

# ATELIER 14

## LA "COMMUNICATION NONVIOLENTE" : UNE APPROCHE ÉQUILBRÉE ET CONSTRUCTIVE DES RELATIONS AU SERVICE DES SOIGNANTS ET DES PATIENTS

P. MOLHO

ANCIEN INTERNE, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE-ASSISTANT DES HÔPITAUX DE PARIS,  
CONSULTANTE ET FORMATRICE EN COMMUNICATION.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

La plupart des formations mettent l'accent sur l'écoute des patients et de leurs proches et l'analyse de leurs besoins. Or l'épuisement des soignants et son corollaire l'absentéisme ou les départs prématurés à la retraite deviennent un problème majeur. Un autre symptôme est l'agressivité, témoin de nombreux manques chez les soignants, tels que le manque d'attention et de reconnaissance. La bientraitance des personnes âgées est un thème d'actualité. Prendre en compte les besoins des soignants est donc tout aussi important que de prendre en compte ceux des patients. C'est la première chose dont la Communication NonViolente, ou Communication Empathique m'a fait prendre conscience. Développée par Marshall Rosenberg(1), il s'agit d'une démarche fondée sur la prise de conscience de ce qui facilite ou entrave la communication. Elle met l'accent sur l'écoute de ce qui se passe en soi avant de s'exprimer ou d'aller vers l'autre. Le deuxième apport de la CNV est de désamorcer l'agressivité, de décoder ce que l'autre veut vraiment dire à travers des propos ou attitudes perçues de prime abord comme agressives ou déplaisantes. Développer une attitude empathique permet d'économiser beaucoup d'énergie et de rendre les relations plus intéressantes. Le troisième bénéfice de la pratique CNV est de renforcer la cohésion et la solidarité au sein des équipes, afin que celles-ci deviennent un lieu de ressourcement et non d'épuisement. C'est un des éléments de prévention du burn-out et de la maltraitance. Nous présentons dans cet article la démarche de la communication nonviolente, illustrée de cas concrets.

Mots clés : empathie, communication nonviolente, communication empathique, besoins, épuisement professionnel.

### "NON-VIOLENT COMMUNICATION": A BALANCED, CONSTRUCTIVE APPROACH SERVING CARE PROVIDERS AND PATIENTS

Most training focuses on listening to patients, their families and friends, and analysing their needs. But now, the burn-out of care providers and its corollary of absenteeism or early retirement is becoming a major problem. Another symptom is aggressiveness, a sign of numerous lacks in care providers, such as a lack of attention and recognition. The proper treatment of the elderly is a current theme. Thus, considering the needs of care providers is just as important as considering the needs of patients. That is the first thing that Non-Violent or Empathetic Communication made me aware of. Developed by Marshall Rosenberg (1), it is an initiative based on gaining awareness of what facilitates or hampers communication. It focuses on listening to what goes on inside one's self before speaking or reaching out to another. The second contribution of NVC is to defuse aggressiveness, to decode what the other person really wants to say through words or attitudes first perceived as aggressive or disagreeable. Developing an empathetic attitude saves a lot of energy and makes relationships more interesting. The third benefit of NVC is that it strengthens staff cohesion and solidarity so that it becomes a source of renewal and not exhaustion. It is one of the elements in preventing burn-out and mistreatment. In this article, we present the non-violent communication initiative, illustrated with actual cases.

Key words: empathy, non-violent communication, empathetic communication, needs, professional burn-out.

En France, l'épuisement des soignants et son corollaire, l'absentéisme ou les départs prématurés à la retraite, deviennent un problème majeur de santé publique. Par ailleurs, les hôpitaux enregistrent un nombre croissant de plaintes pour agressivité, mauvais traitements ou autre forme de violence, essentiellement de la part des patients ou des familles, mais aussi de la part de soignants démunis face à l'agressivité des usagers.

Sans excuser de tels comportements,

le mal être des soignants peut néanmoins expliquer la maltraitance des personnes âgées.

Je voudrais inclure dans le terme «soignants» tous les acteurs de la santé, au sens où le climat d'une institution de soins découle aussi de la qualité de la coopération entre personnel administratif et personnel soignant.

La plupart des formations mettent l'accent sur l'écoute des patients et

de leurs proches et l'analyse de leurs besoins. Or l'épuisement des soignants est le témoin de nombreux manques : manque d'attention, de sens, de reconnaissance. Les batteries sont à plat, et nul ne peut donner au long cours sans recevoir. Prendre en compte les besoins des soignants est donc tout aussi important que prendre soin de ceux des patients. C'est l'équilibre du système qui est ainsi entretenu, pour le bénéfice des patients.

L'objectif de cette présentation est de

faire un bref panorama des facteurs qui contribuent à la violence sous ses diverses formes, et de donner des pistes concrètes avec lesquelles chacun de nous peut agir. Je m'appuie sur la démarche de Communication NonViolente, ou Communication Empathique, développée par le psychologue clinicien Marshall Rosenberg (1,2), à laquelle je me suis formée. Elle me sert de base pour les formations que je dispense auprès de soignants et d'équipes dans les hôpitaux (3,4). L'objectif de ces formations ou interventions est de permettre à chacun une prise de conscience de ce qui se joue dans les relations, et de la possibilité très concrète d'agir pour améliorer la situation. Passer de l'attitude de soumission à celle d'action en vue d'une transformation, en commençant par soi, permet de sortir de l'impuissance et de retrouver du sens. L'enjeu est de contribuer à ce que les équipes redeviennent un espace de ressourcement plutôt que d'épuisement, de restaurer confiance et solidarité, et d'améliorer l'écoute et l'accueil des patients et de leurs proches dans les situations tendues. Des soignants mieux dans leur peau pour accomplir leur mission au service de la santé des patients.

### D'OÙ VIENT CET ÉPUISEMENT ?

La première cause invoquée est la surcharge de travail, liée au manque de personnel. La deuxième est le manque de reconnaissance, qui provient souvent d'un manque de conscience et de savoir faire. Les responsables ou les collègues se disent souvent « il ou elle le sait bien », ou encore « c'est normal, ça fait partie de son travail », et pourtant nous avons tous besoin de reconnaissance, à des degrés divers.

Une autre source de souffrance est liée à la manière dont les décisions sont prises, sans concertation. Ce manque de concertation est vécu comme une grande violence, que ce soit dans les relations hiérarchiques,

ou dans les relations entre personnel paramédical et médical concernant l'attitude thérapeutique vis-à-vis des patients. Les soignants ressentent douloureusement ce manque de concertation dans l'intérêt du bien-être du patient et de ses proches.

Le manque de sens provient d'un sentiment d'impuissance, de l'incapacité à pouvoir offrir, mettre à disposition ses compétences, son savoir, notamment quand il s'agit d'informations provenant directement de l'écoute et de l'observation du patient. Une aide-soignante d'un service de cardiologie faisait état de sa colère face à un interne soutenant devant toute l'équipe que l'hémiplégie d'un patient était ancienne alors qu'elle l'avait vu le matin même bouger son hémicorps droit normalement en faisant sa toilette.

Cette perte de sens conduit à la longue à des états dépressifs.

### D'OÙ VIENT LA VIOLENCE DANS LES RELATIONS ?

Le psychologue clinicien Marshall Rosenberg a mis en évidence un lien entre, d'une part, notre manière de penser et de communiquer et, d'autre part, des comportements destructeurs, de soi ou des autres. Il insiste sur l'aliénation provoquée par un certain type de conditionnement, véhiculé par l'éducation et pérennisé par les systèmes, qui nous amène à notre insu à adopter des comportements contraires à certaines de nos valeurs. Ces conditionnements sont principalement véhiculés par le langage et par nos habitudes de communication.

#### De quoi s'agit-il ?

1. De l'habitude de juger, étiqueter, cataloguer les autres dès qu'une situation ne nous convient pas. Accuser l'autre plutôt que parler de soi et l'enfermer dans une catégorie. « Elle est incompétente, manipulatrice. Il est imbu de sa

personne. Il/elle n'écoute pas. Il est inhumain ». On remarquera l'emploi du verbe « être » qui définit, fixe le jugement comme si c'était une vérité immuable, et le recours à un langage binaire « bien/mal », sous-entendant qu'il existe une définition partagée, une vérité absolue, par exemple autour de la notion de compétence. À la longue, ces jugements colportés – puisque peu de personnes osent dire en face ce qu'elles ont sur le cœur – se transforment en préjugés et un nouveau venu dans une équipe ne pourra pas se faire sa propre idée d'une personne précédemment étiquetée par le groupe. Les préjugés les priveront tous deux d'une occasion de rencontre et de transformation. Tous les non-dits alourdissent le climat des équipes et nuisent à la coopération, à la solidarité. Toute aussi grande est la violence que l'on se fait à soi-même en se jugeant sévèrement dès lors que l'on fait une erreur « je suis nulle, pas à la hauteur ». Le plus ennuyeux est que cette manière de nous juger ou de juger l'autre bloque le processus d'apprentissage, de changement. Chacun de nous a pu remarquer que le fait de se promettre « on ne m'y reprendra plus, plus jamais ça, je ne me mettrai plus en colère, ou ne boirai plus, etc. » n'a jamais évité la répétition du comportement. Tout comportement répond en effet à des besoins instant par instant, et le changement ne peut s'opérer qu'à partir du moment où l'on identifie les besoins que l'on a tenté de satisfaire. C'est le processus de l'empathie.

2. Du caractère déshumanisant des étiquettes liées à la fonction. Elles comportent le risque de limiter les personnes aux obligations inhérentes à leur fonction et de perdre de vue l'être humain. De plus, elles confinent souvent à l'exigence vis-à-vis des autres ou de soi (que ce soit dit ou simplement pensé). En voici quelques exemples : « En tant que directeur, il devrait trouver une

→ solution, ou en tout cas faire ce qu'il dit. En tant que cadre elle devrait prendre position, ne pas laisser certaines en faire à leur guise» Tout aussi coûteuses sont les exigences vis-à-vis de soi «je ne suis qu'aide-soignante» (sous-entendu: «je ne peux pas m'exprimer librement»). «En tant qu'infirmière, je n'ai pas le choix, je dois appliquer les prescriptions des médecins». «En tant que médecin, je ne dois pas faire d'erreur, ne pas faire de différence entre les patients, ne pas manifester mes sentiments, ne pas montrer de doutes.» Ces exigences ou injonctions proviennent de croyances véhiculées par la culture ou l'environnement, ou de la reproduction de modes de fonctionnement anciens. Elles contribuent à la violence en limitant notre liberté d'action, en nous faisant croire que nous n'avons pas le choix. Face à une exigence, l'individu n'a que deux possibilités, se soumettre ou se rebeller. Toute coopération est bloquée.

3. Du système punitions-récompenses. Il contribue aussi à l'aliénation en incitant l'individu à agir en fonction de récompenses externes, ou de la peur de sanctions, plutôt qu'en fonction de ses propres valeurs. Il va à l'encontre des objectifs même des institutions, qui voudraient favoriser la motivation des personnes, et contribue à la peur de s'exprimer et au non-dit, source de violence institutionnelle. Une habitude bien ancrée chez les soignants est de tenter de motiver les patients par la menace d'une conséquence sur leur santé «si vous ne vous levez pas vous aurez des escarres», «si vous continuez à fumer, c'est le cancer du poumon à coup sûr ou l'infarctus», et on connaît l'inefficacité de tels propos.

4. Du déni de la responsabilité de nos actions. Il se traduit dans le langage courant par des expressions telles que «je n'y suis pour rien, c'est le règlement, on ne peut pas

faire autrement», ou bien «ce n'est pas de ma faute, je n'ai pas le choix». Cette croyance de ne pas avoir le choix découle d'une éducation dans laquelle la plus haute valeur prônée est l'obéissance à l'autorité et du système punitions-récompenses. Elle rend l'individu passif et le coupe de son potentiel de réflexion et d'action, et est source de violence vis-à-vis de soi. Je me souviens de la douleur que j'ai ressentie jeune interne d'exécuter une prescription de mon chef de service avec laquelle je n'étais pas d'accord mais n'avais pas osé dire non. Les institutions fonctionnant sur ce modèle se privent de la richesse que porte chacun des collaborateurs, quel que soit son grade.

## LES REMÈDES

Sortir du cycle de l'agressivité et de l'épuisement professionnel commence par la prise en compte des besoins de tous les acteurs en présence.

C'est par le biais des besoins que la vie s'exprime en nous pour nous permettre de croître et d'actualiser tout notre potentiel. Les besoins sont universels, ce qui va nous aider à les identifier plus facilement.

La «Communication NonViolente», insiste sur la nécessité de distinguer nos besoins des stratégies qui permettent de les assouvir. Nous nous rappelons qu'un besoin n'est jamais quelque chose que l'on peut *faire*, ni quelque chose que l'on peut *prendre* ou *toucher*. Un besoin est une énergie au service de la vie. Il ne dépend d'aucune circonstance particulière comme d'aucune personne spécifique.

À partir des plaintes entendues (souvent les mêmes d'une institution ou d'un service à l'autre), on peut facilement décoder un certain nombre de besoins. Pour en citer quelques-uns:

- Sens, participation: Redonner/ retrouver du sens, ce qui inclut

avoir du temps pour écouter les patients, participer aux prises de décision, afin de les comprendre plutôt qu'avoir à exécuter des décisions qui nous posent problème. Participer, mettre ses compétences au service d'un projet fait partie des besoins humains fondamentaux.

- Reconnaissance: recevoir des appréciations, plutôt qu'être uniquement convoqué en cas de problème.
- Expression: oser dire, ce qui nécessite de se sentir en confiance.
- Écoute, compréhension, empathie: être écouté, compris, plutôt qu'avoir quelqu'un qui abonde dans notre sens en cas de problème ou au contraire les banalise.
- Communication: nous éprouvons tous un grand besoin de communication authentique, il découle des deux précédents, écoute et expression.
- Coopération: sentir un esprit de coopération, une solidarité au service des patients.

L'étape suivante est de **développer des compétences pour répondre aux besoins**, les nôtres et ceux des autres.

Chacun de nous est responsable de la satisfaction de ses besoins et de ceux des autres, de manière interdépendante. Si nous avons pour objectif de développer une relation de qualité à long terme, il est essentiel de nous souvenir que nos besoins ne peuvent pas être satisfaits au détriment de ceux des autres.

- Reconnaissance: savoir exprimer des appréciations sincères au niveau individuel et en équipe, et y penser de manière régulière. Se souvenir que les personnes en position hiérarchique sont souvent seules et ont aussi besoin de reconnaissance de la part de leurs collaborateurs (pas facile d'être le bureau des pleurs).
- Expression: apprendre à s'exprimer en parlant de soi plutôt qu'accuser l'autre, apprivoiser ses peurs.
- Écoute: renforcer l'écoute empa-

thique, faire la différence avec les attitudes habituelles qui consistent à banaliser ou à surenchérir, consoler, rassurer, moraliser, analyser, proposer des solutions. C'est aussi savoir écouter différemment pour éviter les malentendus et désamorcer les conflits.

- Sens : être capable d'explicitier ses décisions en annonçant les besoins auxquelles elles veulent répondre. Partager une vision en équipe, et prendre le temps de vérifier régulièrement si notre manière de fonctionner est en accord avec cette vision ou si un réajustement est nécessaire.
- Coopération : se soutenir si un membre de l'équipe a des difficultés, ou s'éloigne de la vision. Apprendre à aborder ouvertement les conflits, y compris avec la hiérarchie.

## COMMENT DÉVELOPPER CES COMPÉTENCES: LA DÉMARCHE DE LA "COMMUNICATION NONVIOLENTE" (CNV)

Nombre d'entre nous sommes handicapés en matière de communication et le paient cher. Nous avons besoin de réapprendre à communiquer de manière authentique, en commençant par identifier nos besoins, pour nous sentir présents et responsables.

La CNV permet de retrouver des aptitudes naturelles de communication, dont notre conditionnement éducatif et culturel nous a éloigné.

Il s'agit de retrouver une honnêteté basée sur l'expression de ce qui se passe en nous, plutôt que de juger ou de faire des reproches à l'autre, et de développer une capacité d'accueil empathique de la parole ou du comportement de l'autre. L'objectif de la démarche est d'instaurer, entre les différentes parties en présence, une qualité de lien telle que la satisfaction des besoins de chacun en soit favorisée et ne se fasse qu'à partir

|   |  |
|---|--|
| <p>A) Je prends le message de l'autre pour argent comptant, je lui donne raison, je me juge</p>   | <p>B) Je prends le message de l'autre comme une agression, je juge l'autre</p>   |
| <p>Ce que je me dis (mes impressions, jugements...):</p> <p>« C'est vrai, elle a raison, on est mal organisé(e)s, je ne me suis pas rendue compte que sa mère n'avait pas mangé depuis 2 jours »</p> <p>Ce que cela me fait : culpabilité, honte, et à la longue dépression.</p>  | <p>Ce que je pense de l'autre (mes impressions, jugements...):</p> <p>« Elle est gonflée, après tout ce qu'on fait pour sa mère, la seule chose qu'elle sait faire c'est critiquer. Jamais une appréciation. C'est facile de reporter la responsabilité sur les autres, elle n'a qu'à être là plus souvent. Elle devrait se rendre compte qu'on est en manque d'effectif. Quelle ingratitude ! »</p> <p>Colère</p> |
| <p>C) Je dirige mon écoute vers moi<br/>Je m'accueille avec empathie-silencieusement d'abord</p>  | <p>D) Je tourne mes oreilles vers l'autre<br/>J'accueille l'autre avec empathie</p>  |
| <p>(Je me mets à l'écoute de tout ce qui se passe en moi, je décède mes besoins derrière mes pensées et mes jugements):</p> <p>« Je me sens blessée, découragée, lasse parce que j'ai besoin de confiance dans les relations avec les familles et de reconnaissance pour les efforts que nous faisons en dépit du manque de personnel ».</p> <p>Puis je CHOISIS ou non d'exprimer ce que je vis ou d'écouter d'abord l'autre.</p> | <p>(Je me centre sur les sentiments et les besoins de mon interlocuteur):</p> <p>« Vous avez l'air très inquiète pour votre mère, et, au vu du nombre de patients, vous aimeriez être vraiment sûre qu'elle reçoit les soins et l'attention dont elle a besoin, c'est bien cela ? »</p>  |

Tableau 1 : identification des besoins.

d'un élan sincère de contribuer au bien être de l'autre.

Comment cette approche se décline-t-elle de manière concrète pour des acteurs de la santé ?

Prenons l'exemple de la fille d'une patiente qui dit à un cadre de santé d'un service de gériatrie « De toutes façons, je n'ai pas confiance dans le service, avec le nombre de patients que vous avez, vous ne pouvez pas savoir si ma mère mange ou pas ». La première étape consiste à **clarifier ce qui se passe en soi** : qu'est-ce que cela me fait d'entendre cela ? Souvent notre première réaction est de juger l'autre. Reconnaître nos pensées, nos jugements est fondamental, c'est une clef, une voie d'accès pour identifier nos besoins (tableau 1). Comment est-ce que je me sens ? En colère ?

Blessé ? Découragé après tous les efforts que je fais ? De quoi est-ce que j'ai besoin ? De confiance dans les relations avec les familles et de reconnaissance pour tous les efforts que nous faisons en dépit du manque de personnel.

Respirer avant de réagir

- Je peux alors me tourner vers l'autre et chercher à comprendre, à accueillir ce qu'il vit : **empathie pour mon interlocuteur.**

- « Vous avez l'air très inquiète pour votre mère, aimeriez-vous être rassurée par rapport à la qualité d'attention, de soins qu'elle reçoit en dépit de notre charge de travail ? Est-ce ce que c'est ça ? »

- (réponse de la fille) « Oui, c'est ça, j'imagine que vous êtes débordées, ça se sent, et ma mère maigrit à vue d'œil. Je suis extrêmement inquiète, je m'en veux de l'avoir mise là ».

- 
- (Le cadre, sentant que cette femme a encore besoin d'empathie): «c'est d'autant plus important pour vous qu'elle soit bien entourée que vous vous en voulez de l'avoir fait hospitaliser, c'est cela?».
  - (Réponse de la fille, triste) «oui, mais je ne pouvais pas faire autrement».

Le tableau 1 résume les différentes manières, les différentes possibilités que nous avons de recevoir un message. Les deux cases du haut reflètent nos attitudes habituelles, conditionnées. Selon notre caractère, notre histoire personnelle, le moment, ou la personne en face, nous réagissons plutôt sur le mode culpabilité (case A) ou colère (case B). Les deux sont souvent liés néanmoins, j'ai beau être très en colère contre l'autre, une petite voix en moi me demande si ce n'est pas un peu de ma faute quand même.

Les deux cases du bas nous rappellent qu'il y a d'autres choix possibles, déterminants pour la qualité de nos relations et de notre santé.

Après avoir témoigné de l'empathie à notre interlocuteur, il est indispensable pour boucler le dialogue, et rétablir un équilibre dans la relation, **d'exprimer ce qui se passe en nous:**

- (Le cadre, après avoir marqué un temps de silence, pour terminer d'accueillir ce que la fille a partagé) «Je me sens touchée de vous entendre et d'avoir cet échange avec vous, car j'ai vraiment à cœur d'avoir des relations de confiance avec les familles. Je dois vous dire qu'au tout début j'ai été blessée car nous avons besoin de reconnaissance pour tous les efforts que nous faisons malgré le manque de personnel. Néanmoins, ce qui compte pour moi maintenant, c'est de savoir ce que je pourrais dire ou faire concrètement pour vous rassurer. Avez-vous une demande particulière? Souhaitez-vous que l'on revoie ensemble le plan de soins et l'organisation des journées de votre maman?»

#### EXPRESSION AUTHENTIQUE DE CE QUE JE VIS

1. Lorsque je vois, j'entends, je remarque, je me souviens de (rappel des faits).

2. Je me sens...

3. Parce que J'AI besoin de (j'aspire à, j'ai à cœur de, ce qui est important pour moi c'est...).

4. Et maintenant j'aimerais savoir si tu serais d'accord pour/que tu me dises si... (ma demande dans l'instant).

#### ECOUTE EMPATHIQUE DE CE QUE MON INTERLOCUTEUR VIT

1. Quand tu vois, entends, remarques, te souviens de...

2. Te sens-tu...

3. Parce que TU as besoin de... (tu aspiras à, as à cœur de, ce qui est important pour toi c'est...).

4. Est-ce que c'est bien cela?...

*Je prends le temps de vérifier si j'ai bien compris, je laisse de l'espace à l'autre, des temps de silence.*

Tableau 2 : les 2 composantes de la CNV : l'exposition honnête et l'écoute empathique.

- (La fille, soulagée, détendue) «Excusez-moi d'avoir été agressive, je suis tellement stressée. Je suis rassurée moi aussi d'avoir eu cet échange, merci de m'avoir donné de votre temps et de m'avoir comprise. Est-ce que je peux refaire le point avec vous la semaine prochaine?»
- «Bien sûr.»

Ce dialogue illustre la dynamique d'une communication équilibrée et fructueuse, où chacun des protagonistes se sent entendu et repart apaisé. Face à quelqu'un de mécontent, ou en colère, les étapes clefs sont donc :

- De prendre le temps et de développer le réflexe d'accueillir notre réaction initiale, de prendre le temps d'une respiration et de traduire nos jugements en besoins. Si nous sommes trop en colère, ou peu disponibles, reporter si possible l'entretien à un autre moment, afin d'avoir nous-mêmes reçu de l'empathie de la part d'un collègue pour ne plus voir l'autre comme un ennemi.
- D'accueillir la parole de l'autre avec empathie, de façon à vérifier ce qu'il essaie de nous dire derrière des propos ou une attitude que nous trouvons déplaisante ou agressive de prime abord. Que ressent-il? De quoi a-t-il besoin dans l'instant? La Communication Non-

Violente nous ramène à l'instant présent, afin de rejoindre instant par instant ce qui est vivant en chacun de nous. Rosenberg nous rappelle que «*tout jugement négatif est l'expression tragique de besoins insatisfaits*». L'empathie est avant tout une qualité de présence à ce que l'autre vit, qui se manifeste d'abord dans le silence. L'attitude empathique nécessite de laisser de côté tout ce que nous croyons savoir de l'autre ou de sa situation, nos propres sentiments ou interprétations.

- Nous savons que notre interlocuteur a reçu suffisamment d'empathie quand son débit ralentit, qu'il y a des temps de silence, et que son attitude physique change. Nous-même ressentons un apaisement.
- C'est alors le moment d'exprimer avec honnêteté ce qui se passe en nous.

Dans d'autres circonstances, c'est nous qui allons initier le dialogue et commencer par **exprimer avec authenticité ce que nous vivons.**

Les étapes sont alors :

- De rappeler les faits qui nous amènent à vouloir engager cette conversation, de la manière la plus objective possible (donner une observation des faits).
- De dire comment nous nous sen-

tons aujourd'hui en relation avec les faits énoncés.

- Quels besoins n'ont pas été nourris, et sont donc à la source des sentiments que nous éprouvons.
- Ce que nous aimerions entendre maintenant en retour de la part de notre interlocuteur (notre demande dans l'instant).

La tableau 2 résume les deux composantes de la CNV, l'expression honnête et l'écoute empathique.

Rappelons l'importance, avant d'engager le dialogue, d'avoir pris le temps de clarifier ce qui se passe en nous, pourquoi tel comportement nous a mis en colère, choqué, blessé, ou effondré.

C'est pour cela qu'il est tellement important que les équipes soient un lieu où l'on puisse s'écouter avec empathie, sans jugement.

Choisir ensuite un moment où l'on se sent disponible et vérifier si notre interlocuteur l'est aussi. Bien se souvenir que notre objectif principal est d'établir une qualité de lien avec l'autre, et non de parvenir à nos fins (sinon nous serions dans une exigence et fermerions le dialogue au lieu de l'ouvrir).

Prenons maintenant l'exemple d'une infirmière extrêmement bouleversée par des attitudes contradictoires dans la prise en charge médicale d'une patiente en phase terminale d'un cancer gynécologique. Les uns avaient dit qu'on arrêterait et qu'on passait en phase palliative. L'interne de garde appelée pour calmer la douleur ne s'était pas déplacée et les infirmières s'étaient senties très seules. Un anesthésiste de garde, appelé en raison de la douleur, avait rappelé son collègue spécialiste. Une tentative de réanimation avait alors été entreprise. La patiente était décédée peu après sans que ses douleurs aient été calmées. L'infirmière jugeait qu'il s'était agi d'une incohérence totale et que la patiente et sa famille avaient payé le prix de cette incohérence, de l'incapacité des médecins

à se coordonner. Elle avait aussi été choquée que la situation ne soit pas évoquée lors de la réunion du lendemain matin, et surtout, elle avait extrêmement peur qu'une telle situation se reproduise. Son principal besoin était d'être entendue de la part des médecins.

Quelques jours après avoir été écoutée par le groupe lors de la journée de formation, cette infirmière a pu exposer calmement ses besoins à son chef de service qui lui demandait comment elle allait. Elle a été très attentive à ne parler que d'elle (et non pas du reste de l'équipe, également très en souffrance), à utiliser le « je » : « je me sens bouleversée, très mal par rapport à la prise en charge de Madame X, et en plus je suis contrariée que l'on n'en ait parlé en réunion. Je suis inquiète, parce que j'ai besoin d'être rassurée et de savoir qu'une telle situation ne se reproduira pas, cette patiente et la famille ont beaucoup souffert. J'aimerais savoir ce que cela vous fait quand je vous dis cela ». L'infirmière a senti que son chef de service l'écoutait et s'est sentie entendue. Elle a été stupéfaite et émue d'entendre son chef de service lui dire « c'est vrai, on a eu tout faux dans le cas de Madame X. Je vous tiens au courant ». Elle a même pu lui témoigner sincèrement de l'empathie, en lui disant « Vous aussi, vous vous êtes senti très seul ? »

Ce cas est pour moi exemplaire et répond aux objectifs de la formation : oser dire, reprendre son pouvoir d'expression quel que soit son grade, pour coopérer au service du patient. Cette infirmière a suivi une dizaine de journées de formation (trois modules de deux jours de formation de base et quatre journées d'approfondissement) et participe à un groupe de pratique autogéré (durant ses heures de loisir). Au cours de ces séances, les participants s'écoutent avec empathie exposer leurs difficultés et s'entraident pour apprendre comment dénouer les situations tendues. Ces groupes tissent un réseau

de solidarité au sein de l'hôpital, et les personnes en retirent un énorme bénéfice en terme de réduction du stress et un sentiment d'avoir restauré leur pouvoir dans leur vie professionnelle (ainsi qu'un mieux-être personnel aussi bien sûr).

Pour terminer, je voudrais souligner l'importance vitale de se donner des appréciations, afin de rétablir un équilibre plus juste entre le temps passé à parler de ce qui ne va pas, et celui passé à se féliciter mutuellement de tout ce que les uns et les autres font au service des patients et de la collectivité. C'est un carburant indispensable pour nourrir notre besoin de reconnaissance et entretenir notre énergie vitale. Apprendre à se donner soi-même de la reconnaissance est tout aussi important. Le processus est le même : partir des faits, partager notre ressenti, et les besoins qui sont satisfaits par notre action ou celle de quelqu'un d'autre à notre égard.

J'ai la chance de rencontrer beaucoup de soignants dans l'exercice de « ma » ou « leur » profession et je suis régulièrement bouleversée de voir leur dévouement, leur disponibilité et leur persévérance malgré les multiples pressions. Une infirmière me disait être revenue un dimanche matin pour aider ses collègues qu'elle avait senties débordées lorsqu'elle leur avait téléphoné pour prendre des nouvelles d'une patiente...

Prenons soin d'eux ! Prenons soin de nous mutuellement ! ■



## RÉFÉRENCES

[1] Rosenberg M. Les mots sont des fenêtres (ou bien des murs), Éditions La Découverte 1999.

[2] Rosenberg M. La CNV au quotidien, Éditions Jouvence.

[3] Rosenberg M, Molho P. Empathic Communication for Health Care Providers, *Hemophilia* 1998 ; 4 : 335-340.

[4] Molho P. L'apport d'une communication empathique dans l'éducation des personnes atteintes de maladies chroniques. *Diabète Education* 1999 vol.9/3.