

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Exercer sa présence à l'autre

Richard, Claude; Lussier, Marie-Thérèse; Givron, Helene

Published in:
Exercer

Publication date:
2024

Document Version
Version revue par les pairs

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Richard, C, Lussier, M-T & Givron, H 2024, 'Exercer sa présence à l'autre', *Exercer*, vol. 204, 204, pp. 276-278.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Claude Richard¹, Marie-Thérèse Lussier^{1,2}, Hélène Givron

1. Chercheur associé Pôle 1
Transformation des pratiques cliniques et organisationnelles, centre de santé et des services sociaux de Laval, Québec

2. Professeure titulaire, département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal, directrice du Réseau de recherche en soins primaires de l'Université de Montréal (rrspum@umontreal.ca), chercheuse régulière, centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal, Québec

3. Maître de conférences, département de psychologie de la faculté de médecine de l'Université de Namur, institut Transitions, Belgique

rrspum@umontreal.ca

exercer2024;204:276-8.

Liens d'intérêts :

les auteurs assument la responsabilité du texte et assurent qu'il reflète leur pensée.

« FAIRE OU ÊTRE » ?

S'il est crucial, pour un soignant, de posséder de bonnes compétences communicationnelles, leur application n'implique pas forcément une qualité de présence à l'autre dans l'interaction. Les jeunes étudiants en médecine qui appliquent pour la première fois les stratégies communicationnelles nous interpellent d'ailleurs parfois : « *j'étais tellement concentré sur les étapes du modèle Calgary-Cambridge¹, mon comportement non verbal, l'élaboration de mes reformulations, que je n'ai pas vraiment entendu ce que le patient essayait de me dire, je n'étais pas vraiment présent dans l'interaction...* ». La maîtrise progressive de ces stratégies communicationnelles et des compétences disciplinaires au cours de la formation, heureusement, libère l'espace mental requis à l'exercice d'une véritable présence en situation de soins. Aussi, dans les situations cliniques les plus intenses émotionnellement (conversations de fin de vie, situation d'incertitude, annonce de mauvaises nouvelles, etc.), la qualité de présence du soignant peut agir comme un véritable pilier en soutenant le patient et ses proches dans ce qu'ils vivent.

Exercer sa présence à l'autre

When practicing means holding space

« ÊTRE PRÉSENT »

La pleine conscience, un concept développé initialement en pratique psychothérapeutique, apporte des éléments de définition du concept de « présence » en indiquant que lorsqu'une personne est « dans le moment présent », elle accepte ce qui se déroule, sans jugement et sans chercher à modifier le cours des choses². Appliquer cette attitude à l'interaction, c'est percevoir l'autre le plus « complètement » possible : son apparence, son nom verbal (paralinguistique, contact visuel, posture, gestuelle) et son expression verbale. Habituellement, nous ne percevons qu'une fraction de ce qui est disponible pour nos sens. Cette inattention à l'ensemble des stimuli peut être involontaire ou volontaire. En réalité, elle est nécessaire, sinon nous serions submergés par le bombardement continu de stimuli que nous subissons. Les filtres que nous appliquons le sont le plus souvent de façon involontaire/inconsciente.

Nous pouvons penser qu'il est utile de limiter les filtres que nous appliquons à nos perceptions. À quoi ressemblerait une personne qui applique moins de filtres et qui aurait une conscience aiguë de ses perceptions ? Encore une fois, la littérature, les policiers en particulier, nous offrent des exemples. Pensons à Sherlock Holmes, Miss Marple ou Hercule Poirot. Ils ont tous en commun une capacité exceptionnelle de percevoir des détails qui échappent aux autres. En médecine, nous sommes un peu dans cette situation : un criminel veut tuer votre patient, il faut l'identifier et l'empêcher de nuire.

Quelles sont les limites de notre « présence » à l'autre en contexte de soins de santé ?

– notre subjectivité, en interprétant ce qui est observé à partir de notre

cadre de référence et non celui du patient ;

– le manque d'informations sur la personne qui nous consulte, qui restreint le cadre d'interprétation de nos observations ;

– notre attention sélective résulte en des choix à propos de ce qui sera accessible à la conscience ;

– nos croyances, qui nous offrent des interprétations qui ne sont pas nécessairement celles de l'autre ;

– l'influence du contexte et de la situation sur notre perception de la personne qui consulte ;

– notre non-maîtrise des codes non verbaux et culturels propres à la personne qui consulte ;
– etc.

Compenser ces limites pour offrir la présence la plus grande possible à l'autre et réduire l'inconscient dans nos échanges est donc un défi pour le soignant ! Ce d'autant qu'il est nécessaire d'avoir des filtres qui ont pour objectif de protéger le soignant contre une surabondance d'informations qu'il ne pourrait plus traiter. En d'autres termes, comment tenir compte du fait que nous savons que nous n'avons pas tout saisi du sens que le patient cherche à communiquer ? Nous suggérons que nous devrions toujours entretenir un « doute » à propos du fait d'avoir bien saisi le sens des propos du patient et être ouvert à remettre en question notre compréhension.

Être présent pour le patient, c'est être à son écoute

Dans la majorité des situations cliniques, le soignant vise un changement de l'état de santé du patient. Cet objectif est lié à la personne (ses émotions, ses croyances, etc.). Comme son étymologie latine (*medicare*) nous le rappelle, être médecin, c'est prendre soin de l'autre. Et être « présent » pour

l'autre dans l'interaction est le premier acte soignant : il permet d'identifier le type de rôle que vous jouerez dans votre relation avec ce patient. Certaines situations cliniques nécessitent davantage de proactivité et de directivité dans l'échange (figure) ainsi qu'une flexibilité des rôles du soignant en fonction de la gravité et de la chronicité de la situation de soin par exemple.

S'il est important d'être « là » pour le patient quels que soient la situation clinique et votre rôle, les situations à forte intensité émotionnelle requièrent une « présence »... plus présente ! Il faut porter une attention particulière aux variations dans les propos (contenus), le ton a-t-il changé (passage à l'aigu) ? Le rythme de sa parole a-t-il changé ? Sa respiration s'est-elle accélérée ? etc.

Une situation

Illustrons nos propos par un dialogue dans une situation clinique complexe et entraînant plusieurs émotions : l'annonce de mauvaise nouvelle d'un déclin cognitif chez une personne âgée de 70 ans (tableau).

Le médecin a plusieurs observations qui peuvent l'aider à comprendre l'état émotif du patient et sa compréhension⁵ :

- des négligences dans sa tenue, sa coiffure, éventuellement son maquillage ;
- le ton de sa voix, hésitations, recherche de mots ;
- sa respiration, irrégulière à certains moments ;
- l'expression de son visage, qui exprime de l'inquiétude ;
- sa posture, indiquant une grande tension.

Être conscient de tous ces indices demande une grande attention et la plupart du temps nous ne pouvons espérer que n'en identifier consciemment que quelques-uns. Cependant, comme il y a une grande redondance d'un indice à l'autre, une « gestalt » (perception d'un ensemble de constituantes comme un tout) en quelque sorte, il peut être suffisant de n'en

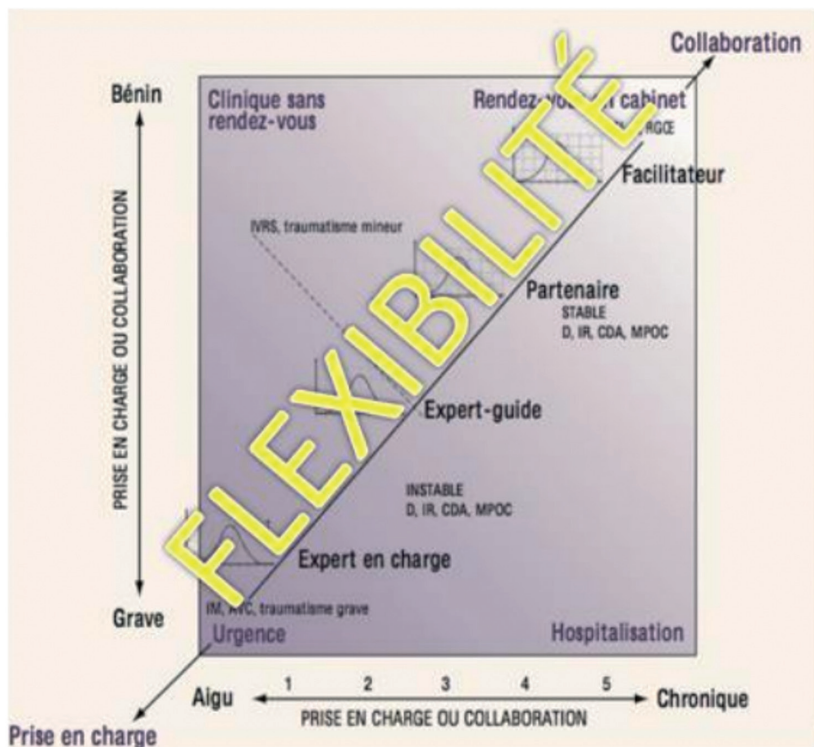


Figure - Contexte de soins et types de relations
Figure extraite de Lussier MT, Richard C³.

Contexte. Le patient porte un pantalon de tissu doux type jogging, une chemise à manches longues recouverte d'une veste. Ses vêtements sont propres, mais présentent des signes de négligence mineure : chemise froissée mal boutonnée, une tache de nourriture sur le pantalon... Sa posture assise est tendue, son dos n'est pas appuyé au dossier.

Dialogue	Explications
MD : « <i>Maintenant que nous avons un diagnostic, j'aimerais que l'on discute des traitements possibles, si vous n'avez pas d'autres questions ?</i> »	Le médecin souligne la fin de sa phrase en y mettant plus d'emphasis (utilise le paralinguistique).
Pt : « <i>Oui, je pense que j'ai bien compris, je n'hésiterai pas à poser des questions.</i> »	Sa respiration est légèrement irrégulière et il prend une respiration profonde à la fin de son énoncé. Sa voix est légèrement chevrotante, surtout dans la partie « je pense que j'ai bien compris ». Ce qui peut indiquer une grande émotion. Il fronce les sourcils.
MD : « <i>D'accord, n'hésitez pas à m'interrompre. Le traitement que je vous propose consiste en trois interventions distinctes...</i> »	Le médecin reconnaît cette émotion possible chez le patient. Il commence donc par lui donner la permission de l'interrompre à tout moment. Ce qui devrait aider le patient à exprimer ses doutes et incompréhensions.
Pt : « <i>OK, ça me paraît compliqué... et ça m'inquiète un peu.</i> »	La voix du patient est encore hésitante et il admet explicitement son inquiétude. Son visage exprime de l'inquiétude et son regard est fuyant.
MD : « <i>Oui, je comprends, mais je vais prendre le temps de bien vous expliquer chacune des étapes et de discuter de ce que ça veut dire pour vous dans votre vie.</i> »	Le ton du médecin exprime la sollicitude, de la bienveillance grâce à un ton calme et apaisant en utilisant une intonation douce et un volume modéré.

Tableau - Situation complexe : annonce de déclin cognitif à un patient
MD : médecin, Pt : patient.



identifier que quelques-uns consciemment. Ces indices peuvent être utilisés ultérieurement pour explorer l'état émotif et la compréhension du patient.

Identifier l'anxiété chez un patient est important. Généralement, une personne trahit son anxiété par des variations de volume de la voix... trop haut ou trop bas et des variations dans l'intonation. Une personne anxieuse peut parler rapidement (une pression à la parole) ou avoir des hésitations, un tremblement vocal et chercher ses mots. Souvent, le ton va monter dans l'aigu aux moments plus anxio-gènes. La respiration peut aussi être affectée et elle peut devenir saccadée, elle peut hyperventiler et utiliser des pauses pour reprendre son souffle. Sa posture est tendue et ses mouvements peuvent trahir une nervosité, comme se frotter les mains, jouer avec des objets, taper du pied, changer de

position fréquemment. En dernier lieu, l'expression faciale peut trahir l'anxiété par des froncements de sourcils, grimaces, tensions autour de la bouche, mâchoire serrée.

CONCLUSION

Communiquer, ce n'est pas s'arrêter à l'application de stratégies (qu'elles soient techniques ou communicationnelles) permettant d'atteindre un objectif de soin pour le patient. C'est être là pour l'accompagner à son rythme vers cet objectif, tout en étant prêt à compléter ses réflexions, oppositions et émotions identifiées grâce à une qualité d'observation. En psychologie, il est souvent discuté de l'inconscient, mais en communication il y a aussi une forme d'inconscient que nous pouvons réduire en prenant non

seulement conscience des filtres qui s'interposent entre soi et l'autre, mais surtout en étant attentif aux indices qui se manifestent dans l'interaction. ◆

Références

1. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ* 1996;30(2):83-9.
2. Kabat-Zinn J. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : Réduire le stress grâce à la Mindfulness : programme complet en 8 semaines. 2^e éd. Bruxelles : De Boeck, 2014.
3. Lussier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle : répertoire des relations médecin-patient. *Can Fam Physician* 2008;54(8):1096-9.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5(4):302-11.
5. Platt WP, Gordon HG. *Field Guide to the Difficult Patient Interview*. London: Lippincott, Williams and Wilkins, 2004.