Patients « difficiles » en Psychogériatrie: Une empathie collective impossible?

Dr Jean ROCHE
Référent Filière Psychogériatrique
CHU de LILLE
jean.roche@chu-lille.fr

Expérience en UCC et EMPG Mme H. Jacqueline 86 ans

- Mme H. Jacqueline 86 ans
- Vit en EHPAD depuis 6 mois
- Tr Psychocomport au sein de la structure à type d'agressivité verbale et physique lors des soins corporels
- Passage EMPG qui constate un épuisement de l'équipe soignante
- Troubles cognitifs à un stade modéré à sévère d'origine mixte (MMS 12/30)
- Fond anxieux et méfiance favorisés par troubles cognitifs
- Décision d'hospitalisation programmée en UCC prise en accord avec Médecin Coordonnateur. Retour prévu ensuite dans l'EHPAD en attendant place en UHR

Mme H. Jacqueline 86 ans (1)

- Arrivée en hospitalisation de façon surprenante avec valises et de nombreux sacs
- Analyse des documents transmis
  - Courrier médical reprenant les éléments connus et les résultats paracliniques récents
  - Lecture de la dernière semaine de transmission
    - Description des difficultés de l'équipe face aux troubles du comportement
    - Une fatigue et irritabilité est à nouveau perceptible
    - Dernière transmission, de la veille de son hospitalisation dans notre service:
      - **« Part demain à Fontan2, CHAMPAGNE ! » …**
  - Surprise de l'équipe lorsqu'on les rappelle pour leur redonner les modalités d'hospitalisation convenues…

Mme T. Roselyne 75 ans

- Mme T. 75 ans arrivée récemment en EHPAD, en UVA
- 1er passage de l'EMPG au sein de l'EHPAD « demandé en urgence » pour comportement violent imprévisible vis-à-vis des autres résidents ou des soignants
  - Surdité importante gênant la communication
  - Pense encore être à domicile
  - Oubli quasi immédiat avec besoin de lui réexpliquer ce qu'il faut faire quasi en permanence sinon peut s'énerver
- Deux résidentes ayant été repoussées par Mme T ont chutés avec passage aux urgences nécessaire du fait de fractures.
- Coups également sur des soignants principalement lors de toilettes ou d'habillage
- Marche extrêmement instable
- Plaintes des 2 familles auprès de l'équipe soignante et de la direction
- Fort rejet de la part de l'équipe de craintes de nouvelles chutes provoquées et d'une sensation de

Mme T. Roselyne 75 ans (1)

- 2nd passage 15 jours plus tard après adaptation thérapeutique
- Patiente plus calme même si elle reste parfois imprévisible lors de la toilette
- En lieu de vie, une place à l'écart lui est réservée, qu'elle rejoint seule de puis sa chambre
- Persistance d'un oubli quasi immédiat compliquant le relationnel avec cette malade
- Pas de nouvelles altercations avec les résidents de l'EHPAD
  - IDEC et Aide Soignant:
    - « On l'aime bien », « Tout compte fait, elle est gentille »
    - C'est à nous de faire attention
    - Elle souffre de son état, elle pleure parfois…
- Empathie ou Sympathie?

Mr F. Alain 65ans

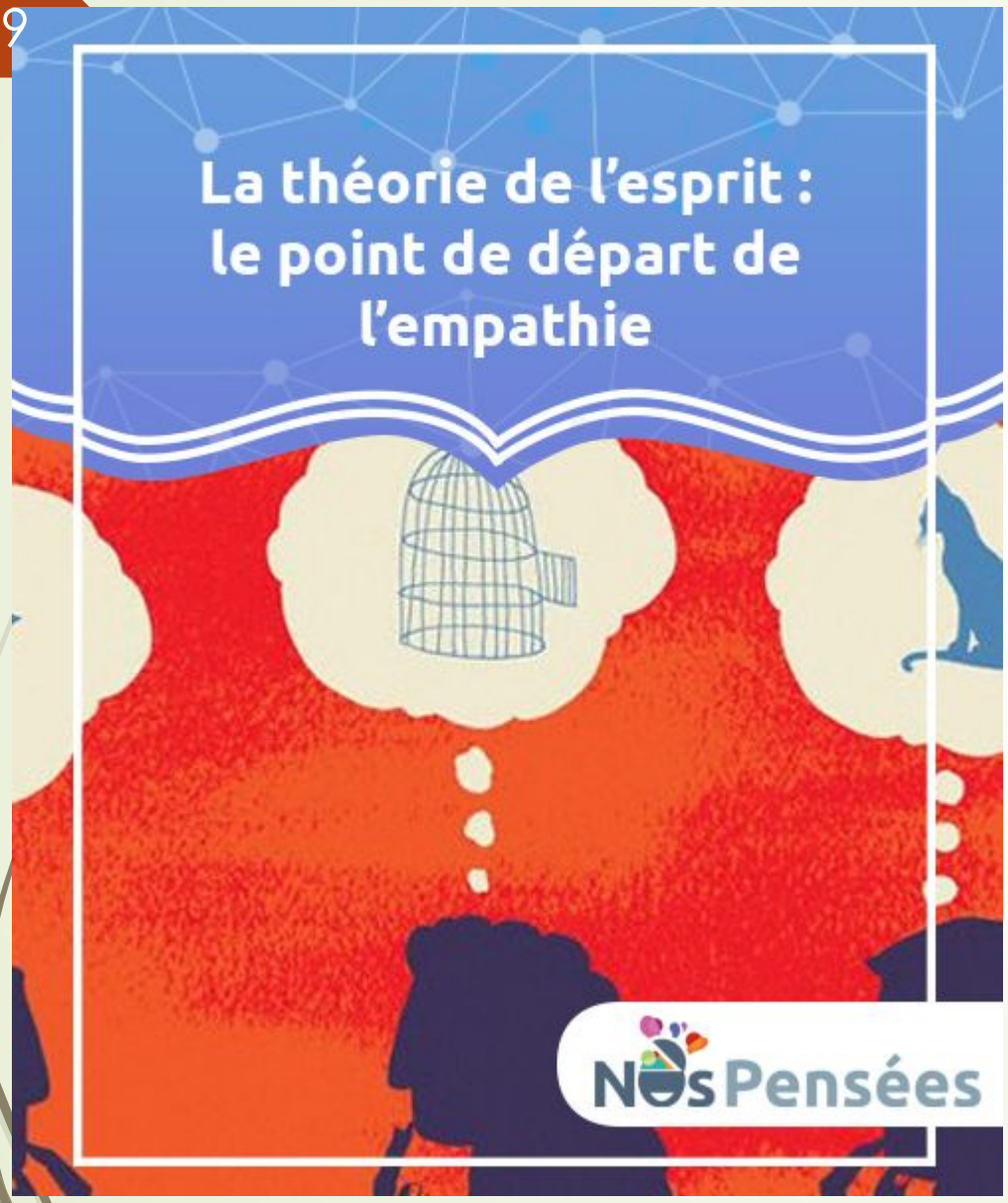
- Passage Equipe mobile en EHPAD pour évaluation comportementale à demande Méd Co et Psychologue
- ATCD d'alcoolisme
- AVC il y a 2 ans source d'une hémiplégie prédominant à Gauche
- Longue rééducation puis entrée en EHPAD à l'issue
- En fauteuil roulant pour ses déplacements
- Participe aux activités proposées par la structure
- Très proche des personnes âgées démentes dont sa voisine âgée de 85 ans
- Dit qu'il l'aime et veux se marier avec elle
- Fait des bisous régulièrement à cette voisine, cherche à l'amener dans sa chambre, cherche à écarter les soignants
- « Recadré » par l'équipe plusieurs fois sans effet

Mr F. Alain 65ans (1)

- Lors entretien, Mr F est très à l'aise
- A bien souvenir de ses comportements mais les banalise
- Précise qu'il n'y a pas d'âge pour être amoureux
- Lorsqu'on lui précise que la voisine a de gros troubles cognitifs et qu'elle le prend pour son fils lorsqu'il l'embrasse, et que cela peut être considéré comme un abus de faiblesse => « La loi s'est fait pour être contournée »
- Absence de troubles cognitifs significatifs
- ATCD personnel retrouvé: Prison vers l'âge de 35 ans car a tiré au pistolet au travers d'une porte vitrée sur son ex-belle mère. Banalise à nouveau précisant qu'elle était responsable, elle l'empêchait de voir son ex-femme
- S'irrite verbalement en fin d'entretien
- Empathie possible?

Empathie/Sympathie

- **Empathie** :
  - Capacité à ressentir les émotions de quelqu'un d'autre
  - Arriver à se mettre à la place d'autrui
  - A comprendre les idées d'un autre
  - A partager ses sentiments
  - Réciprocité de la construction empathique (Ici Soignant/Soigné)
- Empathie proche de la **compassion:** Sentiment de pitié qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui, sympathie pour les maux dont souffre autrui mais pas nécessairement aide
- **Sympathie**:
  - Participation à la joie et à la peine d'autrui mais n'implique pas forcément le fait de ressentir une émotion appropriée à celle d'autrui
  - Consiste « seulement » à se sentir "touché"



TDE = aptitude cognitive permettant à un individu d'attribuer des états mentaux inobservables (ex : intention, désir, croyance ...) à soi-même ou à d'autres individus

- TDE = Composante centrale de la cognition sociale,
- mais interagit avec:
  - les processus émotionnels
  - L'empathie
  - Les connaissances sociales
  - Pour obtenir un comportement adapté
- TDE = capacité est centrale dans la cognition sociale humaine et joue un rôle primordial dans les interactions sociales — communication, empathie, collaboration, enseignement, compétition
- TDE est proche de la notion d'empathie. Cpdt, la notion d'**empathie comporte une dimension émotionnelle et affective**

  alors que la **théorie de l'esprit renvoie plutôt à des processus cognitifs représentationnels**

3 composantes principales dans l'empathie + Part Ethique

Définition

- **Empathie Emotionnelle ou Affective**
  - Partage des émotions, des sentiments de la personne
  - Perception de leur intensité et de leur qualité
  - Mais différence de ressenti Patient/Soignant
  - Importante dans communication non-verbale
  - Non consciente au départ
  - RISQUE : DIFFICULTE A GERER TOUTE CETTE EMOTION
- **Empathie Cognitive**
  - Représentation mentale de ce que pense et ressent l'autre
  - Consiste à comprendre les idées d'un autre
  - Consciente, Raisonnée
- **Empathie Motivationnelle**
  - Désir de prendre soin d'autrui
  - Pas d'empathie si absente

Difficultés possibles

- **Empathie Emotionnelle ou Affective**
  - Variation rapide des émotions en cas de MAMA
  - Amplitude élevée de celles-ci (pleurs et rires rapprochés…)
  - Gestion de la désinhibition verbale ou physique…
- **Empathie Cognitive**
  - Impact des oublis sur la pensée de l'autre
  - Perte du fil temporel
  - Perte du fil des idées, comportements ou discours répétitifs
  - Part des tr du comportement et de la personnalité antérieure… Histoire de vie? Personnalité?
- **Empathie Motivationnelle**
  - Situation de violence, de cris
  - Idées de persécution centrées sur le(s) soignant(s)…

A noter aussi, l'empathie comportementale

- Elément de la communication non verbale
- Eprouvé de manière tout à fait naturelle par la plupart de nous
- Consiste à mimer inconsciemment les gestes et postures de son interlocuteur (croisement de bras, façon de se tenir assis, posture debout, etc.)

- DIFFICULTES POSSIBLES:
  - Interprétation du patient de notre attitude
  - Exemple: Un patient qui sourit et qui pense que lorsqu'on lui sourit en retour « qu'on se moque de lui » et qui s'énerve rapidement
  - Pb aussi quand le patient ne tient pas en place (déambulation) ou à des mouvements répétitifs

Bonne distance soignante

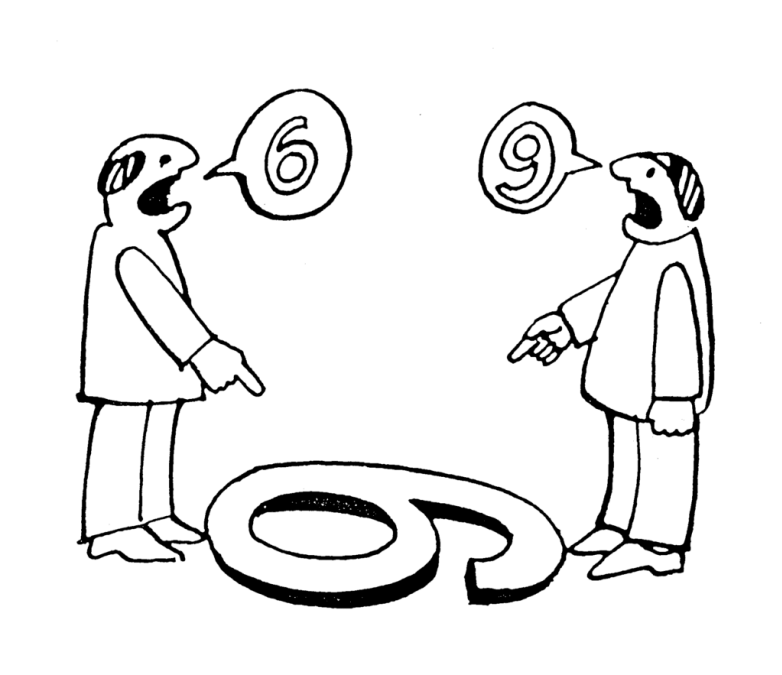
- Comment trouver la bonne distance entre Fusion et Indifférence, comment gérer le stress induit par les situations d'empathie
- lorsque la position du soigné change tout le temps
- Ou lorsque la souffrance perçue est majeure (patient suicidaire…)
- Renvoi à notre propre vulnérabilité
- Dimension également culturelle à l'empathie

Quels patients ou situations peuvent fragiliser cette empathie individuelle ou collective? (avec ce jugement: « là il l'a fait exprès»)

- Violence physique, menaces verbales
- Cris répétitifs
- Désinhibition comportementale (vis à vis des femmes, propos racistes, …)
- Impulsivité imprévisible
- Une histoire de vie collant au patient (ancien conjoint violent ou autoritaire, métier avec forte valeur émotionnelle (ancien boxeur, ceinture noire de judo, CRS, légionnaire…)
- Pathologie psychiatrique intriquée avec les troubles cognitifs (Psychose, Alcoolisme, Violence conjugale, Troubles de personnalité…)
- Mauvaise perception de l'intensité des troubles cognitifs (exemple classique lorsque le langage est trop préservé par rapport aux autres fonctions cogn, laissant supposer qu'il est encore capable de faire)
- Famille procédurière n'arrivant pas à avoir confiance dans les soignants
- …
- INTRIQUE PAR UNE RENVOI A NOTRE PROPRE HISTOIRE, NOS PROPRES CRAINTES, NOS PROPRES PROJECTIONS, NOS LIMITES…

Risque de l'interprétation erronée

- Mauvaise interprétation empathique
- Source d'erreur de proposition



Risque de l'hyperprotection bienveillante

- Dans l'intérêt du malade « qui n'est plus en capacité de faire les bons choix »
- Patient en sécurité s'il suit nos décisions rationnelles, bonne pour lui
- On l'écoute dans les temps où il va dans notre sens beaucoup moins les autres (attendant qu'il change sont discours, « grâce à ses oublis »)
- Sous-estimation de son élan vital source de sa motivation voir de son bien-être
  - Angoisse de séparation par un vécu douloureux de l'absence de ses proches, de son logement mais aussi du décalage entre son discours et le notre
  - Difficulté de trouver un consentement libre et éclairé, mais intérêt de le rechercher quand même
  - Ecouter les propos du patient qui vont déstabiliser notre pensée, nos certitudes
  - Ex: Patiente de 97 ans qui trouve que l'on s'occupe trop bien d'elle en EHPAD, et que « rien de peu m'arriver » dit-elle mais trouve « que sa vie est trop longue »

Facteurs liés à l'équipe soignante

- Turn over trop élevé du personnel
- Méconnaissance des maladies cognitives, des patients ou résidents
- Personnel sans formation adaptée
- Nombre d'arrêt important
- Tension dans l'équipe (objectifs/priorités différentes…)
- Sentiment de dévalorisation, de non reconnaissance de leur travail
  - Quel retour individuel et collectif attendre
- Culpabilisation de certaines équipes (ou soignant) qui n'arrivent pas à prendre en soins le patient pouvant être source de rejet
- Cristallisation souvent sur un patient complexe des problèmes plus larges touchant une équipe…

- Sens inné de l'empathie
- Sens Acquis de l'empathie au travers des situations rencontrées

⇒ Probablement les 2

- Ou formation nécessaire ?

Exemple de la Thérapie de validation

TABLEAU 41-II. – Interventions non médicamenteuses. Recommandations professionnelles de la Haute Autorité de santé [58].

Interventions fondées sur la cognition
- stimulation cognitive
- réhabilitation cognitive individuelle
- interventions fondées sur l'environnement (rééducation de l'orientation)

Interventions psychosociales
- intervention par évocation du passé (réminiscence)
- thérapie par empathie (thérapie de validation) ←

Interventions corporelles et fondées sur l'activité motrice
- activité physique
- massage

Interventions fondées sur une stimulation sensorielle
- aromathérapie
- musicothérapie
- luminothérapie
- stimulation multisensorielle (Snoezelen)

Prise en charge globale

Prises en charge multidomaines

Thérapie par empathie (N Feil)

- Vise à discerner, à reconnaître et à répondre aux émotions que le malade exprime
- Axes:
  - **Favoriser la communication avec les PA désorientées**
    - Construire et maintenir une relation de confiance
    - Utiliser supports facilitant la réminiscence
    - Adapter sa communication, reformuler…
  - **Attribuer du sens**
    - « Valider » une personne => Reconnaitre que son comportement a du sens
    - Donne de la valeur à la personne, même si on la comprend pas
    - Objectif = reconnaître le sens, pas le découvrir
  - **Entrer en Empathie**
    - **Pour Naomi Feil, ne pas reconnaître ses émotions, revient à nier l'individu**
    - **Validation très liée à la capacité d'empathie => Reconnaissance des émotions de l'autre…**

Psychiatrie PA 2ème édition Lavoisier p448
D'après Reco HAS 2009. MAMA: Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement

Épuisement professionnel des soignants en Ehpad : rôle de l'empathie et de la formation

Volume 16, numéro 2, Juin 2018

PDF
Imprimer
Ajouter à mes favoris
Citer cet article
Envoyer un lien vers article
Get Permission

Auteur
Pauline Narme [1 2] *

1 Equipe neuropsychologie du vieillissement, EA4468, Institut de psychologie, Université Paris Descartes, Boulogne-Billancourt, France

2 Laboratoire mémoire et cognition, Inserm S894, Institut de psychologie, Université Paris Descartes, Boulogne-Billancourt, France

* Tirés à part

Mots-clés : gériatrie, satisfaction professionnelle, prise de perspective, sympathie, méthode de Validation
DOI : 10.1684/pnv.2018.0735
Page(s) : 215-22
Année de parution : 2018

Les soignants travaillant en Ehpad sont particulièrement exposés à l'épuisement professionnel. Si le rôle des facteurs institutionnels dans la survenue du *burnout* a été bien décrit, le rôle des caractéristiques individuelles reste moins documenté. L'objectif de ce travail était d'étudier les liens entre l'épuisement professionnel et (i) la disposition des soignants à être empathique ; (ii) le fait d'avoir suivi une formation spécifique. Des questionnaires visant à évaluer l'épuisement et les caractéristiques empathiques ont été proposés à 124 soignants. Dans une seconde étude, cette évaluation a été conduite avant et après une formation centrée sur l'attitude empathique (méthode de Validation®) chez 41 soignants. Les principaux résultats suggèrent que (i) certaines composantes de l'empathie protègent de la survenue du *burnout* (e.g. les capacités à prendre la perspective d'autrui), tandis que d'autres apparaissent comme des facteurs prédisposant (la tendance à partager les émotions vécues par autrui) ; (ii) après la formation à la Validation®, les soignants présentent un risque moindre de *burnout*. La nature des processus impliqués ainsi que les perspectives qu'offre l'identification de facteurs individuels prédisposant ou protégeant du *burnout* sont discutées.

Illustrations

Figure 1

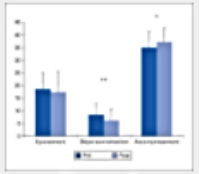


Figure 2

Tableaux

Tableau 1

- Certaines composantes de l'empathie protègent de la survenue du *burnout* (e.g. les capacités à prendre la perspective d'autrui), tandis que d'autres apparaissent comme des facteurs prédisposant (la tendance à partager les émotions vécues par autrui)
- Après formation à la Validation®, les soignants présentent un risque moindre de *burnout*

Pas de solutions magiques
Pas de psychotropes magiques
Pas d'unités d'hospitalisation magiques

- Revenir aux bases
  - Adapter communication
  - Se donner du temps
  - Ne pas tout interdire, accepter une part de risque (risque de l'hyperprotection)
  - Connaissance histoire de vie
  - Reconnaître l'humanité du patient
  - Eviter le jugement, la classification rapide
  - Ecouter/Respecter ses besoins notamment les plus essentiels

- Voir ses capacités restantes et pas que la liste de ce qu'il ne fait plus (Montessori)
  - L'aider à retrouver des petits plaisirs, joies, victoires qui seront valorisées
- S'aider d'outils: Snoezelen, toucher relationnel, Musicothérapie, Activité physique, Réminiscence…
- Ritualiser la journée mais en s'adaptant lorsque c'est nécessaire
- Être dans le même instant, espace temps, que le patient
- Echanger/Transmettre en équipe, ne pas rester seul…

Empathie du patient

- Modifiée avec la maladie
- Exemple de la DFT
  - Familles rapportent une réponse diminuée aux sentiments et aux besoins d'autrui
  - Un manque de chaleur humaine
  - Une empathie parfois surprenante oui décalé par rapport à ce qui est attendu

  - Cause discutée
    - Déclin du souci d'empathie avec baisse sympathie et de la compassion envers l'autre???
    - Ou soucis empathique reflet d'un désintérêt émotionnel???
    - Schéma social désappris???
- Empathie en miroir soignant/patient alors plus difficile ou discontinue

Exemple pour faciliter le retour d'une empathie collective à la sortie d'UCC

- Gestion sortie d'UCC avant retour en EHPAD ou à domicile
- Fiche de liaison paramédicale reprenant l'organisation et les réponses du quotidien
- Tout au long de la journée
- Selon les grandes étapes:
  - Lever, toilette, repas, prise des médicaments, gestions des troubles comportementaux, continence, autonomie, déplacement, coucher, nuit
  - Temps d'échange entre soignants sur des différents éléments, organisé par les soignants eux mêmes
  - Rencontre du patient plus apaisé au sein du service par des soignants ou la famille. Démine la crainte du retour et que cela soit comme avant donc insupportable
- Partage de la connaissance de l'autre entre les équipes

- Empathie notion universelle dans le soin mais non exclusive
- Mais besoin d'une expertise, d'un savoir faire aussi dans le soin
- Garder la recherche d'humanité,
- Savoir adapter son niveau d'empathie

L’empathie est un instrument de connaissance non seulement d’autrui, mais aussi du monde et de nous-même

Merci de votre attention

jean.roche@chu-lille.fr