deux précédentes. Imbriquées et non dissociables elles nécessitent une expérience accrue en technique de communication, une compréhension claire du patient et plus encore l'anticipation de ses propres appréhensions. Le second choix serait la prise de distance dans une relation de soin trop éprouvante pour le soignant. Cette prise de distance pourrait également faire écho à un manque d'expérience ou un manque de maîtrise des techniques relationnelles, conduisant naturellement à mettre en place une stratégie d'évitement.

J.DECETY caractérise lui l'empathie par deux composantes primaires à savoir, *« une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel et la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne »*.¹⁴

Là où MORSE définit quatre composantes à l'empathie, DECETY ne fait référence qu'à deux composantes.

En effet, le partage d'un état émotionnel ne fait pas toujours pour ce dernier écho à une réponse affective. Il est important de rappeler à ce stade que DECETY n'est pas le seul auteur à proposer un éclairage et une conception différente de l'empathie.

¹³ Janice. M. Morse, notion de concept, recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999 Pages 54-63.

¹⁴ MANOUKIAN, A. ; MASSEBOEUF, A. *La relation soignant soigné*, 3^{ème} édition. France : Lamarre. 2008. 223 pages (Soigner et Accompagner).

Selon Gérard JORLAND, directeur de recherche au CNRS et directeur d'études à l'Ecole des Hautes Sciences Sociales, « *L'empathie est une disposition psychique qui consiste à se mettre à la place d'autrui sans forcément éprouver ses émotions. (...) L'empathie n'est pas une relation affective mais bien une relation cognitive, elle n'a pas pour fonction de reconnaître les émotions d'autrui mais de comprendre l'autre en adoptant son point de vue* »¹⁵.

Cet auteur met en avant une divergence forte qui s'oppose aux précédentes définitions du concept ici étudié. Selon lui, l'empathie ne fait en aucun cas appel aux émotions éprouvées mais au mécanisme de pensée qui amène à éprouver cette émotion. En effet si les autres auteurs apportaient une définition de l'empathie ouverte aux émotions, ce dernier se voit la bannir de façon presque irrévocable, « labellisant » le terme d'empathie en tant que relation exclusivement cognitive.

Cependant, Thierry TOURNEBISE, praticien en psychothérapie depuis 1979 et formateur depuis 1988, possède une réflexion en opposition stricte avec le raisonnement précédant. En effet, selon lui « *se mettre à la place de l'autre génère forcément de l'affectivité, garder ses distances conduit forcément à ne pas comprendre l'autre.* »¹⁶ Cet auteur met en avant deux arguments qui apportent un regard nouveau à l'étude du concept d'empathie. La première réside dans le fait qu'empathie et affectivité vont de pair, ce qui vient contredire la précédente labellisation de JORLAND. Le second prône en faveur d'une juste proximité qui permettrait au sein d'une relation de soin de comprendre le patient.

Toutefois il ajoute que « *se mettre à la place de l'autre, ne peut permettre de le comprendre... celui qui s'adonne à l'empathie ne fait que du narcissisme relationnel* »¹⁷. Thierry TOURNEBISE apparaît, à travers mes recherches, comme le premier auteur à remettre en cause l'empathie dans le soin. Selon lui, se mettre à la place d'autrui impliquera de se noyer dans ce que ressent l'autre et ce jusqu'à l'incompréhension même de la situation.

¹⁵ FORMARIER, M. ; JOVIC, L. *Les concepts en sciences infirmières*. France : Mallet Conseil. 2009. (ARSI), Empathie, pages 155

¹⁶ TOURNEBISE, Thierry. [En ligne], 2000, disponible et accès sur : <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>

¹⁷ TOURNEBISE, Thierry. [En ligne], 2000, disponible et accès sur : <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>

Avoir le sentiment de comprendre le patient en se mettant à sa place, apporte alors l'illusion d'une relation d'aide.

Il ajoute « *Plutôt que nous mettre à sa place, nous pouvons mettre du soin à l'entendre exprimer ce qu'il ressent, pense ou vit à la place où il est* »¹⁸. Il propose ici l'écoute active comme alternative à l'illusion décrite précédemment. Le fait de donner du temps au patient, de se rendre disponible et volontaire à entendre ses souffrances, à accompagner par sa simple présence l'ensemble des sentiments relatifs à son hospitalisation, serait alors la solution à une relation de soin efficace.

Pour lui enfin, « *il n'y a jamais assez de chaleur humaine et toujours trop d'affectivité... la chaleur humaine c'est quand on est ouvert à l'autre sans avoir besoin de lui. L'affectivité c'est quand on a besoin de l'autre, besoin de lui pour combler un de nos manques, pour nous rassurer. La chaleur humaine réchauffe alors que l'affectivité étouffe. L'affectivité est d'autant plus indésirable qu'elle nous expose à l'envahissement* »¹⁹.

Tout cela nous fait bien comprendre l'importance du sens que l'on donne au soin et du comportement à adopter face au patient. Cela remet en cause nos pratiques soignantes au quotidien et la façon dont on les aborde. Le but n'est pas de se laisser envahir émotionnellement dans un accompagnement aussi poignant soit-il. A l'alchimie néfaste que peut créer l'empathie, il faut proposer au patient une relation aussi vraie que notre condition d'humain nous le permet, une relation faite d'écoute et de sentiments, sans perdre de vue les enjeux que le rôle de soignant implique.

Mes recherches m'ont ainsi aidé à mieux saisir la nature du concept d'empathie. Ainsi, j'ai par la suite cherché à comprendre les conditions qui font de l'empathie thérapeutique un mauvais outil, l'intérêt étant de savoir si cette dernière est applicable dans toutes les situations de soin.

¹⁸ TOURNEBISE, Thierry. [En ligne], 2000, disponible et accès sur : <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>

¹⁹ TOURNEBISE, Thierry. [En ligne], 2000, disponible et accès sur : <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>

De ce fait et pour faire de nouveau référence à Janice M.MORSE, elle considère que « *dans le domaine des soins infirmiers, en particulier dans le cas d'une maladie grave et soudaine, le patient et sa famille n'ont peut-être pas accepté les réalités et les ramifications de la maladie... en tant que telle, l'utilisation des réactions empathique peut ne pas convenir à ces situations.* »²⁰.

Selon elle, l'utilisation de l'empathie dans certaines situations de soins n'aide pas le patient et sa famille à traverser les périodes difficiles de l'hospitalisation. Quel comportement alors adopter dans ces situations où le patient est en détresse ? A ce stade, mes recherches se tournent vers l'application de techniques relationnelles différentes, alternatives à l'utilisation de l'empathie.

1.2 La sympathie

« *De l'étymologie grec, sym-pathie signifie « ressentir avec », on fait un avec l'objet et partage ses pensées et ses sentiments.* »²¹ L'étude étymologique de la sympathie permet de mieux comprendre les tenants et aboutissants de ce concept. Ainsi cette première définition souligne comme caractère fondamental que la sympathie fait en tout ou partie appel à nos émotions par l'intermédiaire de ce qu'autrui nous fait ressentir.

Pour le dictionnaire Le ROBERT, elle est la « *participation à la douleur d'autrui, le fait de ressentir tout ce qui touche à autrui* »²². Cette seconde définition, plus encore que la première met en avant une expérience dans laquelle les émotions sont partagées voire se confondent. De plus, elle ajoute la douleur psychique comme caractéristique possible à cet échange émotionnel.

« *Dans l'usage courant, la sympathie peut également se référer à être conscient des émotions positives éprouvées par les autres, la conscience est déplacée vers l'autre, il y a fusion.* »²³

²⁰ Janice. M. Morse, notion de concept, recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999 Pages 54-63.

²¹ Site consultable en ligne : www.world-of-empathy-org

²² FORMARIER, M. ; JOVIC, L. *Les concepts en sciences infirmières*. France : Mallet Conseil. 2009. 290 pages. (ARSI)

²³ FORMARIER, M. ; JOVIC, L. *Les concepts en sciences infirmières*. France : Mallet Conseil. 2009. 290 pages. (ARSI)

Cependant, cette nouvelle définition nous amène à penser que la sympathie ne s'applique pas exclusivement dans le cadre de situations douloureuses. Il est donc possible d'éprouver de la sympathie à l'égard d'une situation entraînant une émotion positive. Le rire dit « communicatif » en est un parfait exemple dans la mesure où il crée un lien voire une fusion émotionnelle entre plusieurs personnes qui n'ont parfois aucune affinité préalables.

En ce qui concerne les sciences infirmières, il faut néanmoins mettre en avant le fait que ce concept a souvent été ignoré, voire contesté. D'après certains auteurs reconnus, le lien émotionnel que peut engendrer la sympathie pourrait être un frein à ce qu'un soignant puisse effectuer pleinement et sans influence les tâches qui lui incombent.

En ce sens, Christian RICHARD, cadre supérieur de santé, nous rappelle que le fait de contenir ses émotions a été considéré pendant longtemps comme une norme dans la qualité des soins. Le soignant se devait alors de contrôler ses réactions affectives. Cette appréciation était consignée pour les étudiants en soins infirmiers dans un livret de stage sous l'intitulé « *contrôle ses réactions affectives* »²⁴. A l'entame même des études, les stagiaires étaient de ce fait tiraillés entre l'authenticité de leurs sentiments et la peur de les exprimer, au risque d'être mal jugés.

Néanmoins, E. PACHERIE, directrice de recherche au CNRS suppose que même dans ce contexte, « *nous prenions part à l'émotion éprouvée pour autrui, que nous partagions sa souffrance ou son expérience affective. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet* »²⁵.

Ceci fait référence aux différentes possibilités offertes par la sympathie, comme le fait d'aider le patient à surmonter les étapes difficiles de sa maladie, comprendre son ressenti, sa douleur, voire même ses attentes à une période donnée. Si l'on fait référence aux étapes du deuil décrites par E.KUBBLER ROSS, un caractère sympathique pourrait alors aider le malade à s'approcher de la phase d'acceptation.

²⁴ RICHARD, Christian .L'émotion deux censures. *Objectif soins*, Octobre 2008, n° 169, Page 25.

²⁵ FORMARIER, M. ; JOVIC, L. *Les concepts en sciences infirmières*. France : Mallet Conseil. 2009. 290 pages. (ARSI)

De manière plus précise, si l'on prend pour exemple le déni, qui est généralement la première étape du deuil, je pense que l'établissement d'un lien affectif avec le patient pourrait avoir une double conséquence. La première serait de créer les conditions optimales à faciliter une relation de confiance, du fait de la forte implication du soignant, bien différente d'une relation plus intellectuelle. La seconde ne serait que la contrepartie de la précédente, à savoir que cette importante implication aurait pour résultat la souffrance du soignant émanant d'une situation qui ne lui appartient pas.

1.3 La Différence entre la Sympathie et l'Empathie

La distinction entre empathie et sympathie semble au premier abord subtile et complexe. Cependant, Gérard JORLAND affirme clairement cette différence. En effet, pour ce dernier, *« les auteurs définissent l'empathie comme la simple reconnaissance des émotions d'autrui tandis que la sympathie est un partage des émotions d'autrui (...) la sympathie engage plus que l'empathie et va donc bien au-delà »*²⁶.

Par la sympathie on se met à la place de l'autre, on saisit les émotions et les problèmes du patient, qu'ils soient d'ordre socio-économiques, familiaux, religieux, psychologiques, ou encore philosophiques. Une relation d'aide et de confiance s'installe alors, permettant au patient de dévoiler sa sensibilité, sa capacité à lutter contre la maladie, son endurance et ses faiblesses, mais tout en ayant des conséquences émotionnelles pour le soignant. En effet, l'empathie est perçue comme une relation cognitivo-comportementale pouvant négliger l'affectivité dans les soins, alors que la sympathie est une relation affective dans laquelle se partage la douleur de l'autre. La distance dans le soin est omniprésente avec l'empathie et permet au soignant de se protéger des émotions qui pourraient être conséquence de la relation aux patients. Cette distance peut être par mauvaise expérience du soignant si importante qu'elle favorise l'évitement.

Elle disparaît cependant dans la sympathie laissant place à une fusion émotionnelle. Le soignant alors affecté par la souffrance d'autrui, s'expose aux conséquences que pourrait avoir le deuil du patient, voire même son décès.

²⁶

JORLAND, Gérard, Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2006, n°84, Empathie, page 58

Il est à noter que Janice M. MORSE critique l'empathie thérapeutique, car pour elle, « *dans le cas d'une maladie grave et soudaine le patient et sa famille n'ont peut-être pas accepté la réalité et la ramification de la maladie.* »²⁷. De ce fait, elle souligne la possibilité voire dans certains cas la nécessité de faire appel à des techniques relationnelles différentes telles que la sympathie, la compassion ou encore la consolation. La sympathie par exemple, par l'intimité qui la définit, pourrait dans le cas cité par l'auteur, faire du soignant un confident. Les informations ainsi recueillies seraient alors le point de départ d'une prise en charge globale efficace, et le moyen incontestable de répondre à la majorité des attentes du patient.

2. Place de la sympathie dans la pratique infirmière

2.1 Relation soignant-soigné

D'après Alain Manoukian « *c'est avec son corps sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation* »²⁸. Outre la nécessité d'une présence physique, il ajoute que l'affectivité est un élément central de l'échange avec autrui. L'entrée dans une relation avec le corps se fait tout d'abord par l'apparence physique mais aussi par la posture que prend le professionnel. En effet, au-delà de l'aspect extérieur compte la distance physique, les déplacements dans l'espace et la présence d'un contact direct ou non. L'entrée dans la relation se fait aussi grâce à la parole. La communication est une information qui passe d'un point A un point B. Communiquer ne signifie pas être d'accord ou partager des pensées identiques, mais recevoir l'information afin d'adapter une attitude thérapeutique. Il existe un échange réel, fait à la fois d'écoute et de prise de parole. C'est à travers la communication que l'on essaye de comprendre ce que le patient attend de nous. Lorsqu'il expose ses craintes, ses peurs ou ses interrogations, le soignant se doit de pouvoir cerner ses besoins en matière d'approche thérapeutique.

Enfin l'entrée en relation se fait par l'affectivité qui peut être positive et aider le soignant à la prise en charge ou négative et l'emmener à se détacher. En effet, la charge émotionnelle de la relation peut être la conséquence d'un épuisement important chez le soignant.

²⁷ Janice. M. Morse, notion de concept, recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999 Pages 54-63.

²⁸ MANOUKIAN, A. ; MASSEBOEUF, A. *La relation soignant soigné* , 3^{ème} édition. France : Lamarre.2008. 223 pages (Soigner et Accompagner).

2.2 Les soins

Ils sont définis par le dictionnaire LAROUSSE comme « *l'attention, l'application que l'on met en faisant quelque chose* », mais aussi comme la « *charge de voir ou de veiller sur quelqu'un ou quelque chose.* »²⁹. Les soins infirmiers comprennent des soins préventifs, diagnostiques, thérapeutiques et éducatifs. Ils tiennent compte de la connaissance théorique et des compétences pratiques du soignant et visent à maintenir et à améliorer l'état de santé de la personne. De ce fait, l'infirmier se doit d'avoir une information globale sur les techniques de soin.

La sympathie a toujours été stigmatisée, ainsi BRADLEY et EDINBERG mentionnent que « *de nombreuses techniques de communication effectivement utilisées par des infirmières expertes avec leur patient en détresse sont demeurées obscures et stigmatisées... nombreuses sont les infirmières qui utilisent la sympathie comme stratégie thérapeutique avec leur patient et de manière efficace sans que les infirmières reconnaissent effectivement la valeur clinique de cette approche* »³⁰

L'empathie comme approche thérapeutique relationnelle n'est plus à prouver. Cependant, celle-ci n'est pas exclusive. En effet, l'ensemble des infirmiers ne possèdent pas la même approche empathique. D'autre part certains patients n'y sont pas réceptifs, surtout lorsque la peur de la maladie ou de la mort les submerge. Pour ces derniers, l'approche thérapeutique doit être différente. En ce sens, la sympathie pourrait trouver sa place comme alternative relationnelle.

Par ailleurs il est plus facile d'être, de prime abord, dans une relation exclusivement affective, qui ne relève pas d'une marche à suivre précise et qui ne revêt pas à l'instar de l'empathie un caractère cognitif.

²⁹ Dictionnaire *Le Petit Larousse Grand Format*. Belgique : Larousse. 1994.1872 Pages

³⁰ Janice. M. Morse, notion de concept, recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999 Pages 54-63

V- Synthèse du Cadre Conceptuel

Ce que nous enseigne la littérature n'est pas toujours en accord avec la réalité de notre profession, dans la mesure où elle ne considère pas le soin comme une situation faite d'aléas. En effet, l'enseignement prône par exemple les vertus et le bienfondé d'une attitude soignante qui s'apparente à l'empathie et relègue la sympathie au rang de mauvais élève, synonyme d'inexpérience et d'échec relationnel. Pourtant dans la pratique courante, nombre de soignants font de la sympathie une approche relationnelle efficace. Elle permet dans certains cas de faire résoudre avec le patient un problème et de créer une relation de soin qui facilite l'interaction soignant-soigné.

Moi-même dans la situation qui fait appel à ce mémoire de fin d'étude, j'ai pu, par la sympathie, faire d'une relation difficile et fermée une relation faite d'entente et de compréhension. La sympathie pourrait donc dans certaines situations de soins être une alternative, mais, l'empathie n'est pas à exclure, dans la mesure où elle est acceptée par le patient.

L'approche qu'a le soignant auprès du patient revêt un caractère plus humain lorsqu'elle laisse place à l'affectivité. Le malade est considéré comme un être à part entière et non comme un objet ou une pathologie. Faire preuve d'humanité, se mettre à la portée de l'autre et le comprendre, est un principe essentiel à donner à nos soins, souvent techniques et déshumanisants. Ne pas tenir compte de cette approche, peut faire de nous des automates, certes professionnels et auréolés d'excellentes techniques de soins mais « sans supplément d'âmes et sans respect de l'être humain, sa dignité, son unicité et son intégrité »

En créant des liens affectifs, la chaleur humaine s'installe et il peut se développer une certaine intimité entre le soignant et le soigné. Le patient s'ouvre au soignant, une relation d'aide et de confiance s'installe et permet une meilleure implication aux soins de la part du malade. Le patient n'est plus seul face à la maladie, il ressent une solidarité, il est compris et soutenu. Encore faut-il bien se connaître soit même et connaître suffisamment l'autre pour adopter la bonne attitude relationnelle.

HYPOTHESE

Certaines situations de soins sont d'avantages propices à l'application de la sympathie comme technique relationnelle.

CONCLUSION

Les difficultés de positionnement rencontrées lors du stage auquel je fais référence dans ma situation d'appel, sont le point de départ des raisons qui m'ont poussé à développer ce mémoire de fin d'étude sur la relation au patient. Je n'étais pas alors en mesure de déterminer de quelle manière et avec quelle approche ma relation à une patiente lourdement handicapée serait la plus efficace et plus encore la moins délétère pour les deux parties. Sans réponse, la relation sincère établie, ma sympathie pour elle et les liens forts qui se sont développés m'ont néanmoins permis de réaliser l'ensemble de mes soins avec une grande facilité. Réellement désireux de lui apporter mon aide et de la soulager, je me suis laissé aller sans le vouloir à partager sa douleur au point qu'une émotion forte et réciproquement délétère a ponctué la fin de mon stage et par là même notre relation. Quelque peu en perte de repères quant à mon rôle de soignant, j'ai un temps considéré avoir failli à ma mission en ne sachant pas maîtriser mes affects. Cependant, par une prise de recul évidente, j'ai pu faire le distinguo entre les atouts que représentent la sympathie et les difficultés émotionnelles qui en découlent si elle est mal maîtrisée. Par la suite, j'ai pu tirer profit de cette ébauche réflexive et l'enrichir par la théorie des auteurs et de la législation mais aussi en interrogeant les professionnels de santé. Même si nombre d'auteurs font de l'empathie une référence à la relation de soin, l'étude de terrain, mon expérience personnelle et des avis controversés laissent à penser que la sympathie peut être une alternative à l'empathie.

Aussi, certains soignants prônent l'empathie mais la plupart pratiquent la sympathie sans considérer qu'elle puisse compromettre les soins. Il est vrai que par la sympathie il est plus facile de cerner les besoins du patient, la relation doit cependant être équilibrée pour ne pas devenir attachement.

Pour l'ensemble des auteurs qui prônent l'approche empathique, il est un argument fort, celui de garantir la protection émotionnelle du soignant. Pour certains en effet, les affects n'ont pas leur place dans les soins et le soignant doit toujours les maîtriser.

Ces auteurs ajoutent à l'empathie un caractère cognitif et comportemental difficile à pratiquer surtout pour un soignant inexpérimenté. La sympathie, plus abordable, garde pour contrepartie un possible partage des émotions et de la souffrance du patient. En outre, la sympathie permet une approche plus humaine ne considérant pas le patient comme un objet ou une pathologie. Elle facilite la compréhension de l'autre, son soutien, et plus encore un caractère solidaire face à des situations de soins difficiles ou sans espoir de guérison.

Le but premier de ce travail, était d'adopter une analyse réflexive afin de mobiliser mes connaissances et mes ressources, pour ensuite m'en détacher et trouver des réponses par l'intermédiaire de la recherche. A son terme, il m'a permis d'une part de prendre du recul sur mon expérience relationnelle difficile, mais aussi d'aborder divers aspects de la relation soignant-soigné et de connaître les spécificités des concepts d'empathie et de sympathie.

Au départ, les caractéristiques encore floues de ces derniers empêchaient une compréhension claire et m'emmenaient à des confusions. De plus, je ne pouvais pas, par manque de connaissance, faire une rétrospective objective de mon positionnement en tant que soignant. Il est désormais clair que ces deux concepts trouvent aussi bien l'un que l'autre leur importance dans la relation avec le patient. Par ailleurs, je peux désormais reconnaître l'intérêt de leur étude par le simple fait que de nombreux soignants n'en font pas le distinguo.

L'empathie longtemps considérée comme la meilleure approche thérapeutique assiste désormais à l'arrivée de techniques concurrentes. La sympathie en particulier en est une alternative intéressante. Chaque approche possède ses qualités et ses défauts, ses avantages et inconvénients, au soignant alors de s'adapter au patient et à ses attentes. Il est aussi possible que le soignant, par affinité, préfère une approche à l'autre.

En définitive, ce travail de fin d'étude, m'amène à considérer différemment des situations de soins émotionnellement difficiles, à prendre du recul sur mon positionnement, à avoir conscience du caractère humain que revêt chaque relation, et plus encore, des conséquences qu'elles peuvent engendrer.

Les nombreuses questions quant à mon positionnement, me permettent aujourd'hui de me projeter vers les relations futures qui rythmeront mon quotidien d'infirmier. Sans considérer la possibilité d'une entière maîtrise, j'ai pu avec autant de réussite enrichir mes connaissances théoriques, mais aussi la connaissance de ma propre personne.

Finalement, il apparaît comme évident que la relation est dans le soin le point d'orgue des professions soignantes. L'arrivée d'un nouveau programme dans les instituts de formation en soins infirmiers en septembre 2009 laisse davantage de place à l'étude des soins relationnels, prenant même en compte la nécessité de leur mise en application par le biais de jeux de rôle.

A travers ce mémoire de fin d'étude, il m'aurait été possible alors de développer les conséquences des émotions éprouvées par les étudiants ou les jeunes professionnelles, sur leur façon de voir le soin et la relation à l'autre. Aussi, l'étude plus précise de la place des deux concepts que sont l'empathie et la sympathie dans l'enseignement, bien que ne correspondant pas aux critères d'un travail de fin d'étude, aurait été intéressante.

Enfin, à travers l'application de la sympathie et de l'empathie, il est également possible de développer les conséquences directes et indirectes de relations de soins émotionnellement difficiles, sur l'épuisement des professionnels de santé et par là même sur la durée possible d'exercice sans que ce dernier n'apparaisse.

Bibliographie

Livres

- Dictionnaire *Le Petit Larousse Grand Format*. Belgique : Larousse. 1994. 1872 Pages
- CURCHOD, Claude. *Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*. Pays-Bas : Masson. 2009. 212 pages.
- PRAYEZ, Pascal. *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2^{ème} édition. Pays-Bas : Lamarre. 2009. 287 pages (Fonction Cadre de Santé).
- FORMARIER, M. ; JOVIC, L. *Les concepts en sciences infirmières*. France : Mallet Conseil. 2009. 290 pages. (ARSI)
- MANOUKIAN, A. ; MASSEBOEUF, A. *La relation soignant soigné*, 3^{ème} édition. France : Lamarre. 2008. 223 pages (Soigner et Accompagner).

Articles

- HALL, Edward Twitchell , Notion de proximité *R.E.S.P.E.L*, Année 2004, page 3
- RICHARD, Christian. L'émotion deux censures. *Objectif soins*, Octobre 2008, n° 169, Page 25.
- JORLAND, Gérard, Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2006, n°84, page 58
- Janice. M. Morse, notion de concept, recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999 Pages 54-63
- Rogers ©, a way of being, Boston 1980, Houghton Mifflin Company, cité par Decety, l'empathie 2004, P59

Documents électroniques

- TOURNEBISE, Thierry. [En ligne].TOURNEBISE Thierry, 2000 et 2004, disponible et accès sur : <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm> et http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/aide_impr_complet.htm
- www.world-of-empathy-org, World of Empathy © 2009

Textes de lois

- *La législation de la profession infirmière* : le décret 2004-802 du 29 juillet 2004, publié le 30.08.2008, disponible et accès en ligne sur : http://www.soins-infirmiers.com/decret_infirmier.php
- *Code de la Santé Publique (nouvelle partie réglementaire)*, Livre III, Auxiliaires Médicaux, Titre Ier, Profession d'infirmier ou d'infirmière, chapitre II règles professionnelles, section 1, disposition communes a tous les modes d'exercices (article R4312-1 à R4312-32), disponible et accès en ligne sur : http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/code_sante_publiq_liv_3_titre_1-2-1_R4312-1_a_R4312-32.pdf

ANNEXES

QUESTIONNAIRE DE PRES-ENQUETE

Question 1

Avez-vous déjà éprouvé(e) de la sympathie pour un patient ? Si oui pouvez vous m'expliquez pourquoi ?

.....
.....
.....

Question 2

Pensez-vous que lorsque nous éprouvons de la sympathie pour un patient le soin peut être compromis ?

.....
.....
.....

Question 3

Par rapport a la situation ou vous avez éprouvé(e) de la sympathie avez-vous toujours l'impression de rester professionnel(le) ?

.....
.....
.....

Question 4

D'après-vous le risque de prise en charge inefficace est-il augmenté par la durée d'hospitalisation ?

.....
.....
.....

Question 5

Comment trouver ses limites dans le soin sans les dépasser ?

.....
.....

Analyse des données recueillis lors des entretiens de la phase exploratoire

items	1/ Avez-vous déjà éprouvé(e) de la sympathie pour un patient ? si oui pourquoi ?	2/ Pensez-vous que lorsque nous éprouvons de la sympathie pour un patient le soin peut être compromis ?	3/ Par rapport à la situation ou vous avez éprouvé(e) de la sympathie avez-vous toujours l'impression de rester professionnel (le) ?	4/ D'après-vous le risque de prise en charge inefficace est il augmenté par la durée d'hospitalisation ?	5/ Comment trouver ses limites dans le soin sans les dépasser ?
Entretien					
1/ IDE	Oui, patient avenant souriant pendant le soin	Non, un soin de qualité peut-être réalisé même si l'on éprouve de la sympathie pour le patient	Oui, la sympathie n'empêche pas le professionnalisme et ne rapproche pas forcément le soignant et le soigné	Non, elle n'influence pas la qualité de la prise en charge du patient.	Etre empathique.
2/ IDE	Oui, dans le cadre d'un transfert, fonction du temps passé avec le patient, échange de souvenir commun. Il est impossible	Oui, confiance exacerbée nous concernant et diminuée avec les autres soignants. Le risque est de passer d'une relation	Non, impossible de rester à cent pour cent soignant lorsque l'échange n'est plus basé que sur les soins	Oui, l'effet du temps augmente la prise en charge inefficace lorsque la relation perdure l'affect évolue	La relation soignant soignée doit-être neutre notion d'empathie.

	d'être impartial si naissance d'un sentiment d'affect	d'intimité, dès lors crédibilité et impact du soin peut-être dégradé, baisse de vigilance dans le soin en général Accès à l'information facilité			
3/ASQ	Oui, car certaine situation me faisait penser à ma propre expérience avec mes proches	Oui, car le lien patient soignant n'existe plus et le patient abuse de la situation	Oui, même si en rentrant à la maison, j'ai de la peine pour le patient.	Oui, des liens se créent et on devient moins vigilant	Ne pas être dans l'attachement et garder une distance efficace soignant-soigné.
4/ASQ	Oui, connaissance d'un monsieur qui me faisait penser à mon grand-père, complicité développée avec lui	Oui, moins d'objectivité Mauvaise interprétation de ce que le patient nous transmet dans la prise en charge de la douleur.	Non, il n'y a plus d'objectivité	Oui, la distance thérapeutique s'amointrie avec le temps	Créer une barrière tout en étant agréable relationnellement.
5/IDE	Oui, même âge, touchée par l'histoire de la maladie	Oui, le soin peut-être influencé par le contexte et la sympathie peut nuire à la prise en charge soignant	Non, la sympathie peut nuire, si trop d'affect difficulté à prendre du recul et agir en bon	Oui, la relation se développe au fil de l'hospitalisation	Nous nous imposons des limites à ne pas franchir mais parfois nous sommes ramener à nous remettre en question lors

		soigné mais notion de relation de confiance.	soignant.		d'un transfert, attachement, représentation, vécu. Une qualité de prise en charge sera forcément amenée à dépasser les limites.
6/IDE	Oui, histoire de la maladie difficile et touchante patiente en fin de vie relation de confiance	Non,	Oui, cela ne m'empêchait pas de garder une certaine distance notion d'attachement patiente très demandeuse envers moi.	Non,	Ne pas rentrer dans l'affectif savoir garder une distance professionnelle tout en étant empathique garder la notion soignant, soigné ne pas faire de transfert
7/IDE	Oui, patient hospitalisé longtemps	Non, éprouver de la sympathie ne veut pas forcément dire soigné différemment	Oui,	Oui, avec le temps, diminution de la vigilance banalisation de certains problèmes	Maintenir une distance professionnelle .
8/IDE	Oui, des cas me faisant penser à des expériences personnelles	Oui, Si la distance n'est pas maintenue il peut avoir des abus venant du patient et une incompréhension venant des autres.	Oui, en essayant de ne pas montrer la sympathie ressentie et en ne changeant rien à la prise en charge du patient.	Oui, les habitudes s'installent on a tendance à développer les préférences d'un patient à un autre.	Rester empathique ce qui est en pratique impossible.

9/IDE	Certainement , se mettre à la place de l'autre est une base de travail ressentir ce que le patient traverse occasionne très souvent une sympathie mutuelle	Non, la relation est fusionnelle et le ressenti du patient plus explicite, quant à son état. La sympathie détermine la qualité du séjour du patient	Oui la sympathie engendre la sincérité et n'interfère pas le professionnalisme un patient rassuré est un patient sur la voie de la guérison	Oui, la qualité du séjour dépendra de la sympathie des équipes soignantes et de leur compétence relationnelle	Rester soi-même tout en respectant le protocole établi.
10/IDE	Oui, car celui-ci s'est confié à moi sur sa maladie et avait besoin de conseil par rapport à sa sortie	Non, car le soin prend une autre ampleur. Nous prenons plus d'attention et de précaution	Oui le côté humain peut prendre le dessus car nous sommes après tout que des êtres humains	Non, car le patient est mieux connu du service.	Les limites sont propres à chaque soignant mais le soin doit-être avant tout un échange entre soignant, soigné.
11/IDE	Oui, certains patients nous touchent (qui me font penser à des proches)	Non,	Oui, Même si il faut garder une certaine distance entre le patient et soignant	Non,	Ne pas se mettre à la place du patient Ne pas lui trouver des points communs avec des proches

12/IDE	Non, de l'empathie	Non, la sympathie est un sentiment personnel. Elle n'interfère pas dans le soin. Il faut laisser place à l'empathie et la distance thérapeutique	Oui, une fois sortie du contexte, il m'est arrivé de verbaliser une certaine sympathie	Non, nous pouvons anticiper	La distance thérapeutique s'acquière avec l'expérience professionnelle
--------	--------------------	--	--	-----------------------------	--

Questionnaire hypothèse

Titre du diplôme :

Années d'expérience :

Service actuel :

Question 1

Comment percevez-vous la sympathie dans les soins ?

.....
.....

Question 2

Selon vous le fait de partager l'émotion éprouvée par le patient est-il favorable au développement de la sympathie ?

.....
.....

Question 3

Pensez-vous qu'en ayant le même pole d'intérêt que le patient, comme la lecture, les loisirs, cela peut nouer la sympathie ?

.....
.....

Question 4

La perte d'autonomie et la dégradation physique du patient peuvent-elles développer la compassion et la sympathie ?

.....
.....

Question 5

L'allongement de la durée d'hospitalisation n'est-elle pas favorable à l'apparition de la sympathie ?

.....
.....
.....

Titre	« la sympathie, une alternative à l'empathie ? »
-------	--

Résumé

L'empathie longtemps considérée comme référence dans la relation de soin est une valeur indiscutable.

La sympathie quant à elle, est une attitude controversée par certains auteurs car elle génère une relation affective pouvant déborder le soignant, néanmoins, elle est utilisée par beaucoup d'infirmiers. La sympathie peut être profitable dans certaines situations de soins.

Ce concept, développant la sentimentalité et la chaleur humaine indispensable à une bonne approche thérapeutique ne devrait plus être « stigmatisé », mais considéré au contraire comme une possibilité relationnelle différente.

Lorsque la situation de soin la favorise, il s'agirait alors de pouvoir et plus encore de savoir composer avec elle.

Mot clés :

Sympathie	Empathie	Emotion
Relation soignant soigné		