



HAL
open science

La relation au cœur de la psychiatrie. Apports de la communication non violente

Barbara Minondo

► **To cite this version:**

Barbara Minondo. La relation au cœur de la psychiatrie. Apports de la communication non violente. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02141729

HAL Id: dumas-02141729

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02141729>

Submitted on 28 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MINONDO Barbara

NEE le 02/07/1988 A Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06/05/2019

**LA RELATION AU CŒUR DE LA PSYCHIATRIE-
APPORTS DE LA COMMUNICATION NON VIOLENTE**

PRESIDENT DU JURY : Professeur Olivier GUILIN

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Pascal DELAMILLIEURE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque

Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique

Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERI	Anglais
---------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MERCI,

Au Professeur Olivier Guillin, pour avoir accepté de présider mon jury,

Au Professeur Gisèle Apter, pour avoir accepté d'être membre du jury,

Au Professeur Pascal Delamillieure, pour avoir accepté d'être directeur de mon sujet de thèse et membre du jury. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée pendant ce travail de réflexion et d'écriture et pour vos précieux conseils qui ont guidé cette rédaction.

Au Docteur Samuel Leroy, pour avoir accepté d'être membre du jury et pour tous les projets mis en place au service des étudiants et de la relation médecin-malade.

MERCI,

Au Professeur Denis Devictor, qui a été l'un de mes piliers dans mon parcours médical,

A Madame Ghislaine Joannet, dont la bienveillance et l'écoute ont été précieux dans les années d'externat,

Aux Docteurs Arnoult, qui m'ont fait découvrir le livre de Marshall Rosenberg,

A ma très chère amie Pascale Molho, qui m'a fait découvrir la puissance de l'écoute empathique, et m'a plongée au cœur de la CNV,

A Véronique, qui m'a montré à quel point apprendre peut-être joyeux,

A Catherine et Catherine, pour votre amitié, vos conseils, votre supervision et votre relecture,

Au Professeur Alexandre Duguet, et à tous les petits colibris qui oeuvrent dans les structures de santé et qui commencent à se rassembler pour amener plus de soin au soin.

A Alexandre, pour ton aide pour les statistiques,

A Antoine, pour tes conseils pour la mise en pages,

MERCI,

A mes amis Isabelle et Philippe, merci de m'avoir ouvert les portes de votre maison, merci pour votre gentillesse, votre amitié, votre générosité et le confort du magnifique jardin d'hiver.

A tous les internes ayant participé à l'initiation à la CNV, Sara, Hélène, Irène, Noémie, Esther, Giulia, Elodie et Thomas, merci,

A tous les participants du premier groupe, Sophie, Antoine, Frédérique, Isabelle, Philippe, Céline et Valérie.

Sans vous, cette thèse n'aurait pas pu avoir lieu,

MERCI,

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue, supportée et fait confiance durant ces nombreuses années d'étude, et pour qui j'ai une gratitude et un amour infinis.

A mes frères et sœurs, belle-sœur et beau-frère, petit neveu, pour leur présence et leur soutien,

A Bonne Maman et Bon Papa, qui, à ma plus grande joie, sont présents pour assister à ma thèse,

A ma famille, en général, oncles, tantes, grands-oncles, grandes-tantes, cousins germains et cousins plus éloignés. A mes grands-parents paternels, qui sont dans mon cœur. A tous mes aïeux sur Terre et dans l'Ailleurs,

MERCI,

A tous les professionnels de santé et du social : chefs de service, médecins, infirmier(e)s, psychologues, psychomotricien, sages-femmes, puéricultrices, aides-soignants, éducateurs, assistantes sociales, secrétaires, agent d'entretien... et tous ceux que j'oublie, dont la rencontre m'a permis de grandir un peu plus,

A tous les autres professionnels, amis, connaissances, artistes et musiciens, dont la rencontre m'a ouvert de nouvelles portes.

ET MERCI,

A tous les patients que j'ai croisé en chemin et qui m'ont apporté tant de richesses.

La relation au cœur de la psychiatrie- Apports de la Communication Non Violente.

Partie 1 : La communication non violente, un outil de la relation.....	18
I- Introduction	18
II- La relation au cœur de la psychiatrie	21
II-1- Préambule.....	21
II-2- Quelques généralités sur la communication.	22
II-2-a- Pourquoi communique-t-on ?.....	22
II-2-b Communication interpersonnelle, de groupe et de masse	22
II-2-c Communication non-verbale, verbale et para-verbale.....	22
II-2-d Des règles de communication.....	22
II-2-e- La relation et la communication sont interreliées.....	24
II-3- La relation médecin-patient.....	25
II-3-a Une « bonne » communication en psychiatrie... ..	25
II-3-b- ... pour une « bonne » relation thérapeutique.....	26
II-3-c- Impacts sur le patient et le médecin.....	28
II-3-c-i- Troubles de l'humeur.....	29
II-3-c-ii- Schizophrénie.....	29
II-3-c-iii- Addictions.....	29
II-3-c-iv- Troubles de la personnalité.....	29
II-3-c-v- Troubles anxieux.....	30
II-3-c-vi- Troubles de comportement alimentaire.....	30
II-3-c-vii- Pour le médecin.....	30
II-4- La relation médecin-équipe	30
II-4-a- Une bonne communication au service de la sécurité du patient.....	31
II-4-b- Un impact sur la satisfaction des équipes.	32
II-5- La relation du médecin avec lui-même.....	32
II-5-a- Le burnout chez les médecins.....	32
II-5-b -... et chez les internes.	33
II-5-c- Le rapport à soi.	33
II-5-d- La conscience de soi.	34

II-5- e- La compassion pour soi.....	34
III- Apports de la Communication Non Violente.	36
III-1-La CNV est issue de la psychologie humaniste.	37
III-1-a-La conscience de soi.....	37
III-1-b- La prise de responsabilité et la recherche de sens.	38
III-1-c- La liberté de mouvements.	39
III-1-d- La notion de besoins.....	40
III-1-e- La relation médecin-malade.	41
III-1-f- Marshall Rosenberg.....	42
III-2- L'empathie est au cœur de la CNV.....	43
III-2-a- L'empathie selon Marshall Rosenberg.....	43
III-2-b Etymologie	43
III-2-c- Différentes composantes.	43
III-2-d- Différents mécanismes.	44
III-2-d-i- Des mécanismes physiologiques et moteurs.....	44
III-2-d-ii- Les neurones miroirs et différentes aires cérébrales.....	44
III-2-d-iii- Une composante génétique.....	44
III-2-d-iv- Intérêts de l'empathie dans la relation médecin-malade.....	45
III-3- La CNV, un processus en quatre étapes.....	45
III-3-a- Première étape : l'observation des faits.....	45
III-3-b- Deuxième étape : les émotions.	46
III-3-c- Troisième étape : les besoins.....	46
III-3-d- Quatrième étape : la demande, la stratégie.....	47
III-3-e-La danse du dialogue.	47
III-4- Quelques points-clés de la CNV.	48
III-4-a- Les quatre manières de recevoir un message.	48
III-4-b-Les évaluations masquées.	48
III-4-c- Ce qui coupe de l'empathie.	48
III-5-d- La reformulation.	48
III-5-e- La différence entre stratégie et besoin.....	48
III-5-f- La différence entre demande et exigence.....	49
III-5-g-Derrière tout jugement ou critique se cache un besoin insatisfait.	49
III-5-h- La solution vient nous trouver.....	49
III-5-i- L'auto-empathie.....	49

III-5-j- La célébration.	49
III-5- Les formations en CNV.....	49
III-5-a- La certification.	49
III-5-b- Les formations tout public.....	50
III-4-c- La CNV se développe dans le milieu médical.....	50
Partie 2 : Enquête.....	52
I-Introduction.	52
II- Matériels et Méthodes.....	53
II-1- Matériels et méthodes.....	53
II-2- Objectifs de la formation	54
II-3- Analyses statistiques.....	55
III- Résultats.....	55
III-1- Caractéristiques de la population.....	55
III-2- Analyses statistiques.....	56
III-2-a- Résultats généraux.....	56
III-2-b- Point particuliers.....	57
IV- Discussion.....	60
IV- 1- Résultats généraux.....	60
IV-2- Points particuliers	62
IV-3- Limites.....	63
V- Conclusion.....	65
Bibliographie.....	66
Annexes	77
Annexe 1 : Premier questionnaire.....	77
Annexe 2 : Deuxième questionnaire	81
Annexe 3 : Verbatim avant l'initiation.....	85
Annexe 4 : verbatim après l'initiation	86
Annexe 5 : résultats.....	89

Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs)

Je me sens si condamnée par tes mots
Je me sens tellement jugée et repoussée,
Avant de partir, j'aimerais savoir,
Est-ce cela que tu voulais dire ?
Avant que je ne me lève pour ma défense,
Avant que je ne parle poussée par ma souffrance
Ou par la peur
Avant que je ne construisse un mur de mots,
Dis-moi, ai-je bien entendu ?
Les mots sont des fenêtres, ou bien ils sont des murs.
Ils nous condamnent ou nous libèrent.
Lorsque je parle et lorsque j'écoute,
Puisse la lumière de l'amour rayonner à travers moi.
Il y a des choses que j'ai besoin de dire,
Des choses qui signifient tant pour moi,
Si mes mots ne rendent pas mon message limpide,
M'aideras-tu à me sentir libre ?
Si j'ai paru te rabaisser,
Si tu m'as crue indifférente,
Essaie d'écouter par-delà mes mots
Les sentiments que nous partageons.

Ruth Bebermeyer

Partie 1 : La communication non violente, un outil de la relation.

I- Introduction

Le travail présenté est à la fois l'aboutissement d'un long cheminement personnel, effectué au cours des années de formation pour devenir docteur en médecine, spécialisée en psychiatrie, mais aussi une étape dans une réflexion en perpétuelle évolution.

Le métier de médecin est avant tout un métier de la relation(1), avec un homme, avec une femme, avec un enfant, qui souffre ; et même si les représentations du médecin ont évolué au cours du temps(2), il reste celui vers qui l'on se tourne, pour pouvoir parler et être entendu, face aux difficultés de la vie. Les attentes, les peurs, les espoirs, lui sont remis ; face à l'inévitable de la maladie et de la mort, on attend de lui une présence rassurante et bienveillante(3).

La façon d'être du médecin avec son patient, va dépendre de son intériorité lorsqu'il entre en relation. Plus le médecin est éprouvé et fatigué, et moins il pourra être disponible et à l'écoute de l'autre : il aura envie d'aller vite, d'être efficace et de se préserver des émotions du patient ; il aura alors tendance à communiquer d'une façon plus sèche et expéditive. A l'inverse, plus il est ressourcé, confiant, et plus il aura l'élan d'offrir son temps et son oreille pour accueillir la détresse du patient ; sa communication sera alors plus présente et posée.

Ainsi plus le médecin est dans le soin avec lui-même, plus il sera dans le soin avec ses patients.

De l'état intérieur du médecin, va émerger une façon de communiquer et d'être en relation avec le patient(4) ; parallèlement, le choix des mots et la manière dont ils vont être dits par le médecin, va influencer la façon dont le message va être reçu par le patient, et ainsi impacter la relation médecin-malade(4).

Ainsi :

- La communication et la relation sont intriquées et s'influencent mutuellement,
- La communication peut-être un moyen d'agir sur la relation,
- Le bien-être du médecin influence la relation et la communication.

En psychiatrie, le médecin reçoit tout au long de sa journée la parole de ceux qui souffrent ; l'écoute et la communication sont les outils de travail par excellence : pas de stéthoscope, pas d'examen physique ni complémentaires pour établir un diagnostic, tout est basé sur l'attention portée à l'autre.

La parole et le comportement du patient sont des outils qui peuvent aider le médecin à établir son diagnostic et les mots du médecin peuvent permettre au malade de trouver le chemin vers sa propre guérison.

Les enjeux de la communication et de la relation sont centraux(5). Centraux, puisqu'en établissant une relation de confiance, le patient peut se livrer avec authenticité, sans avoir peur d'être jugé et donc de cacher ou de minimiser des symptômes, rendant ainsi le diagnostic plus fiable(6). Centraux, puisqu'en augmentant la confiance, on augmente les chances d'une meilleure adhésion et observance dans la prise en charge à moyen et long terme ; et donc d'une évolution positive du patient(7). Et enfin centraux, parce-que cette qualité de relation est thérapeutique en elle-même et va servir de base pour envisager un travail psychothérapeutique(8).

Cependant, différents facteurs peuvent empêcher l'émergence d'une bonne qualité de lien. La formation des étudiants ne place pas la compétence relationnelle et communicationnelle comme une priorité(9). Être à l'écoute de soi, et de l'autre, n'est pas abordée durant l'internat. Ainsi, les étudiants manquent cruellement de connaissance et d'outils en matière de communication(10), et de connaissance de soi, et beaucoup de questions se posent :

Comment faire, que dire, devant la souffrance, le désespoir, la tristesse, des patients ?

Comment faire pour apprendre à reconnaître, écouter et prendre en compte nos propres émotions ?

Un deuxième facteur qui ajoute de la difficulté à être en relation, est la réalité du terrain, à savoir la charge de travail des psychiatres (le nombre de patients, nombre d'heures-journée, les gardes et astreintes...), et le souci d'efficacité et de performance face à des patients et une société de plus en plus exigeante. Les conditions de travail tendent à se durcir, et les médecins sont eux-mêmes trop débordés, pour être pleinement disponibles et à l'écoute des autres(11).

Le troisième point enfin, est la scientification de la psychiatrie, qui peut avoir tendance à privilégier une médecine centrée sur la maladie et non plus sur le patient. Les méthodes de recherches et d'investigation ont permis des avancées phénoménales en matière de connaissance et de compréhension de la maladie mentale, concernant les mécanismes neurologiques, biochimiques, génétiques... Les outils thérapeutiques sont de plus en plus spécifiques et performants ; et sont bien souvent au centre de la consultation(12).

Bien que ces outils aient largement contribué à améliorer la qualité de vie des patients, le risque d'une telle évolution est d'être déconnecté de l'aspect humain, et de ne plus voir le patient qu'à travers une maladie à diagnostiquer et à traiter.

La Communication Non Violente (CNV) vient donner des pistes de réponses face à ces problématiques. Concrète et pragmatique, cette approche est adaptée pour l'apprentissage et facilement applicable au quotidien. C'est un modèle que l'on pourrait envisager d'intégrer dans le cursus des étudiants en psychiatrie et en médecine, dans les modules concernant la relation médecin-malade et dans la gestion des relations et conflits d'équipe. Outil plaçant la bienveillance au cœur de l'échange, il permet de se familiariser avec le monde des émotions (les siennes et celles des autres), devenant à la fois un outil psychothérapeutique intéressant mais aussi un moyen de prévention de l'épuisement professionnel.

Alliée à la science, il permettrait d'offrir une prise en charge psychiatrique à la fois humaine et technique.

Bien que cette approche, se diffuse de plus en plus dans le milieu médical et hospitalier, elle reste encore peu connue et développée dans le secteur de la santé mentale.

Le présent exposé propose de réfléchir à la question du rapport à soi et à l'autre à travers cette faculté extraordinaire que nous avons de pouvoir communiquer. Nous évoquerons dans un premier temps, les liens qui existent entre relation et communication, puis nous déclinons successivement l'aspect relationnel et communicationnel de la relation thérapeutique en psychiatrie, de la relation aux collègues de travail, et de la relation à soi.

La deuxième partie sera consacrée à présenter l'outil CNV à proprement parler : son histoire, son fondateur, son concept et sa méthode ; et en quoi cet outil peut être intéressant en psychiatrie.

La troisième partie s'attachera à présenter l'étude menée auprès d'internes en psychiatrie de la faculté de médecine de Rouen, ayant participé à un week-end d'initiation à la CNV et d'analyser l'apport de la CNV, en termes de qualités relationnelles avec les patients, les familles, et en équipe ; en termes d'outil psychothérapeutique et en termes de bien-être au travail.

II- La relation au cœur de la psychiatrie

II-1- Préambule.

Notre époque moderne change rapidement et est notamment marquée par une évolution majeure du concept de communication. Méthodes de communication, guides de communications, points-clés de la communication, stratégies de communication, ... en entreprise, avec son enfant, en couple..., la communication est mise à toutes les sauces et il existe une multitude d'informations qui déconnectent de l'essence même du concept.

On oublie, qu'étymologiquement, le terme « communication » vient du latin « communare » qui signifie **être en lien**. L'objectif premier est donc de **créer une relation entre les individus**, aspect qui est défini comme étant le côté émotionnel(13) de la communication. Avec l'évolution des technologies, elle acquiert un deuxième sens, qui est celui de transmettre une information. Il y a ici, un émetteur, un récepteur, et un message qui doit circuler entre les deux : c'est l'aspect cognitif(13) de la communication. Or, au fur et à mesure du temps, c'est l'aspect informationnel qui s'est affirmé, au détriment de la qualité du lien, passé peu à peu au second plan.

Paradoxalement, dans un monde où nous n'avons jamais eu autant de moyens à disposition pour nous parler, l'Être humain ne s'est jamais senti aussi seul(14). L'isolement social, qui touche environ cinq millions de Français, et le sentiment de solitude sont les deux aspects du **manque de liens existants**(14). La question n'est donc pas de pouvoir se parler, mais de *comment et pourquoi se parle-t-on ?*

La psychiatrie, n'échappe pas à cette évolution. L'avancée des connaissances scientifiques et de la recherche, ainsi que des prouesses techniques, se sont parfois faites au détriment de la relation, qui peut avoir tendance à être négligée(15). Pourtant, les patients sont à la recherche d'un médecin qui les écoute et les comprend, les équipes ont besoin de retrouver une cohésion interdisciplinaire harmonieuse, et les médecins ont besoin de remettre la relation humaine au cœur de leurs métiers. Le défi de la consultation médicale est donc de pouvoir combiner harmonieusement une bonne transmission de l'information, tout en laissant la place à l'expression et l'écoute des émotions.

II-2- Quelques généralités sur la communication.

II-2-a- Pourquoi communique-t-on ?

L'homme est par nature un Être social, qui vit en société organisée. Pour pouvoir **gérer et réguler les relations entre les individus**, et garder l'homéostasie du groupe, l'Homme a besoin de communiquer(16).

Historiquement, la première façon de communiquer était comportementale (attitudes, comportements), et ce n'est que plus tardivement dans l'évolution, qu'apparaît le langage et donc la communication verbale (homo erectus, il y a 2 millions d'années)(17).

II-2-b Communication interpersonnelle, de groupe et de masse

Il y a différents types de communication, selon que l'on s'adresse à une seule autre personne : communication interpersonnelle, à plusieurs personnes : communication de groupe ou à un très grand groupe : communication de masse.

En général, plus l'on s'adresse à un grand groupe, plus on favorise l'aspect de transmission de l'informations de notre communication et à contrario, moins on est nombreux, plus c'est l'aspect relationnel qui pourra émerger.

II-2-c Communication non-verbale, verbale et para-verbale.

Communiquer ne concerne pas uniquement le langage oral ou écrit. Comme nous l'avons vu précédemment, l'Homme communique aussi avec des comportements. Aujourd'hui, les chercheurs s'accordent à dire, que la transmission d'un message s'appuie à seulement **7%** sur la communication verbale, à **55%** sur le non-verbal (posture, distance, expression faciale, gestuelle...) et à **22%** sur le para-verbal (ton, nuances, intensité de la voix)(18).

II-2-d Des règles de communication.

Selon Bateson, et l'école de Palo Alto(19), (groupe de chercheurs ayant étudié les concepts de communication et de la relation, dans les années 1950 aux Etats-Unis), il y aurait des règles de communication interpersonnelle qui se déclinent en cinq principes.

1- On ne peut pas ne pas communiquer :

En effet, tout comportement, même celui de garder le silence ou de se détourner, est un message (« je ne souhaite pas communiquer, j'ai besoin de rester seul »). Selon la façon dont ce message sera compris et interprété, il engendrera une relation particulière : par exemple, si je me dis « il me snobe » ou « il ne m'aime pas », la relation risque d'être tendue, à contrario, si je me dis, « il doit être timide », la relation sera d'avantage apaisée.

Ainsi, la façon dont nous interprétons un message émis par l'autre, influence la relation que l'on noue avec lui.

- 2- Tout message comporte deux niveaux : un niveau informationnel (le contenu du message) ; et un niveau relationnel induit par la composante émotionnelle du message.

Par exemple, si je dis à un enfant « arrête de dire des bêtises », je l'informe que je suis en désaccord avec ses propos : c'est le contenu de mon message. Mais la façon de le lui dire va lui indiquer comment je me sens (en colère, amusée...) et donc induira une réponse émotionnelle chez lui. Cet aspect émotionnel va tisser un type de relation entre nous. Si j'é mets mon message avec une voix forte et un visage fermé, je montre que je suis en colère, l'enfant peut se sentir effrayé et notre relation sera plutôt distante ; mais si je souris, amusée, l'enfant sera détendu et notre relation complice.

Il existe souvent, à ce niveau, des malentendus liés au fait que deux protagonistes n'échangent pas sur le même canal : l'un va en effet défendre le contenu de son message, alors que l'autre sera relié à l'aspect émotionnel et relationnel qu'il aura perçu.

- 3- Toute communication est ponctuée d'une séquence de faits.

Toute communication comporte une séquence d'échanges selon le couple stimulus/réponse où chaque protagoniste va répondre au stimulus envoyé par l'autre. Chacun des individus va comprendre, vivre, interpréter l'interaction selon son propre référentiel.

« Une relation ne dépend pas seulement de la chaîne des événements qui constituent l'interaction, mais aussi de la façon dont les individus voient et interprètent les événements. »(20)

- 4- La communication est digitale et analogique.

C'est-à-dire qu'elle est à la fois, verbale (7%) et non-verbale (93%). Le digital (verbal) va plutôt transmettre le contenu, et l'analogique (non-verbal, para-verbal), toute la composante émotionnelle.

- 5- Les interactions entre deux individus sont symétriques ou complémentaires.

Tout échange de communication se fait sur un mode égalitaire, équivalent (interaction symétrique) ou sur un mode inégalitaire (parent-enfant, professeur-élève, médecin-malade...) où l'un est en position haute, et l'autre en position basse.

Ce mode de relation est influencé à la fois par des règles sociales selon le statut, l'âge... mais aussi par le positionnement intérieur que chacun des individus adopte vis-à-vis de l'autre.

II-2-e- La relation et la communication sont interreliées.

La relation et la communication sont interreliées(21) : la façon de communiquer avec quelqu'un (les mots, le ton, l'attitude employés) impacte la relation que l'on noue avec lui (relation chaleureuse, amicale, distante, tendue), et le type de relation que nous avons avec quelqu'un (relation amoureuse, filiale, professionnelle...) engendre une façon de communiquer particulière (figure 1).

Figure1 : Interrelations entre relation et communication.

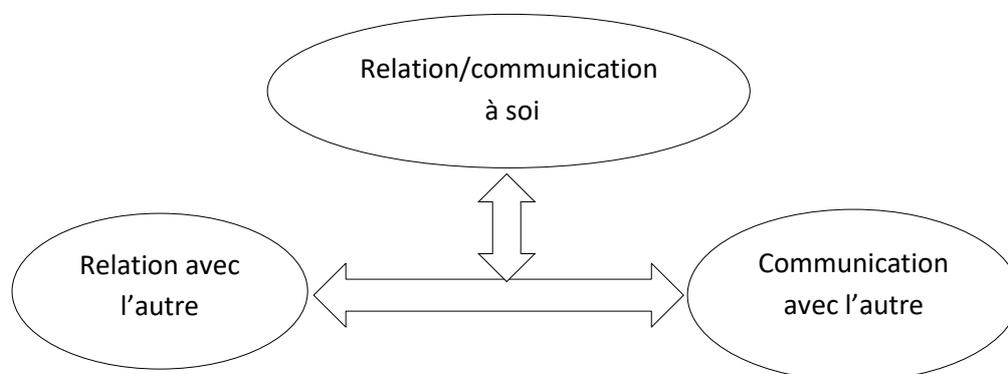


Encore plus, **la relation et la communication que l'on initie avec l'autre sont liées à son propre état intérieur**, c'est-à-dire à la relation et la communication que l'on entretient avec soi-même (figure 2).

En tant que médecins, nous sommes traversés au cours de la journée, par des émotions liées à la vie professionnelle ou personnelle. Ces émotions teintent le vécu des consultations et la qualité des relations avec les collègues. La plupart du temps, les émotions agissent à notre insu car nous n'en sommes pas conscients, et souvent, si nous en avons conscience, la réaction classique est plutôt de se juger, de se dénigrer, ou d'accuser l'autre de ce que nous ressentons.

Parallèlement, **la qualité de la relation aux autres influence la qualité de la relation à soi**. Plus la relation est épanouissante et enrichissante, plus l'estime et la confiance en soi seront renforcées, et au contraire plus la relation est tendue et conflictuelle, plus les jugements négatifs sur soi seront exacerbés et l'image de soi en sera impactée négativement.

Figure 2 : Interrelations entre l'état intérieur et la relation aux autres.



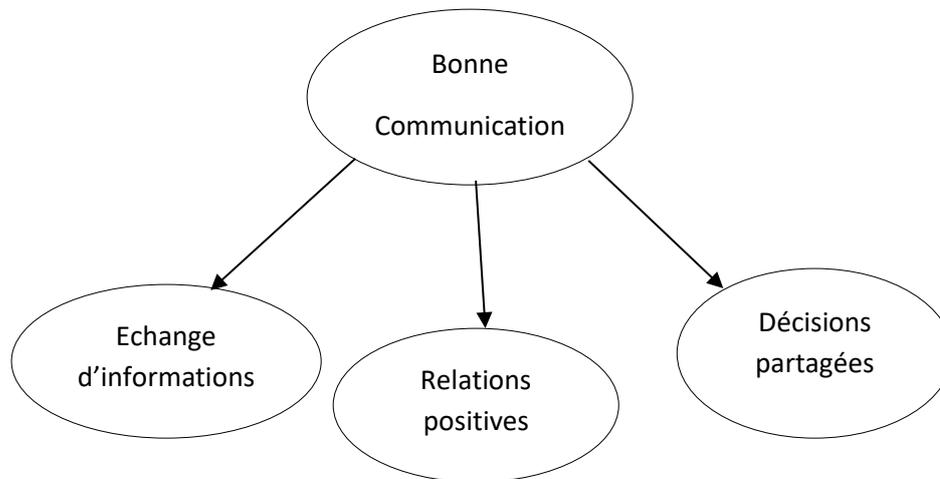
L'enjeu est à nouveau d'arriver à trouver un équilibre dans le rapport à l'autre et à soi.

II-3- La relation médecin-patient

II-3-a Une « bonne » communication en psychiatrie...

La communication a un impact majeur sur les résultats médicaux des patients(22). En psychiatrie, elle a une place d'autant plus importante(23), que c'est l'outil de travail principal pour établir un diagnostic et pour évaluer l'évolution du patient et l'efficacité des traitements. Maîtriser la communication est essentiel au point tel que la façon même de poser les questions a un impact sur les résultats des patients(24).

Figure 3 : La bonne communication en psychiatrie



1- Une communication de bonne qualité permet un échange d'informations entre le clinicien et le patient(25) (figure 3).

De son côté, le psychiatre obtient des informations sur les symptômes et leur évolution, sur l'efficacité et la tolérance des traitements, sur le retentissement dans la vie quotidienne..., et en retour il donne des informations au patient sur sa maladie et sur ses traitements. Le patient, lui, donne des informations sur ses symptômes, sur l'efficacité et la tolérance du traitement, sur son vécu de la maladie... et obtient des informations sur sa maladie et son traitement.

Malheureusement, alors que les patients souhaitent être informés de leurs pathologies, trop peu de psychiatres osent le faire, par peur de l'impact négatif que cela pourrait avoir(26). Les médecins ressentent de la difficulté à gérer la détresse que cela peut provoquer chez leur patient et ont tendance à mettre en place des stratégies d'évitement pour cacher leur malaise(9).

2- Une communication de qualité permet d'établir des relations positives(25) (figure 3).

Ce sont des relations basées sur un attachement positif réciproque, permettant d'établir une collaboration pour atteindre des objectifs communs(27).

Les patients évaluent la relation, principalement d'après les qualités du thérapeute (chaleur, empathie, authenticité, intérêt, acceptation, soutien, compréhension, collaboration)(5). De l'autre côté, les psychiatres jugent la qualité de la relation d'après leurs compétences (leurs capacités d'écoute, de soutien, d'ouverture, d'empathie, d'engagement)(28), leur capacité à être en accord avec le patient sur les objectifs et la prise en charge(29), les résultats de leur aide (amélioration des symptômes) et le regard que les patients portent sur eux (être rejeté)(5).

Une relation de bonne qualité a un impact positif sur le patient en termes de satisfaction et d'adhésion aux soins, mais aussi sur le bien-être et la satisfaction du médecin(9).

3- Enfin une communication de qualité permet de prendre des décisions partagées(25) (figure 3).

Dans la décision partagée, le médecin et son malade travaillent en collaboration, en partageant pouvoir et responsabilités dans les prises de décisions.

Le concept de décision partagée marque une rupture avec le paternalisme(30), qui supposait que le patient était dans un état le rendant inapte à prendre des décisions par lui-même et que le médecin était la personne la plus compétente pour le faire(31).

La notion de « médecine centrée sur le patient », introduite par Balint en 1973(32), est le modèle de référence actuel, et défend l'idée que la notion de décision partagée est essentielle en psychiatrie, car elle favorise une meilleure connaissance de la maladie par les patients(33), une meilleure observance du traitement(34) et une plus grande satisfaction des soins(34)(33,35,36).

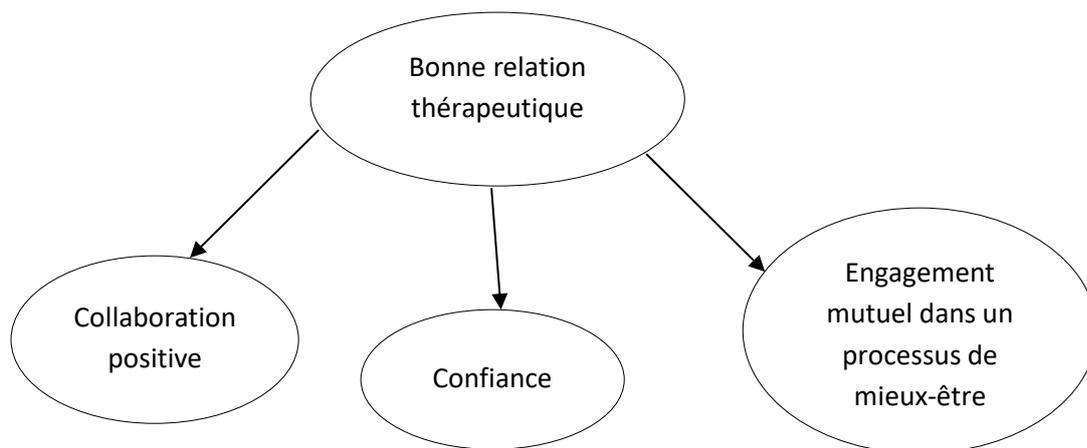
Toutefois, certains troubles rendent difficile la communication(25) jusqu'à empêcher la prise de décision partagée(37), conduisant alors aux soins sans consentement.

Cependant, même lors de ses situations difficiles, l'attitude du médecin joue un rôle important et peut permettre de canaliser l'agressivité et de limiter la contention(27).

II-3-b- ... pour une « bonne » relation thérapeutique.

De manière générale, la relation médecin-malade est par essence asymétrique et inégalitaire (un médecin, et un malade) ; elle n'est pas nécessairement choisie par le patient ni par le médecin, mais poussée par la maladie de l'un et les compétences professionnelles de l'autre ; elle est induite par des thématiques importantes, comme la maladie ou la mort ; elle présente donc une composante émotionnelle très forte(13).

Figure 4 : La relation thérapeutique de qualité.



La recherche portant sur la relation en psychiatrie, est assez complexe.

Premièrement, parce-que cette terminologie correspond davantage à un **champ lexical issu de la recherche en psychologie** qu'à celui de la psychiatrie, et l'on peut se demander si ce qui est défini pour l'un est applicable à l'autre(8).

Deuxièmement, parce-que **la définition varie** selon les auteurs et les publications. Ainsi, certains engloberons ce concept avec ceux de « l'alliance thérapeutique » et « l'alliance de travail »(21), alors que d'autres séparerons les termes alléguant qu'ils font référence à des entités différentes(8) : l'alliance thérapeutique en référence au transfert et contre-transfert, et l'alliance de travail(38), à la capacité de travail et d'engagement du patient dans sa thérapie.

Troisièmement, parce qu'il existe **des théories et des analyses différentes**(39). Par exemple, la théorie des rôles(40) dit que la relation est définie pas des rôles sociaux, qui peuvent être endossés par le médecin pour aider le patient (paternaliste, collaboratif) , la psychanalyse(41), se base sur la notion du transfert des liens d'attachement que le patient aurait eu avec ses parents dans la petite enfance, et que la relation thérapeutique devra restaurer ; la théorie des systèmes(42) évoque que les symptômes sont liés à un système de relations plus complexe (familial) défectueux qu'il faudra prendre en compte pour la guérison... Certains définissent jusqu'à six approches théoriques de la relation(39).

L'approche centrée sur le patient(43)occupe une place à part. Elle propose de sortir du paradigme théorique, pour revenir aux qualités (empathie, authenticité, regard positif) que le thérapeute peut incarner pour favoriser l'évolution positive du patient, et ce, quelle que soit l'approche théorique qu'il choisit. Cette vision rejoint celle des chercheurs qui ont évalué que **c'est la qualité de la relation médecin-malade, plutôt que l'approche psychothérapeutique qui est prédictive d'amélioration**(44).

Quatrièmement, parce qu'il est très difficile de **transformer un concept abstrait, en instrument de mesure** fiable et reproductible(8). Il existe ainsi différentes échelles de mesure en psychothérapie qui ont été transposées en milieu psychiatrique (the Psychotherapy Status(45); the Working Alliance Inventory(46), the Therapeutic Alliance(47); the Helping Alliance Scale(48)...) mais une seule spécifique à la psychiatrie : l'échelle de mesures STAR(28).

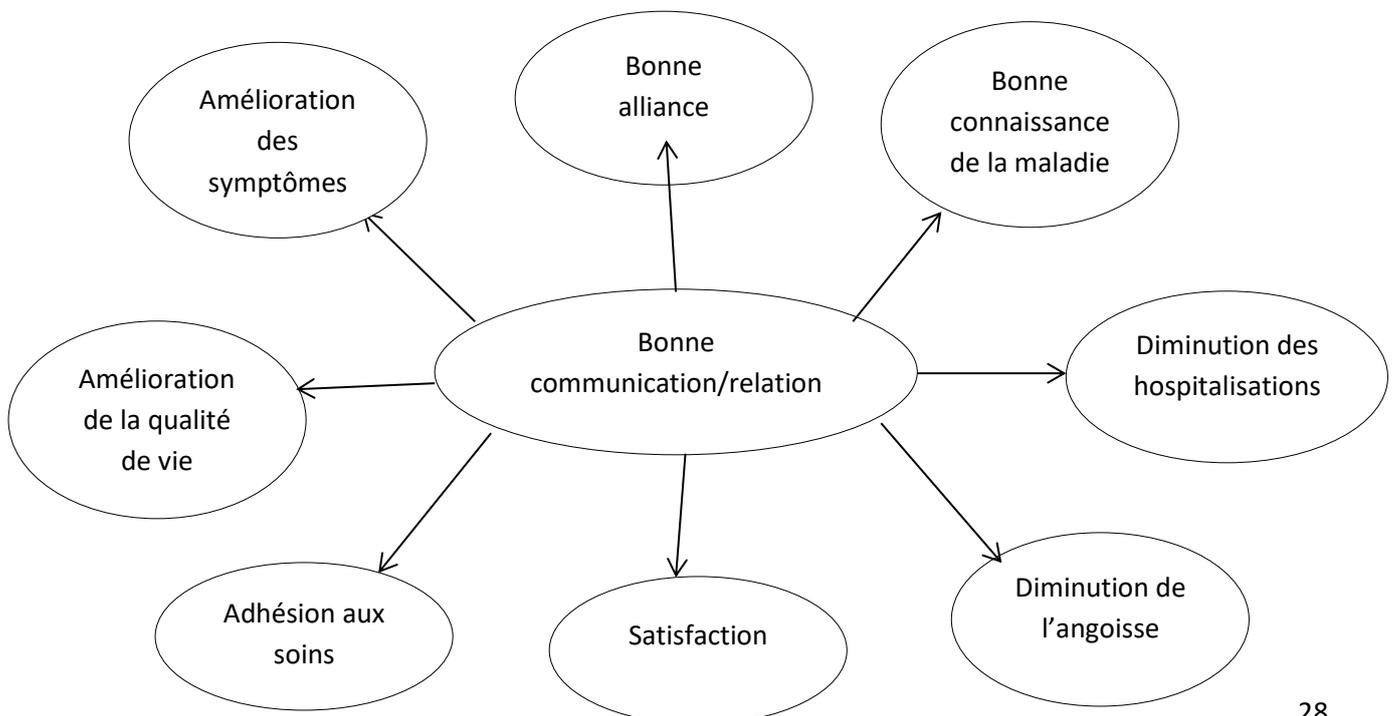
STAR(28) a été spécialement conçue et développée pour évaluer la relation entre les cliniciens et les patients atteints de maladies mentales sévères en milieux de soins psychiatriques et propose à la fois une version pour le patient et une pour le clinicien. Selon STAR, la « bonne » relation thérapeutique en comprend les trois composantes essentielles :

- 1) **une collaboration positive** (bien-être, ouverture, confiance, authenticité, compréhension, coopération, objectifs communs),
- 2) **contribution positive du clinicien** (acceptation, empathie, compréhension, capacité à encourager, supporter, écouter, comprendre),
- 3) **aspect émotionnel de la relation** (prise en compte des émotions du psychiatre et du patient, croyances du patient sur le médecin).

Dans notre ouvrage, nous choisissons de définir la relation thérapeutique de qualité comme comprenant une collaboration positive, une confiance réciproque et un engagement mutuel dans un processus de mieux-être. Ainsi, la notion d'alliance thérapeutique de qualité est englobée dans cette définition.

II-3-c- Impacts sur le patient et le médecin.

Figure 5 : Apport d'une communication/relation de qualité



II-3-c-i-Troubles de l'humeur.

Chez les patients dépressifs, établir une bonne alliance, précocement dans la prise en charge(49), permet une amélioration des symptômes sur le long cours(50), aussi bien lors d'une psychothérapie que de prises médicamenteuses.(51) L'implication du patient dans les prises de décisions augmente sa satisfaction(52).

Chez les patients bipolaires, l'amélioration des résultats est reliée à des contacts réguliers avec le médecin(53) et à une alliance thérapeutique forte(54). Les patients ont besoin d'une approche collaborative(55) et bienveillante(56) pour faciliter leur rétablissement et améliorer leur qualité de vie.

II-3-c-ii- Schizophrénie.

Les patients schizophrènes ayant une bonne alliance thérapeutique avec le psychiatre, ont une meilleure observance des traitements(57) et de meilleurs résultats cliniques sur le long terme(58). Prendre part aux décisions concernant la prise en charge, permet une meilleure connaissance de la maladie(59) et moins de ré-hospitalisations(60). La collaboration facilite le rétablissement et améliore la qualité de vie.(56)

II-3-c-iii- Addictions.

L'alliance thérapeutique est particulièrement importante chez les patients présentant peu de motivation à entreprendre un sevrage(61). L'alliance est prédictive d'une plus forte participation au traitement et à plus d'abstinence pendant et après la cure.(62) Les patients percevant une relation positive avec le clinicien, sont moins anxieux, ont de meilleurs résultats(63) et s'engagent davantage dans les soins(64).

II-3-c-iv- Troubles de la personnalité.

La construction d'une l'alliance thérapeutique est un enjeu de taille lorsqu'on travaille avec des personnes présentant des troubles de la personnalité, parce qu'elles présentent souvent des relations interpersonnelles compliquées.(65) L'alliance dans la phase précoce du traitement est primordiale et permet d'évaluer les ajustements à faire dans les interactions entre le clinicien et le patient.(65) Les patients avec une personnalité borderline ont une meilleure adhésion aux soins et moins d'impulsivité lorsque la relation avec leur médecin est bonne(66). L'alliance et les techniques psychothérapeutiques combinées favorisent l'amélioration clinique des patients(67). Chez les personnalités antisociales(68) et les personnalités évitantes(69), on retrouve un lien entre la capacité de former une alliance sur le long terme et les résultats des soins.

II-3-c-v- Troubles anxieux.

Une bonne alliance thérapeutique en début de traitement améliore les symptômes traumatiques de patients victimes d'abus sexuels dans l'enfance et les aide à mieux gérer leurs émotions négatives(70). Cette amélioration clinique se retrouve aussi chez les patients souffrant de phobie sociale(71).

II-3-c-vi- Troubles du comportement alimentaire.

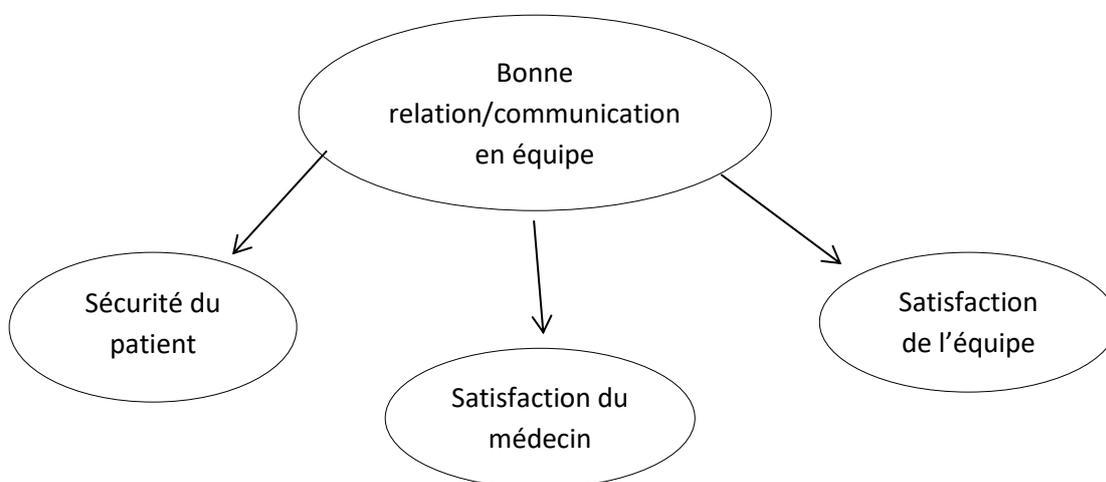
Lorsque la relation avec le médecin est bonne, les patients souffrant de boulimie, voient leurs symptômes s'améliorer lors d'une psychothérapie interpersonnelle ou cognitive(72). Elles présentent une meilleure adhésion aux soins et moins de conduites de purge(73). Chez les patientes souffrant d'anorexie mentale, leur perception d'une bonne alliance de soin favorise le maintien dans le programme de soins(74). Une forte alliance avec les patientes est prédictive d'une amélioration clinique pour la prise de poids et une bonne alliance avec les familles favorise la compliance sur le long terme(75).

II-3-c-vii- Pour le médecin.

Permettre au patient d'aller mieux, a un impact positif sur la satisfaction du médecin sur l'estime de lui-même et sur sa confiance en lui. Le burn-out est associé à une insatisfaction dans les relations avec les patients et touche davantage les médecins qui se sentent insuffisamment compétents en termes de communication(76).

II-4- La relation médecin-équipe

Figure 6 : Impact d'une bonne communication/relation en équipe



Le travail à l'hôpital avec une équipe de soins, ou encore le travail en réseau dans le cadre d'un exercice en cabinet libéral, demande au psychiatre de savoir établir une bonne communication avec ses interlocuteurs, afin de pouvoir développer une meilleure coopération, au service d'une prise en charge globale du patient et de meilleure qualité.

Les troubles de la communication au sein du réseau de soins, peuvent se situer à différents niveaux.

Le premier est un **défaut de transmission de l'information**(77). Il s'agit le plus souvent, d'un **manque de communication** entre les professionnels concernés - soit par manque de temps, soit parce que ce n'est pas le bon moment, soit parce que ce n'est pas la bonne personne(78) -; ou encore **d'une perte du contenu de l'information** (concernant les médicaments, les symptômes ou examens secondaires en cours)(79).

Malgré les nombreux moyens technologiques mis à disposition, il a été noté l'importance de conserver une communication verbale pour une bonne transmission de l'information(79). Ceci est d'autant plus important que les différents professionnels sont issus de formations variées qui leur donne des connaissances et un jargon différent(80). En général, les perturbations dans les échanges d'informations impactent de façon négative les relations entre les professionnels concernés.

Le deuxième niveau du défaut de communication en équipe, se situe au **niveau relationnel**(77). Ce niveau relationnel est à la fois dépendant de **facteurs systémiques**(81), c'est-à-dire dépendant de l'organisation des soins, selon un plan horizontal (unités, sous-unités, services, spécialités...)(81), mais aussi vertical (système de hiérarchie pyramidale), et aussi de **facteurs individuels**, tels que le stress, la fatigue ou le surmenage(81). Ces difficultés relationnelles impactent la communication entre les soignants.

Il peut exister des difficultés relationnelles liées à des conflits entre des structures de soins différentes ou entre des services se situant au sein d'une même structure de soin ou encore au sein d'un même service. Et au niveau individuel, le stress et la fatigue diminuent la capacité à être en lien(77).

II-4-a- Une bonne communication au service de la sécurité du patient.

La majeure partie des erreurs médicales, et des effets indésirables survenus à l'hôpital, sont liés à un défaut de communication entre les professionnels de santé(82). La menace majeure qui pèse sur le manque de communication entre les professionnels de santé est la **sécurité du patient**(81).

Une étude récente menée dans six services d'accueil d'urgences français(83), démontre que 40% des erreurs médicales (effets indésirables sans conséquences sur la santé du patient et effets indésirables graves entraînant des dommages temporaires ou définitifs sur le patient) seraient évitables par une meilleure communication verbale entre médecins.

De nombreux programmes d'entraînement au sein des équipes ont montré qu'améliorer la communication au sein de l'équipe améliore la collaboration et la qualité des soins(84) .

II-4-b- Un impact sur la satisfaction des équipes.

La communication est susceptible d'être difficile dans des situations où il existe des différences hiérarchiques (par exemple, pouvoir / statut), en particulier lorsqu'une partie craint de paraître incompétente, ne veut pas offenser l'autre, ou lorsqu'une partie perçoit l'autre n'est pas ouverte à la communication. Des difficultés de communication surviennent également dans les situations où il y a un conflit de rôles et ambiguïté, notamment entre les médecins.

Enfin, le caractère de la communication est parfois une conséquence des différences personnelles et des conflits interpersonnels, et surviennent souvent entre médecins et infirmiers(77).

La qualité du travail d'équipe est un facteur qu'il est extrêmement important de prendre en compte par les institutions, car il a un impact majeur sur la survenue du burnout et influence fortement l'intention d'abandonner sa profession, chez les soignants(85).

A contrario, il a été noté qu'une bonne communication entre médecins et infirmières accroît directement la satisfaction des infirmières au travail(86). Les interactions quotidiennes entre les médecins et celles-ci influencent fortement leur moral et les comportements du médecin à leur égard influencent leur satisfaction(87).

II-5- La relation du médecin avec lui-même.

II-5-a- Le burnout chez les médecins...

« Les professionnels de santé en activité ou en formation sont particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel, que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.) »(88).

Chez les médecins séniors, toute spécialité confondue, le burnout (syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel)(89) toucherait environ la moitié des effectifs(85). Chez les psychiatres, 66% présentent un haut niveau de fatigue, en particulier émotionnelle et 50% des psychiatres sont à risque ou présentent un burnout avéré(90).

Le burn-out est favorisé par un mauvais climat de travail(91). La perception de mauvaises relations d'équipe(92), ou encore de conflits avec les patients ou entre collègues(93) sont des facteurs de risque. A l'inverse, un environnement favorable et soutenant prévient la survenue du mal-être(94).

II-5-b -... et chez les internes.

Les plus jeunes, -les internes -, sont significativement plus touchés par un haut niveau de stress professionnel, par une moins bonne ambiance de travail et par l'épuisement émotionnel(90). Ces résultats soulignent à nouveau la place des enjeux relationnels dans la survenue du burnout.

L'internat est une période particulièrement stressante de la formation des médecins(95). Pour la première fois, il faut assumer la responsabilité des patients, travailler de longues heures à l'hôpital, s'adapter régulièrement à de nouvelles équipes et maîtriser les connaissances et compétences exigées par la spécialité(96). Les internes doivent fréquemment déménager, gérer des pressions financières et essaient de trouver un nouvel équilibre entre la vie professionnelle et personnelle.

Cette combinaison de facteurs de stress mène souvent à la détresse et à l'épuisement professionnel(97).

L'épuisement professionnel touche de (trop) nombreux internes et a de funestes conséquences sur la qualité des soins médicaux dispensés(97) (augmentation des erreurs médicales, insatisfaction des patients, diminution de l'empathie) et sur la santé des internes (abus de substance, accidents de la route, problèmes de santé liés au stress, conséquences familiales).

Les internes de psychiatrie constituent une population particulièrement à risque, puisqu'ils consomment globalement davantage de produits stimulants et psychotropes (tabac, cannabis, ecstasy, la cocaïne, les champignons hallucinogènes, les amphétamines et le LSD), que les autres internes. La consommation d'antidépresseurs et d'anxiolytiques est aussi significativement plus élevée et ils sont aussi plus souvent suivis par un psychiatre et/ou psychologue(98).

II-5-c- Le rapport à soi.

Dans sa journée, le psychiatre est en contact avec des êtres en souffrance qu'il s'efforce de soutenir(99). Il doit donc, chaque jour, trouver en lui les ressources pour être à l'écoute et prendre les meilleures décisions concernant les traitements et les modalités de prises en charge. Il se confronte régulièrement à l'agressivité et la violence des patients(90) et doit aussi savoir gérer les familles en détresse et jongler avec les difficultés institutionnelles et des relations d'équipe parfois difficiles. Le psychiatre est donc très mobilisé émotionnellement, physiquement et psychiquement(99).

« Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine » Art 3-« Le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués » Art 32-« Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire ». Art 33(100) , cite le code de déontologie médicale.

En plus de la pression extérieure, c'est aussi à une pression intérieure que le médecin est confronté. Il doit s'investir corps et âmes et quelque soient les réalités du terrain, il se doit de toujours donner le meilleur de lui-même. Malheureusement, parfois, de cette quête insatiable d'excellence naît un rapport à soi empreint de jugements, d'auto-critiques négatives, de dénigrement de soi, et d'auto-dévalorisation.

II-5-d- La conscience de soi.

Lorsqu'il n'a pas le pouvoir de changer les aspects extérieurs de sa profession, le médecin peut essayer de transformer sa façon de vivre les événements et apprendre à améliorer le rapport qu'il entretient avec lui-même.

Le premier pas dans cette démarche est d'augmenter la conscience de soi, c'est-à-dire, d'augmenter la capacité d'observer l'expérience intérieure, sans jugement(99), et de prendre conscience des situations en cause et des réactions qu'elles entraînent. Pour cela, il est nécessaire d'être à l'écoute et de reconnaître ses **pensées**, ses **émotions et ressentis** et ses **besoins** stimulés par la situation... et de les accepter avec bienveillance dans l'instant présent(95).

Il est aujourd'hui admis, qu'il existe un lien entre un événement, la cognition (les pensées associées), l'affect (la réponse émotionnelle) et le comportement (le comportement adopté face à la situation). Ainsi être conscient du lien qui existe entre les pensées et les émotions, permet à la fois de réduire l'identification aux pensées et aux émotions négatives, et aussi de désamorcer le schéma pensées-émotions(99,101). D'après les travaux de Tulving(102), cette conscience de soi et de ses fonctionnements cognitifs, a été définie sous le terme de métacognition auto-noétique(103).

Etre plus conscient de soi permet de mieux identifier les ressentis intérieurs, d'être davantage conscient de leur source, et de diminuer leur impact(104).

Identifier, comprendre et réguler ces émotions augmente la satisfaction au travail du médecin et prévient de la survenue du stress(105). Ces compétences émotionnelles, appelées aussi « Intelligence émotionnelle »(105), augmentent la qualité de la relation aux patients, augmentent l'empathie du médecin envers le patient, et améliorent la communication et les relations inter-personnelles (106).

La prise en compte de soi dans la relation à l'autre, permet d'équilibrer la place accordée aux besoins de l'autre et aux siens, au sein de la relation(107). Ainsi, les médecins qui négligent leurs propres besoins dans la relation, sont d'avantage sujet à la fatigue et à l'épuisement(107).

II-5- e- La compassion pour soi.

Il est parfois extrêmement violent de prendre conscience de la manière dont nous nous traitons nous-mêmes : jugements négatifs, dévalorisation, comparaisons à notre désavantage, dépréciation...

Le constat de la rudesse que nous avons à notre rencontre est alarmant et il devient alors urgent de pouvoir le transformer.

Après avoir été observateur de notre fonctionnement intérieur, il devient primordial de faire évoluer positivement le rapport que nous entretenons avec nous-mêmes et d'apprendre à nous donner davantage de douceur et de reconnaissance(108).

La compassion pour soi, ou encore **la bienveillance pour soi**, fait référence à la faculté d'**être bon avec soi-même**, c'est-à-dire à la capacité à **prendre soin de soi** et à **se comprendre** plutôt que de se juger. Elle englobe aussi la capacité de se relier à notre humanité partagée, à savoir, ce qui fait de nous des êtres humains avec des valeurs, des forces, mais aussi des imperfections et d'être capable de se relier à nos insuffisances et manquements avec respect et acceptation(109).

Il s'agit aussi d'avoir pleinement conscience de l'expérience traversée, de manière détachée, comme si nous étions un observateur extérieur.

La compassion pour soi améliore la santé mentale(109) :

- elle permet une meilleure relation à soi : plus de satisfaction, d'optimisme, d'intelligence émotionnelle(109) ; et en diminuant les comportements négatifs tels que l'auto-critique, le perfectionnisme, la peur de l'échec, les objectifs de performance(109).
- elle permet une meilleure relation aux autres : plus de liens sociaux, plus de satisfaction relationnelle, plus de proximité, meilleure résolution des conflits(107)

III- Apports de la Communication Non Violente.

On appelle Communication Non Violente (CNV), une technique de communication favorisant la bienveillance, où l'intention est de créer une qualité relationnelle où chacun est entendu et compris. Certains préféreront à l'appellation « Communication non violente » (CNV), la dénomination de « communication consciente » ou encore de « communication empathique ».

La CNV peut-être une alliée précieuse pour le psychiatre : c'est une aide pour **améliorer la relation médecin-malade**, pour **améliorer les relations d'équipe**, et pour **améliorer le bien-être du médecin**. Créée dans les années 1980 par le psychologue américain Marshall B. Rosenberg, élève et collaborateur de Carl Rogers, elle s'inscrit dans le courant de la psychothérapie humaniste, dans une vision de bonté de la nature humaine et de la capacité naturelle de chaque individu à évoluer vers un accomplissement de soi.

La CNV n'est donc pas une approche nouvelle, mais bel et bien une application de philosophie humaniste pratique et pragmatique, centralisée autour du dialogue.

Pour présenter la CNV, il convient de commencer par planter le contexte historique de son émergence, à savoir, la psychologie humaniste et d'en présenter les principaux protagonistes afin de bien comprendre qu'elle s'inscrit dans un continuum idéologique.

Nous présenterons donc de façon succincte et non exhaustive les principaux protagonistes qui ont contribué à faire évoluer l'aide à la personne, en tâchant d'en faire ressortir leurs contributions respectives et singulières. Ces contributions comprennent le développement de la conscience de soi, la quête de sens, la mise en mouvement dans le processus thérapeutique, la notion de besoin et la relation empathique.

Nous présenterons ensuite plus amplement, son fondateur, Marshall Rosenberg, avant de plonger au cœur de la méthode.

III-1-La CNV est issue de la psychologie humaniste.

La psychologie humaniste se développe dès les années 1940 aux Etats-Unis, dans un contexte d'après-guerre, où le monde a été dévasté par l'un des plus grands génocides de l'Humanité. Des questions se soulèvent sur la nature humaine et sa propension à la cruauté.

Dans cette période de lente reconstruction, des hommes et des femmes, penseurs, philosophes, médecins, psychiatres, sociologues, économistes, veulent continuer de croire en la bonté de l'être humain et de défendre l'idée qu'il possède en lui un potentiel de croissance psychique inné qui évoluera toujours positivement s'il peut se débarrasser de ces conditionnements éducatifs et sociétaux, qui sont sources de souffrance.

De nouvelles écoles psychothérapeutiques commencent à fleurir en Europe et aux Etats-Unis et en 1961, l'American Association of humanistic psychotherapy est fondée(110) , puis en décembre 1963, la première édition du journal scientifique de l'association « le phœnix » paraît(111).

La psychologie humaniste, appelée en ces temps, la « troisième force », se distingue des deux courants principaux de l'époque, qui sont la psychanalyse et le behaviorisme.

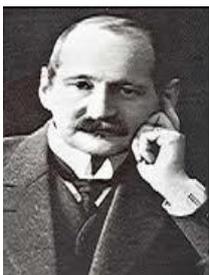
Le courant humaniste se compose de plusieurs écoles, qui proposent des axes et des formes de travail différents, selon la réflexion intime et personnelle de chacun de ses fondateurs.

La CNV tire donc ses apports de différentes personnes : Roger Vittoz et Alphonso Caycedo pour le développement de la conscience de soi, Viktor Frankl pour la prise de responsabilité de ses états intérieurs et la recherche de sens face aux événements vécus, Jacob Levy Moreno et Fritz Perls pour la liberté de mouvement, Manfred Max-Neef pour la notion de besoin, et enfin Carl Rogers pour la place de l'écoute et de l'empathie dans l'accompagnement thérapeutique.

III-1-a-La conscience de soi.

Par la connaissance émotionnelle, la CNV invite à un retour à soi, à être à l'écoute de son monde intérieur.

Alors qu'au 19e siècle, la psychanalyse met plutôt l'accent sur la connaissance de l'inconscient, la vision humaniste se centre sur le développement de la conscience de soi dans la dimension des sensations corporelles, des émotions et des pensées.



Roger Vittoz (1863-1925), médecin suisse, s'est particulièrement intéressé à la dimension psychique de la souffrance, ayant lui-même subi
Un accident au cours de son internat, il devient un des premiers
« psycho-somaticiens ».

Pour lui, l'état de tension psychique du patient se propage dans le corps à travers des vibrations et peut-être mesuré par la main du thérapeute. Il développera une méthode, basée sur la découverte de ces vibrations cérébrales, mesurables à l'aide d'appareils spécifiques, qu'il appellera « ondes vittoz »(112).

Au-delà de ce concept, qui reste critiqué, l'objectif de la méthode Vittoz est de retrouver la pleine conscience de ses états intérieurs, afin de reprendre un « contrôle cérébral » de soi et de retrouver sa libre volonté de choix.

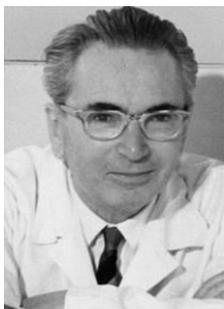


Alfonso Caycedo (1932-2017), est un psychiatre et neurologue d'origine colombienne, qui a surtout exercé en Espagne. A l'hôpital, il est choqué par les méthodes brutales utilisées pour soigner les patients (comas insuliniques, électrochocs sans anesthésie...) et cherche à développer des méthodes thérapeutiques plus douces en se tournant vers l'hypnose, la phénoménologie, et les philosophies orientales, pour fonder, en 1967, la sophrologie.

Dans la sophrologie, il est question de prendre conscience de ses émotions, ressentis corporels et pensées, avec un accent mis autour de la relaxation et du renforcement des schémas positifs de bien-être. La sophrologie est une méthode dont les preuves ne sont plus à faire, et qui est aujourd'hui largement répandue à travers le monde

III-1-b- La prise de responsabilité et la recherche de sens.

La CNV place la relation entre les Êtres, au cœur de la vie. En tant qu'Humains, nous avons besoin de vivre des relations harmonieuses et nourrissantes pour nous épanouir. Pour Marshall Rosenberg, contribuer au bien-être d'autrui est une des motivations les plus profondes qui pousse un individu à agir.



Viktor E. Frankl (1905-1997), psychiatre autrichien, s'est servi de sa propre expérience de plusieurs années en camp de concentration, pour développer la logothérapie. La logothérapie consiste à mettre du sens à ses expériences de vie, aussi douloureuses qu'elles puissent être, à « devenir digne de sa souffrance », (113,114) à redevenir responsable et maître de sa vie intérieure, seul espace sur lequel l'individu peut toujours garder son pouvoir, malgré l'adversité.

Frankl donne trois manières de donner du sens à sa vie : à travers la réalisation d'une œuvre ou l'atteinte d'un objectif, à travers des relations épanouissantes, et à travers une vision « transcendante » (qui comprend la religion, des valeurs...).

Comme il le citait, « *Quand nous nous retrouvons dans la problématique de ne pas pouvoir changer une situation, nous faisons face à l'énorme défi qui consiste à nous changer nous-mêmes.* » (113)

Cette notion de responsabilité dans la façon dont l'individu vit et traite les événements qu'il traverse est aussi une notion forte que l'on retrouve en CNV.

III-1-c- La liberté de mouvements.

Le mouvement, la liberté, la créativité, sont des notions que l'on retrouve en CNV. Ces concepts se démarquent de la cure analytique « du divan », et de la rééducation comportementale, en proposant au patient d'être accompagné à laisser son corps s'exprimer, bouger, dans la confiance qu'ainsi, le chemin de la résolution du conflit intérieur se dessinera naturellement. Jacob Levy Moreno et Fritz Perls ont été des pionniers dans cette conception du mouvement thérapeutique.



Jacob Levy Moreno (1889-1974), psychiatre américain d'origine roumaine est passionné de théâtre. Au cours d'une de ses séances de théâtre spontané, il remarque l'effet thérapeutique du jeu dramatique sur les acteurs, et se sert de cette expérience, pour élaborer ce qui deviendra par la suite le psychodrame(115).

Dans le psychodrame, le patient met en scène sa problématique, et joue ensuite la scène de façon libre et spontanée, jusqu'à son dénouement. Ce travail va permettre au patient de se « défiger » de son rôle ou de ses réactions habituelles qui lui causent de la souffrance, afin de « réactualiser » sa relation à lui-même, aux autres, au monde.



Fritz Perls (1893-1970), psychiatre allemand est le fondateur, avec sa femme Anna, de la Gestalt thérapie(116). Initialement psychanalyste, Perls décide de cesser de se tourner vers le « pourquoi ? » de la souffrance pour se diriger vers le « comment ? » de la guérison.

La Gestalt thérapie offre une vision globale de l'individu, et a pour but d'augmenter la souplesse de l'ajustement entre un individu et son environnement, c'est-à-dire, de réadapter de manière optimale, la façon dont l'individu interagit avec son environnement afin de lui restaurer sa liberté de choix.

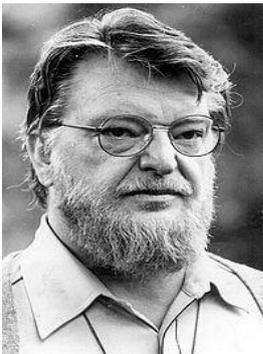
Cette approche comprend trois étapes : *le pré-contact*, étape de conscience des sensations corporelles, des différentes parts en soi, des pensées, *le contact*, étape de la mise en mouvement, et *le post-contact*, étape d'assimilation et d'intégration.

La CNV utilise le mouvement à travers les jeux de rôle dans les champs pédagogiques et thérapeutiques.

Au niveau pédagogique, la personne peut jouer son propre rôle et apprendre à être en empathie avec l'autre, elle peut aussi jouer le rôle de la personne avec qui elle est en conflit, donc se mettre à sa place pour ressentir ce qui se passe en elle.

Dans sa dimension thérapeutique, c'est le thérapeute qui joue le rôle de la personne avec qui il existe un conflit, mais de façon naturelle et bienveillante. Ainsi le patient va pouvoir exprimer ses émotions, et être pleinement accueilli par l'autre. Le fait de pouvoir être entendu de cette manière a un pouvoir réparateur, et une fois, l'état de tension psychique apaisé, un dialogue de compréhension mutuelle va pouvoir s'ouvrir.

III-1-d- La notion de besoins.



La CNV reprend à **Manfred Max-Neef** la notion de besoins, dont la tentative de satisfaction est à l'origine de nos actions.

Manfred Max-Neef est un économiste chilien, né en 1932, qui a étudié les grands flux économiques mondiaux à partir des années 1990.

Il a défini neuf besoins humains fondamentaux: le besoin de subsistance, de protection, d'affection, de compréhension, de participation, de loisir, de créativité, d'identité et de liberté. Dans sa conception, les besoins ne sont pas en relation hiérarchique les uns envers les autres mais tous se trouvent en interaction systémique, même si, selon les circonstances, on en privilégiera certains au détriment des autres. « Cela signifie, d'une part, qu'aucun besoin n'est intrinsèquement plus important qu'un autre et, d'autre part, qu'il n'existe aucun ordre imposé d'apparition des besoins. Les besoins humains se caractérisent par la simultanéité et la complémentarité ainsi que par les transactions qui peuvent se faire au sein du système qu'ils forment ».

Les individus tentent de satisfaire leurs besoins à travers des stratégies et par des modes de satisfaction : en incarnant des qualités (être), en possédant des choses (avoir), en faisant des actions (faire) et en interagissant avec les autres (interagir).

III-1-e- La relation médecin-malade.



Carl Rogers est le psychologue humaniste dont Marshall Rosenberg a été le plus proche, en étant tour à tour son élève puis son collaborateur.

On doit à **Carl Rogers** un apport majeur sur la relation médecin-malade.

La philosophie de **Carl Rogers** (1902-1987) est directement issue de ses expériences de vie et en premier lieu de l'observation de la nature.

Enfant, il remarque très vite la capacité d'adaptation des espèces aux contraintes environnementales et leurs facultés à composer avec ces difficultés et transpose ces capacités à celles de l'être humain.

Il fonde l'Approche Centrée sur la Personne (ACP)(117,118) qui prône que **la qualité de la relation médecin-malade est pourvoyeuse de guérison.**

« Je veux rencontrer ce client en tant que personne pour que la rencontre soit une rencontre entre deux personnes. [...] Je travaillerai avec tout ce qu'elle désire révéler d'elle-même.

J'espère que je peux avant tout être moi-même, être vrai dans la relation. [...]

J'aime me laisser entrer dans le monde intérieur de ses sentiments et de ses perceptions avec autant de justesse et de sensibilité que je le peux. Pour ressentir ce type d'empathie, j'ai besoin de mettre autant que possible de côté mes propres préjugés et perceptions. De ma capacité à faire cela dépendra en grande partie le progrès qu'elle pourra faire, dans le temps qui nous est imparti.

Je sens que je suis un thérapeute responsable. Je suis responsable de faire de mon mieux pour créer un climat facilitant, dans lequel elle pourra explorer ses sentiments de la manière qu'elle voudra, et avancer vers les buts qu'elle voudra atteindre. C'est dans ce sens profond que mon approche en thérapie est centrée sur le client [...] » Rogers, 1975.

Dans l'ACP, la posture de l'accompagnant est non-directive, et doit remplir trois conditions essentielles pour qu'un climat soit favorable à l'évolution de l'individu :

1- La congruence :

Le vécu intérieur et ce qui est manifesté par le thérapeute lors de la consultation, sont en adéquation. Ceci va ainsi permettre à la congruence de naître chez le patient.

En effet, selon l'ACP, les troubles psychiques émergent de l'incongruence, c'est à dire de la discordance entre le vécu et son expression corporelle ou verbale. Cela implique qu'il y a une dissociation entre ce qui est vécu et exprimé consciemment et ce qui est vécu et exprimé inconsciemment.

On peut citer comme exemple le syndrome dissociatif du patient psychotique qui tout en relatant un évènement triste se met à rire, ou encore le déni d'un patient anxiodépressif qui certifie aller bien au décours d'une tentative de suicide.

Le but de la psychothérapie centrée sur la personne est donc de faciliter la congruence, c'est-à-dire de permettre que les expériences soient symbolisées au plus juste et ensuite de les intégrer.

2- L'acceptation (le regard positif inconditionnel) face à tout ce que la personne est au moment présent.

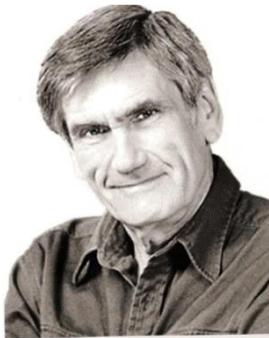
Le regard positif inconditionnel est caractérisé par des « sentiments de compassion, de chaleur, de respect ou d'admiration, d'intérêt ou d'appréciation et autres sentiments positifs »(119). Le thérapeute est là pour accompagner la personne dans son propre travail d'évolution et de changement, en se gardant de conseiller, d'interpréter ou d'imposer son point de vue.

3- La compréhension empathique : le thérapeute ressent avec justesse les sentiments et les significations de ce dont le client est en train de faire l'expérience et le lui communique.

Rogers donne de l'empathie la définition suivante : « *Cela signifie ressentir la peine ou le plaisir d'un autre comme il le ressent lui-même et d'en percevoir les causes comme il les perçoit mais sans jamais perdre de vue que c'est **comme si j'avais de la peine ou du plaisir*** »(120)

III-1-f- Marshall Rosenberg.

Marshall B. Rosenberg (1934-2015), psychologue américain et élève de Carl Rogers, reprend les grands principes de l'ACP, qu'il adapte spécifiquement au dialogue entre deux individus, et propose, à travers la CNV, une méthode pédagogique d'apprentissage et d'intégration de la communication empathique(121).



Ayant grandi à Détroit, dans un quartier soumis à des émeutes raciales parfois meurtrières, il subit des violences répétées liées à ses origines juives. Il commence alors à s'interroger sur ce qui pousse un être humain à être violent et sur le poids des mots comme vecteurs de destruction.

En parallèle, à la maison, il s'inspirera de certains de ces proches (sa grand-mère et son oncle), pour se questionner sur la capacité de certaines personnes à rester bienveillantes malgré l'adversité et sur la façon dont les mots peuvent être vecteurs de paix.

Pour **Marshall Rosenberg**, c'est principalement notre modèle éducatif qui est à l'origine de la souffrance psychique, parce qu'il nous coupe de notre bienveillance naturelle.

A travers la croyance que la nature humaine est par essence mauvaise, le système éducatif punit l'individu s'il déroge aux critères moraux et le récompense s'il le satisfait.

Ainsi, les comportements sont évalués et jugés selon un système dichotomique de bien ou mal, dans lequel l'individu est poussé au changement par la crainte de la punition, et en se coupant de ses émotions et de ses aspirations.

Rosenberg a utilisé l'image du chacal pour symboliser ce type de langage. Dans ses sessions de formation, il l'utilise sous forme de marionnettes ou encore d'oreilles « chacal », pour illustrer notre façon jugeante de nous exprimer ou d'écouter l'autre.

Dans la CNV, il y a un changement de paradigme. Il s'agit de sortir du système des jugements bien/mal, pour se relier avec bienveillance à ce qui habite l'autre lorsqu'il agit.

Il est proposé de se relier à ce qui pourrait nous permettre de contribuer au bien-être de l'autre et au sien, en se posant la simple question « *Qu'est-ce qui pourrait me/te rendre la vie plus belle ?* ».

Cette qualité d'empathie est symbolisée par la girafe, connue pour avoir un gros cœur. Son long cou, représente sa capacité à prendre du recul par rapport aux événements.

III-2- L'empathie est au cœur de la CNV.

III-2-a- L'empathie selon Marshall Rosenberg.

Selon Marshall Rosenberg, l'empathie reflète avant tout un état d'être. Il s'agit d'**une qualité de présence à soi et avec les autres**, qui permet d'être pleinement **avec** ce que vit la personne, au moment précis de la rencontre. Pour illustrer son propos, il citait aisément l'exemple du surfeur et de la vague : comme le surfeur, il s'agit d'accompagner, de sentir le mouvement de la vague, d'être totalement avec elle.

III-2-b Etymologie

Le mot "empathie" vient du grec : "en" (dedans) et "pathos" (souffrance, ce qui est éprouvé). Ce terme vient de l'allemand ("Einfühlung", "ressenti de l'intérieur") et a été créé par le philosophe R. Vischer à la fin du 19ème siècle(122). L'empathie est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent (Larousse).

III-2-c- Différentes composantes.

L'empathie comprendrait trois composantes : **une valence cognitive**, qui implique la capacité à reconnaître et à comprendre les émotions de l'autre, **une valence émotionnelle**, qui correspond à la capacité à ressentir ce que l'autre ressent, et **des mécanismes de régulations** qui permettent de distinguer l'origine des émotions (les siennes ou celles de l'autre)(123).

III-2-d- Différents mécanismes.

III-2-d-i- Des mécanismes physiologiques et moteurs.

Lorsqu'un individu éprouve une émotion, la première réponse est autonome et somatique (augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle...), puis se manifeste par une expression motrice (muscles faciaux, mains...). Dans le processus empathique, le chemin est inverse : l'individu repère des signes moteurs (expression faciale), reproduit, inconsciemment cette action, (active les mêmes muscles faciaux), ce qui induit la composante autonome et somatique, donc le ressenti(124).

III-2-d-ii- Les neurones miroirs et différentes aires cérébrales.

D'un point de vue neurophysiologique, cette fonction « perception-action » est médiée par les neurones miroirs.

Les neurones miroirs s'activent lorsqu'un individu entreprend une action, mais aussi lorsqu'il regarde un autre individu faire cette même action ou encore lorsqu'il s'imagine faire l'action ou imagine un autre la faire(125). Les neurones miroirs sont présents au niveau du cortex prémoteur, du lobe pariétal, de zones motrices supplémentaires, et du cervelet(126).

La reconnaissance émotionnelle implique aussi différentes zones cérébrales comme le cortex sensori-moteur, l'insula et le gyrus supramarginal antérieur, et le cortex fronto-pariétal(127). Ainsi des patients présentant des lésions sur ses structures perdent leurs capacités à reconnaître les émotions faciales des autres(125).

La capacité à ressentir l'émotion, se distingue de la capacité à reconnaître l'émotion. Elle s'appuie sur d'autres structures cérébrales, telles que l'amygdale (pour la peur)(128), l'insula droite (pour le dégoût)(129), le cortex cingulaire antérieur, insula antérieure et cervelet (pour la douleur)(130). Le partage émotionnel implique le cortex préfrontal médial, le thalamus, l'hypothalamus, le cortex temporal antérieur, la jonction occipito-temporo-pariétale, le cortex orbito-frontal et l'insula antérieure(131). Ainsi, des personnes présentant des lésions de ces structures seront en capacité de reconnaître l'émotion, mais sans l'éprouver(125).

III-2-d-iii- Une composante génétique.

La composante génétique impliquée dans l'empathie pourrait être à l'origine de différentes pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie, l'autisme et l'anorexie mentale(132).

Des études sur des patients présentant une pathologie du spectre autistique ont montré l'implication de plusieurs gènes, dont le gène DRD4 qui code pour le récepteur D4 à la dopamine et qui joue un rôle dans le système GABA-ergique, et aurait un lien avec les capacités d'empathie(133).

III-2-d-iv- Intérêt de l'empathie dans la relation médecin-malade.

Un médecin empathique est un médecin capable à la fois de comprendre son patient, ses émotions et ressentis, et de lui partager sa compréhension(134) ; et un médecin capable en même temps, d'une préoccupation détachée(135), c'est-à-dire d'un détachement nécessaire à l'objectivité, à la prévention de l'épuisement professionnel(136,137), et à la prévention des émotions négatives lors de conflits médecin-patient(138).

L'empathie ne nécessite pas forcément de mots, et peut être silencieuse.

L'intérêt de l'empathie est primordial dans la relation médecin-malade puisqu'elle favorise une plus grande satisfaction du patient(139), une plus grande satisfaction des médecins(140), de meilleures relations thérapeutiques(141,142) et de meilleurs résultats cliniques(134).

L'empathie est au cœur du processus de la CNV.

Elle s'adresse au psychiatre à la fois dans son accompagnement thérapeutique, en améliorant sa capacité d'être à l'écoute de l'expérience de l'autre, sans jugements ; elle lui permet d'améliorer les relations d'équipe en apprenant à mieux faire face aux conflits, et lui permet enfin d'améliorer son bien-être en apprenant à être davantage à l'écoute de lui-même.

III-3- La CNV, un processus en quatre étapes.

Pour faciliter l'apprentissage Marshall B. Rosenberg a conçu un processus qui se décline en 4 étapes (figure 7). Il peut se dérouler de manière intérieure, pour soi ; on parle alors d'écoute de soi, d'auto-empathie, ou bien tourné vers l'autre, soit à l'écoute de l'autre, soit dans l'expression de soi.

III-3-a- Première étape : l'observation des faits.

Elle suppose de se baser sur nos perceptions sensorielles : « qu'est-ce que j'ai vu, entendu, senti, goûté, touché ? » en se reliant à l'expérience pure et en la décrivant de manière la plus objective possible, presque comme si nous décrivions une scène de cinéma (figure 7).

Tout l'enjeu est de réussir à se dégager des interprétations, jugements, croyances, comparaisons, évaluations...

Les expressions qui définissent l'autre comme « tu es... » : « *tu es maladroit, tu es de mauvaise foi...* », **les généralités** qui utilisent « toujours », « tout le temps », « à chaque fois » : « *jamais* », « *il est toujours en retard* » « *il n'est jamais là au bon moment* », **les comparaisons** : « *c'est moins bien que la dernière fois* », **les évaluations** : « *il néglige son travail* », sont autant d'habitudes de langage qui coupent de la bienveillance et peuvent entraîner une fermeture du dialogue avec l'autre.

Plus nous jugeons, évaluons, comparons, interprétons, ce que dit ou fait l'autre, et plus nous réduisons nos chances de pouvoir nous connecter avec authenticité avec lui.

De manière quasiment systématique, des pensées sont associées à nos perceptions, et il est primordial, à cette étape, d'apprendre à dissocier les deux, pour à la fois prendre la pleine responsabilité de ce que nous nous disons et ne pas amener de confusion : « Qu'est-ce que j'ai observé ? » et « qu'est-ce que je me dis sur la situation ? » sont deux choses distinctes.

Revenir sur les faits et se mettre d'accord sur ce qui s'est exactement passé est la base, pour pouvoir résoudre un conflit.

III-3-b- Deuxième étape : les émotions.

« Qu'est-ce que je ressens dans l'instant présent en lien avec cette situation ? » (figure 7).

Le Larousse définit l'émotion ainsi « Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. »

L'émotion est une expérience psychophysiologique brève et intense qui implique une composante physiologique, motrice, comportementale, cognitive, psychologique et une évaluation subjective(143). Être capable de reconnaître ses émotions n'est pas toujours évident, nous avons plutôt tendance à nous en couper, voir à en avoir honte. « *il ne faut pas être triste* », « *les garçon ça ne pleure pas* », « *il faut être fort* ». Il y aurait donc des bonnes et des mauvaises émotions. Des émotions acceptables, et d'autres moins acceptables.

Le problème se pose aussi en milieu professionnel où il est de mauvais ton d'exprimer sa vulnérabilité. Pourtant l'émotion est ce qui nous rend vivant, ce qui nous fait éprouver la vie et lui donner toutes ces nuances.

En jargon CNV, il est dit que les émotions à valence positive, telles que la joie, la satisfaction, le soulagement, le réconfort... sont associées à des besoins, des valeurs satisfaites, et que celles à valences négatives, telles que la colère, la peur, le dégoût, le malaise, à des besoins, valeurs profondes insatisfaites. Les émotions seraient comme des clignotants, qui nous informent sur nos besoins satisfaits ou non satisfaits.

III-3-c- Troisième étape : les besoins.

On retrouve plusieurs définitions du mot « besoin » dans le Larousse :

« *Exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique.* » ; « *Sentiment de privation qui porte à désirer ce dont on croit manquer ; nécessité impérieuse.* » ; « *Chose considérée comme nécessaire à l'existence.* » ; « *État qui résulte de la privation du nécessaire.* »

Marshall Rosenberg les définit ainsi : ils sont universels (communs à tous les êtres humains), ils sont l'énergie vitale qui nous mobilise pour agir dans le sens de ce qui va nous faire croître, ils sont indépendants de tout contexte. Notamment, ils ne sont attachés ni à une personne en particulier, ni à un objet, ni à une action, ni à une situation particulière.

Les besoins répondent à la question : « *Qu'est-ce qui est important pour moi dans l'instant ? Au plus profond de moi, à quoi est-ce que j'aspire ? Qu'est-ce que j'aimerais voir se manifester ?* »

Il y a un nombre infini de manières de satisfaire un même besoin, ce que l'on appelle " les stratégies", c'est-à-dire, les actions que l'on met en œuvre pour satisfaire nos besoins. (figure 7)

III-3-d- Quatrième étape : la demande, la stratégie.

Il s'agit de la formulation positive d'actions concrètes et réalisables, découlant naturellement d'un besoin identifié, et permettant de contribuer à notre bien-être (figure 7).

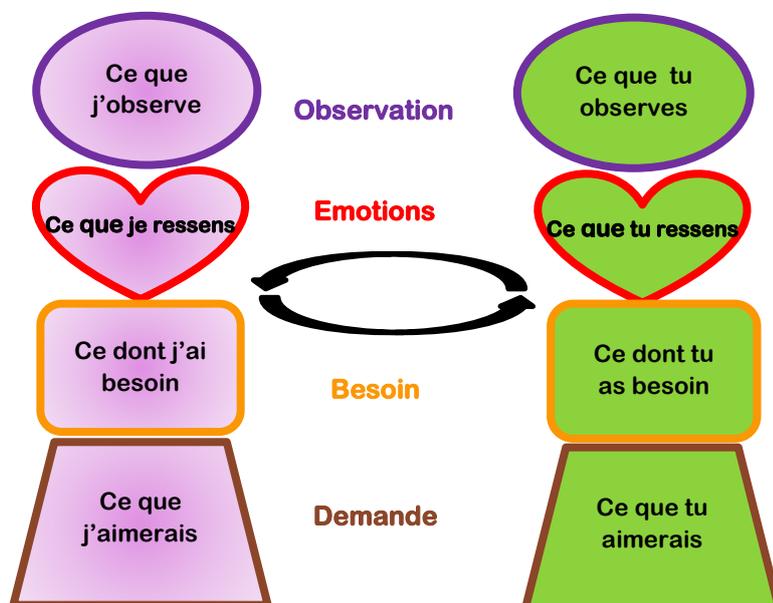
« *Qu'est-ce que j'aimerais voir s'accomplir, pour que se réalise ce dont je rêve ?* »

Les demandes peuvent-être faites à soi ou à l'autre et sont ouvertes et non contraintes, c'est-à-dire qu'elles acceptent de recevoir un NON, contrairement à l'exigence, qui n'admet que le OUI.

Le but de la résolution d'un conflit et de prendre en compte, de manière égale, les besoins des deux individus, et de laisser émerger une stratégie commune qui satisfera également les deux individus. Cette façon de faire, demande évidemment davantage de temps, que lorsqu'un point de vue est imposé, mais à l'avantage d'apporter plus de satisfaction à chacun des partenaires. Ainsi l'engagement qui en découlera sera plus durable.

III-3-e-La danse du dialogue.

Figure 7 : Le dialogue en CNV



III-4- Quelques points-clés de la CNV.

III-4-a- Les quatre manières de recevoir un message.

De manière habituelle, lorsque quelqu'un émet un jugement à notre égard, nous réagissons soit en le prenant contre-nous (se déprécier, s'accuser...), soit en attaquant l'autre.

La CNV nous invite à sortir de cette dichotomie en nous reliant à ce qui se passe en nous et en l'autre, dans le moment présent, au niveau des ressentis et des besoins.

III-4-b- Les évaluations masquées.

Il s'agit d'interprétations, de jugements moraux, qui impliquent et font porter à l'autre la responsabilité de ce qui se passe pour soi.

Ils peuvent être mêlés à l'observation, comme par exemple « tu m'as ignoré », « tu t'es montré irrespectueux », mêlés aux sentiments comme avec les mots « délaissé », « abandonné », « incompris », « utilisé », « jugé » ou encore mêlés à l'expression des besoins « j'ai besoin que tu... ».

Marshall Rosenberg, propose de prendre la pleine responsabilité de ce que nous vivons et d'évaluer une situation selon la satisfaction ou non de nos besoins, c'est-à-dire dans ce qui sert ou non la vie.

III-4-c- Ce qui coupe de l'empathie.

Marshall Rosenberg analyse différentes manières de communiquer qui coupent de l'empathie. Il cite ainsi toutes les exigences portées sur l'autre qui engendreront une punition si elles ne sont pas réalisées, les évaluations/jugements qui enferment l'autre, et les formules comme « il faut », « je dois » qui déresponsabilisent les individus dans leurs choix. Le résultat est alors un mode de communication où l'un a tort et l'autre raison.

III-5-d- La reformulation.

Dans la CNV, la reformulation est juste un support à la qualité de présence qui elle, n'a pas besoin de mots. La reformulation consiste à paraphraser ce que l'autre a dit afin de s'assurer que l'on a bien entendu et compris ce qu'il vit. Cela peut aussi être une demande formulée à l'autre afin de s'assurer qu'il nous a bien entendu et compris.

III-5-e- La différence entre stratégie et besoin.

Les besoins sont universels et partagés par l'ensemble de l'humanité, ils sont indépendants de toute autre personne que nous-même. Les stratégies pour satisfaire un même besoin sont multiples et très différentes d'une personne à l'autre. Elles peuvent impliquer une ou plusieurs personnes en particulier.

Ce qui désamorce en grande partie la violence, c'est avant tout l'écoute et la prise en compte des émotions et des besoins, et non nécessairement la satisfaction d'une stratégie en particulier.

III-5-f- La différence entre demande et exigence.

La demande est ouverte, s'adresse à une ou plusieurs personnes spécifiquement et accepte de recevoir aussi bien une réponse positive ou négative de la part de celles-ci.

L'exigence contraint l'autre à répondre oui et peut utiliser la force, la honte ou la culpabilisation pour amener la personne à exécuter ce qui a été demandé. Dans la CNV, il est proposé d'entendre un « oui » à des besoins prioritaires, derrière une réponse négative.

III-5-g- Derrière tout jugement ou critique se cache un besoin insatisfait.

La CNV nous invite à entendre toute critique ou jugement comme « l'expression tragique d'un besoin insatisfait » et ainsi à se relier à ce que vit la personne en termes de sentiments et besoins.

III-5-h- La solution vient nous trouver.

Lors d'un conflit, une fois que les sentiments et besoins de chacun des protagonistes ont été entendus par l'autre, la solution émerge d'elle-même. Cette solution implique une satisfaction totale de chacun des protagonistes.

III-5-i- L'auto-empathie.

L'auto-empathie est la capacité à se relier à ses propres émotions et besoins insatisfaits, dans les situations qui déclenchent jugements sur soi ou sur l'autre.

III-5-j- La célébration.

La CNV n'a pas pour seul objectif de résoudre les conflits, mais aussi d'apprendre à exprimer sa gratitude et des remerciements. Il s'agit de sortir du système de récompense/punition et de célébrer ce qui a pu contribuer à nous rendre la vie plus belle, en citant les faits, les émotions ressenties et les besoins qui ont été nourris.

III-5- Les formations en CNV.

III-5-a- La certification.

Le Centre pour la Communication Non Violente (CNVC), propose un cursus de certification, se réalisant en général en plusieurs années (4 à 6 ans en moyenne), et permettant au participant d'intégrer le processus et d'acquérir des outils pédagogiques adaptés à sa transmission.

Il se compose de nombreux modules alliant théorie et pratique, et aborde aussi bien la philosophie et la méthodologie du processus, les méthodes et techniques de transmission, les différenciations-clé, la résolution de conflits, la maîtrise de jeux de rôle et de la médiation. Il est aussi demandé à chaque candidat d'avoir un accompagnement thérapeutique individuel.

La certification passe ensuite par une validation par une équipe de certificateurs référents. Seuls les formateurs certifiés sont ensuite habilités à proposer des formations au grand public.

III-5-b- Les formations tout public.

En France, les formations au grand public comprennent des formations de base en trois modules (deux jours par modules), et des modules d'approfondissement, autour de thèmes tels que l'auto-empathie, l'écoute empathique, la culpabilité et la honte, la colère, dire et recevoir un non, donner et recevoir des appréciations, exprimer de la gratitude, dépasser les croyances limitantes.

Des formations plus spécifiques aux secteurs de l'éducation, de la médiation, du soin ou de l'entreprise sont aussi proposés. Aujourd'hui, la CNV est transmise dans plus de 65 pays.

III-4-c- La CNV se développe dans le milieu médical

Les formations en CNV se développent de plus en plus dans le milieu médical. Elles s'inscrivent dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé en Communication Médicale ou d'analyses des pratiques professionnelles.

De nombreuses équipes paramédicales et médicales ont pu être formées en **centres hospitaliers (CH) et cliniques** (le CH de Boulogne sur Mer, le CH d'Alençon, le CH de Beauvais, le CH d'Eaubonne, le CH de Joigny, la clinique de la Toussaint(Groupe hospitalier Saint Vincent de Paul, Strasbourg, équipe de soins palliatifs et SSR), le groupement Hospitalier de l'Est Francilien, le réseau Aquarel Santé (Clinique Victor Hugo du Mans, Village Santé Saint Joseph)), ainsi que des **établissements de soins en addictologie** (les Métives , La Roche sur Yon et les Sables d'Olonne) et que des **EHPAD** (Gamby, la résidence les Aînés à Ruffec).

Dans la région normande des formations ont eu lieu dans le réseau d'addictologie du Havre et plus récemment, à l'hôpital du belvédère, à Mont Saint-Aignan. Des interventions ont aussi eu lieu auprès des étudiants en médecine (colloque sur la communication dans le soin, Paris, 2017 ; formation des étudiants à la Pitié Salpêtrière, septembre 2018). Ces interventions mettent l'accent sur la compréhension mutuelle et l'écoute au sein des équipes, afin d'améliorer le bien-être au travail et la prise en charge des patients.

En psychiatrie, une équipe du centre psychiatrique de Sevrey comprenant psychiatres, psychologues et infirmiers a été formée en 2018 par l'organisme PMformation.

Au CHU de Nantes, l'équipe du centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive (Creserc) utilise la CNV comme outil pour favoriser le rétablissement et la réinsertion sociale de patients souffrants de troubles psychiatriques.

L'organisme PMFormation, qui œuvre depuis plus de 15 ans en milieu hospitalier, identifie plusieurs objectifs à ces interventions, telles que l'identification du mode de communication en milieu professionnel, l'apprentissage d'une communication renforçant la cohésion des équipes, la capacité à gérer les conflits, le développement de la confiance en soi pour annoncer des diagnostics graves, la capacité à désamorcer l'agressivité aux urgences, l'accueil empathique des plaintes des familles.

Actuellement, un pôle CNV et Santé se développe autour de formateurs et de professionnels de la santé formés à la CNV, pour développer la CNV dans le milieu médical, hospitalier et universitaire. De nombreux projets de recherche et d'études sont actuellement en cours d'élaboration.

Partie 2 : Enquête.

I-Introduction.

La relation médecin-malade est capitale en psychiatrie : elle est au cœur de la prise en charge(5). Une relation de bonne qualité favorise la compliance et l'adhésion aux traitements, et a des vertus psychothérapeutiques positives(7,8).

Avoir de bonnes relations au sein de l'équipe est tout aussi essentiel pour éviter les erreurs médicales et améliorer la sécurité du patient(81,82). Ces aspects relationnels influencent la satisfaction au travail des médecins et leur bien-être(76). Bien communiquer permet de favoriser des relations de bonne qualité et de mieux gérer les conflits.

Pour les professionnels en formation, comme les internes en psychiatrie, il est important de pouvoir connaître et maîtriser des techniques de communication pragmatiques et efficaces pour améliorer les relations professionnelles, thérapeutiques et le bien-être au travail(90).

La Communication Non Violente (CNV), selon le principe de Marshall B. Rosenberg, est un outil qui invite à mettre plus de conscience sur la façon dont nous nous exprimons et écoutons l'autre. Elle place les émotions et les besoins au cœur de l'échange et favorise d'avantage d'empathie envers soi et l'autre, afin, afin de permettre une qualité de lien où chacun sera entendu et compris.

Se développant de plus en plus en médecine, dans des services d'urgence, de maternité ou en EHPAD, cet outil reste encore peu connu et utilisé en psychiatrie.

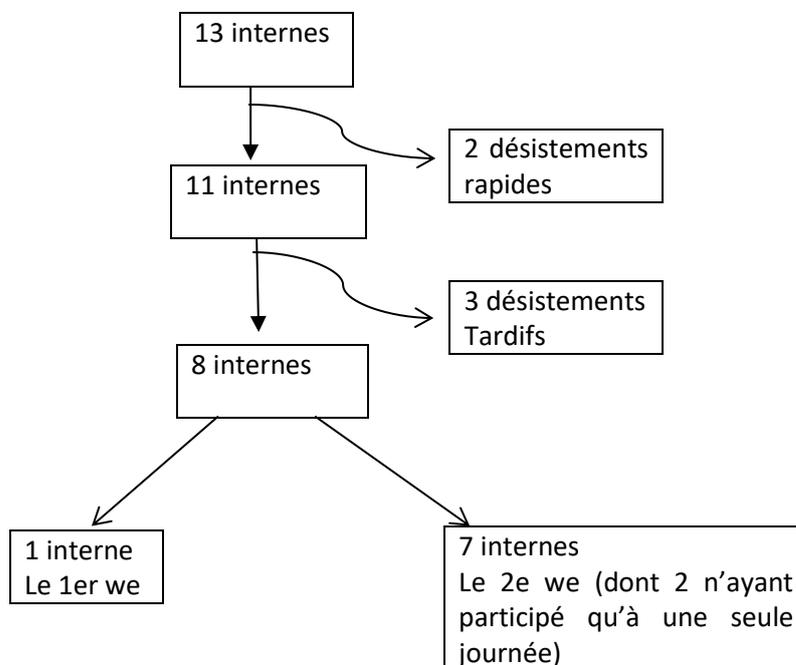
L'objectif de cette étude est donc de mesurer l'apport de la CNV chez des internes en psychiatrie, après une initiation de deux jours à cette méthode, à la fois dans leurs relations avec les patients et les familles, dans leurs relations d'équipe, et dans leurs relations à eux-mêmes.

II- Matériels et Méthodes.

II-1- Matériels et méthodes

Les internes, inscrits à la faculté de médecine de Rouen pour l'année 2017-2018, ont été sollicités via la mailing liste. Plusieurs mails d'informations présentant la CNV et le projet de thèse, ont été envoyés. Initialement, 13 internes ont répondu être intéressés pour participer au projet, mais deux se sont désistées rapidement (une non disponible aux dates proposées, une non disponible d'un point de vue personnel) et trois se sont désistés plus tardivement, une pour raisons personnelles (mutation du conjoint) et deux pour raisons professionnelles (travail de thèse, fonctionnement de service) (flow chart).

Flow chart



Avant et après l'initiation, les internes ont rempli un questionnaire d'auto-évaluation comprenant 20 questions, et réalisé spécifiquement pour l'étude. Une échelle de Likert en 4 points a été choisie afin de mieux mesurer l'évolution après l'initiation.

Le questionnaire a été conçu selon deux axes majeurs : la CNV en tant qu'outil relationnel, et la CNV en tant qu'outil psychothérapeutique. L'axe relationnel a été développé en prenant en compte les spécificités liées au métier de psychiatre (Relation médecin-malade (28), soins sous contraintes (90), relation médecin-famille et relation médecin-équipe (91,92,93)). L'axe psychothérapeutique, a lui, été orienté dans deux directions : vers le patient (compétences psychothérapeutiques (5, 28)), et vers le médecin (bien-être individuel (90, 91)).

Les relations médecin-malade et médecin-famille ont été évaluées en termes de qualité de la relation, de confiance, d'adhésion et de satisfaction, reprenant ainsi les points-clés d'une relation de bonne qualité(28). Les soins sous contraintes ont été notés selon la capacité à gérer la violence et l'agressivité et la capacité à favoriser la compliance.

Les compétences psychothérapeutiques se sont appuyées à la fois sur des concepts de base de CNV (qualité de l'écoute et empathie), et aussi sur certains points méthodologiques concrets (capacité à aider le patient à reconnaître et prendre en compte ses émotions et ses besoins)(121).

Le bien-être individuel a été évalué par le bien-être au travail et la capacité à reconnaître et prendre en compte ses propres émotions et besoins dans le cadre professionnel.

Le questionnaire initial (annexe 1), et le questionnaire des trois mois (annexe 2), ainsi que la totalité des réponses aux questions (annexe 5) sont présentés en annexe

II-2- Objectifs de la formation

L'initiation à la Communication Non Violente (CNV) a consisté en deux jours de formation intensive, permettant d'acquérir les bases de la Communication Non violente, selon le processus de Marshall B. Rosenberg, à la fois par un apport théorique, mais aussi par la mise en application du processus à travers différentes mises en situation.

Trois objectifs ont été établis pour ces deux jours d'initiation :

- Le premier était de mieux **connaître et comprendre la CNV** et le processus empathique.
- Le deuxième était **d'améliorer la qualité de communication** dans des relations conflictuelles avec les patients, familles ou en équipe. Il s'agissait de repérer les obstacles à la communication : les pensées, interprétations, croyances, jugements sur soi ou sur l'autre, l'accusation, l'exigence, qui coupent de la relation et d'apporter un éclairage avec l'outil « CNV ». Il s'agissait aussi de clarifier son intention avant d'entrer en relation.
- Enfin le troisième objectif était d'apprendre à **être à l'écoute de soi**, c'est-à-dire d'apprendre à repérer et à prendre en compte ses propres émotions et besoins, dans la relation à l'autre et de savoir exprimer son vécu avec authenticité.

Un deuxième questionnaire d'auto-évaluation a à nouveau été rempli par les participants trois mois après l'initiation.

II-3- Analyses statistiques

Pour analyser les données, les questions ont été regroupées en 6 catégories : relation médecin-malade (questions 1, 4, 5, 6), soins sous contraintes (questions 2, 3), relation médecin-famille (questions 7, 8, 9, 10), relation médecin-équipe (questions 11, 12, 13), compétences psychothérapeutiques (questions 14, 15, 16, 17) et bien-être individuel (questions 17, 19, 20).

Ces catégories correspondent à des axes de travail majeurs du métier de psychiatre.

Un test statistique, à la fois non-paramétrique, puisque le modèle linéaire classique n'a pas pu être utilisé (l'effectif des sujets étant inférieur à 10), et qui prend en compte des données appariées, car ce sont les mêmes sujets qui sont testés avant et après l'intervention, a été choisi.

A partir des réponses aux échelles de Likert, l'évolution du score suite à l'intervention, pour chaque sujet et pour chaque question a été calculée (-1: le score diminue, 0: le score ne change pas, 1: le score augmente) .

Pour tester si la probabilité d'augmenter son score après cet événement était significativement supérieure à 0.5 (plus d'une chance sur 2), un test binomial exact, fournissant une p-value et un intervalle de confiance à 95% (avec la fonction sous le logiciel de statistiques R: `binom.test`) a été utilisé. Ce test a été utilisé pour chacune des 6 catégories de questions et les résultats apparaissent sur la figure 21.

Une analyse comparative du pourcentage de réponses (mauvais, moyen, bien, très bien) avant et après l'initiation a aussi été réalisée pour chaque question.

Nous ne présenterons dans la partie résultat que certaines de ces questions, dont les résultats nous ont semblé particulièrement pertinent de citer et de discuter.

III- Résultats.

III-1- Caractéristiques de la population.

Sur les huit participants, une interne était en premier semestre, trois internes étaient en troisième semestre, trois internes en cinquième semestre et une interne en sixième semestre.

Trois internes étaient d'origine étrangère (Italie), l'une débutait son premier semestre en France, l'autre était déjà médecin dans son Pays.

Une interne était en reconversion professionnelle et on comptait un homme pour sept femmes.

Aucun interne n'avait antérieurement participé à une formation en CNV (une seule d'entre eux connaissait la CNV et avait envisagé de s'y former).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population.

Sexe (H/F) N=8	1/7
Semestre d'internat N=8	1er semestre: 1 3e semestre: 3 5e semestre: 3 6e semestre: 1
Pays d'origine N=8	France: 5 Italie: 3
Formation antérieure à la CNV N=8	0

III-2- Analyses statistiques.

III-2-a- Résultats généraux

Chaque catégorie étudiée (relation médecin-malade, soins sous contraintes, relation médecin-famille, relation médecin-équipe, compétences psychothérapeutiques, et bien-être individuel) s'est améliorée après la formation (figure 1). L'analyse statistique avec le test binomial exact montre que l'amélioration des relations médecin-famille ($p= 0,004$) et des soins sous contraintes étaient statistiquement significatifs ($p= 0,03$) (figure 1).

Figure 1 : test binomial exact

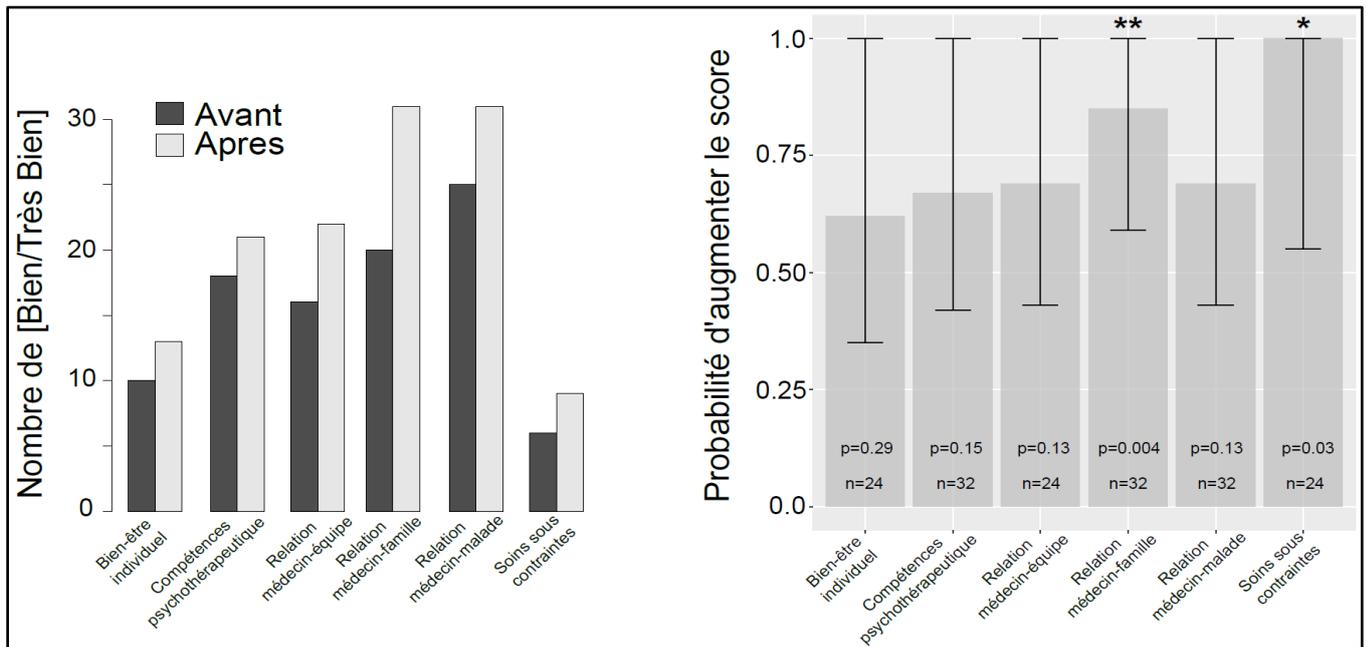


Figure de gauche : Bien/Très bien : englobe les réponses Compétent/Très compétent, Satisfait/Très satisfait, Souvent/Très souvent. Figure de droite : n = nb d'internes (8) x nb de questions

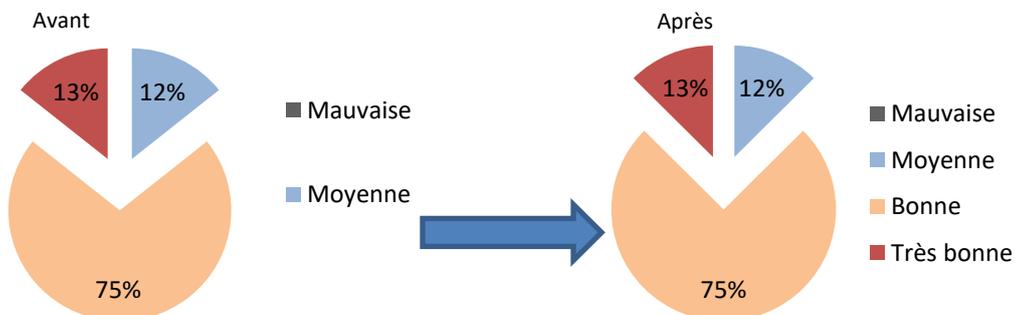
III-2-b- Point particuliers.

Différentes questions ont montré des résultats intéressants qu'il nous a paru bon de présenter puis de discuter. Elles concernent les relations d'équipe, les compétences psychothérapeutiques et le bien-être individuel.

III-2-b-i- Relations d'équipes.

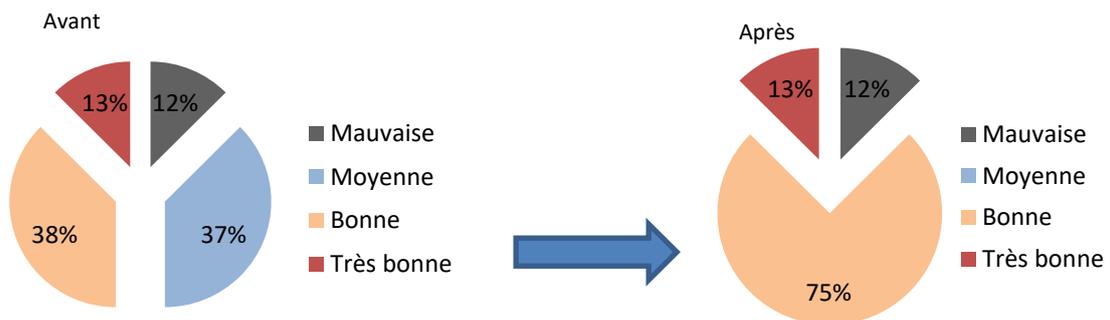
Concernant la coopération avec les collègues, 12% des internes évaluaient leurs capacités de coopération comme moyenne, 75% bonne et 13% très bonne avant ET après l'initiation (figure 2).

Figure 2 : Comment évalueriez-vous votre capacité de coopération avec vos collègues ?



La qualité de la prise en charge pluridisciplinaire était évaluée comme mauvaise pour 12% des internes, moyenne pour 37%, bonne pour 38% et très bonne pour 13%, tandis qu'après l'initiation, les résultats se chiffraient à 12% pour mauvaise, 75% pour bonne et 13% pour très bonne (figure 3). La qualité de la prise en charge pluridisciplinaire était donc toujours évaluée à 12% comme mauvaise par les internes.

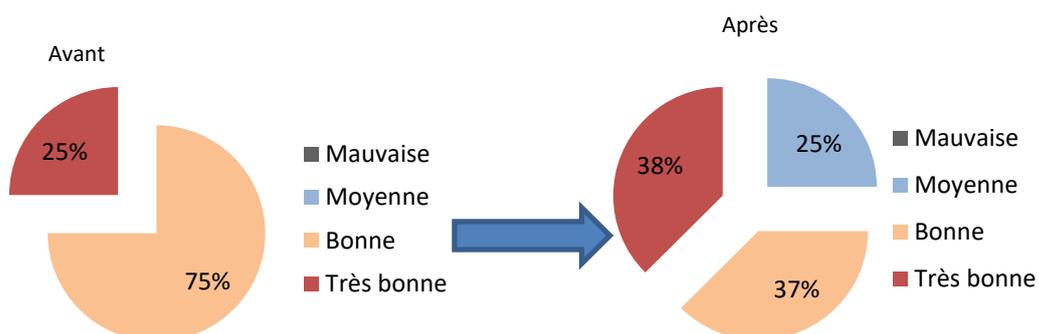
Figure 3 : Quelle est la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire de vos patients ?



III-2-b-ii- Compétences psychothérapeutiques.

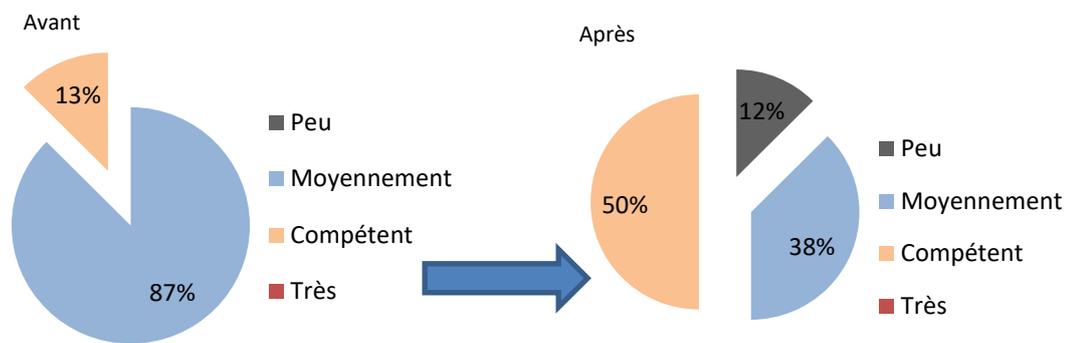
Avant l'initiation, 75% des internes évaluaient leurs capacités d'écoute bonne, et 25% très bonne ; versus 25% moyenne, 37% bonne et 38% très bonne, après la formation (figure 4). On note donc l'apparition de 25% des internes qui évaluent leur qualité d'écoute comme moyenne APRES la formation.

Figure 4 : Comment évaluez-vous votre qualité d'écoute ?



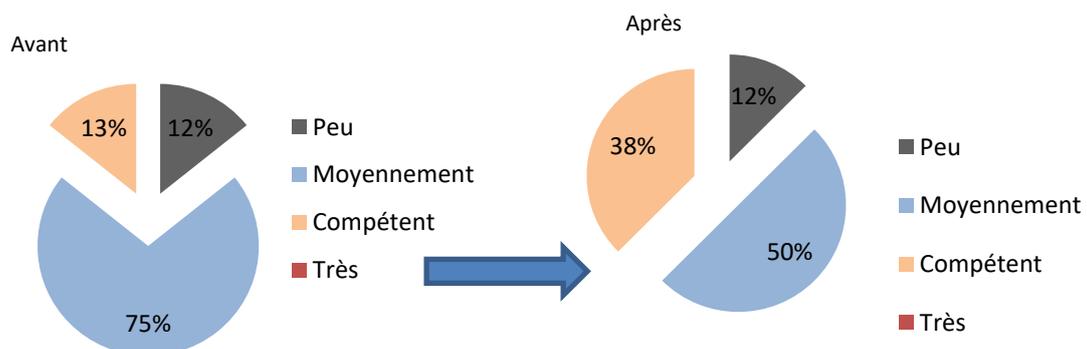
Concernant la capacité à aider les patients à reconnaître et prendre en compte leurs émotions, 87% des internes se jugeaient moyennement compétents et 13% compétents ; et après l'initiation, 12% peu compétents, 38% moyennement compétents et 50% compétents (figure 5). On note donc l'apparition de 12% des internes qui se jugent peu compétents APRES l'initiation.

Figure 5 : Vous sentez-vous compétents pour aider vos patients à reconnaître et prendre en compte leurs émotions ?



12% évaluaient être peu compétents pour aider leurs patients à reconnaître et prendre en compte leurs besoins, 75% moyennement compétents et 13% compétents ; après l'initiation 12% se jugeaient peu compétents, 50% moyennement compétents et 38% compétents (figure 6). Il persiste donc 12% des internes qui se jugent peu compétents même après l'initiation.

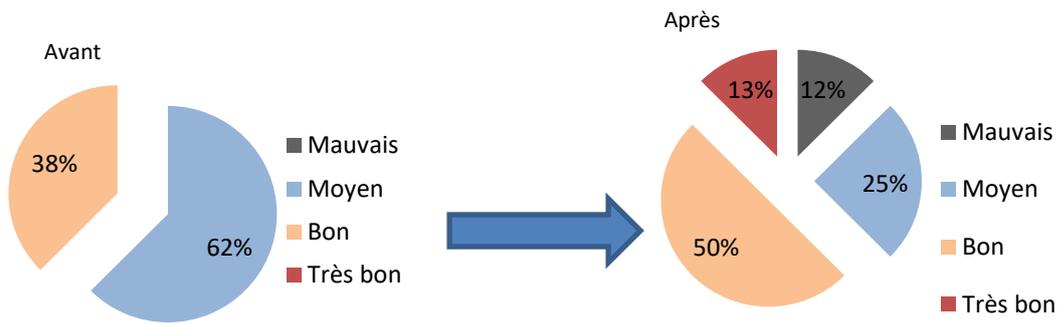
Figure 6 : Vous sentez-vous compétent pour aider vos patients à reconnaître et prendre en compte leurs besoins ?



III-2-b-iii Bien-être au travail/relation à soi.

Au niveau du bien-être au travail, 62% l'évaluaient moyen et 38% bon ; alors qu'après l'initiation on retrouve 12% de mauvais, 25% de moyen 50% de bon et 13% de très bon (figure 7). 12% des internes évaluent donc leur bien-être comme mauvais APRES l'initiation.

Figure 7 : Comment évaluez-vous votre bien-être au travail ?



IV- Discussion

IV- 1- Résultats généraux

Les résultats de notre enquête montrent que tous les champs explorés : relations aux patients, soins sous contraintes, relations aux familles, relations en équipe, compétences psychothérapeutiques et bien-être au travail, ont une tendance à l'amélioration, chez les internes, après l'initiation à la CNV (figure 1).

On peut supposer que l'initiation à la CNV a permis **d'apprendre des techniques de communication efficaces** qui permettraient d'améliorer la qualité des relations avec les autres et la prise en compte de soi.

Ces résultats seraient en adéquation avec les données actuelles qui font le lien entre l'amélioration de la communication et l'amélioration de la relation(145), ainsi que celles qui font le lien entre le bien-être individuel et la qualité de la relation aux autres(85, 86, 87, 109).

La deuxième hypothèse serait que l'initiation à la CNV a permis aux participants **une meilleure évaluation de leurs compétences relationnelles**, à la fois par le travail en groupe de pairs, mais aussi par davantage d'auto-compassion. Le travail d'enseignement en groupes de pairs se développe dans les études médicales (152).

L'apprentissage en groupes de pairs consiste à la transmission de compétences d'un étudiant à d'autres étudiants (146). Par la faible distance entre l'enseignant et l'apprenant, il augmente l'apprentissage, la participation et la satisfaction (147–149). Ce travail en groupe permet d'échanger, de se comparer, et finalement, de relativiser ses difficultés.

L'apprentissage de la CNV est aussi centré sur la bienveillance envers soi-même.

Par l'écoute de soi, des pensées, des émotions et des besoins, les participants prennent conscience de leur fonctionnement intérieur, et notamment, des jugements négatifs qu'ils entretiennent vis-à-vis d'eux-mêmes, ainsi que de leurs besoins, qu'ils mettent très souvent de côté (99, 101). Ces prises de conscience permettent de transformer le rapport à soi, favorisant davantage de compassion, de douceur, et de respect pour soi (108, 109). Par ces deux aspects, les compétences après un travail de groupe pourraient, ainsi, être réévaluées à la hausse après une formation à la CNV.

La troisième hypothèse, serait que la CNV améliorerait **les compétences métacognitives**. La métacognition se définit par la connaissance (ce que l'on connaît de son propre fonctionnement dans son raisonnement, ses prises de décisions...) et le contrôle (la régulation) qu'une personne a sur ses propres processus cognitifs (raisonnement, résolution de problèmes, prises de décisions...) (150). En améliorant leurs compétences métacognitives, les individus, réévaluent plus justement (à la hausse ou à la baisse) leurs performances. Ce phénomène d'évaluation a bien été décrit dans la littérature(151,152): il s'agit à la fois, de la tendance de sujets incompetents à surestimer leur performance, et qui, en augmentant leurs compétences métacognitives, prennent conscience de leur incompetence et réévaluent à la baisse, mais plus justement leurs compétences ; et de la tendance des sujets compétents, à sous-estimer leur performance, et qui, en augmentant, leurs compétences métacognitives, réévaluent à la hausse leurs compétences. Ainsi, grâce à la réflexion sur soi, les élèves peuvent acquérir une plus grande conscience d'eux-mêmes(153) et une meilleure évaluation de leurs performances(156, 157).

Pour discriminer ces trois hypothèses, il serait intéressant de poursuivre les recherches de façon plus approfondie avec des questionnaires validés et spécifiques de la relation médecin-malade (avec une version pour le médecin, le malade et un observateur extérieur, ce qui permettrait de confronter l'évaluation de la qualité de la relation depuis ces trois points de vue) ; avec des questionnaires d'auto-compassion et des questionnaires sur les compétences métacognitives.

Les résultats sont statistiquement significatifs pour la relation médecin-famille ($p= 0,004$) et pour les soins sous contraintes ($p= 0,03$). Cette perception d'une meilleure relation aux familles est conforme aux données actuelles qui postulent qu'une médecine davantage centrée sur le patient favorise l'amélioration clinique, la prise de décisions partagées, favorisant ainsi la confiance et la satisfaction(154). De plus, face à un médecin plus disponible et à l'écoute, le regard des familles change, et lui renvoie une image plus positive de la relation(5).

Dans les situations d'urgence comme les hospitalisations sous contraintes, l'attitude de l'interne favorise une meilleure gestion de l'agressivité et de la violence(27). Une meilleure connaissance des techniques de communication(77), une amélioration de l'intelligence émotionnelle(155) et de son propre bien-être(77) permet à l'interne de mieux faire face aux conflits et aux situations de stress.

IV-2- Points particuliers

L'évaluation de la qualité des relations médecin-équipes est demeurée inchangée après la formation à la CNV (figure 2). La qualité de la prise en charge pluridisciplinaire était toujours évaluée à 12% comme mauvaise par les internes (figure 3). Pour comprendre de tels résultats, nous pouvons penser que l'initiation à la CNV améliore les compétences relationnelles individuelles, mais n'a pas, ou peu, d'impacts sur les problèmes institutionnels et l'organisation des soins qui régissent la vie d'équipe (77, 81). Le vécu des internes sur ces questions resterait donc le même. On peut aussi envisager, que pour les étudiants ayant pris conscience de schémas de communication pourvoyeurs de malentendus et de conflits, et ayant expérimenté un mode relationnel plus empathique et bienveillant (109), le vécu des conflits d'équipe et des problèmes institutionnels, est d'autant plus difficile, après une telle formation.

Concernant les compétences psychothérapeutiques, on note l'apparition de 25% des internes qui évaluent leur qualité d'écoute comme moyenne APRES la formation (figure 4), 12% des internes qui se jugent peu compétents à aider le patient à reconnaître et prendre en compte ses émotions APRES l'initiation (figure 5) et la persistance de 12% des internes qui se jugent peu compétents à aider le patient à reconnaître et prendre en compte ses besoins, même après l'initiation (figure 6).

En effet, bien que l'écoute soit un élément clé dans le métier de psychiatre, l'écoute est une notion qui n'est que très peu abordée lors de l'internat de psychiatrie(156–158). « Qu'est-ce qu'écouter ? », « Comment écoute t'on ? ». L'initiation à la CNV a proposé d'expérimenter une posture d'écoute bienveillante « d'accueil inconditionnel », selon le modèle de Carl Rogers (119), en apprenant à être plus présent à ce qu'il vit. Ces exercices ont mis en lumière les habitudes habituelles de couper la parole, de minimiser, de rassurer, de conseiller... et ont peut-être favorisé une meilleure évaluation de la qualité d'écoute après l'initiation(152), par l'amélioration des compétences métacognitives.

Les notions d'émotions mais surtout de besoins sont assez inhabituelles et non familières pour les internes (105, 109). Elles demandent très probablement davantage de temps que les trois mois utilisés dans notre étude et davantage de répétitions qu'une seule et unique initiation de deux jours pour pouvoir être intégrées et qu'une évolution puisse se voir sur des données statistiques (26).

Des études incluant l'évaluation de la qualité de l'écoute par le médecin, le patient et un observateur extérieur, ainsi que des mesures de l'intelligence émotionnelle, pourraient enrichir ces nouveaux paradigmes.

Concernant le bien-être au travail, 12% des internes évaluent leur bien-être comme mauvais APRES l'initiation (figure 7). Ce résultat pourrait s'expliquer de différentes manières.

La première serait que l'initiation à la CNV a permis une prise de conscience par les internes, de l'importance de leurs propres émotions et besoins(159), mais sans qu'ils n'arrivent encore à la mise en place de stratégies effectives sur le lieu de travail.

En effet, en général, les protocoles d'entraînement se déroulent sur plusieurs semaines(160), ce qui montre l'effet positif du vecteur temps et de la répétition sur l'amélioration du bien-être et sur le changement des habitudes(161). Des programmes de formation et d'évaluation sur du plus long terme pourrait donc être intéressants à mettre en place.

La deuxième serait un effet d'accumulation de fatigue et de pression au cours des trois mois écoulés entre les deux questionnaires (90, 95, 96, 97). Et enfin le dernier facteur à envisager pourrait être dû au fait que les internes ont changé de lieu de stage entre les deux temps d'évaluation, et que certains internes se sentent moins à l'aise et moins satisfaits de leur nouveau lieu de stage.

IV-3- Limites

Notre enquête comporte de nombreuses limites. Tout d'abord, le mode de recrutement de la population s'est fait sur la base du volontariat, et seuls les internes intéressés par la question de la communication et de la relation dans le soin ont participé. De plus, la taille de l'échantillon (N=8) est très faible et ne permet pas d'avoir un échantillon représentatif de la population générale.

Le déroulement et le contenu de la formation entraînent eux-aussi certaines limites.

Tout d'abord, la formation des participants est hétérogène, d'une part parce qu'il y a eu deux groupes formés (un premier groupe ne comprenant qu'une seule interne et différents professionnels (une psychologue, une conseillère conjugale, une sage-femme, un éducateur spécialisé, une avocate, et un enseignant) et un deuxième groupe avec les sept autres internes), et que deux internes du deuxième groupe n'ont participé qu'à une seule journée de formation, et une interne a manqué une matinée.

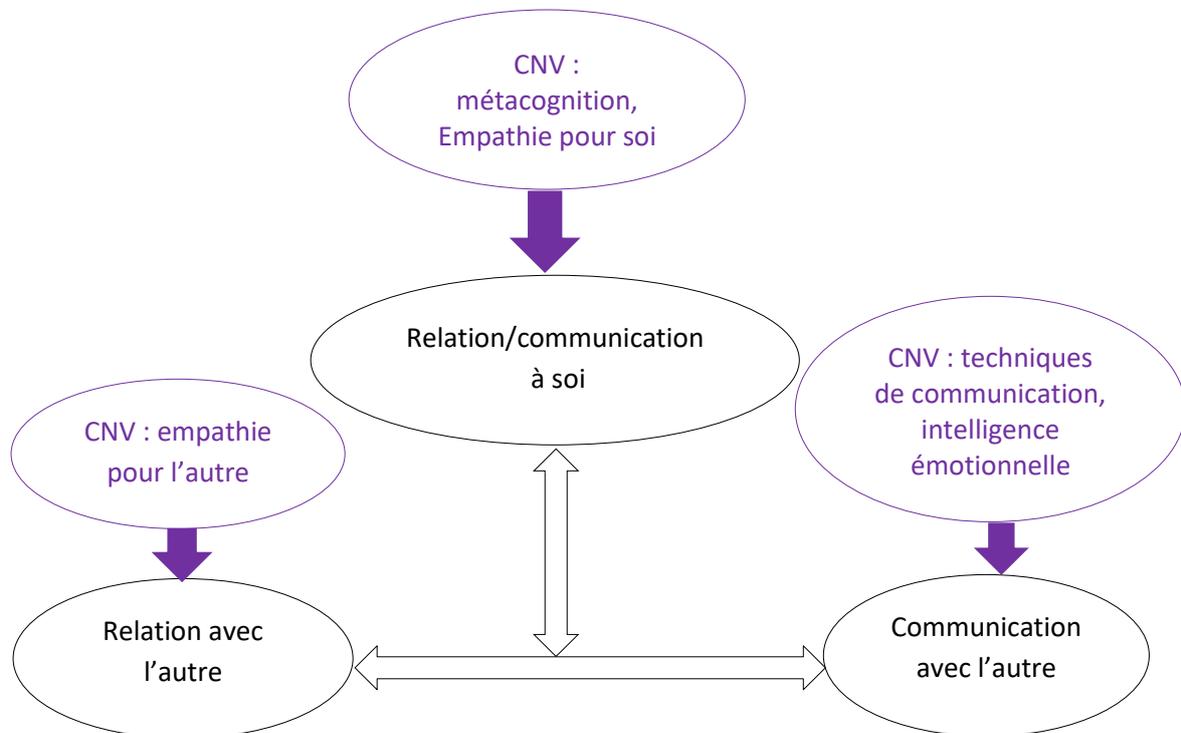
Aussi, la formation n'a pas été faite par un formateur certifié par le CNVC, mais par une interne en psychiatrie en 7e semestre, formée à la CNV et ayant une expérience en tant qu'assistante de formation en milieu hospitalier. De plus, la formatrice et l'enquêtrice sont la même personne, on peut donc imaginer que ce manque de neutralité a modifié l'évaluation des compétences dans le deuxième questionnaire.

Le mode de récolte des données entraîne lui aussi de nombreuses limites : il y a eu un changement de stage entre premier et le deuxième questionnaire, les notions abordées dans les questions telles que « relation médecin-malade », « empathie » « écoute » n'ont pas été définies en amont, laissant libre à l'interprétation individuelle. Les questionnaires ont été créés pour l'étude et ont été nominatifs.

Enfin, la formation a été réalisée en groupe de pairs entraînant de probables biais d'évaluation des compétences dans le deuxième questionnaire (par effet de comparaison aux autres participants).

A l'issue de cette enquête, de nombreuses facettes de la CNV sont mises en lumière (figure 8) :

Figure 8: Apports de la CNV



La CNV, une technique de communication,

La CNV, une posture relationnelle,

La CNV, un outil de connaissance et de prise en compte de soi.

A l'issue de cette enquête, de nombreux mécanismes de la CNV sont mis en lumière (figure 8) :

Une communication qui influence la relation,

Une relation qui influence la communication,

Un rapport à soi change le rapport à l'autre,

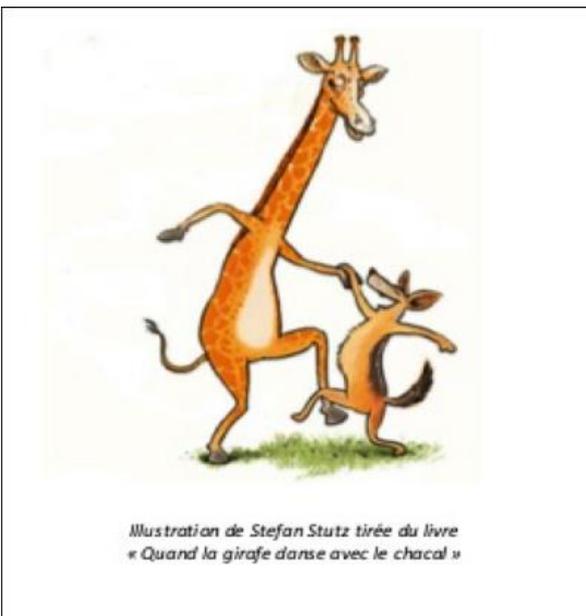
Un rapport à l'autre qui change le rapport à soi.

V- Conclusion

Cette étude a posé les bases de l'apport de la CNV en psychiatrie. La CNV semble améliorer la relation aux autres (aux patients, aux familles, aux collègues) et la relation à soi (prise en compte de ses propres émotions et besoins), en milieu professionnel.

La CNV est à la fois une technique de communication augmentant la conscience de soi, de ses émotions et de ses besoins, et d'où va émerger un mode relationnel basé sur l'empathie (pour soi et pour les autres). C'est aussi une façon d'être en relation (avec soi et avec les autres) où l'empathie est au cœur, et d'où va émerger une façon de communiquer centrée sur les émotions et les besoins (les siens et ceux des autres).

Notre enquête ouvre les prémises de l'étude de l'apport de la CNV en milieu médical psychiatrique. Ces résultats prometteurs nécessitent de futures recherches, afin de confirmer et d'affiner l'apport d'une telle méthode en milieu psychiatrique.



Bibliographie

1. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLOS ONE*. 9 avr 2014;9(4):e94207.
2. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. févr 2007;5(1):57-65.
3. Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med*. août 2003;18(8):670-4.
4. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 10 mars 2001;357(9258):757-62.
5. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 7 nov 2003;17(4):339-46.
6. Hassan I, McCabe R, Priebe S. Professional-patient communication in the treatment of mental illness: a review. *Commun Med*. 2007;4(2):141-52.
7. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Front Psychol* [Internet]. 18 oct 2011 [cité 1 juill 2018];2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198542/>
8. Catty J. « The vehicle of success »: theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychol Psychother*. juin 2004;77(Pt 2):255-72.
9. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 28 sept 2002;325(7366):697-700.
10. Ditton-Phare P, Loughland C, Duvivier R, Kelly B. Communication skills in the training of psychiatrists: A systematic review of current approaches. *Aust N Z J Psychiatry*. juill 2017;51(7):675-92.
11. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe Estry-Béhar M. (2008) Presses de l'EHESP Rennes 383 pages | Request PDF [Internet]. ResearchGate. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/275712516_Sante_et_satisfaction_des_soignants_au_travail_en_France_et_en_Europe_Estry-Behar_M_2008_Presses_de_l'EHESP_Rennes_383_pages
12. Harrison PJ, Baldwin DS, Barnes TRE, Burns T, Ebmeier KP, Ferrier IN, et al. No psychiatry without psychopharmacology. *The British Journal of Psychiatry*. oct 2011;199(4):263-5.
13. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. avr 1995;40(7):903-18.
14. La solitude pèse bien au-delà des personnes seules [Internet]. Centre d'observation de la société. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: http://www.observationsociete.fr/structures-familiales/solitude_isolement.html

15. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLOS ONE*. 9 avr 2014;9(4):e94207.
16. Bateson G, Ruesch J. *Communication et société*. Ed. du Seuil; 1988. 346 p.
17. Holloway RL. Human paleontological evidence relevant to language behavior. *Hum Neurobiol*. 1983;2(3):105-14.
18. De Vito JA. *The interpersonal communication book*. Hunter College of the City University of New York: Pearson; 1976.
19. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Une logique de la communication*. Ed. du Seuil; 2014. 280 p.
20. Bateson G, Ruesch J. *Communication et société*. Ed. du Seuil; 1988. 346 p.
21. Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *Int Rev Psychiatry*. déc 2008;20(6):521-6.
22. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*. 74(3):295-301.
23. Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, et al. Structured patient–clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: Cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. nov 2007;191(5):420-6.
24. Thompson L, Howes C, McCabe R. Effect of questions used by psychiatrists on therapeutic alliance and adherence. *The British Journal of Psychiatry*. juill 2016;209(1):40-7.
25. Priebe S, Dimic S, Wildgrube C, Jankovic J, Cushing A, McCabe R. Good communication in psychiatry--a conceptual review. *Eur Psychiatry*. oct 2011;26(7):403-7.
26. Ditton-Phare P, Halpin S, Sandhu H, Kelly B, Vamos M, Outram S, et al. Communication skills in psychiatry training. *Australas Psychiatry*. août 2015;23(4):429-31.
27. McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *Int J Soc Psychiatry*. juin 2004;50(2):115-28.
28. McGuire-Snieckus R, McCabe R, Catty J, Hansson L, Priebe S. A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychol Med*. janv 2007;37(1):85-95.
29. Gaston L, Marmar C. *Manual for the California Psychotherapy Alliance Scales – CALPAS*. Unpublished manuscript. Department of Psychiatry, McGill University: Montreal, Canada; 1991.
30. R. Holloway. Human paleontological evidence relevant to language behavior. 1983. (*Human Neurobiology*; vol. 2).
31. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient, Abstract. *Raisons politiques*. 2003;no 11(3):59-79.

32. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. International Universities PressInc; 2002. 410 p.
33. Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 114(4):265-73.
34. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. août 2007;67(3):324-32.
35. Jared R. Adams BS, Robert E. Drake MD, George L. Wolford PD. Shared Decision-Making Preferences of People With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services* [Internet]. 1 sept 2007 [cité 14 juill 2018]; Disponible sur: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.9.1219>
36. Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 107(6):403-9.
37. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 24 juill 2012;12:87.
38. Greenson RR. *Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press; 452 p.
39. McGuire R, McCabe R, Priebe S. Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. nov 2001;36(11):557-64.
40. Bruce J. Biddle and Edwin J. Thomas. *Role Theory: Concepts and Research*. 1967. (*International Journal of Group Psychotherapy*; vol. 17(3), p. 404–405).
41. Freud S. *Totem and Taboo and Other Works: Vol. 13*. Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis; 1966. 264 p.
42. Paul Watzlawick,, John H. Weakland. *The Interactional View: Studies at the Mental Research Institute Palo Alto 1965-74*. 1977;
43. Rogers CR. *Client-centered therapy, its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin; 1951. 594 p.
44. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. août 1993;61(4):561-73.
45. Frank AF, Gunderson JG. The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia: Relationship to Course and Outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mars 1990;47(3):228-36.
46. Horvath, Adam O. Greenberg, Leslie S. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. 1986;
47. Clarkin JF, Hurt SW, Crilly JL. Therapeutic Alliance and Hospital Treatment Outcome. *PS*. 1 août 1987;38(8):871-5.

48. S Priebe, T Gruyters. The role of the helping alliance in psychiatric community care: a prospective study. *The Journal of nervous and mental illness*. 1993;181(9).
49. Daniel N Klein, Joseph E Schwartz, Neil J Santiago. Therapeutic Alliance in Depression Treatment: Controlling for Prior Change and Patient Characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(6):997-1006. janv 2004;
50. Zuroff DC, Blatt SJ. The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *J Consult Clin Psychol*. févr 2006;74(1):130-40.
51. Krupnick JL, Sotsky SM, Elkin I, Simmens S, Moyer J, Watkins J, et al. The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *FOC*. 1 avr 2006;4(2):269-77.
52. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 1 août 2007;67(3):324-32.
53. Zeber JE, Copeland LA, Good CB, Fine MJ, Bauer MS, Kilbourne AM. Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. avr 2008;107(1-3):53-62.
54. Gaudio BA, Miller IW. Patients' expectancies, the alliance in pharmacotherapy, and treatment outcomes in bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(4):671-6.
55. Berk M, Berk L, Castle D. A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 6(6):504-18.
56. Green CA, Polen MR, Janoff SL, Castleton DK, Wisdom JP, Vuckovic N, et al. Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;32(1):9-22.
57. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63(10):892-909.
58. Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1990;47(3):228-36.
59. Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 114(4):265-73.
60. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(7):992-7.
61. Ilgen MA, McKellar J, Moos R, Finney JW. Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1 sept 2006;31(2):157-62.

62. Connors GJ, Carroll KM, DiClemente CC, Longabaugh R, Donovan DM. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *J Consult Clin Psychol.* août 1997;65(4):588-98.
63. Ritter A, Bowden S, Murray T, Ross P, Greeley J, Pead J. The influence of the therapeutic relationship in treatment for alcohol dependency. *Drug and Alcohol Review.* 1 janv 2002;21(3):261-8.
64. Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction.* 100(3):304-16.
65. Bender DS. The Therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorders. *Journal of Psychiatric Practice®.* mars 2005;11(2):73.
66. YEOMANS FE, GUTFREUND J, SELZER MA, CLARKIN JF, HULL JW, SMITH TE. Factors Related to Drop-outs by Borderline Patients. *J Psychother Pract Res.* 1994;3(1):16-24.
67. Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Kooiman K, Arntz A. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol.* févr 2007;75(1):104-15.
68. Gerstley L, McLellan AT, Alterman AI, Woody GE, Luborsky L, Prout M. Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *Am J Psychiatry.* avr 1989;146(4):508-12.
69. Barber J, Morse J, Krakauer I, Chittams J, Crits-Christoph K. Change In Obsessive-Compulsive And Avoidant Personality Disorders Following Time-Limited Supportive-Expressive Therapy. *Psychotherapy [Internet].* 1 janv 1997; Disponible sur: https://digitalcommons.adelphi.edu/pia_pubs/34
70. Cloitre M, Chase Stovall-McClough K, Miranda R, Chemtob CM. Therapeutic Alliance, Negative Mood Regulation, and Treatment Outcome in Child Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2004;72(3):411-6.
71. Woody SR, Adessky RS. Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy.* 1 déc 2002;33(1):5-27.
72. Constantino MJ, Arnow BA, Blasey C, Agras WS. The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol.* avr 2005;73(2):203-11.
73. Loeb KL, Wilson GT, Labouvie E, Pratt EM, Hayaki J, Walsh BT, et al. Therapeutic alliance and treatment adherence in two interventions for bulimia nervosa: a study of process and outcome. *J Consult Clin Psychol.* déc 2005;73(6):1097-107.
74. Gallop R, Kennedy SH, Stern D. Therapeutic alliance on an inpatient unit for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders.* 16(4):405-10.
75. Pereira T, Lock J, Oggins J. Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders.* 39(8):677-84.

76. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Gregory WM, Cull A. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*. 16 mars 1996;347(9003):724-8.
77. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Academic Medicine*. févr 2004;79(2):186.
78. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *BMJ Quality & Safety*. 1 oct 2004;13(5):330-4.
79. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *BMJ Quality & Safety*. 1 déc 2005;14(6):401-7.
80. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *BMJ Quality & Safety*. 1 oct 2004;13(suppl 1):i85-90.
81. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *BMJ Quality & Safety*. 1 déc 2004;13(suppl 2):ii3-9.
82. Brock D, Abu-Rish E, Chiu C-R, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Republished: Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgraduate Medical Journal*. 1 nov 2013;89(1057):642-51.
83. Freund Y, Goulet H, Leblanc J, Bokobza J, Ray P, Maignan M, et al. Effect of Systematic Physician Cross-checking on Reducing Adverse Events in the Emergency Department: The CHARMED Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med*. 1 juin 2018;178(6):812-9.
84. Liaw SY, Zhou WT, Lau TC, Siau C, Chan SW. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Education Today*. 1 févr 2014;34(2):259-64.
85. Doppia M-A, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1 nov 2011;30(11):782-94.
86. Manojlovich M. Linking the Practice Environment to Nurses' Job Satisfaction Through Nurse-Physician Communication. *Journal of Nursing Scholarship*. 37(4):367-73.
87. Rosenstein AH. Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs*. juin 2002;102(6):26-34.
88. Haute Autorité de Santé - Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
89. Considérations sur le burn out en milieu de travail [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2018 [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/considerations-sur-le-burn-out-en-milieu-de-travail/>

90. Nuss P. Rapport de l'enquête sur le burn-out chez les psychiatres [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.encephale.com/Videos/Les-videos-du-congres-de-l-Encephale/Encephale-2018/Rapport-de-l-enquete-sur-le-burn-out-chez-les-psychiatres>
91. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med* 2004;2:29.
92. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit J-F, Pochard F, et al. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 avr 2007;175(7):698-704.
93. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-728.
94. Mcmanus I, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC medicine*. 1 sept 2004;2:29.
95. Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Hojat M. Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teach Learn Med*. 2003;15(2):88-92.
96. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. *J Gen Intern Med*. juill 2005;20(7):559-64.
97. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 5 mars 2002;136(5):358-67.
98. Fond G, Bourbon A, Micoulaud Franchi JA, Auquier P, Boyer L, Lancon C. Psychiatry: a discipline at specific risk of mental health issues and addictive behavior? Results from the national BOURBON study. 25 juin 2018;
99. Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*. 1(2):105-15.
100. Le code de déontologie médicale | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>
101. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. févr 2004;72(1):31-40.
102. Tulving E. Memory and consciousness. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 1985;26(1):1-12.
103. Beran MJ, Brandl J, Perner J, Proust J. *Foundations of Metacognition*. OUP Oxford; 2012. 367 p.

104. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 23 sept 2009;302(12):1284-93.
105. Weng H-C, Hung C-M, Liu Y-T, Cheng Y-J, Yen C-Y, Chang C-C, et al. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*. 45(8):835-42.
106. Arora S, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A, Sevdalis N. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Med Educ*. août 2010;44(8):749-64.
107. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity*. 1 mars 2013;12(2):146-59.
108. Neff KD. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity* [Internet]. 1 avr 2003 [cité 22 juill 2018]; Disponible sur: <https://www.scienceopen.com/document?vid=8f91ab4c-39d4-4bf2-8e44-0c1fa5b79e2b>
109. Neff KD. Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*. 5(1):1-12.
110. Association of Humanistic Psychology - AHP [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ahpweb.org/>
111. AAHP. Phoenix. Newsletter of the American Association for Humanistic psychology. numéro 1. déc 1943;4.
112. Vittoz R. Notes et pensées: angoisse ou contrôle. Téqui; 1992. 182 p.
113. Frankl V. Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager. 1946.
114. Frankl VE. The will to meaning: foundations and applications of logotherapy. World Pub. Co.; 1969. 200 p.
115. Moreno JL. Psychothérapie de groupe et psychodrame: introduction théorique et clinique à la socianalyse [Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Einleitung in die Theorie und Praxis], par ... J.L. Moreno, ... Traduit de l'allemand [en anglais] par Jacqueline Rouanet-Dellenbach. Traduit de l'anglais et revu par Anne Ancelin-Schützenberger. Presses universitaires de France (Vendôme, Impr. des P.U.F.); 1965. 471 p.
116. Perls FS, Hefferline RF, Goodman P. Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality. Julian Press; 1951. 492 p.
117. Rogers CR. Client-Centered Therapy, its current practice, implications and theory. 1951.
118. Rogers CR. On becoming a Person. 1961.
119. Barrett-Lennard GT. Carl Rogers' Helping System: Journey & Substance. SAGE; 1998. 430 p.
120. Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In JS Koch (ed) *Psychology : A study of science : Vol 3 Formulations of the person in the social context* (pp 184-256). 1959;

121. Rosenberg MB. Les mots sont des fenêtres (ou bien ils sont des murs): introduction à la communication non violente. Syros; 1999. 226 p.
122. Vischer R. Über das optische Formgefühl, p7, trad. fr. par Maurice Élie in Aux origines de l'empathie. Fondements et fondateurs. 2009. p66 p. (Nice, Ovidia).
123. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev.* juin 2004;3(2):71-100.
124. Adolphs R. Recognizing emotion from facial expressions: psychological and neurological mechanisms. *Behav Cogn Neurosci Rev.* mars 2002;1(1):21-62.
125. Carr L, Iacoboni M, Dubeau M-C, Mazziotta JC, Lenzi GL. Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *PNAS.* 29 avr 2003;100(9):5497-502.
126. Grèzes J, Decety J. Functional anatomy of execution, mental simulation, observation, and verb generation of actions: a meta-analysis. *Hum Brain Mapp.* janv 2001;12(1):1-19.
127. de Waal FBM. Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy. *Annual Review of Psychology.* 2008;59(1):279-300.
128. Adolphs R, Tranel D, Damasio H, Damasio AR. Fear and the human amygdala. *J Neurosci.* sept 1995;15(9):5879-91.
129. Calder AJ, Keane J, Manes F, Antoun N, Young AW. Impaired recognition and experience of disgust following brain injury. *Nat Neurosci.* nov 2000;3(11):1077-8.
130. Jackson PL, Decety J. Motor cognition: a new paradigm to study self-other interactions. *Curr Opin Neurobiol.* avr 2004;14(2):259-63.
131. Reiman EM, Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Davidson RJ, Friston KJ, et al. Neuroanatomical correlates of externally and internally generated human emotion. *Am J Psychiatry.* juill 1997;154(7):918-25.
132. the iPSYCH-Broad autism group, the 23andMe Research Team, Warriier V, Toro R, Chakrabarti B, Børghlum AD, et al. Genome-wide analyses of self-reported empathy: correlations with autism, schizophrenia, and anorexia nervosa. *Translational Psychiatry* [Internet]. déc 2018 [cité 23 mars 2018];8(1). Disponible sur: <http://www.nature.com/articles/s41398-017-0082-6>
133. Uzefovsky F, Shalev I, Israel S, Edelman S, Raz Y, Perach-Barzilay N, et al. The Dopamine D4 Receptor Gene Shows a Gender-Sensitive Association With Cognitive Empathy: Evidence From Two Independent Samples. *Emotion (Washington, DC).* 26 mai 2014;
134. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS: Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med* 1991; 6:420–423.
135. Halpern J. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
136. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med.* 2003;18:670–4.

137. Roter D, Stewart S, Putnam N, Lipkin M. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 1997;277:350–6.
138. Halpern J. Empathy and Patient–Physician Conflicts. *J Gen Intern Med*. mai 2007;22(5):696-700.
139. Levinson W: Physician–patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 273:1619–1620.
140. Suchman LA, Roter D, Green M, Lipkin M: Physician satisfaction with primary care office visits: Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31:1083–1092.
141. Bertakis KD, Roter D, Putman SM: The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*. 1991;(32:175–181).
142. Livinson W, Roter D: Physicians’ psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10:375–379.
143. Decety J, Meyer M. From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology*. sept 2008;20(04):1053.
144. CNV [Internet]. [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.cnvformations.fr/index.php?m=5&ms=147&tyf=100>
145. Stefan Priebe et Rosemarie McCabe, « Therapeutic Relationships in Psychiatry: The Basis of Therapy or Therapy in Itself? », *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)* 20, no 6 (décembre 2008): 521-26, <https://doi.org/10.1080/09540260802565257>.
146. Cate OT, Durning S. Dimensions and psychology of peer teaching in medical education. *Medical Teacher*. 1 janv 2007;29(6):546-52.
147. Burgess A, McGregor D, Mellis C. Medical students as peer tutors: a systematic review. *BMC Med Educ*. 9 juin 2014;14:115.
148. Yu T-C, Wilson NC, Singh PP, Lemanu DP, Hawken SJ, Hill AG. Medical students-as-teachers: a systematic review of peer-assisted teaching during medical school. *Adv Med Educ Pract*. 23 juin 2011;2:157-72.
149. Cate OT, Durning S. Peer teaching in medical education: twelve reasons to move from theory to practice. *Medical Teacher*. 1 janv 2007;29(6):591-9.
150. Dunlosky J, Metcalfe J. *Metacognition*. 2009. (Thousand Oaks: CA: Sage Publications, Inc).
151. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware--but why? A reply to Krueger and Mueller (2002). *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002;82(2):189-92.
152. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one’s own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;77(6):1121-34.

153. Henderson P, Johnson MH. An innovative approach to developing the reflective skills of medical students. *BMC Med Educ.* 10 mai 2002;2:4.
154. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The Doctor-Patient Relationship and Malpractice: Lessons From Plaintiff Depositions. *Arch Intern Med.* 27 juin 1994;154(12):1365-70.
155. Sonal Arora et al., « Emotional Intelligence in Medicine: A Systematic Review through the Context of the ACGME Competencies », *Medical Education* 44, no 8 (août 2010): 749-64, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03709.x>.
156. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education.* 2006;40(7):624-9.
157. Jagosh J, Donald Boudreau J, Steinert Y, MacDonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling.* 1 déc 2011;85(3):369-74.
158. Rimondini M, Piccolo LD, Goss C, Mazzi M, Paccaloni M, Zimmermann C. Communication Skills in Psychiatry Residents – How Do They Handle Patient Concerns? *PPS.* 2006;75(3):161-9.
159. Briñol P, Petty RE, Rucker DD. The role of meta-cognitive processes in emotional intelligence. *Psicothema.* 2006;18 Suppl:26-33.
160. Michael S. Krasner et al., « Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes among Primary Care Physicians », *JAMA* 302, no 12 (23 septembre 2009): 1284-93, <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>.
161. Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology.* 1(2):105-15.

3) Comment évalueriez-vous votre capacité à favoriser la compliance lors de soins sous contraintes ?

très bonne	bonne	moyenne	mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de commenter et de donner des exemples de vos points forts et de vos difficultés pour les questions 2 et 3:

.....

.....

.....

4) Quelle est la confiance que les patients vous accordent?

très bonne	bonne	moyenne	mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Comment jugez-vous l'adhésion des patients aux soins que vous proposez?

très bonne	bonne	moyenne	mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Selon vous, quelle est la satisfaction de vos patients dans vos prises en charge?

très bonne	bonne	moyenne	mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de commenter et de donner des exemples de vos points forts et de vos difficultés pour les questions 4, 5, 6 :

.....

.....

.....

- avec les familles :

7) De façon générale, quelle est la qualité de vos relations avec les familles?

très bonne	bonne	moyenne	mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Comment évalueriez-vous la confiance en vous des familles?

très bonne	bonne	moyenne	mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Les familles adhèrent-elles aux soins que vous proposez à leurs proches?

très souvent	souvent	moyennement	peu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Quelle est la satisfaction des familles dans vos prises en charge?

très bonne	bonne	moyenne	mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de commenter et de donner des exemples de vos points forts et de vos difficultés pour les questions 7, 8, 9, 10 :

.....

.....

.....

- avec l'équipe :

11) De façon globale, que pensez-vous de vos relations en équipe?

très bonne bonne moyenne mauvaise

12) Comment évalueriez-vous votre capacité de coopération avec vos collègues?

très bonne bonne moyenne mauvaise

13) Quelle est la qualité de la prise en charge pluri-disciplinaire de vos patients?

très bonne bonne moyenne mauvaise

Merci de commenter et de donner des exemples de vos points forts et de vos difficultés pour les questions 11, 12, 13:

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

2) En terme psychothérapeutique :

- qualité d'écoute :

14) Comment évaluez-vous votre qualité d'écoute ?

très bonne bonne moyenne mauvaise

Commentez, donnez des exemples de vos points forts et de vos difficultés:

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

15) Vous sentez-vous compétents pour aider vos patients à reconnaître et prendre en compte leurs émotions?

très compétent moyennement peu

16) Vous sentez-vous compétent pour aider vos patients à reconnaître et prendre en compte leurs besoins?

très compétent moyennement peu

- empathie

17) Comment jugez-vous votre capacité d'empathie ?

très bonne bonne moyenne mauvaise

Commentez, donnez des exemples de vos points forts et de vos difficultés pour les questions 15,16 et 17:

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

3) En terme personnel :

-connaissance de soi:

18) Au travail, vous sentez-vous compétents pour reconnaître et prendre en compte vos émotions et vos besoins? très compétent moyennement peu

Merci de commenter et de donner des exemples de vos points forts et de vos difficultés:

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

-bien-être au travail :

19) Vous sentez-vous satisfaits de votre travail ? très satisfait moyennement peu

20) Comment évaluez-vous votre bien-être au travail ? très bon bon moyen mauvais

Merci de commenter et de donner des exemples de vos points forts et de vos difficultés pour les questions 19 et 20:

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

Annexe 2 : Deuxième questionnaire

NOM :

PRENOM :

DATE DE FORMATION :

SEMESTRE D'INTERNAT :

STAGE ACTUEL :

Voici trois mois que l'initiation à la CNV a eu lieu. Ce second questionnaire a pour but d'évaluer l'apport de la CNV dans vos compétences relationnelles avec les patients, leurs familles et les équipes, dans vos compétences psychothérapeutiques, et enfin dans votre rapport à vous-même.

Merci de prendre le temps de le remplir. Plus vos réponses seront précises, plus elles permettront d'en tirer des résultats pertinents pour ma thèse. Des espaces libres sont dédiés à l'expression de vos expériences, n'hésitez pas à utiliser la feuille supplémentaire si vous avez besoin de plus de place (en annotant le numéro de la question à laquelle vous répondez).

Je vous remercie sincèrement de votre participation, sur ce sujet qui me tient tant à cœur.

Barbara.

1) Compétences relationnelles

- Avec les patients

1) Depuis la formation, comment évaluez-vous vos relations avec vos patients? très bonne bonne moyenne mauvaise

Merci de commenter et de donner des exemples de vos améliorations et de vos difficultés restantes :

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

2) Comment jugez-vous votre capacité à gérer la violence et l'agressivité ? très bonne bonne moyenne mauvaise

3) Comment évalueriez-vous votre capacité à favoriser la compliance lors de soins sous contraintes ? très bonne bonne moyenne mauvaise

Merci de commenter et de donner des exemples de vos améliorations et de vos difficultés restantes pour les questions 2 et 3:

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

4) Quelle est la confiance que les patients vous accordent?

très bonne bonne moyenne mauvaise

5) Comment jugez-vous l'adhésion des patients aux soins que vous proposez?

très bonne bonne moyenne mauvaise

6) Selon vous, quelle est la satisfaction de vos patients dans vos prises en charge?

très bonne bonne moyenne mauvaise

Merci de commenter et de donner des exemples de vos améliorations et de vos difficultés restantes pour les questions 4, 5, 6 :

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

- avec les familles :

7) Quelle est la qualité de vos relations avec les familles?

très bonne bonne moyenne mauvaise

8) Comment évalueriez-vous la confiance en vous des familles?

très bonne bonne moyenne mauvaise

9) Les familles adhèrent-elles aux soins que vous proposez à leurs proches?

très souvent souvent moyennement peu

10) Quelle est la satisfaction des familles dans vos prises en charge?

très bonne bonne moyenne mauvaise

Merci de commenter et de donner des exemples de vos améliorations et de vos difficultés restantes pour les questions 7, 8, 9, 10 :

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

- avec l'équipe :

11) Que pensez-vous de vos relations en équipe? très bonne bonne moyenne mauvaise

12) Comment évalueriez-vous votre capacité de coopération avec vos collègues? très bonne bonne moyenne mauvaise

13) Quelle est la qualité de la prise en charge pluri-disciplinaire de vos patients? très bonne bonne moyenne mauvaise

Merci de commenter et de donner des exemples de vos améliorations et de vos difficultés restantes pour les questions 11, 12, 13:

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

2) En terme psychothérapeutique :

- qualité d'écoute :

14) Comment évaluez-vous votre qualité d'écoute ? très bonne bonne moyenne mauvaise

Commentez, donnez des exemples de vos améliorations et de vos difficultés restantes:

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

15) Vous sentez-vous compétents pour aider vos patients à reconnaître et prendre en compte leurs émotions? très compétent moyennement peu

16) Vous sentez-vous compétent pour aider vos patients à reconnaître et prendre en compte leurs besoins? très compétent moyennement peu

- empathie

17) Comment jugez-vous votre capacité d'empathie ? très bonne bonne moyenne mauvaise

Commentez, donnez des exemples de vos améliorations et de vos difficultés restantes pour les questions 15,16 et 17:

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

3) En terme personnel :

-connaissance de soi:

18) Au travail, vous sentez-vous compétents pour reconnaître et prendre en compte vos émotions et vos besoins? très compétent moyennement peu

Merci de commenter et de donner des exemples de vos améliorations et de vos difficultés restantes:

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

-bien-être au travail :

19) Vous sentez-vous satisfaits de votre travail ? très satisfait moyennement peu

20) Comment évaluez-vous votre bien-être au travail ? très bon bon moyen mauvais

Merci de commenter et de donner des exemples de vos améliorations et de vos difficultés restantes pour les questions 19 et 20:

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

Annexe 3 : Verbatim avant l'initiation

Relations avec les patients : « *J'ai globalement eu des retours positifs de la part des patients ou de leurs proches* », « *Je n'ai pas eu beaucoup de problèmes d'adhésion aux soins* », « *L'adhésion et la satisfaction des patientes que j'ai eu semble-t-il être bonne* ».

Relation avec les familles : « *J'ai plus souvent été confrontée à des familles ayant confiance en l'équipe soignante* ». « *Pour l'instant je n'ai pas eu de conflits avec les familles de mes patients ni de plaintes particulières de leur part* ». « *Il me semble que les familles se sentent globalement écoutées lorsque nous nous rencontrons* ».

Ecoute et empathie : « *Je pense être assez à l'écoute du patient* ». « *Niveau écoute je pense que ça va à peu près* ». « *Je me considère très à l'écoute, patiente, en mesure de me mettre à la place du patient* ». « *J'essaie de cibler les attentes du patient et tente de créer un espace d'écoute de qualité lors de mes consultations* ».

Situations de violence ou d'agressivité, soins sous contraintes : « *Violence et agressivité provoquent chez moi crainte et anxiété. Quand les PTI sonnent je ne sais comment gérer la violence physiquement* ». « *Je me sens vite dépassée face à la violence ou l'agressivité, surtout face à des adultes* ». « *Impossible pour moi de gérer violence ou agressivité, je me sens complètement impuissante, surtout vis à vis de la violence* ». « *Il m'est difficile d'annoncer des soins sous contrainte. Je ne sais pas comment gérer l'agitation qui en découle* ». « *Violence physique et verbale/conflits me mettent globalement très mal à l'aise* ».

Relations avec les familles : « *J'ai plus souvent été confrontée à des familles ayant confiance en l'équipe soignante* ». « *Pour l'instant je n'ai pas eu de conflits avec les familles de mes patients ni de plaintes particulières de leur part* ». « *Il me semble que les familles se sentent globalement écoutées lorsque nous nous rencontrons* ». « *Réception quasi-systématique des familles, écoute, empathie, information sur la prise en charge, réponse aux questions, disponibilité par téléphone* ».

Relations d'équipes : « *Difficultés dans les transmissions avec l'équipe infirmière. Il est parfois difficile de joindre nos collègues pour une prise en charge pluridisciplinaire* ». « *Je me suis toujours retrouvée à travailler avec des équipes super compétentes, donc la prise en charge pluridisciplinaire a été très bonne selon moi* ». « *Je me rends compte qu'en écoutant l'équipe, en demandant leur aide et des conseils, je peux apprendre* ». « *Et ne serait-ce que pour l'ambiance générale, c'est beaucoup plus* ».

agréable d'aller travailler lorsque les relations sont bonnes ». « Mon bien être est bon grâce aux équipes soignantes toujours présentes, ça dépend beaucoup de ça, une bonne entente avec l'équipe se traduit en bien-être sur les lieux de travail ».

Emotions et les besoins : « Il me semble qu'à ce stade de ma formation je suis encore trop attachée à la recherche du diagnostic pour réussir à accéder à une vraie écoute centrée sur les besoins des patients, leurs attentes, leurs ressentis ». « Face à certaines situations qui me touchent particulièrement je ne prends peut-être pas suffisamment en compte mes émotions ». « Difficultés à prendre en compte et à verbaliser mes émotions et mes besoins, tendance à minimiser ». « Tendance à considérer les émotions et besoins du patient et de l'équipe avant mes propres besoins ».

Bien-être au travail : « Je reste passionnée par mon métier malgré les conditions de travail parfois difficiles. Beaucoup d'agressivité et d'insécurité au travail. Sensation de surmenage pendant les gardes ». « J'ai besoin de prendre de la distance par rapport à mon travail car soit j'ai trop investi, soit j'ai trop chargé ma journée ». « Je n'ai pas encore trouvé un équilibre entre travail et temps pour moi ». « Je trouve que le travail représente un stress assez important pour moi, bien qu'il me passionne ».

Annexe 4 : verbatim après l'initiation

La CNV, un outil de communication : « Depuis la formation je fais beaucoup plus attention aux mots que j'utilise quand je parle avec les patients » « J'ai trouvé une grande amélioration en utilisant vraiment toutes les étapes de la CNV ». « J'exprime plus volontiers et spontanément ce qui m'inquiète ou me préoccupe ». « Apprentissage de techniques de reformulation aidantes : je reformule ce qu'ils peuvent ressentir ». « Reformulation multiple ».

La CNV, écoute centrée sur le patient : « J'essaye de bien plus écouter leur demande avant de proposer des solutions ». « Je prends le temps d'en discuter avec eux ». « Temps d'écoute donné systématiquement au patient sans interruptions en début d'entretien ». « Meilleures capacités d'écoute, diminution des traits de rigidité, augmentation des capacités d'adaptation ». « En essayant toujours d'écouter et de ne pas oublier leur besoins ». « Prise en charge en tenant compte dès le début de l'entretien du besoin du patient ». « Je suis en ce moment plus centrée sur les besoins concrets et immédiats du patient ». « Je cherche d'abord à savoir ce que les patients souhaitent, J'essaye vraiment que le patient soit acteur dans sa prise en charge ».

La CNV, l'empathie : « Il m'est plus facile de communiquer avec mes patients lorsque que j'essaye de me mettre à leur place ». « Tentative quasi systématique de se mettre à la place du patient pour comprendre ce qu'il ressent ». « Amélioration de ma capacité d'empathie car meilleure mise à distance, moins de participation affective, mais plus d'efficacité ». « J'arrive à ressentir les émotions de mes patients sans me laisser envahir ». « Être capable de se détacher de son propre point de vue pour essayer de comprendre le point de vue de l'autre ».

CNV, les relations : « importance d'instaurer la confiance pour pouvoir se livrer ». « Une relation authentique comporte un risque de la relation authentique ». « Le domaine des relations avec l'équipe est celui qui a le plus fortement évolué, grâce à une recherche du ressenti du collègue par rapport à une situation donnée, grâce à une formulation que je juge meilleure de mes besoins et de mes ressentis ». « J'essaie peut-être de plus prendre en compte les émotions/besoins des collègues ». « Avec les familles ou l'équipe écouter les besoins et les demandes à bien changé ma façon de vivre le stage ou l'anxiété ». « Situations rapidement désamorcée et engagement correct par la suite ». « Je pense que plus on arrive à discuter et plus la prise en charge est de bonne qualité ». « Arriver à établir une bonne ambiance au travail ça m'aide à continuer ». « Bien-être au travail car équipe dynamique et soucieuse du bien-être général ».

CNV : les émotions et les besoins : « Je reformule d'avantage les émotions exprimées par les patients ». « Il m'est plus facile de voir ce dont ils ont besoin ». « Amélioration certaine lors de l'écoute des besoins et la reformulation de ceux-ci ». « Je perçois relativement facilement le niveau émotionnel des patients que je suis en entretien et qu'ainsi je peux travailler avec eux sur cet aspect ». « Gérer l'agressivité reste toujours difficile pour moi ». « Cette attention m'est plus difficile à soutenir lors des moments d'agitation, d'urgence, de tension ». « Il m'est encore cependant difficile à gérer quand j'ai des personnalités rigides en face de moi ». « Examen clinique d'enfants autistes et/ou déficients parfois difficile. Je ne trouve pas toujours de stratégie pour créer un lien avec ces enfants ».

CNV, la connaissance émotionnelle : « Dans ce genre de situation, j'essaie d'écouter plus ce que je ressens même si je ne peux pas forcément faire quelque chose sur le moment ». « Je fais plus régulièrement l'exercice de me recentrer ». « J'en serais presque à évaluer mes émotions/besoins et ceux des patients dans cette situation qui avait tendance à beaucoup m'énerver ». « Je me pose plus de questions qu'avant face à mes émotions ». « J'arrive toujours plus à écouter et comprendre mes émotions ». « J'arrive à mieux reconnaître mes émotions ». « J'ai pu améliorer ma gestion de la frustration et de la colère ». « Je pense nettement pouvoir progresser en termes d'apaisement, stress ». « Meilleure connaissance des émotions par rapport aux besoins (ex : stress, colère, irritabilité) ».

« Bonne gestion des situations frustrante ». « l'émotion est une information sur soi », « la CNV aide à ne pas se perdre dans l'émotion », « la CNV aide à voir ce qu'il y a derrière l'émotion ».

CNV, l'écoute de soi : « Ce qui reste toujours difficile (pour moi et avec les autres) c'est retrouver le besoin qui correspond à l'émotion ». « J'ai encore beaucoup de difficultés à pouvoir les mettre en place ». « Je trouve encore difficile de les prendre réellement en compte ». « La gestion de mes besoins reste difficile ». « Difficultés à reconnaître et prendre en compte certains besoins primaires (par exemple prendre une pause, aller aux wc, finir à l'heure) ».

« Je n'applique rarement ce dont j'ai besoin et j'ai un sentiment de grande fatigue et parfois de frustration, j'ai encore du mal parfois à trouver mal place ». « Difficultés en lien avec le statut d'interne ». « Peur de déranger, de mal m'y prendre ou de ne pas être légitime à contacter un autre service/praticien ». « Difficultés à dire STOP. Difficultés à mettre en place des stratégies pour apaiser les émotions négatives car indisponibilité physique et psychique ».

La CNV, évolution et conscience : « Comment faire au mieux », « comment s'améliorer ? ». « Espoir de pouvoir s'améliorer », « espoir d'une autre issue plus satisfaisante pour moi dans les conflits », « expérimenter permet d'y croire ». « Expérimenter ce que ça fait de parler de soi à l'autre ». « Expérimenter rends les choses concrètes ». « Ne pas penser avoir tout compris de l'autre », « Mon besoin d'écouter mes besoins », « l'impact de la prise en compte de mes propres besoins sur mon travail », « l'impact de mon intention dans la relation »

La CNV : « Une façon de communiquer, un langage ». « Un outil pour avoir un contact authentique ». « Une façon d'éviter les conflits ». « Si on change notre façon de parler, on change notre façon d'être ». « Un travail sur soi qui permet d'apaiser les relations ». « Une façon de vivre avec soi-même et avec les autres ». « Une philosophie de vie qui peut être appliquée partout ». « Une façon harmonieuse et juste de vivre avec les autres. Il n'y a pas de perdants ».

Annexe 5 : résultats

Figure 1 : Selon vous, quelle est la qualité de vos relations avec vos patients ?

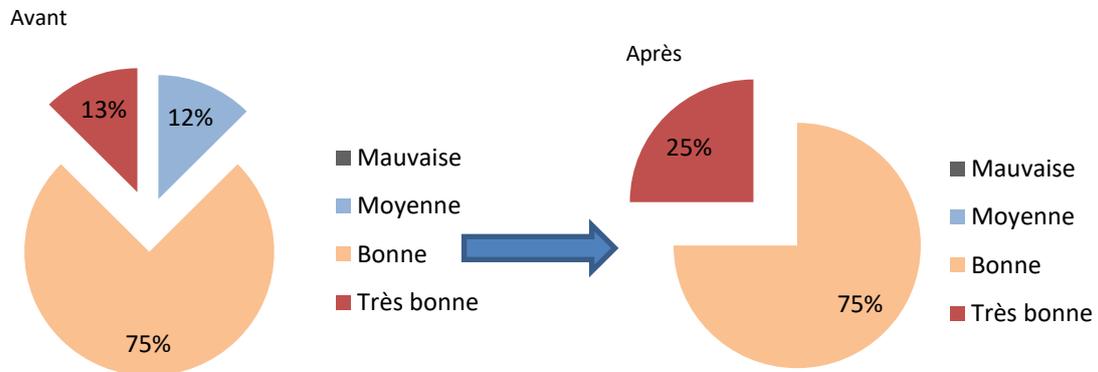


Figure 2 : Comment jugez-vous votre capacité à gérer la violence et l'agressivité ?

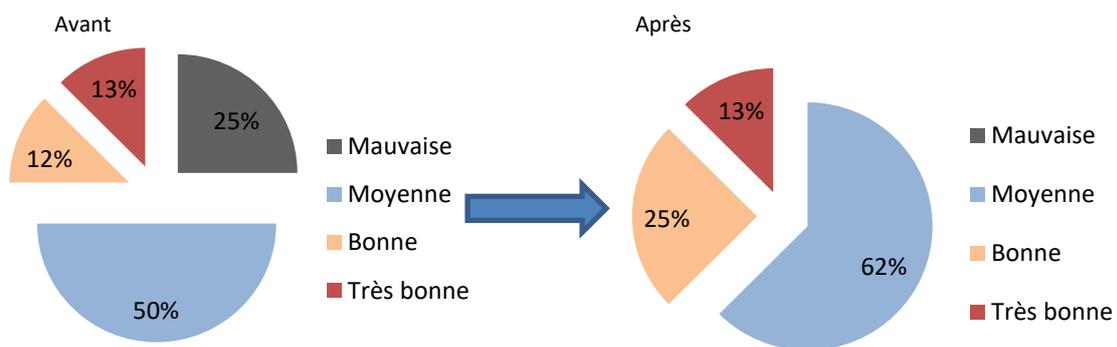


Figure 3 : Comment évalueriez-vous votre capacité à favoriser la compliance lors de soins sous contraintes ?

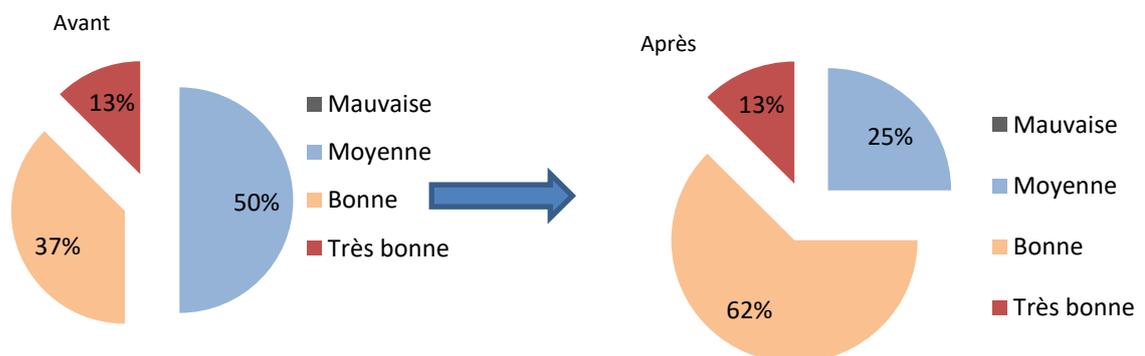


Figure 4 : Quelle est la confiance que les patients vous accordent ?

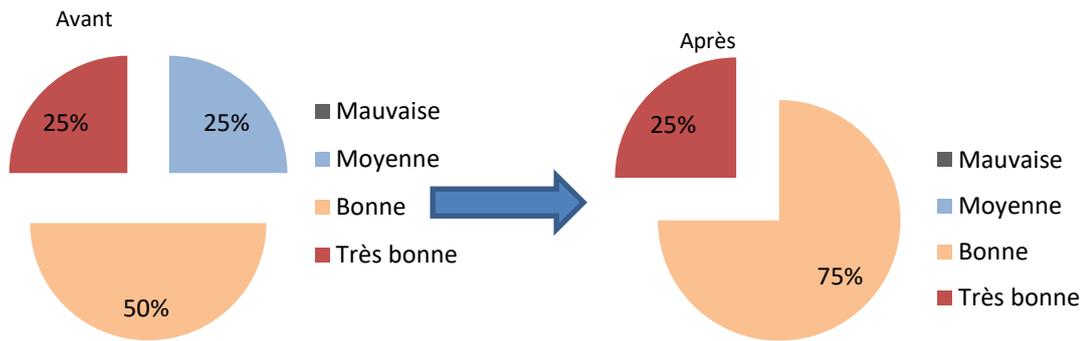


Figure 5 : Comment jugez-vous l'adhésion des patients aux soins que vous proposez ?

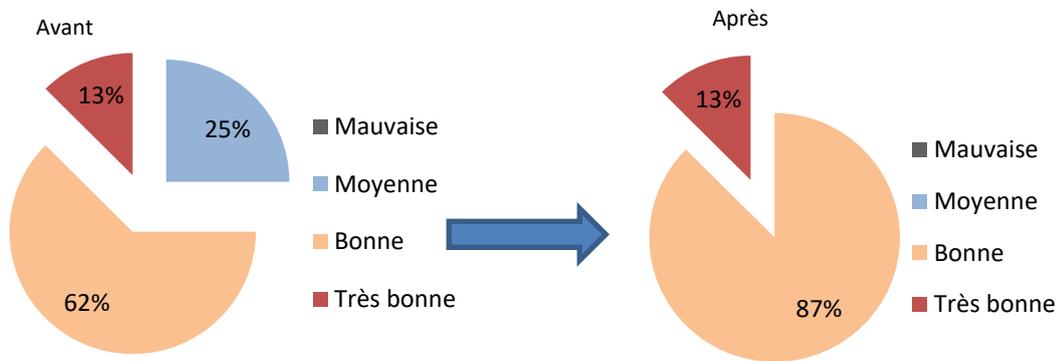


Figure 6 : Selon vous, quelle est la satisfaction de vos patients dans vos prises en charge ?

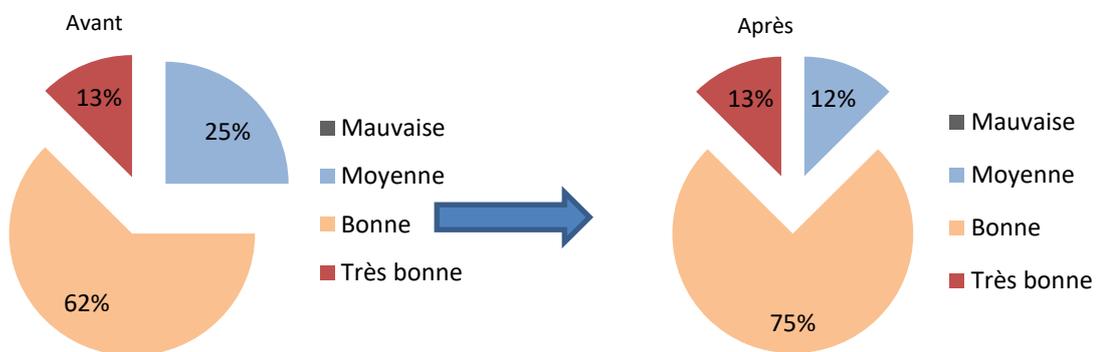


Figure 7 : De façon générale, quelle est la qualité de vos relations avec les familles ?

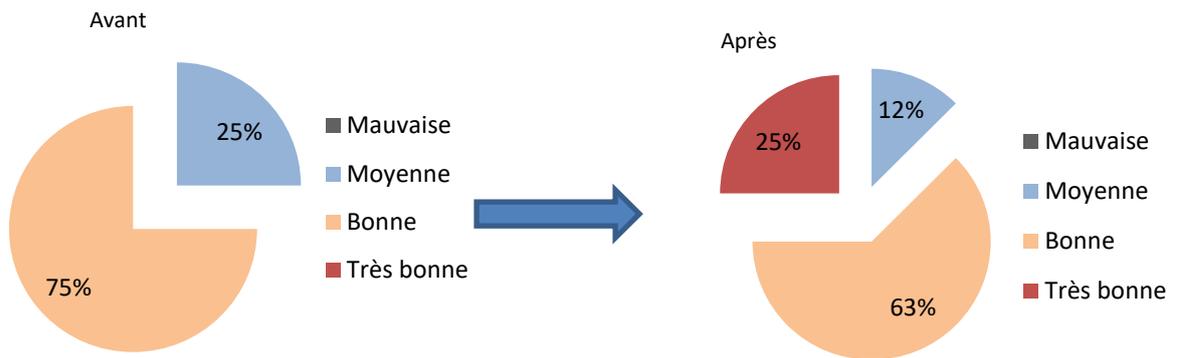


Figure 8 : Comment évalueriez-vous la confiance en vous des familles ?

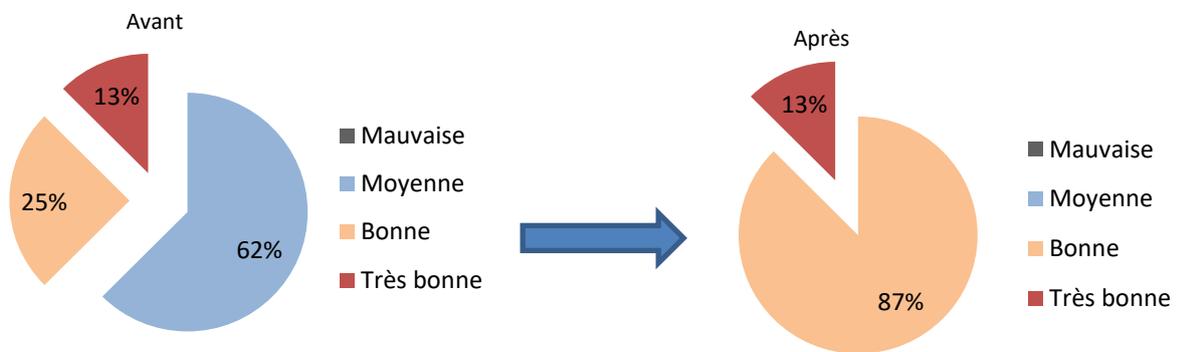


Figure 9 : Les familles adhèrent-elles aux soins que vous proposez à leurs proches ?

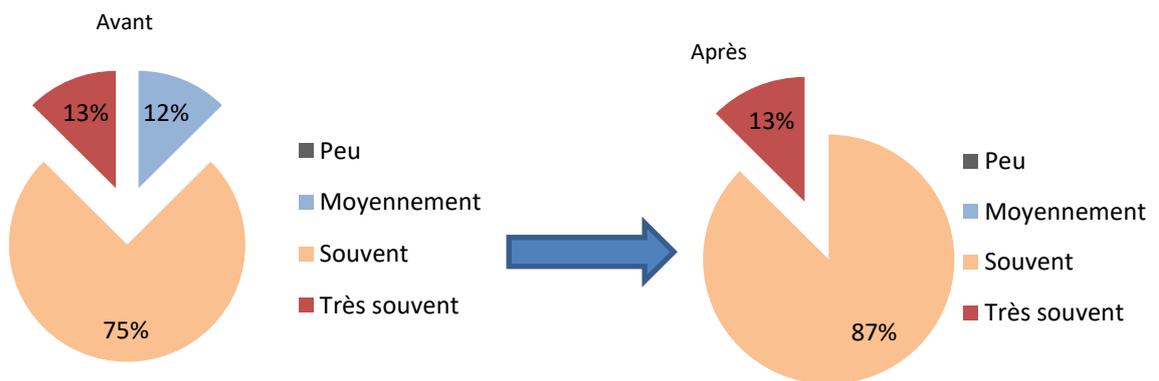


Figure 10 : Quelle est la satisfaction des familles dans vos prises en charge ?

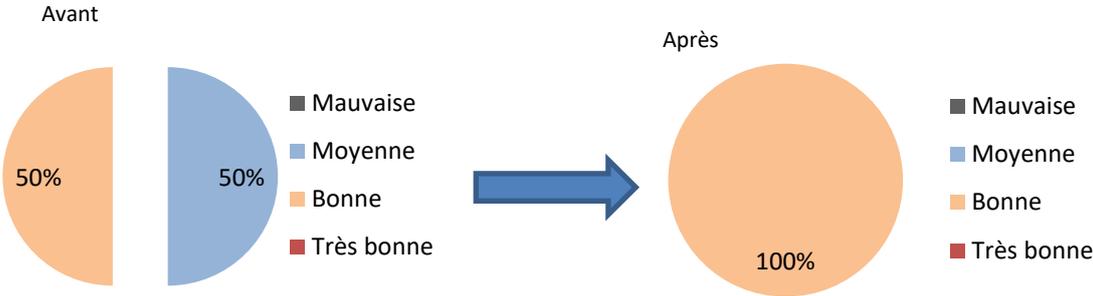


Figure 11 : De façon globale, que pensez-vous de vos relations en équipe ?

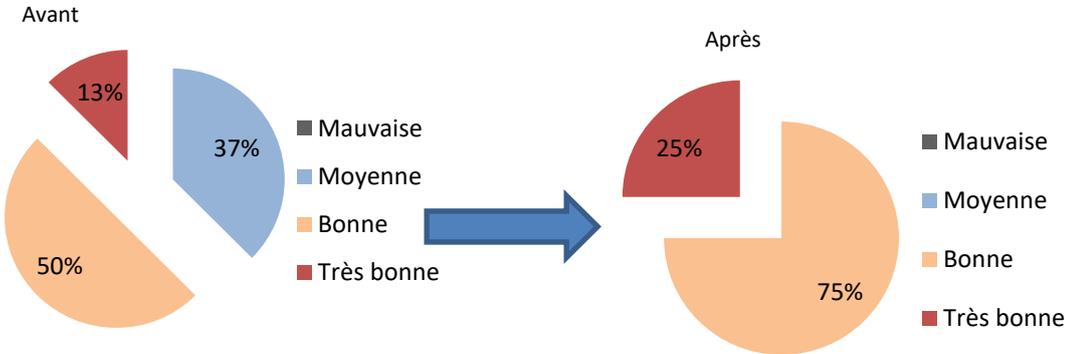


Figure 12 : Comment évalueriez-vous votre capacité de coopération avec vos collègues ?

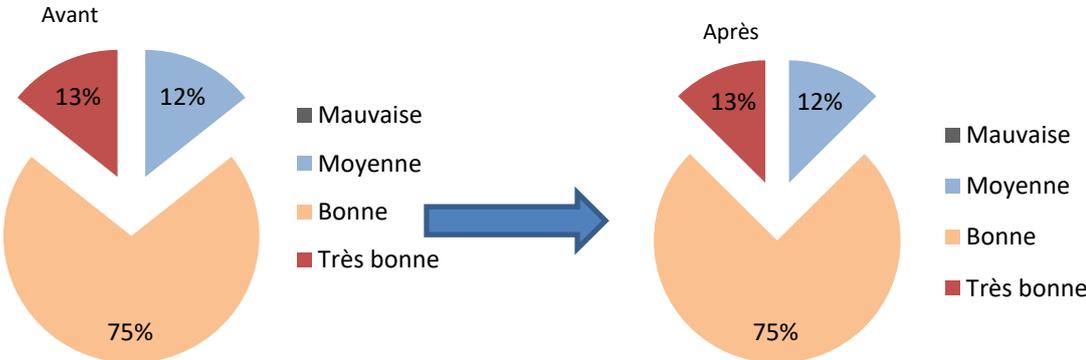


Figure 13 : Quelle est la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire de vos patients ?

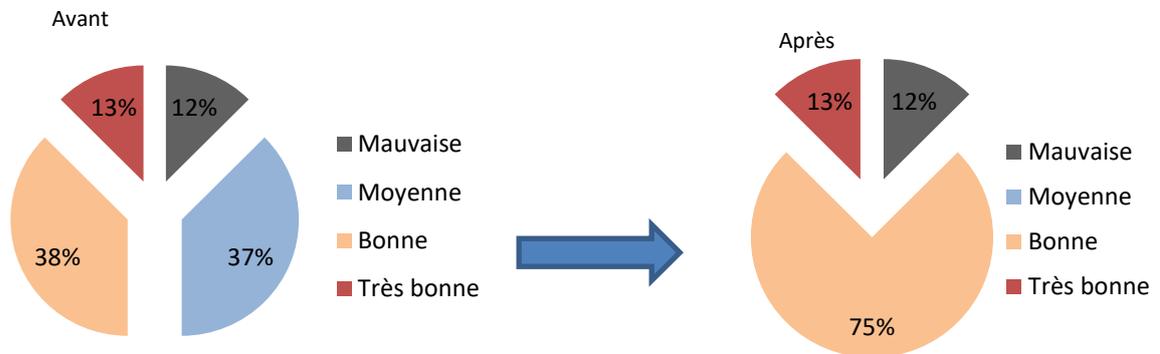


Figure 14 : Comment évaluez-vous votre qualité d'écoute ?

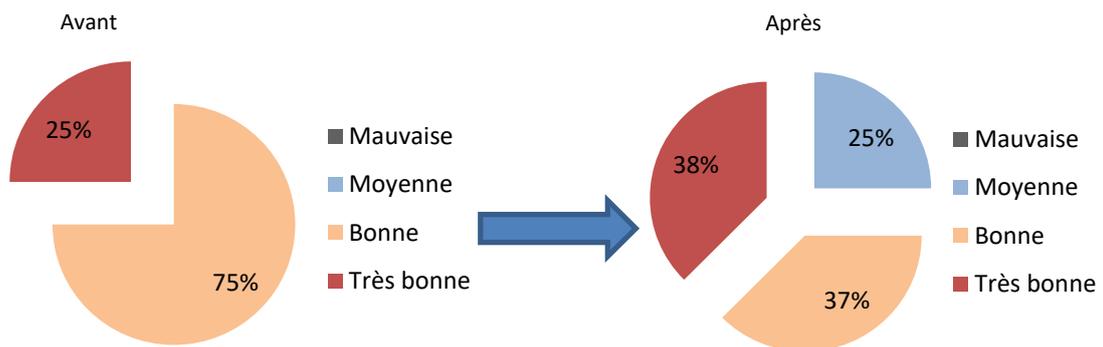


Figure 15 : Vous sentez-vous compétents pour aider vos patients à reconnaître et prendre en compte leurs émotions ?

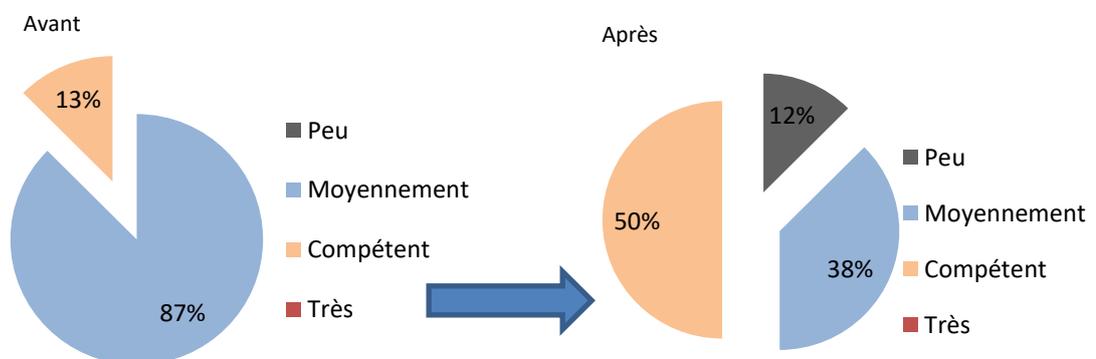


Figure 16 : Vous sentez-vous compétent pour aider vos patients à reconnaître et prendre en compte leurs besoins ?

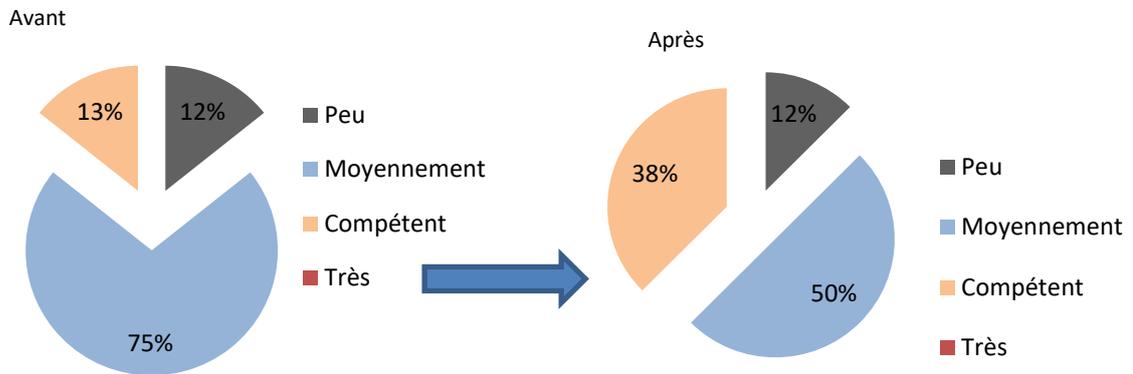


Figure 17 : Comment jugez-vous votre capacité d'empathie ?

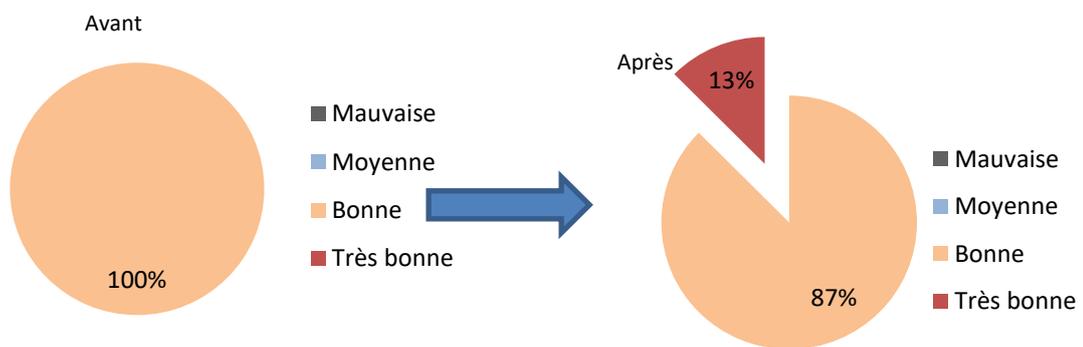


Figure 18 : Au travail, vous sentez-vous compétents pour reconnaître et prendre en compte vos émotions et vos besoins ?

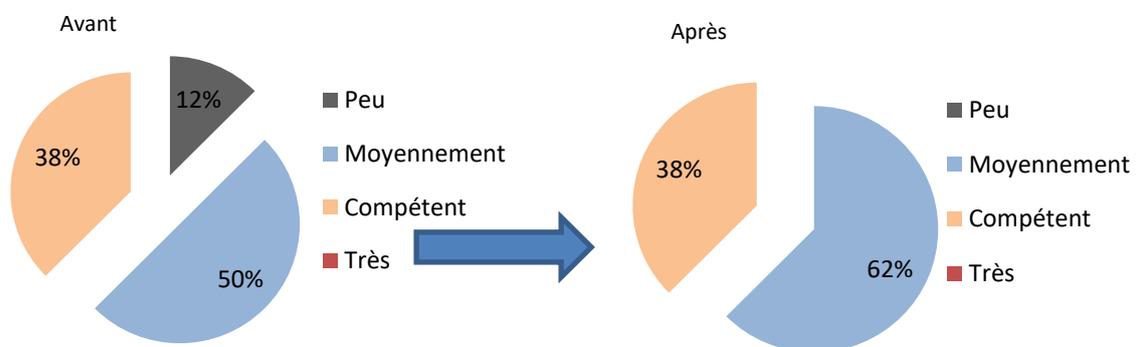


Figure 19 : Vous sentez-vous satisfaits de votre travail ?

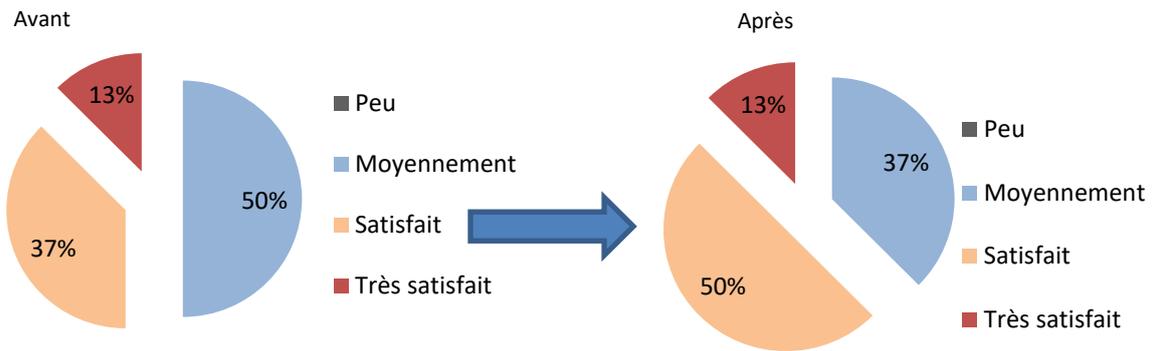
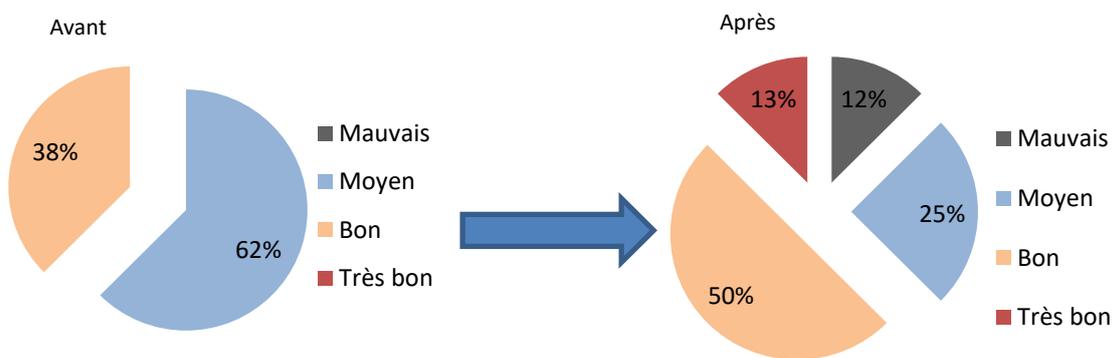


Figure 20 : Comment évaluez-vous votre bien-être au travail ?



Résumé :

LA RELATION AU CŒUR DE LA PSYCHIATRIE- APPORTS DE LA COMMUNICATION NON VIOLENTE

Introduction : La relation est au cœur de la prise en charge en psychiatrie. Une relation de bonne qualité implique une communication de bonne qualité. Elle favorise la compliance, l'adhésion aux traitements, et a des vertus psychothérapeutiques positives. Elle permet d'éviter les erreurs médicales et de renforcer la satisfaction des soignants, impacte la satisfaction des médecins et son bien-être au travail. La Communication Non Violente (CNV), selon le principe de Marshall B. Rosenberg favorise la conscience des habitudes de communication et d'écoute, et place l'empathie au cœur de l'échange. La CNV pourrait être un outil intéressant pour les internes, au service de la relation médecin-malade, des relations d'équipe et du bien-être individuel.

Méthode : Huit internes de psychiatrie ont participé à une initiation à la CNV. Avant, et trois mois après l'initiation, des questionnaires d'auto-évaluation ont évalué les situations d'urgence (gestion de la violence et de l'agressivité, compliance), la qualité des relations aux patients et aux familles (relation, confiance, adhésion, satisfaction), les compétences psychothérapeutiques (écoute, empathie, reconnaissance et prise en compte des émotions et besoins du patient), la qualité des relations d'équipe (relation, coopération, pluridisciplinarité) et le bien-être individuel (bien-être, prise en compte de ses propres émotions et besoins, satisfaction).

Résultats : L'analyse statistique pas test binomial exact, montre que chaque catégorie étudiée (relation médecin-malade, soins sous contraintes, relation médecin-famille, relation médecin-équipe, compétences psychothérapeutiques, et bien-être individuel) s'est améliorée après la formation. L'amélioration des relations médecin-famille ($p= 0,004$) et des soins sous contraintes étaient statistiquement significatifs ($p= 0,03$).

Conclusion : La CNV est un outil intéressant en psychiatrie pour améliorer les relations aux autres et à soi. De nouvelles recherches sont nécessaires pour compléter ces résultats.

Mots-clés : Communication Non Violente, psychiatrie, relation médecin-malade, relation médecin-famille, relation médecin-équipe, burn-out, empathie, écoute, internes.