

LA COMMUNICATION INTERPERSONNELLE EN SANTÉ

Habiletés et attitudes essentielles
pour favoriser un processus de guérison

Nathalie Parent



LACOMMUNICATION INTERPERSONNELLE EN SANTÉ

Habilités et attitudes essentielles
pour favoriser un processus de guérison

LACOMMUNICATION INTERPERSONNELLE EN SANTÉ

Habilités et attitudes essentielles
pour favoriser un processus de guérison

Nathalie Parent



Presses de
l'Université Laval

Financé par le gouvernement du Canada
Funded by the Government of Canada

| **Canada**

Nous remercions le Conseil des arts du Canada de son soutien.
We acknowledge the support of the Canada Council for the Arts.



Conseil des arts
du Canada

Canada Council
for the Arts

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

SODEC

Québec

Mise en pages: Diane Trottier
Maquette de couverture: Laurie Patry

Dépôt légal 3^e trimestre 2019
ISBN: 978-2-7637-4425-4
ISBN PDF: 9782763744261

Les Presses de l'Université Laval
www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

Table des matières

Remerciements	XI
Note	XIII
Introduction	1
CHAPITRE 1 – La communication interpersonnelle	3
1.1 Habilité de communication interpersonnelle	3
1.2 L'importance des habiletés de communication interpersonnelle	4
1.3 Fondements de la relation	5
1.4 Quelques principes	7
1.5 Questions « Vrai ou Faux »	10
CHAPITRE 2 – Les approches	11
2.1 Les différentes approches auprès de la personne traitée	11
2.2 L'orientation cognitivo-comportementale	11
2.3 L'orientation existentielle-humaniste	12
2.4 L'orientation psychodynamique analytique	12
2.5 L'orientation systémique-interactionnelle	13
2.6 Synthèse	13
2.7 Approche biopsychosociale et approche centrée sur le client	14
2.8 Caractéristiques de l'approche centrée sur le client	16
2.9 Activité associative	18
CHAPITRE 3 – Le contact	19
3.1 L'alliance	19
3.2 Facteurs d'influence	20
3.3 La demande de consultation et les différents besoins	21
3.4 Mise en situation	24

CHAPITRE 4 – La communication verbale et non verbale	25
4.1 La communication	25
4.2 La communication verbale	31
4.3 Les facteurs internes	34
4.4 Les facteurs externes	37
4.5 La communication non verbale	38
4.5.1 Posture et attitudes corporelles	41
4.5.2 Gestuelle	41
4.5.3 Distance ou proxémique	42
4.5.4 Contact visuel	44
4.5.5 L'expression faciale	46
4.5.6 Le silence	47
4.5.7 L'apparence générale	49
4.5.8 Le toucher	50
4.6 Éléments dont le professionnel doit tenir compte lorsqu'il communiqué quelque chose de sérieux et d'important à son patient	51
4.6.1 Mise en situation	52
4.7 La perception	52
4.7.1 Comment être plus perspicace à travers la perception	54
4.8 Les valeurs	54
4.8.1 Valeurs personnelles	55
4.8.2 Valeurs familiales	55
4.8.3 Valeurs sociales	56
4.9 Les émotions	57
4.9.1 La diversité des émotions	63
4.9.2 Quelques trucs pour gérer les émotions	72
4.9.3 Approfondissement	75
4.9.4 Exercice de visualisation pour prendre conscience de son émotion dans le corps	75
4.10 Grille-synthèse des éléments verbaux et non verbaux dont l'intervenant doit tenir compte lors d'une rencontre avec un client ..	76

CHAPITRE 5 – Habilités en communication interpersonnelle	79
5.1 Habiletés de base en communication professionnelle	79
5.2 La présence et l’écoute	79
5.2.1 Quelques comportements qui viennent appuyer l’écoute et le fait d’être écouté	85
5.2.2 Mise en situation	86
5.2.3 Analyse personnelle	86
5.2.4 Analyse et réflexion	89
5.3 L’empathie	89
5.3.1 Analyse personnelle	93
5.4 Le respect	94
5.4.1 Analyse personnelle	96
5.5 L’authenticité	96
5.6 La confrontation empathique	98
5.7 Le conflit	101
5.8 La critique constructive et empathique	104
5.9 Exercice	110
5.10 Questions « Vrai ou Faux »	110
5.11 En pratique	111
5.12 Grille-synthèse des éléments dont l’intervenant doit tenir compte lors d’une rencontre avec un client (écoute, respect, empathie, etc.) . .	112
CHAPITRE 6 – Le stress : symptômes, sources et stratégies	117
6.1 Le domaine de la santé et la psychosomatique	117
6.2 Les études sur l’effet placebo le disent	118
6.3 Introspection	126
6.4 Le corps qui parle et le stress	127
6.4.1 Symptômes de stress chronique et épuisement chez l’adulte	133
6.4.2 Les sources de stress	134
6.4.3 Stratégies de gestion du stress	136
6.4.4 Réflexion	137
6.4.5 Test résumé : Évaluez votre niveau de stress et votre capacité d’y réagir	138
6.5 Douleur ou souffrance	138

CHAPITRE 7 – L’humour	147
7.1 L’humour comme moyen thérapeutique	147
7.1.1 Quelques effets physiologiques du rire	149
7.1.2 Réflexion	149
7.1.3 Exercice: Avez-vous le sens de l’humour?	151
7.1.4 Maxime humoristique	154
Annexes	155
L’estime de soi	156
Exercice de communication	158
Correction du questionnaire sur la communication	160
Réflexions sur ces résultats	162
Activité: Départ pour la lune	163
Corrigé	165
Corrigé de 1.5 – Questions « Vrai ou Faux »	165
Corrigé de 2.9 – Activité associative	165
Corrigé de 3.4 – Mise en situation	166
Corrigé de 4.5.6.2 – Mise en situation	166
Corrigé de 5.2.2 – Mise en situation	166
Corrigé de 5.9 – Exercice	166
Corrigé de 5.10 – Questions « Vrai ou Faux »	167
Bibliographie	169

Remerciements

Comme ce livre est issu de plus de 20 années de pratique et d'enseignement, je me dois de remercier tous ceux et celles qui ont contribué à nourrir mes réflexions, mes connaissances et mon enseignement dans le domaine de la santé.

Des personnes m'ont ouvert la porte de l'enseignement et ont su me conseiller, soit Ginette Pelletier et Marcel Monet de la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université Laval. Grâce à elles, j'ai pu unir, à travers l'enseignement, deux domaines qui me passionnent : le corps et l'esprit, la médecine et la psychologie.

Par la suite, une précieuse collaboration avec le Département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université Laval m'a amenée à côtoyer plusieurs personnes qui ont été marquantes dans mon cheminement. Sans que je les nomme tous, ces alliés pourront se reconnaître. Mais je tiens à souligner particulièrement le travail précieux réalisé avec Frances King et Hélène Moffet, directrices du département.

Il y a également tous les professionnels de la santé que j'ai rencontrés ou avec qui je travaille, les physiothérapeutes, kinésiologues, infirmières, médecins, ostéopathes, acupuncteurs et psychologues, et qui ont su alimenter ma réflexion. Évidemment, les précieux commentaires apportés de façon constructive par tous les étudiants qui ont lu mes notes de cours ont contribué à enrichir ce livre.

J'ai aussi eu le privilège de recevoir les précieux commentaires des étudiants de ma collègue Nancy Dubois, C.O. et psychothérapeute, qui a repris depuis la charge du cours «Habilité de communication interpersonnelle en physiothérapie». Leurs commentaires m'ont permis de préciser et de modifier quelques parties du livre, et de faire des ajouts. Un grand MERCI!

Note

Par souci de confidentialité, toutes les vignettes cliniques citées dans cet ouvrage sont des personnages fictifs, construites à partir de différentes situations rencontrées et modifiées en partie afin que personne ne puisse se reconnaître. Ainsi, toute ressemblance avec une histoire personnelle sera le fruit du hasard.

Introduction

Comment aborder un patient, comment le comprendre et s'adapter à lui pour mieux l'aider, quoi dire et comment se situer par rapport à son vécu? Autant de questions essentielles qui nous guident vers une relation thérapeutique constructive. Puisque, comme tout le monde, vous devrez tôt ou tard occuper le siège du patient, vous êtes-vous déjà arrêté à la façon dont vous aimeriez être traité et compris lorsque ce moment arrivera? À moins que ce ne soit déjà fait... Si oui, quels ont été les éléments qui ont contribué à votre bien-être?

Mes études en réadaptation physique, mon travail dans diverses équipes multidisciplinaires, mes études de baccalauréat et de maîtrise en psychologie m'ont amenée à considérer la communication et l'alliance avec le client comme étant la base essentielle sur laquelle va s'appuyer le traitement. L'écriture de cet ouvrage est le fruit de plus de 20 ans d'enseignement et de formation sur la communication, la relation d'aide, la relation thérapeutique et l'alliance, et ce, dans divers milieux et auprès des éducatrices en garderie, des intervenants scolaires, des étudiants en physiothérapie ou kinésiologie, des nutritionnistes, des intervenants en CLSC, des directeurs cliniques, des supervisés et j'en passe. Et c'est sans oublier ma pratique clinique auprès des enfants, des adolescents, des adultes, des couples et familles. Ce livre n'a pas la prétention de révéler la vérité absolue en matière de relation. J'y propose plutôt une réflexion sur une façon d'être qui soit sensible au patient et à son besoin, afin de créer, maintenir ou restaurer l'alliance. Parce que, voyez-vous, malgré mon bagage d'expériences, chaque nouvelle rencontre est pour moi l'occasion d'apprendre en me questionnant et en tentant de m'ajuster le

mieux possible au patient, à ce moment précis. Chacun étant unique avec son histoire de vie, ses blessures relationnelles et ses mécanismes d'adaptation, chaque relation thérapeutique est unique.

Si mon parcours professionnel m'a grandement aidée à comprendre la subtile complexité relationnelle, ma vie familiale, en tant que mère de trois enfants, a contribué à nourrir ma réflexion. À travers ce cheminement à la fois professionnel et personnel, j'ai entre autres compris une notion essentielle à mes yeux : l'être humain est très complexe et il n'y a pas une explication unique ni une solution miracle à un problème, mais bien autant de stratégies qu'il existe de personnes, autant de moyens pour aider petits et grands à être mieux dans leur corps et dans leur tête.

Dans un contexte où de plus en plus les relations directes font place aux relations indirectes, par le biais de courriels, messages textes, caméra web, cours à distance, etc., une réflexion s'impose : comment développer la communication et les habiletés relationnelles favorisant un processus thérapeutique ? Il appartient à chacun de nous de prendre le temps d'être en relation et de se regarder interagir. La lecture de ce livre peut y contribuer.

Cet ouvrage a été conçu pour répondre au besoin de tout professionnel portant le titre d'intervenante ou intervenant, qui a à évaluer ou à traiter des patients, ou encore à collaborer ou à travailler avec eux. Il s'adresse à toute personne devant développer ou améliorer ses habiletés relationnelles et communicationnelles dans son milieu de travail : physiothérapeute, ergothérapeute, infirmière, kinésiologue, médecin, pharmacien, travailleur social, sexologue, psychoéducateur, nutritionniste, massothérapeute, orthophoniste, orthopédagogue, etc. Il vise donc à outiller le lecteur sur le plan des habiletés et des attitudes essentielles à la communication professionnelle, à la collaboration interprofessionnelle et au travail interdisciplinaire. Plusieurs exercices seront présentés afin de développer une conscience réflexive et une autonomie professionnelle. En incitant l'intervenant à la réflexion sur soi et à l'autoévaluation quant à sa façon d'agir et de communiquer, nous viserons le développement dans le champ des compétences du savoir-être.

La communication interpersonnelle

1.1 HABILITÉ DE COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

L'être humain est un être de relation. Laissé à lui-même, un bébé ne pourrait survivre. En relation, le bébé développe toutes sortes de stratégies adaptatives pour faire comprendre ses besoins et s'adapter à son environnement. Tout adulte qui se présente devant un professionnel de la santé le fait avec son histoire, son bagage d'expériences, sa personnalité, ses blessures relationnelles ainsi qu'une manière d'entrer en relation qui lui est propre. L'intervenant possède également son propre bagage, qui peut venir heurter la relation thérapeutique. Afin de construire cette relation et de ne pas lui nuire, et afin de favoriser le processus de guérison, il est essentiel que tout intervenant en santé connaisse les bases et les fondements des habiletés de communication interpersonnelle. Ainsi, plus le professionnel se connaît, avec ses forces et ses faiblesses, plus il lui sera possible de s'ajuster à la personne devant lui. C'est pour cette raison que je vous propose d'examiner ces aspects, c'est-à-dire l'importance des habiletés de communication interpersonnelle et les fondements et principes qui les régissent.

1.2 L'IMPORTANCE DES HABILITÉS DE COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

Plusieurs études de diverses disciplines en santé, dont la médecine et la psychologie, ont largement démontré que la relation thérapeutique bienveillante procure des effets positifs sur la santé du patient. De plus, des études sur l'effet placebo (traitement ou médicament administré sans aucune activité réelle sur l'organisme, mais avec le même effet bénéfique) montrent à quel point le fait d'anticiper une réaction ou un comportement positifs chez l'autre a des effets en ce sens. Les enfants seraient d'ailleurs très sensibles à l'effet placebo, parce qu'ils font confiance aux adultes et sont dépendants d'eux émotionnellement. Cela pourrait donc avoir une incidence positive sur le système immunitaire. L'on sait aussi que les émotions de joie, le calme, l'empathie et la bienveillance activent les hormones dans le corps, dont l'ocytocine, la dopamine et la sérotonine, ce qui procure un état de bien-être. Tout cela nous démontre bien l'influence que peut avoir l'attitude de l'intervenant sur le rétablissement de son patient. Ainsi, afin de s'assurer du bien-être de ce dernier, l'intervenant doit adopter une attitude empreinte de respect et d'ouverture, d'accueil et d'acceptation, et surtout, il doit démontrer un réel intérêt pour qui il est. En développant ses habiletés interpersonnelles, le professionnel est amené inévitablement à poser un regard sur l'autre dans sa globalité, sur la relation qui se développe et sur soi-même, en tant que professionnel mais aussi en tant que personne avec son vécu.

Pour comprendre la position de l'intervenant, comparons-la à celle du lanceur au baseball. Il y a donc le lanceur (l'intervenant) qui lance une balle, le receveur (le patient) qui la reçoit et le mouvement de la balle. Le receveur fait des signes au lanceur pour lui dire s'il veut une balle « tombante », une « courbe » ou autre. Le lanceur doit ajuster son mouvement pour répondre à la demande du receveur et lancer la balle appropriée. C'est avec son expérience et son savoir que le lanceur pourra bien se positionner (sa main sur la balle, la rotation du bras, etc.) pour répondre à la demande. Mais c'est aussi en fonction de ce qui se passe au moment du lancer que la balle aura l'effet voulu. Par exemple, un stress quelconque, un faux mouvement, une mauvaise compréhension des signaux du receveur pourront modifier l'effet de la balle. C'est après avoir lancé que le lanceur doit se questionner sur l'effet de la balle, qu'il doit se demander s'il y

a quelque chose à modifier dans son mouvement. Y a-t-il eu des influences extérieures, comme du vent ou une défectuosité de la balle elle-même? A-t-il bien compris la demande du receveur? Nous voyons donc ici les trois éléments à considérer lors d'une relation professionnelle: le patient en tant que personne unique (avec ses difficultés physiques et psychologiques et sa personnalité bien à lui), l'intervenant en tant que professionnel (avec son expérience, son vécu et sa personnalité) et la relation qui s'installe dès les premiers instants et se développe tout au long de la relation.

Pour ce faire, le professionnel doit connaître les fondements théoriques et pratiques des habiletés de communication interpersonnelle nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance entre lui et le soigné, notamment, les habiletés de communication verbale et non verbale, l'observation, l'écoute active et les attitudes facilitatrices. Ces habiletés auront comme effet de démontrer pour le soigné un réel intérêt, de produire des rencontres humaines et chaleureuses et de favoriser l'alliance, les meilleurs ingrédients possible pour une réadaptation. Les dimensions relationnelles du savoir-être et du savoir-faire amènent l'intervenant à prendre conscience de lui-même, de son rôle et de ses limites à travers l'établissement de la relation, et ce, dans divers contextes de pratique. Mais quels sont les fondements de cette relation professionnelle?

1.3 FONDEMENTS DE LA RELATION

Tout ordre professionnel possède un code de déontologie. Par contre, le Code des professions du Québec régit tous ces ordres par des règles universelles, et ce, pour le bien-être de la population. Le Code des professions du Québec¹ exige du professionnel qu'il soit compétent. On parle ici de la compétence en contexte de risque de préjudice, laquelle comporte des dimensions particulières à chaque ordre professionnel. En effet, en plus de posséder des connaissances et des habiletés propres à un domaine, le professionnel doit démontrer une capacité à les intégrer et à les mettre en application dans des situations diverses et complexes, au service d'une personne ou d'un employeur et en prévention des préjudices pour ce dernier. Chaque

1. Le Code des professions du Québec est disponible en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>

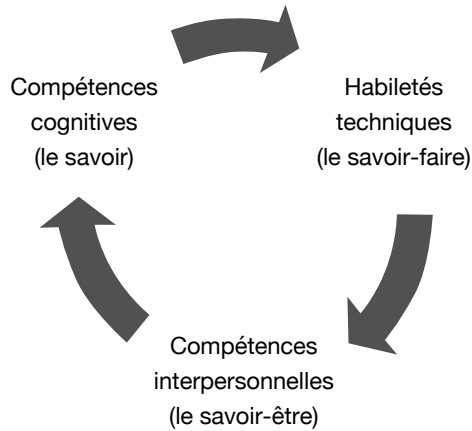
ordre² possède ses exigences particulières. Par exemple, l'Ordre des psychologues du Québec exige de ses membres une formation continue ainsi que des heures de supervision.

Voici quelques éléments qui font partie d'un comportement professionnel essentiel. Il est mentionné que la personne qui consulte a droit :

- au secret professionnel – le professionnel doit s'assurer que la rencontre se déroule dans un lieu qui permet l'échange d'informations en toute confidentialité et il ne doit rien divulguer des renseignements qui lui sont transmis ;
- à la dignité – le professionnel doit considérer son client comme une personne à part entière, et le traiter comme il aimerait être traité lui-même, soit comme un sujet et non comme un objet ;
- à la bienveillance et à la bienfaisance – le professionnel doit être en relation avec le client en ayant de la compassion pour ce dernier, s'intéresser à qui il est en tant que personne, avoir de bonnes intentions de soins à son égard ;
- à l'unicité et à l'acceptation globale – le client est unique, avec son vécu bien à lui, il est le prolongement de ce qu'il a été. Lorsque le professionnel cherche à comprendre les comportements ou réactions propres à chaque personne, il est davantage à même de voir le client comme unique et de l'accepter dans tout ce qu'il est, sans nécessairement accepter les comportements nuisibles à la relation professionnelle et au traitement ;
- au consentement éclairé – le professionnel doit présenter, à partir de son travail clinique et de ce qu'il connaît des études faites à ce sujet, les avantages et inconvénients pour le client de prendre ou non ce qui lui est proposé comme traitement, et il doit laisser la personne décider en toute connaissance de cause.

Pour l'établissement d'une relation de confiance, plusieurs études ont démontré que ce qui caractérise une bonne entrevue, c'est l'interaction entre les trois domaines du savoir :

2. Pour consulter ces informations, on peut visiter le site Internet du conseil interprofessionnel du Québec : <https://professions-quebec.org/le-conseil-interprofessionnel/a-propos/les-membres/>.



1.4 QUELQUES PRINCIPES

Plusieurs auteurs ont travaillé dans les domaines des communications et des relations interpersonnelles et en ont fait ressortir quelques grands principes. Certains méritent qu'on s'y attarde si l'on veut comprendre la relation qui s'installe et se développe entre l'intervenant et le patient.

1. La relation interpersonnelle est un **processus**, en ce sens qu'elle évolue et se modifie dès les premiers instants et en fonction du but de la rencontre. Une personne qui consulte pour un problème à l'épaule pourrait réaliser au fil des rencontres avec le professionnel qu'elle aurait un travail à faire sur le plan de son stress et qu'elle devrait prioriser cet aspect. Une autre personne pourrait voir l'évolution de sa condition stagner. Le professionnel devra alors se questionner sur le processus, c'est-à-dire voir s'il y a des aspects physiques, psychologiques, sociaux ou relationnels qui font obstruction au processus.
2. La relation interpersonnelle est également un processus **irréversible**, puisqu'un geste ou une parole ne peuvent être effacés et qu'ils peuvent s'accumuler avec le temps dans la relation, même si des excuses ont été prononcées. Il pourrait y avoir une rupture relationnelle qui devra alors être réparée par le professionnel. Par exemple, le patient qui aura été oublié dans une salle de traitement pourrait s'en souvenir longtemps et répéter souvent au professionnel: « *vous n'allez pas m'oublier cette fois-ci,*

n'est-ce pas ? ». Le professionnel devra alors faire plus que seulement s'excuser. Par exemple, il devra se questionner sur son oubli et faire part de sa réflexion à son patient si cela peut aider (attention, tout ne peut pas être dit, on y reviendra plus loin), ou encore il devra recevoir la colère du patient et la valider. Il est donc primordial pour le professionnel de rester attentif aux signaux qu'envoie le patient ainsi qu'à ses propres signaux.

3. La relation interpersonnelle est un **système**, c'est-à-dire qu'il y a interinfluence entre les personnes et leur vécu. Si une personne modifie son attitude, l'autre aura une attitude différente. Par exemple, si le patient vit un deuil, il est fort possible que l'intervenant soit touché par ce deuil. De même, il y a **définition mutuelle** de la relation. Le patient « définit » en quelque sorte le genre de professionnel qu'il consulte. Par exemple, si le patient est agressif ou réfractaire à l'idée de consulter, en raison de mauvaises expériences, l'intervenant réagira différemment qu'avec un patient blagueur et de bonne humeur. Ou encore, si ce dernier arrive avec une appréhension négative de l'approche thérapeutique, il se peut que l'intervenant ait une attitude défensive.
4. La relation interpersonnelle est en **constante redéfinition**. Chacun des partenaires décide dans quelle direction il désire la voir évoluer. Rien n'est figé dans le temps et c'est plutôt à partir des choix que chacun fait que la relation chemine. S'investir complètement dans les soins au patient et désirer qu'il aille mieux, sans pour autant vouloir à sa place ou tout faire pour lui, aideront à l'évolution de ce dernier. Ainsi, un professionnel qui constate le désinvestissement de la personne à l'égard de son traitement devra se questionner puis en discuter avec elle.
5. Les **relations passées** influencent la relation présente et future. Le professionnel a l'avantage de rencontrer plusieurs patients, contrairement à ces derniers qui n'auront vu que quelques professionnels. L'intervenant pourra toujours se référer à son vécu professionnel pour comprendre ou pour modifier la relation présente afin de l'améliorer. Le patient, souvent anxieux face à cet inconnu qu'est l'intervenant, arrive avec des idées préconçues et des expériences positives ou négatives en ce qui concerne l'approche thérapeutique. Il vaut parfois la peine pour l'intervenant d'explorer les expériences passées de la

personne avec d'autres professionnels afin d'en tenir compte dans son approche. Par exemple, il m'arrive régulièrement dans mon travail de psychologue de questionner mon patient afin de savoir s'il a rencontré d'autres psychologues avant moi et ce qu'il a aimé ou non de ces thérapies. Et quand un patient me dit que cela ne s'est pas bien passé avec un psychologue, je reste vigilante pour ne pas reproduire ce qui s'est passé dans la relation thérapeutique. Parfois même, je peux dire à la personne, selon le contexte, que je comprends ce qu'elle a vécu, que je reconnais ses réticences actuelles et les efforts que cela doit lui demander pour consulter à nouveau. Je lui précise alors que nous allons faire la démarche ensemble: je vais tenter de la comprendre, et elle va oser me dire ce qu'elle vit au fur et à mesure du processus.

6. La relation interpersonnelle doit trouver un compromis entre la réserve et l'**engagement**. Plus le professionnel s'engage auprès de la personne qui consulte, plus il prend des risques sur le plan émotif (exprimer des émotions, consacrer plus de temps que prévu...) et plus il aura accès à des informations personnelles lui permettant de mener à bien son travail. Si l'intervenant maintient une trop grande distance avec son patient, il risque de compromettre la relation de confiance. Le fait de voir l'intervenant s'investir dans le traitement et auprès de lui favorisera le désir du client à faire de même. Donc, entre la réserve et l'engagement, l'intervenant doit rechercher le juste milieu et le redéfinir selon l'évolution de chaque situation.

Nous avons vu dans ce chapitre que les habiletés de communications interpersonnelles reposent sur quelques grands principes et font partie du domaine du savoir-être. Elles peuvent grandement être améliorées à partir du moment où l'on est conscient de ce qui se développe dans la relation.

Certaines situations relationnelles s'installent dans des contextes plus difficiles et demandent des ajustements de la part du professionnel. Avant de présenter les stratégies communicationnelles, nous regarderons dans le prochain chapitre ce que les différents courants en psychologie peuvent nous apporter comme éléments de référence.

1.5 QUESTIONS « VRAI OU FAUX »

(LES RÉPONSES SE TROUVENT DANS LA SECTION CORRIGÉ.)

Questions: Dites si l'affirmation est vraie ou fausse en tentant d'expliquer votre réponse.

	Vrai	Faux
1. La rencontre professionnelle peut se faire dans un lieu public afin de faciliter l'ouverture du client.		
2. L'acceptation globale signifie que le professionnel doit accepter la personne dans sa totalité, avec tous ses comportements, en cherchant à la comprendre.		
3. L'intervenant devra avoir les arguments pour convaincre le soigné des bienfaits de ses traitements.		
4. La relation avec le client est un processus irréversible.		
5. La personne définit le type de professionnel qu'elle consulte, et <i>vice versa</i> , en ce sens qu'il y a définition mutuelle de la relation intervenant – client.		
6. La relation interpersonnelle est en constante redéfinition.		
7. Les relations passées n'ont aucun lien avec les relations présentes et futures.		
8. Il est préférable pour le professionnel de la santé de maintenir une grande distance avec la personne traitée.		
9. Le juste milieu entre la réserve et l'engagement est à redéfinir au gré de l'évolution de chaque situation.		

Les approches

2.1 LES DIFFÉRENTES APPROCHES AUPRÈS DE LA PERSONNE TRAITÉE

Il existe plusieurs courants en psychologie qui amènent différentes approches d'intervention et qui peuvent être tout aussi utiles dans les divers domaines de la communication, autant dans la compréhension face aux difficultés rencontrées que dans la construction d'une bonne alliance professionnelle. On distingue quatre principales orientations théoriques en psychothérapie¹. Celles-ci se différencient par leur origine, les techniques employées, ainsi que par les aspects du développement qu'elles privilégient. Après une brève définition de ces approches et de leur utilité dans la relation professionnelle, il sera question de l'approche centrée sur le client, la stratégie communicationnelle qui est privilégiée dans ce livre.

2.2 L'ORIENTATION COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Les spécialistes des approches cognitivo-comportementales considèrent que les difficultés psychologiques sont liées à des pensées ou à des comportements inadéquats qui ont été appris par une personne dans son environnement quotidien. Il s'agit donc

1. À ce sujet, on peut consulter le site Web de l'Ordre des psychologues du Québec: <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/les-orientations-theoriques>.

d'analyser ces comportements et pensées, ainsi que le milieu de vie de la personne, et d'amener cette personne à apprendre de nouveaux comportements, à remplacer ces pensées ou émotions non désirées par d'autres qui sont plus adaptées. Nous examinerons ces techniques plus loin lorsque nous aborderons la communication proprement dite.

2.3 L'ORIENTATION EXISTENTIELLE-HUMANISTE

Les approches existentielles-humanistes sont fondées sur la capacité de l'être humain à diriger son existence et à se réaliser pleinement. L'accent est mis sur le moment présent, sur la capacité de la personne à prendre conscience de ses difficultés actuelles à comprendre ces difficultés et à modifier en conséquence sa façon d'être ou d'agir. Le psychologue facilite ainsi l'exploration de soi engagée par la personne de même que l'expérimentation de nouvelles façons d'être ou d'agir. La personne qui consulte est considérée comme un « client » qui est sur un pied d'égalité avec le thérapeute. L'approche Rogérienne, la Gestalt-thérapie et l'autodéveloppement sont des exemples d'approches issues de ce courant de pensée. Cette orientation a contribué à l'essor des notions d'écoute et d'empathie envers le client, notions que nous examinerons plus loin.

2.4 L'ORIENTATION PSYCHODYNAMIQUE ANALYTIQUE

Fortement influencées par la psychanalyse et faisant appel à la notion d'inconscient, les approches psychodynamiques analytiques établissent un lien entre les difficultés actuelles et les expériences, les conflits refoulés et non résolus de l'histoire personnelle. La personne est ainsi amenée à prendre progressivement conscience de l'influence des conflits inconscients sur son fonctionnement actuel afin de les comprendre et de s'en dégager graduellement. L'intervenant doit être sensible à ce qui se passe en lui, à ce qui éveille en lui-même un écho lorsqu'il est en contact avec un client et une problématique particulière. Les notions de transfert et de contre-transfert sont issues de cette orientation; il s'agit de ce que le client projette de son vécu sur son thérapeute, et *vice versa*.

2.5 L'ORIENTATION SYSTÉMIQUE-INTERACTIONNELLE

Dans l'approche systémique-interactionnelle, on considère que les problèmes personnels surgissent et se maintiennent à cause du genre d'interactions vécues entre la personne et son entourage (famille, amis, équipe de travail, etc.). Après analyse de la situation problématique, l'objectif de la psychothérapie est de modifier les relations entre la personne et son entourage. Il est ainsi fréquent que le psychologue rencontre des membres importants de l'entourage de son client. La thérapie familiale, de couple et la thérapie brève constituent des exemples de cette orientation. Nous utiliserons ces notions tout au long du livre à travers différentes situations cliniques.

2.6 SYNTHÈSE

Ces approches, aussi éclectiques soient-elles, peuvent aider le professionnel dans son travail, et ce, sur différents plans. L'approche cognitive permettra de décoder les pensées erronées ou les comportements de la personne qui viennent nuire à son plein développement. L'approche existentielle humaniste permettra de développer une relation plus humaine en utilisant une manière d'être facilitatrice (écoute, empathie, respect, etc.). Les connaissances en psychodynamique permettront à l'intervenant de mieux connaître la personne et de mieux comprendre ce qu'elle vit, ses comportements actuels, pour mieux y réagir en étant soit plus empathique, soit plus limitatif dans son intervention. Ces connaissances l'aideront également à comprendre ce qui se passe dans la relation, à travers ce qu'on appelle le transfert et le contre-transfert, à se questionner lui-même sur ce qu'il ressent ou vit en contact avec telle personne. L'orientation systémique, quant à elle, permettra au professionnel de tenir compte des comportements de l'entourage du soigné lorsque nécessaire, ceux qui nuisent ou ceux qui favorisent la bonne condition thérapeutique. Cette approche pourra également aider lors du travail d'équipe ou dans l'enseignement à des groupes, pour voir les interactions et y réagir adéquatement. Plusieurs particularités de chacune de ces approches feront partie d'éléments à l'étude dans les prochains chapitres.

2.7 APPROCHE BIOPSYCHOSOCIALE ET APPROCHE CENTRÉE SUR LE CLIENT

Depuis une trentaine d'années, dans le domaine de la santé, la façon d'être auprès d'un client s'est transformée et semble aller de plus en plus vers une approche biopsychosociale (globale), qui tient compte de toutes les sphères de la vie, laissant de côté une approche plutôt médicale qui ne tient compte que du corps. D'ailleurs, pouvoir se représenter les problèmes de santé de la personne qui consulte, comprendre le vécu qui est lié à ces problèmes et intégrer cette compréhension à l'ensemble de la démarche de soins, du début à la fin du traitement, permet une approche plus *centrée sur le client* et ses besoins.

Plusieurs réticences face à cette approche peuvent surgir. Par exemple, quelle est la pertinence pour le professionnel de s'intéresser au vécu du patient si ce dernier consulte pour une situation jugée mineure telle une tendinite ou une entorse à la cheville? Comment se centrer sur lui alors que les évaluations sont limitées dans le temps et qu'il traite client après client? Comment tenir compte de la dimension psychosociale des problèmes de santé sans le faire au détriment de la dimension médicale? Comment se préoccuper de la personne pendant l'entrevue, en allant au-delà d'un bref questionnaire psychosocial sans compassion?

Puisque l'approche centrée sur le client se présente davantage comme une philosophie de soins que comme l'application de simples techniques, il apparaît important d'en expliquer l'origine. Cette approche a fait son apparition en médecine dans les années 1970 par l'entremise du psychanalyste britannique Balint et de ses collaborateurs (1970). Elle est également issue du courant humaniste en psychologie, dont les valeurs essentielles ont été déterminées par le psychologue Carl Rogers (1902-1987): écoute empathique, authenticité, non-jugement. Balint, quant à lui, a insisté sur trois aspects du rôle du médecin qui sont susceptibles de l'aider à établir une bonne relation médecin-patient et à avoir une influence sur le plan thérapeutique: sa qualité d'écoute, sa capacité à comprendre la signification physique et psychologique des plaintes du malade et sa capacité à utiliser cette compréhension en vue d'un effet thérapeutique (Richard et Lussier, 2005). Nous sommes donc loin d'être uniquement centrés sur la maladie, au sens physiopathologique, dans le seul but d'établir un diagnostic biomédical.

Plus tard, McWhinney (1972) a demandé à ses collègues d'être particulièrement attentifs aux intentions non déclarées du patient, soit la raison non dite pour laquelle il consulte à ce moment, puisque, pour cet auteur, ces arrière-pensées constituent le véritable motif de consultation. L'attitude d'écoute et de respect du professionnel de la santé ainsi que le souci de comprendre les inquiétudes et les attentes du soigné contribueront à l'expression de la vraie demande et donc à l'efficacité et à la qualité des soins. Par exemple, un homme qui assure seul les soins physiques de sa conjointe paraplégique et qui se présente pour une lombalgie ne dira pas à son intervenant que le simple fait de venir en consultation l'aide à sortir de son isolement et de la lourdeur de sa situation, ce qui peut contribuer aux bénéfices secondaires de sa lombalgie. Ainsi, l'intérêt et le souci qu'il manifestera envers la personne traitée pourront amener le professionnel à mettre au jour le besoin psychologique de cette dernière, et éventuellement la diriger vers d'autres ressources où elle pourra recevoir un soutien approprié.

C'est vers la fin des années 1970 qu'Engel (1977) propose le modèle théorique biopsychosocial, selon lequel un problème de santé doit être analysé comme un système dans lequel s'influencent mutuellement les dimensions biologique, psychologique et sociale. On pense ici entre autres aux liens qui existent entre le stress et la maladie, à l'importance de la présence d'un réseau de soutien significatif comme facteur d'adaptation à la maladie, aux conditions socioéconomiques et aux aspects culturels pouvant influencer l'expression de la demande et le processus décisionnel du client (Parent, 2019).

Dans cette continuité, le psychiatre et anthropologue médical Kleinman (1978) proposa le modèle transactionnel dans lequel il fait ressortir que, lors d'une consultation, le médecin intervient à partir d'un savoir scientifique alors que la personne consulte à partir d'un savoir populaire. Dans cette perspective, le patient est une personne active; le médecin doit nécessairement connaître et bien se représenter le savoir de cette personne, afin d'en tenir compte pendant la consultation.

Finalement, dans les années 1980, Levenstein (1984) montra l'importance d'intégrer les motivations du client dans l'entretien clinique, de s'enquérir de ses inquiétudes et attentes, de façon à influencer favorablement le degré de satisfaction de ce dernier et le

suivi des recommandations. D'ailleurs, je reçois plusieurs témoignages de gens que je rencontre en thérapie qui vont en ce sens : ils se sont sentis écoutés par leur médecin qui s'informait de ce qu'ils ressentaient ou de leurs perceptions face à tel médicament. Je le constate aussi à travers des patients que je rencontre et qui, lorsque la relation avec leur médecin est bonne et que la confiance est établie, suivent davantage le traitement médical.

En 1995, Stewart et ses collaborateurs ont élaboré la méthode clinique centrée sur le client qui comporte des composantes complémentaires et interreliées.

2.8 CARACTÉRISTIQUES DE L'APPROCHE CENTRÉE SUR LE CLIENT

Il est important de mentionner que le fait de se centrer sur la personne traitée n'implique pas d'explorer systématiquement toutes les sphères avec tous. Pour un problème aigu et simple, la compréhension de l'expérience de la maladie se fait habituellement rapidement : tout en gardant en tête la personne dans sa globalité (modèle bio-psycho-social), le professionnel peut se limiter à s'enquérir des inquiétudes potentielles et à vérifier à la fin de l'entrevue si le suivi proposé convient. Et d'un autre côté, plus un problème est complexe et chronique, plus le professionnel aura avantage à prendre le temps d'écouter son patient, dès le début de l'entrevue, et de l'amener à verbaliser l'expérience vécue en lien avec ce qui l'amène à consulter.

1. **Explorer le problème et l'expérience du problème vécu par le client.** D'une part, il s'agit pour l'intervenant d'explorer le problème pour lequel la personne consulte par l'examen subjectif et objectif et, d'autre part, de s'enquérir de son vécu en regard de ses symptômes, afin de bien comprendre son expérience, son malaise. Il en tiendra compte lors de son analyse et dans la planification du plan de traitement. Voici quelques éléments à explorer :
 - a) Comment la personne s'explique-t-elle sa maladie? Quelles en sont les causes selon elle?
 - b) A-t-elle des inquiétudes ou préoccupations particulières face au problème pour lequel elle consulte? Quelles émotions cette situation lui fait-elle vivre?

- c) Quel est l'impact de ce problème sur son quotidien: à la maison, dans ses loisirs, au travail, avec ses amis?
 - d) A-t-elle des attentes particulières face au professionnel ou face au traitement lui-même?
2. **Comprendre la personne dans sa globalité.** Le professionnel s'intéresse ici à l'histoire de vie du soigné: qui il est, ce qu'il fait, ce qu'il vit. Le plan de traitement pour une mère de quatre enfants venant de vivre une séparation ne sera pas le même que pour un homme nouvellement retraité. Les impacts psychologiques et physiques d'une même maladie peuvent être fort différents selon ce que vivent les gens.
 3. **S'entendre avec la personne sur les problèmes, les solutions et le partage des responsabilités.** Le traitement proposé doit être le plus près possible de la réalité de la personne traitée et il doit être élaboré en partenariat avec elle. Par exemple, le professionnel pourrait dire à la personne nouvellement retraitée: «Vous m'avez dit avoir besoin de vous refaire un réseau d'amis, alors je vous propose des exercices à faire en gymnase où d'autres personnes retraitées s'entraînent. Qu'en dites-vous?» Ainsi, l'intervenant lui montre qu'il l'a écouté, qu'il comprend son vécu et qu'il vérifie si ce qu'il lui propose lui convient.
 4. **Valoriser la prévention et la promotion de la santé.** Comme le professionnel tient compte de la personne dans sa globalité, il sera attentif à d'autres problèmes potentiels et saura la référer au besoin. Par exemple, à la suite d'une blessure liée à une chute, l'intervenant pourra vérifier à quand remonte le dernier examen de la vue. Autre exemple, lors d'un changement important dans la vie de la personne (divorce, transfert en centre d'hébergement, deuil, etc.) le professionnel pourra vérifier la possibilité qu'elle soit vue par un travailleur social ou qu'elle rencontre un psychologue.
 5. **Faire preuve de réalisme.** Le professionnel développera une attitude réaliste en adaptant son intervention à chaque situation en fonction de la personne, de la nature du problème, du temps disponible, des ressources dont il dispose et de son champ de compétences. Ainsi, il proposera un traitement ou un suivi en fonction de la situation et des limites que lui impose le quotidien de la personne, en fonction du processus de guérison et en tenant compte de ses propres limites professionnelles. Par

exemple, un professionnel qui ne se sent pas compétent ou qui est mal à l'aise vis-à-vis du problème pour lequel consulte un client pourra référer ce dernier à un autre professionnel en expliquant la situation.

2.9 ACTIVITÉ ASSOCIATIVE

(LES RÉPONSES SE TROUVENT DANS LA SECTION CORRIGÉ.)

Associez chacun des énoncés à la lettre correspondante

1. Travail sur le plan des liens d'une personne avec son entourage
 2. Fait de s'intéresser au client dans sa globalité
 3. Origine des qualités de l'écoute empathique
 4. Origine de la notion d'inconscient
-
- a) orientation existentielle-humaniste
 - b) approche centrée sur le client
 - c) orientation psychodynamique-analytique
 - d) approche systémique-interactionnelle

Plusieurs courants en psychologie ont permis de mieux comprendre le patient et la relation d'aide. En regroupant ces différentes approches et courants, l'approche centrée sur le client est apparue fondamentale pour bâtir le contact avec ce dernier et c'est pourquoi elle constitue les bases de cet ouvrage. Elle nous permettra de voir, dans le prochain chapitre, les ingrédients d'une bonne communication et la façon de faire alliance avec la personne.

Le contact

3.1 L'ALLIANCE

La façon d'entrer en contact, dès le départ, avec la personne qui consulte et de maintenir ce contact afin de favoriser un climat positif de soins fait partie de ce qu'on appelle l'alliance. Plusieurs études confirment que l'alliance constitue un élément clé dans le processus de guérison (Parent, 2019). Le fait d'avoir confiance au professionnel soignant contribue également à s'investir dans le traitement et à suivre ce qui est recommandé, qu'il s'agisse d'une recommandation de changement d'habitude de vie, d'une prise de rendez-vous ou d'une prescription d'exercices. Cela implique un changement de comportement et une adaptation de la part du soigné.

Les bénéfices qu'une personne retire d'un nouveau traitement ne compensent peut-être pas les pertes ou les inconforts que ce traitement peut entraîner. Le fait de ne pas suivre les recommandations s'expliquerait aussi par les aspects humains associés aux plans de traitement, soit les croyances des patients à propos de la nature du problème et des traitements nécessaires, et leurs préoccupations quant aux effets indésirables des traitements.

3.2 FACTEURS D'INFLUENCE

Voici certains facteurs susceptibles d'influencer l'alliance entre le professionnel et le client et, par le fait même, le suivi thérapeutique :

1. Les croyances du client face au traitement et à la maladie – croire que rien ne pourra le guérir, préjugés face à la profession, déni de la maladie ou des effets aggravants, sentiment de toute-puissance, etc.;
2. Le lien de confiance et les personnes significatives – la façon particulière de la personne d'entrer en relation, de faire confiance d'emblée ou non aux gens et sa capacité à développer des relations significatives vont influencer l'alliance;
3. Le fait de se sentir mieux ou d'être asymptomatique – certaines personnes ne sentent pas le besoin d'aller jusqu'au bout des traitements et les cessent dès la diminution des symptômes;
4. La crainte de la dépendance – être obligé de faire un traitement sur du long terme, voire toute la vie, peut faire peur et amener des résistances importantes face au traitement;
5. Les attentes élevées ou pour des résultats rapides, ou trop peu de résultats par rapport à l'évolution de la condition – les phrases telles « je dois revenir rapidement comme j'étais », « j'en ai pour combien de temps encore ? », « ça avance pas vite ! » sont autant d'indications qu'il est temps de faire un bilan et de parler des attentes qu'a le client et de la réalité du traitement;
6. Les expériences antérieures négatives du client peuvent influencer sa façon de penser et de se comporter face au professionnel et vis-à-vis de son traitement – de là l'importance de questionner le patient afin de savoir s'il a déjà consulté un professionnel, et si oui, la façon dont cela s'est passé, ce qu'il retire de cette expérience;
7. Les obstacles liés à l'environnement du client – les jugements véhiculés par l'entourage face au traitement (« arrête de payer dans le vide, ça ne donne rien ! ») ou les comportements qui viennent défaire les bienfaits du traitement (par exemple, le conjoint qui fait les choses à la place du client alors qu'on vise l'autonomie, ou encore le client qui fait des efforts physiques alors qu'il devrait être au repos, etc.), ainsi que l'absence de soutien social;

8. Le suivi et l'encadrement des soins – laisser aller la personne traitée sans lui donner d'indications sur l'évaluation de sa condition, sans faire un bilan régulier, peut l'amener à se questionner et peut diminuer sa motivation. Elle ne parlera pas directement de ces réactions, mais celles-ci peuvent entraîner des annulations ou des retards de rendez-vous;
9. Les exigences du traitement (la complexité, les coûts, le délai d'action, les effets indésirables) peuvent venir à bout de l'investissement personnel du patient envers son traitement;
10. La durée de la maladie – une maladie qui dure longtemps vient épuiser les ressources et l'énergie du client. La phase psychologique d'acceptation de la maladie dans laquelle se situe le client peut également influencer son désir de continuer les traitements (par exemple, le patient qui est dans le déni et croit qu'il guérira par lui-même, ou encore celui qui se retrouve dans la phase dépressive et qui manque de motivation à faire des efforts);
11. Le type de maladie, la gravité des symptômes, le niveau d'invalidité, le fait que la maladie soit chronique ou plutôt aigüe sont autant de facteurs venant influencer le suivi thérapeutique;
12. La personnalité du client – une personnalité plus combative par rapport à une autre plus soumise, ou encore une personnalité qui s'oppose d'emblée: cet aspect jouera sur le fait de suivre ou non le traitement.

3.3 LA DEMANDE DE CONSULTATION ET LES DIFFÉRENTS BESOINS

Lorsqu'une personne consulte un professionnel de la santé, sa demande et son besoin se situent sur plusieurs plans, le premier étant ce que la personne dit d'emblée lors de la consultation, le pourquoi de sa visite. C'est ce que nous appelons le « motif de consultation ». Prenons l'exemple de la physiothérapie: le client dira qu'il vient consulter pour un mal de dos, une entorse à la cheville, des symptômes de fibromyalgie, des migraines, ou pour améliorer son équilibre ou sa performance sportive, etc.

Mon expérience de thérapeute en réadaptation physique, de psychologue et de psychothérapeute m'a amenée à voir que, derrière cette demande, il y en a une autre, non exprimée, que le professionnel tentera de découvrir au fil des consultations. Cette demande se situe à un niveau plus ou moins conscient chez la personne. Il pourrait s'agir par exemple de l'athlète qui dit vouloir améliorer sa performance, mais qui vient consulter par suite d'une pression de son entraîneur qui veut que la guérison soit rapide et qui vise de meilleures performances; ou encore de cette personne souffrant de fibromyalgie qui n'a jamais été maternée ni touchée dans sa vie, mais qui en a un fort besoin. Voici quelques demandes de deuxième niveau, non exprimées consciemment par le client :

1. Le besoin d'être rassuré face à sa condition – lorsque le client aura été rassuré, il se peut qu'il cesse le traitement alors que le professionnel ne s'y attend pas. Et si le soignant ne répond pas au besoin de la personne d'être rassurée, elle pourra chercher ailleurs un autre avis;
2. Le simple besoin d'un diagnostic sur lequel s'appuyer, pour se reconforter, un diagnostic qui est comme une raison d'exister, de se définir;
3. Un besoin de conseils sur la gestion de sa santé, laquelle est en lien avec le problème pour lequel il consulte;
4. Le besoin d'être pris en charge, le besoin d'attention, de maternage;
5. Un besoin de solutions rapides et miraculeuses!
6. Un client peut consulter sous la pression de son médecin, de son employeur, de la CSST ou d'autre tiers, mais sans le mentionner au thérapeute dès le départ;
7. Le simple besoin d'un soulagement à une douleur aiguë, sans vouloir aller plus loin ni comprendre ses douleurs;
8. Le besoin de sortir de l'isolement, de rencontrer des gens;
9. Le besoin d'apaiser son anxiété;
10. Le besoin de soutien face à une situation de stress ou de changement (séparation, deuil, pertes quelconques).

Lorsque le professionnel prend conscience du besoin ou de la demande derrière le motif de consultation, il peut aider à favoriser l'alliance en répondant à ce besoin ou encore en le nommant

adéquatement. Si la demande de consultation vient d'un tiers, tels l'entraîneur ou la compagnie d'assurance, la motivation ne sera pas la même que si la personne vient consulter d'elle-même. Le défi sera plus grand afin de créer un bon lien et d'aller chercher une réelle motivation face au traitement. Cela pourra éviter également au thérapeute de travailler pour deux ou de ne pas « vouloir à la place de son patient ».

Dans le même sens, il est facile pour tout professionnel de considérer comme acquise la motivation du client à suivre le *meilleur* traitement. Le client peut cependant exprimer verbalement sa volonté de suivre le traitement, sans pour autant être prêt à faire les changements nécessaires. Voici donc quelques pistes d'action et de réflexion pour le soignant afin de favoriser la motivation et l'engagement lors des rencontres avec son client :

1. Explorer la demande, faire préciser au patient ses attentes le plus possible, tout au long des consultations, sans tenir pour acquise sa motivation, même si elle est verbalisée ;
2. Vérifier les connaissances et les croyances face à la maladie et au traitement ;
3. Impliquer activement la personne dans les décisions en vérifiant ses besoins, ses attentes, son accord avec les propositions, etc. ;
4. Construire avec le client la solution aux difficultés qu'il vit ;
5. Tenir compte des contraintes du client, de ses résistances, de ses objections et de ses craintes ;
6. Assurer un suivi et un encadrement, tout au long du traitement, en vérifiant régulièrement où se situe la personne par rapport au point de départ des consultations ;
7. Tenir compte de la famille ou de l'entourage et l'impliquer au besoin ;
8. Ne pas tenir pour acquis que le patient retient tout ce qui a été dit, mais plutôt vérifier régulièrement ce qu'il a retenu de même que la manière dont il suit les recommandations ;
9. Remettre des documents explicatifs et visuels, en vérifier la compréhension puis faire le suivi ;
10. Utiliser le vécu du client pour expliquer le problème en cause ou le traitement à suivre.

L'alliance constitue un élément fondamental pour une relation professionnelle constructive et durable. Pour construire cette alliance, et ainsi pouvoir bien aider le client, l'intervenant doit connaître ce dernier. Il doit également faire ressortir les éléments qu'il ne lui communique pas directement, mais qui peuvent influencer la suite des rencontres. Maintenant que nous avons abordé ces ingrédients relationnels, attardons-nous à la façon d'aller les «chercher», par différentes stratégies de communication. C'est ce que nous verrons dans les prochains chapitres.

3.4 MISE EN SITUATION

(LES RÉPONSES SE TROUVENT DANS LA SECTION CORRIGÉ.)

Marc, séparé depuis un mois et père de deux enfants de quatre et six ans, dont il a la garde une semaine sur deux, consulte pour une douleur à l'épaule apparue depuis une semaine, sans événement déclencheur particulier. Cet homme de 39 ans est travailleur autonome en informatique, et son bureau se situe à sa résidence. Il ne pratique aucun sport ni activité, et sa vie sociale a grandement changé depuis sa séparation, puisque ses amis étaient des amis du couple.

- A. Quels besoins pourraient se cacher derrière cette demande de consultation ?
- B. Quels facteurs pourraient venir influencer la propension de cet homme à respecter ou non les recommandations de traitement qui lui sont faites ?

La communication verbale et non verbale

4.1 LA COMMUNICATION

L'être humain est un être de relations. Il ne peut pas vivre seul et son existence est en réalité une coexistence. Mais «être avec les autres» ne signifie pas une coexistence passive, puisque chacun de nous exerce, même inconsciemment, une influence sur les autres et inversement. L'instrument essentiel par lequel s'installent et se développent les interactions est la communication. C'est à travers cette dernière que se transmettent aux autres des idées, des faits, des sentiments, des concepts, des valeurs, des perceptions, etc.

Il existe différentes formes de communication : prenons l'image d'un bébé qui exprime un besoin et cherche à se faire comprendre de son environnement, avant même qu'il n'ait acquis le langage. Comment fait-il ? Il crie ou pleure pour signifier qu'il a mal ou faim, tend les bras pour qu'on le prenne, pointe un objet pour l'obtenir, colle sa tête sur son parent pour recevoir chaleur et affection, se lamente en utilisant différents sons lorsqu'il est souffrant, porte sa main à la partie de son corps qui lui fait mal, etc. Nous sommes ici en présence du **langage non verbal**.

Puis, peu à peu, l'enfant module son comportement et sa communication en fonction de ceux des adultes qui l'entourent. Par exemple, lorsqu'un enfant tombe et que le parent s'empresse de réagir fortement, il y a fort à parier que l'enfant réagira par des pleurs

ou par la peur s'il a ressenti la peur de son parent. Par contre, si le parent se met à nier la douleur possible en s'empressant de faire rire son enfant, ce dernier ne s'attardera pas aux sensations de son corps et ira dans le même sens que le parent. Enfin, si le parent tient la distance nécessaire en ne mentionnant à son enfant que les faits (« tu es tombé ») et en attendant la réaction propre à l'enfant, et qu'il nomme l'émotion et console son enfant au besoin (« tu t'es fait mal » ou « tu es insulté d'être tombé », etc.), celui-ci saura exprimer ce qu'il vit dans son corps plutôt que de seulement être en réaction à l'attitude de son parent. Si l'enfant reçoit des réponses bien accordées à ses émotions, il développera petit à petit une capacité à tenir compte, lui aussi, des besoins de l'autre dans ses relations avec son entourage et il évoluera progressivement vers une plus grande socialisation... (Brillon, 2018). Nous parlons ici de **communication affective**, d'intersubjectivité : ce qui se passe et se construit entre deux personnes, à leur insu, en accordage aux besoins et émotions l'une de l'autre.

Plus tard, l'enfant développera le langage pour exprimer ses besoins ou des faits. Alors apparaît le **langage verbal et cognitif**. Par la suite, il apprendra à lire et à écrire et pourra ainsi communiquer par **l'écriture**. D'autres moyens de communication font partie de notre société, par exemple la musique, la peinture, le dessin, la sculpture, et toutes formes d'art qui permettent à l'artiste ou à quiconque utilise ces modes de communication de s'exprimer. Nous parlons ici de modes d'expression de l'artiste qui deviennent communication lorsqu'une autre personne (spectateur, récepteur, analyste, etc.) reçoit ces contenus.

Mais la communication se passe souvent de façon spontanée et inconsciente, autant dans le verbal que dans le non-verbal. Elle s'est structurée dès notre naissance et en interaction avec les gens de notre famille puis de l'entourage. Pour améliorer notre façon de communiquer, il faut tout d'abord **en être conscient**, réaliser de quelle façon nous entrons en relation avec les autres et utilisons les moyens propres à la communication. Une fois que nous en sommes plus conscients, nous pouvons améliorer notre façon de communiquer, notamment en observant comment communiquent d'autres personnes.

Plusieurs éléments viennent influencer la communication, comme on peut le voir dans le schéma ci-dessous. Nous pouvons les diviser en facteurs internes (liés à la personne elle-même), facteurs externes, verbaux et non verbaux. Dès lors, on peut noter, durant une conversation, qu'un émetteur devient récepteur et inversement, tout comme chacun possède ses propres filtres qui viennent brouiller le message (perception, valeurs, émotions, vécu, etc.). L'émetteur crée son message en faisant appel à ses pensées, ses attitudes, ses valeurs, et en mettant à contribution sa mémoire et ses expériences pour colorer le message avant de le transmettre à son interlocuteur. Celui-ci, pour sa part, ne reçoit pas ce message dans sa forme intégrale : il le transforme à son tour à travers les filtres personnels de sa perception sélective, de son éducation, de ses propres valeurs et préjugés. Si le message demeure le même dans les faits, sa valeur est modifiée par le récepteur qui, à son tour, devient émetteur et recrée lui aussi le message à sa convenance. De là toute la complexité de la communication et les difficultés de compréhension mutuelle qui en découlent.

Lorsque j'enseigne ces aspects, j'aime bien les illustrer par un jeu amusant : je lis une histoire aux personnes présentes, en ayant pris soin au préalable de faire sortir quatre volontaires de la salle. Puis je demande à quelqu'un de résumer dans ses mots l'histoire à l'une des quatre personnes qui ne l'a pas entendue et qui devra, à son tour, la raconter à une deuxième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière personne non présente dans la salle. La dernière personne raconte à l'auditoire sa version. Nous comparons cette dernière version avec l'originale, ce qui déclenche souvent un rire généralisé. Nous constatons alors en groupe à quel point chacun raconte l'histoire à partir de ses propres filtres, certains mettant l'accent sur des aspects plus concrets, et la plupart interprétant à partir du sens que prend l'histoire pour eux. Et les bruits environnementaux viennent aussi perturber l'écoute : je m'amuse à faire du bruit ou à bouger durant l'histoire afin d'illustrer l'influence de l'environnement et du contexte sur l'écoute que nous pouvons avoir.

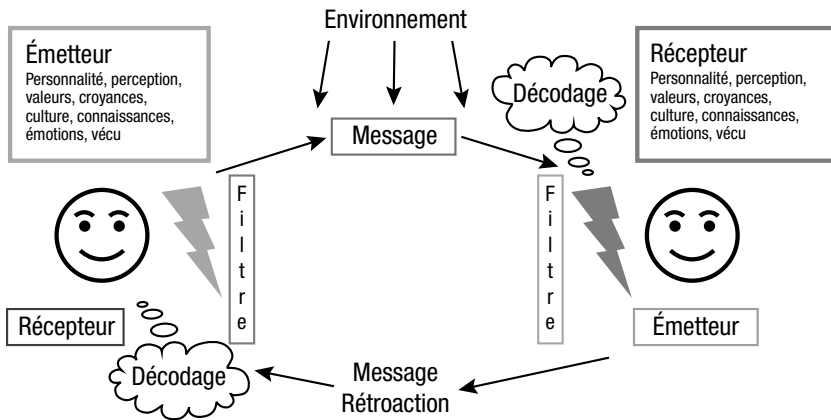


SCHÉMA SUR LA COMMUNICATION INSPIRÉ DU MODÈLE CYBERNÉTIQUE

Exemple: Une intervenante, Émetta, s'occupe de M^{me} Réceptrice, une dame âgée de 78 ans qui est hospitalisée. Lorsqu'Émetta s'adresse à elle pour la première fois, elle se présente et explique son rôle. Elle se place près de son lit et se penche pour être plus accessible. Lorsqu'elle lui explique ce qu'elle s'apprête à faire, Émetta utilise des termes simples, faciles à comprendre et elle vérifie souvent si M^{me} Réceptrice saisit bien. Elle l'observe pour capter ses réactions et y répondre aussitôt. M^{me} Réceptrice suit bien et son expression faciale constitue la rétroaction qui oriente Émetta dans son intervention.

Lorsque deux personnes sont en communication, il y a rencontre de deux conscients et de deux inconscients. Puisque la communication comprend un échange verbal informatif, au contenu cognitif, et une contrepartie affective, révélée ou cachée par le comportement non verbal, la manière d'être de la personne, il s'avère important pour le professionnel d'être le plus conscient possible de sa propre communication et d'être attentif à ce qu'il ressent au contact de son client. Tout en étant moins manifeste, la partie non verbale de la communication n'en est pas moins importante, car les émotions de l'un des partenaires, qui sont perçues par le conscient ou l'inconscient de l'autre, déclenchent chez ce dernier des émotions.

Par ailleurs, il existe quelques principes généraux de communication.

1. **Il est impossible de ne pas communiquer** – il y a toujours communication lorsqu'on est en présence d'une autre personne. Même en silence nous communiquons. Par exemple, la personne qui regarde sa montre indique sa préoccupation pour l'heure ou bien son malaise ou son anxiété.
2. **La communication se situe sur les plans cognitif et affectif** – le plan cognitif est intellectuel et informatif, il se rapporte aux faits et événements et la transmission se fait au moyen des mots. Le plan affectif touche aux émotions et aux sentiments de la personne et il est traduit dans le comportement non verbal. Si l'un des protagonistes se trouve submergé par une émotion (peur, anxiété, colère, peine) et que l'autre, par négligence ou pour se protéger, se réfugie sur le plan intellectuel, il y a bris de communication. Par exemple, une dame exprime à l'intervenant sa crainte de ne plus pouvoir marcher, et ce dernier répond par une explication ou remarque factuelle sans lien avec ce qui est dit, telle que: «En avez-vous parlé à votre médecin?» ou «Ne vous inquiétez pas, tout va bien aller». Ils ne sont pas sur le même mode de communication.
3. **La communication peut être intentionnelle ou accidentelle** – la communication accidentelle s'exprime à travers ce qu'on appelle en psychologie des lapsus (un mot déformé, la fusion de deux mots ou se tromper de mot) ou des actes manqués (oublis, retards, procrastination, etc.). Ces «accidents» dans la communication peuvent exprimer un sentiment dont la personne est plus ou moins consciente. C'est le cas par exemple du professionnel qui appelle son patient par le nom d'une autre personne, ce qui lui rappelle plus ou moins consciemment les ressemblances entre eux. Ou encore, le thérapeute qui oublie la glace qu'il a mise à son client peut avoir fait cet oubli parce qu'il est débordé et préoccupé, mais aussi, à un autre niveau plus ou moins conscient, parce qu'il perçoit cette personne comme étant exigeante. L'acte peut provenir du patient, en ce sens que si ce dernier arrive plusieurs fois en retard à son traitement, cela peut être l'expression d'une baisse de motivation à venir à ses rendez-vous; le moment pourrait alors être tout indiqué pour faire un bilan.

4. **S'il y a des messages verbaux et non verbaux contradictoires, la signification non verbale est retenue** – le comportement non verbal, c'est-à-dire la manière de transmettre le message, bien que plus subtil, est davantage perçu par l'inconscient de l'interlocuteur et il est mieux retenu par sa mémoire. Nos mots traduisent ce que notre cerveau rationnel (hémisphère gauche) pense, alors que notre attitude et nos comportements expriment nos sentiments profonds, qui relèvent de notre cerveau émotionnel (hémisphère droit). De là l'importance, comme professionnel, d'être cohérent entre ce que nous disons et ce que nous ressentons, puisque l'hémisphère droit de la personne captera ce que nous ressentons et transmettons à notre insu. Il est préférable, par exemple, de dire au client qui demande avec insistance, lors d'une première rencontre, «à quand mon retour au jeu compétitif?», que vous pourrez lui donner l'information seulement à la fin de l'évaluation ou au cours des prochaines rencontres, tout en prenant conscience que cette attitude vous met de la pression et vous irrite. Cela vaut vraiment mieux que de vous empresser d'en faire plus pour ce client, tout en vous disant en vous-même avant la rencontre suivante «Ah non! Pas celui-là, il est exigeant!», puisque ce sentiment sera communiqué dans vos gestes et attitudes. À partir du moment où nous sommes conscients de nos sentiments, il est possible alors de réfléchir puis de réagir autrement.
5. **La communication est irréversible** – ce qui est dit ou fait **ne peut pas** être effacé. On peut réajuster notre façon de faire ou rectifier nos dires face à la personne soignée mais elle pourra toujours se rappeler ce qui a été dit ou fait. Reprenons l'exemple du client que vous auriez oublié avec de la glace: même après vous être excusé plusieurs fois et même si vous n'avez pas répété cet oubli, la personne pourra toujours vous rappeler sa crainte en vous disant: «tu ne m'oublieras pas cette fois-ci?»

4.2 LA COMMUNICATION VERBALE

Plusieurs éléments de la communication verbale viennent aider le professionnel dans ses relations, autant sur le plan de l’alliance que sur celui de la confiance du patient envers le professionnalisme. Voici quelques éléments dont on doit tenir compte lors d’une première rencontre ou au fil des séances :

1. Saluer le client en l’appelant par son nom – «M. Tremblay, bonjour. Vous pouvez me suivre...» «Bonjour Julie! Comment ça va aujourd’hui?» ou toute autre formule d’accueil;
2. Se présenter et clarifier son rôle – «Mon nom est Sébastien et je suis physiothérapeute. C’est moi qui suis avec vous aujourd’hui.» «Je suis Anne-Marie, stagiaire en physiothérapie, et voici Hélène, la physiothérapeute qui supervise mon travail. Je suis venue la semaine dernière, vous rappelez-vous? Je vais continuer avec ce que nous avons commencé... les exercices pour la marche.»;
3. Proposer un plan de la rencontre et le négocier au besoin – «Aujourd’hui, ce que je vous propose c’est... est-ce que ça vous va?» «Vous semblez fatigué, préférez-vous que je revienne...?»;
4. Connaître les attentes de la personne – «Si je comprends bien, vous aimeriez pouvoir renforcer votre cheville pour éviter d’autres entorses et ainsi continuer votre entraînement. Est-ce bien cela?»;
5. Laisser à la personne le temps de répondre – l’intervenant doit être en mesure de soutenir le silence ou la lenteur des réponses du patient en ne posant qu’une question à la fois et en attendant la réponse avant de poursuivre. Le professionnel peut toujours vérifier si la personne soignée comprend la question ou si elle a besoin d’aide pour répondre. Il est important de se rappeler qu’il y a souvent un décalage entre le rythme de pensée et de réponse d’une personne âgée ou atteinte d’un trouble cognitif ou neuronal et celui d’un intervenant jeune et en santé;
6. Interrompre le client, avec tact, si nécessaire – lorsqu’une personne traitée parle beaucoup, qu’elle raconte toute son histoire de vie ou qu’elle envahit l’espace du professionnel qui a alors du mal à faire son travail, ce dernier se doit de trouver une façon appropriée, non blessante et bienveillante, de l’arrêter. En voici des exemples: «Excusez-moi de vous interrompre, mais si vous le voulez bien, nous allons poursuivre

l'évaluation.» « Ces informations nous seront utiles plus tard... Pouvez-vous me dire ce qui ... ». Cette situation peut être évitée par des questions fermées qui entraînent des réponses courtes et permettent à l'intervenant de mieux encadrer l'échange d'informations;

7. Éviter le jargon professionnel ou médical – plusieurs mots ou expressions qui sont banals pour le professionnel utilisant ces termes depuis plusieurs années seront perçus négativement par le soigné, soit en raison d'une incompréhension, d'un sentiment d'infériorité ou simplement parce qu'ils créent une distance dans la relation. Quelques exemples: flexion de la jambe, abduction, disques vertébraux, flexion dorsale, lombaire, etc. Il est préférable de les éviter le plus possible ou bien d'expliquer leur signification et d'être attentif aux réactions de l'autre face à ces mots;
8. Poser des questions claires – formuler les questions de manière à ce qu'elles ne mènent qu'à une réponse et faire en sorte que les propos tenus ne mènent qu'à une seule interprétation. Pour éviter toute confusion, les explications nécessaires doivent être présentées, mais tous les détails inutiles doivent être omis. Il ne faut pas tenir pour acquis que le patient comprend tout la première fois, mais plutôt vérifier sa compréhension;
9. Utiliser des phrases simples, précises et brèves – l'intervenant fera attention aux personnes qui sont instruites et qui peuvent l'impressionner, car il pourrait alors réagir en voulant utiliser des termes de son domaine d'expertise pour se sentir à la hauteur. Il faudra également utiliser des phrases courtes et donner une information à la fois (ou une consigne à la fois) avec des gens qui présentent des déficits cognitifs, certaines personnes anxieuses, ceux qui vivent une dépression majeure, des personnes âgées et des enfants en bas âge;
10. Inviter le client à décrire comment le problème affecte sa vie quotidienne, ses loisirs, son travail, son sommeil – afin de connaître le mieux possible le client et d'adapter le traitement, ces éléments doivent être pris en compte;

11. Expliquer clairement le traitement ou ce qu'il fait au fur et à mesure – cet aspect de la communication verbale est nécessaire pour créer un lien de confiance, surtout avec certaines personnalités. «Je vais toucher votre dos pour voir... je vérifie votre poignet... je regarde si... »;
12. Vouvoyer – le fait de vouvoyer le client, même s'il a le même âge que le professionnel, met en place un cadre de travail, situe la relation dans un contexte professionnel et permet un respect (une exception s'applique à certaines clientèles comme les enfants et les adolescents). Il faudra attendre que le client demande à être tutoyé pour le faire, à moins que spontanément le « tu » prenne la place du « vous », alors il sera envisageable de vérifier auprès de lui la possibilité de le tutoyer. Le « tu » indique un certain degré de familiarité qui est réservé aux conversations entre membres d'une même famille ou entre personnes du même groupe d'âge. Tutoyer un adulte dans une situation formelle, comme une consultation en physiothérapie, peut être perçu comme un manque de professionnalisme ou même une insulte, en particulier par les personnes plus âgées. L'intervenant peut être près affectivement de son patient, et engagé envers lui, sans pour autant devenir familier. Le vouvoiement mutuel ne freinera pas la collaboration.

En contrepartie, il y a des éléments dans la communication verbale qui viennent bloquer ou nuire à la relation professionnelle, de même que certains éléments qui peuvent rendre la communication ambiguë. Nous présentons ici quelques exemples.

1. Des structures de phrases complexes ou trop élaborées, de même que des mots qui appartiennent au domaine de la profession ou encore qui ne correspondent pas au niveau d'éducation du client. La difficulté à formuler son idée ou son explication peut provenir du professionnel ou du patient.
2. Les étiquettes sociales, les préjugés que l'intervenant peut émettre durant une conversation ou un traitement, de même que ceux qu'il ne dit pas mais qu'il pense profondément. Dans certains milieux, on étiquette souvent les soignés en « chialeux », « revendicateur », « non motivé », « agressif », et ces étiquettes se répandent à l'ensemble de l'équipe soignante. Elles font en sorte qu'on évite ainsi de voir ce qui se cache derrière le comportement ou la personne qui souffre.

3. Les mots et leurs représentations: le mot peut recouvrir plusieurs éléments différents selon les personnes qui l'utilisent et selon les milieux culturels auxquels ces personnes appartiennent. Nombre d'expressions ont un sens particulier selon un groupe, une région ou un pays. De là l'importance pour le professionnel de clarifier toute communication qui semble ambiguë. Il faut donc porter une attention particulière à la communication verbale avec les gens de culture différente.
4. Les mots et leurs significations pour les individus: tout ce qui est énoncé repose sur des valeurs, des goûts, des désirs, des attentes qui diffèrent nécessairement d'une personne à l'autre. Les qualificatifs utilisés font partie d'une interprétation personnelle. Par exemple, le client qui dit «j'ai eu **très** mal cette semaine» pourrait quantifier sa douleur à 5 sur 10 alors que le thérapeute se serait attendu à une cote de 8 sur 10. Dans le même sens, l'intervenant aurait intérêt à expliquer ce qu'il entend par «bien» lorsqu'il demande à son client s'il a «bien fait ses exercices cette semaine» ou s'il a «bien dormi». Il sera plus clair et précis de demander: «quels exercices avez-vous faits?», «à quelle fréquence?», «comment les avez-vous faits?», ou encore «comment est le sommeil?», en faisant préciser au besoin.
5. Les échanges stéréotypés: les «Bonjour, comment ça va?» sont des formules toutes faites qui servent à alimenter les rapports sociaux, mais qui n'apportent pas de réponse authentique ni de compréhension supplémentaire. Du même ordre, les clichés du genre «Ne vous en faites pas, ça va bien aller!» n'ont rien à voir avec la compassion. Ce ne sont que de fausses assurances qui servent plus souvent à combler un malaise chez l'intervenant, comme si la phrase venait mettre un bouclier de protection contre la souffrance ou l'anxiété, plutôt que de porter l'émotion présente.

4.3 LES FACTEURS INTERNES

Plusieurs éléments à l'intérieur de chaque personne peuvent influencer le contenu du message reçu ou envoyé. Entre autres, les **émotions** ou **sentiments** ressentis peuvent moduler un échange entre le professionnel et son patient. Imaginons un intervenant

bouleversé par sa rupture amoureuse. Il risque de ne pas avoir le cœur à rire, même si un client lui raconte une blague. Ce dernier pourrait le ressentir et garder comme impression que l'intervenant n'a pas le sens de l'humour ou encore qu'il n'est pas très intéressé par lui. Autre exemple: vous venez de vivre un conflit avec un collègue de travail et êtes encore sous l'emprise de votre colère. Vous arrivez à vous calmer, mais lorsque votre patient vous dit à la blague «il ne faut pas être pressé pour venir ici!», après une attente de 15 minutes pour son rendez-vous, il est fort possible que votre colère soit amplifiée et que vous réagissiez de façon colérique (soit par un commentaire sec, un oubli, un touché plus brusque, un silence lourd...). Le défi peut également se présenter si la personne soignée est sous le coup d'une émotion (tristesse, colère, désespoir, etc.) avec laquelle l'intervenant éprouve déjà beaucoup de difficultés, soit parce qu'il vit la même ou encore parce qu'il est mal à l'aise vis-à-vis de cette émotion. Comme conséquence, le patient pourra avoir le sentiment de ne pas être entendu dans son émotion.

Nos **premières impressions** jouent également dans la relation qui s'établit. Parfois, la première impression se transforme avec le temps pour laisser place à d'autres impressions. Mais bien souvent, de façon réflexe, les gens cherchent plutôt les comportements de l'autre qui viennent confirmer leurs premières impressions. Dans cette dernière attitude, le professionnel peut se trouver dans une relation où il y a impasse ou conflit avec le client. Il lui faudra alors chercher d'où lui vient cette première impression, à qui cette personne lui fait penser, ce que ça vient provoquer en lui, etc., et trouver des outils pour voir autrement la personne ou y réagir différemment.

Certaines relations laissent place à de la **projection**, c'est-à-dire que la personne prête à l'autre des pensées ou comportements qui lui sont propres ou qui font écho à son vécu. C'est le cas d'une intervenante qui va travailler trop fort pour une dame (qui a l'âge de sa mère et, comme par hasard, lui ressemble) en essayant de la convaincre à tout prix des bienfaits des exercices qu'elle doit faire, tout en lui faisant la morale, alors que la dame met peu d'effort et n'est pas motivée (tout comme la mère de l'intervenante). On peut également retrouver de la projection du côté du client qui dit à son intervenant de changer de travail parce qu'il fait abuser de lui, alors que c'est ce qu'il a vécu lui-même quelques années auparavant. Je le constate aussi régulièrement chez une personne ayant pris une médication, et ayant vu les bienfaits sur elle, et qui recommande la

médication à d'autres sans nécessairement tenir compte de leurs réalités et désirs, certains refusant systématiquement une médication ou d'autres n'en ayant pas besoin puisqu'ils ne sont pas dans les mêmes conditions. C'est cette tendance à comparer le vécu de l'autre personne à **partir de sa propre personnalité**. Cela va influencer le conseil ou la suggestion, puisque la personne ramènera à soi la situation plutôt que de juste écouter et se référer au vécu de l'autre. Par exemple, lors d'une évaluation, le thérapeute qui n'a pas d'enfant pourra oublier de vérifier comment le problème de son client influence sa vie au quotidien avec ses enfants, ou comment le fait d'avoir des enfants entretient son problème. Morale de l'histoire : nous analysons le vécu des autres à partir de notre réalité alors que prendre le temps de réfléchir aux émotions, sentiments, réalités qui nous appartiennent pourrait aider à mieux comprendre la réalité de l'autre avec ses propres besoins et désirs.

Chacun porte en lui ce qu'on appelle des tendances à généraliser à partir d'un élément de son vécu ou de ce qu'on a « entendu dire ». On retrouve parfois des **généralités** qui bloquent les relations et la conversation, qui ne permettent pas aux individus d'aller voir plus loin et de reconnaître qu'il y a des exceptions et que rien n'est ni tout blanc ni tout noir. Voici une liste de quelques exemples de généralités que vous pourrez allonger avec les vôtres et celles de vos collègues :

- Les hommes sont en général plus rationnels ;
- Les personnes âgées sont plus sensibles ;
- Les impulsifs sont des personnes qui manquent de jugement ;
- Les petites filles sont plus douces que les petits garçons ;
- Les personnes qui se suicident sont des personnes courageuses ;
- Les avocats (ou toute autre profession) sont de grands parleurs ;
- Les personnes âgées sont sourdes ;
- Les personnes qui arrivent en retard sont des personnes irrespectueuses ;
- Les sportifs de compétition sont des mauvais perdants ;
- Les psychologues analysent tout !

Tout autre commentaire qui généralise au sujet d'un groupe de personnes, sur la base de la religion, l'âge, le sexe, la couleur de leur peau, la nationalité, en présentant une idée précise et figée restreint la relation thérapeutique. Il en va de même avec les **idées** ou **concepts** propres à chaque personne et qui se communiquent.

De façon plus concrète, tous les **déficits physiques** comme la surdité ou la baisse de la vision peuvent venir influencer le message reçu ou envoyé. Il se peut, par exemple, qu'une personne qui n'a pas compris ce qui a été dit pour une deuxième fois choisisse de ne pas faire répéter et de faire comme si elle avait entendu. Ou encore, une personne qui voit moins bien peut mal interpréter une parole, puisqu'elle ne voit pas l'expression du visage qui accompagne une blague, par exemple. Anecdote personnelle : avec l'âge, nos yeux sont davantage affectés par l'éblouissement et c'est quand je l'ai constaté sur moi que j'ai compris l'importance de ne pas se placer devant une fenêtre ensoleillée pour parler à des personnes âgées qui ont une difficulté auditive, car ils ne peuvent lire sur les lèvres en raison de l'effet d'éblouissement. Et l'orgueil étant humain, les gens n'osent pas dire leur déficit et ils travaillent fort pour comprendre et pour interpréter ce qu'ils ont entendu. Ce sont de petits détails qui font toute une différence dans la communication et la transmission du message.

Ainsi, tous les processus internes du corps tels le **ballonnement**, la lourdeur **digestive**, la **somnolence**, la **dyspnée**, le besoin imminent de **manger** ou **d'éliminer** peuvent empêcher la personne d'être présente psychologiquement à l'autre. Cela est plus manifeste en présence de **douleur**. De là l'importance d'être à l'écoute des signaux du corps de l'autre. Quand je rencontre des gens en thérapie (petits et grands) et que j'observe leur malaise ou leur tortillement, j'applique la technique du reflet : « vous bouger depuis un moment, comment ça se passe pour vous ? ». Parfois c'est le besoin d'aller à la toilette qui s'exprime !

4.4 LES FACTEURS EXTERNES

Plusieurs facteurs externes peuvent devenir de véritables barrières à la communication. Les interruptions durant une consultation qui sont causées par des appels téléphoniques ou par d'autres collègues, le va-et-vient des clients ou du personnel, les bruits extérieurs, les conversations des autres tout près en sont quelques

exemples. L'inconfort du client ou du professionnel peut également faire une interférence et perturber les échanges entre eux. La cause peut en être un éclairage trop fort, ou pas assez, la température de la pièce, les odeurs dérangeantes, le matériel d'installation ou encore le port de masque ou de gants.

D'autres facteurs externes, tels le manque de temps ou le moment qui a été choisi pour faire une évaluation ou un traitement et qui n'est pas propice, peuvent influencer grandement le transfert d'informations et l'établissement de la relation.

La différence d'âge, de sexe, de culture, de religion ou même le type de travail qu'une personne exerce peuvent jouer sur la communication ou mettre une barrière à l'échange. Si, par exemple, un intervenant soigne une personne qui appartient à une religion dont lui-même s'est retiré, il devra être attentif aux projections possibles qu'il pourrait faire sur cette religion ou sur la personne elle-même. Dans le même sens, le métier qu'exerce le patient peut venir influencer ce que dira l'intervenant. On peut imaginer qu'un physiothérapeute face à un client qui est psychologue pourrait faire davantage attention à ce qu'il révèle de lui...

4.5 LA COMMUNICATION NON VERBALE

La communication non verbale se passe la plupart du temps à notre insu. Par contre, c'est elle que le cerveau perçoit en premier, et il en retient les éléments affectifs. Les neurosciences confirment cette affirmation par l'existence des **neurones miroirs**, qui s'activent pour reproduire le même geste, la même attitude ou ressentir la même émotion que la personne face à nous. En fait, au début de ma pratique de psychologue, plusieurs études psychosociales mentionnaient que le mode d'apprentissage dominant chez l'enfant est l'imitation, c'est-à-dire que l'enfant va davantage reproduire ce que font les adultes autour de lui que répondre à une demande de leur part, tout le contraire de « *fais ce que je dis mais pas ce que je fais* ». Les neurones miroirs le confirment; ils seraient à la base de l'empathie chez l'humain. Ce qui est perçu par notre cerveau droit activera les neurones miroirs de l'autre personne pour tenter d'activer les mêmes circuits neuronaux tant sur le plan de l'émotion que sur les plans moteur et sensitif (pour ressentir ou reproduire la même chose).

Ainsi, tout notre corps parle et le professionnel devra développer sa capacité à observer ce langage du corps (le sien et celui de l'autre), tout comme il a développé la compétence à palper une articulation, par exemple. L'aspect extérieur du patient, sa façon de marcher, ou de s'asseoir, sa posture et l'expression de son visage sont autant d'éléments qui fournissent à l'intervenant des indices, notamment sur l'attitude calme ou indifférente, déprimée ou anxieuse. Le non-verbal s'observe donc dans tous ces éléments :

- gestes – agressifs ou, au contraire, tendres; bouger nerveusement;
- toucher – poignée de main ferme, ou plutôt donnée sur le bout des doigts;
- regard – timide ou bien dominant; absent;
- ton de voix – rire nerveux ou plutôt rire sarcastique;
- respiration – saccadée, à bout de souffle, profonde;
- posture – penchée vers l'autre, ou plutôt posture en retrait, bras croisés;
- distance de l'autre – zone d'intimité, zone personnelle, zone sociale;
- expression du visage – douleur, concentration, interrogation;
- rythme ou débit du langage – nerveux, rapide, expéditif;
- les silences;
- l'habillement et les accessoires;
- nos manies – tapement du pied, rongement des ongles;
- notre gestion du temps – retards, appels, regard porté à l'horloge;
- le paralangage – c'est la façon dont une chose est dite et non les mots prononcés. Il s'agit plutôt du débit, du rythme, des arrêts, de l'intonation et de la hauteur, des soupirs, etc. Cela fournit des indices importants sur l'état émotionnel du patient. Par exemple, une personne qui dit «Je ne suis pas en colère», mais qui utilise un ton élevé, tout en faisant beaucoup de bruit, communique davantage son agressivité.

Plusieurs éléments de la communication non verbale viennent aider le professionnel dans ses relations. Voici quelques attitudes que le professionnel aurait intérêt à développer lors d'une première entrevue ou au fil des séances pour favoriser la relation :

- Faire un bon dosage entre la prise de notes et le contact visuel – regarder la personne lors d'une question, la regarder lorsqu'elle parle, puis écrire la réponse. L'arrêt de la prise de notes peut devenir un message ;
- S'assurer du bien-être du client tout au long de la rencontre – vérifier si la personne est à l'aise pour la durée de l'évaluation ou du traitement, vérifier le confort lors de positions antalgiques ou de soupirs douloureux, ou lors de déplacements ou positionnements ;
- Faire face au patient ou se placer pour voir son non-verbal, et ce, autant dans l'évaluation subjective que dans l'évaluation objective – jeter un regard sur le visage lors de la palpation ou de tests, lorsque possible, sinon le faire de façon verbale.
- Se placer à la hauteur de la personne traitée pour lui parler (comme avec un enfant ou lorsque le client est alité) ou se pencher vers elle pour démontrer son intérêt (entre autres lors des questions de l'évaluation subjective) ;
- N'être ni trop expressif ni trop inhibé – tenir compte des circonstances : par exemple, avec un client dépressif ou très volubile, il sera important d'avoir un non-verbal neutre. Parfois l'expression de l'intervenant peut faire peur à l'autre, qui pourrait ainsi se percevoir comme très mal en point ;
- Utiliser une distance adéquate selon la situation – par exemple, s'approcher de la personne soignée pour lui tenir la main lorsqu'elle exprime une émotion de peine ou encore reculer après avoir constaté un mouvement de recul de sa part ;
- Adapter son ton de voix et le rythme au contexte – par exemple, élevé et dynamique lors d'une animation (classe d'exercices ou autres), ferme avec un client qui a besoin de limites, lent avec une personne démontrant une lenteur sur le plan cognitif ;
- Utiliser le silence adéquatement – par exemple, lorsque la personne a un rythme plus lent, pour lui laisser le temps de répondre ou de réfléchir, lorsqu'elle vit une émotion ;
- Posséder une apparence générale soignée et professionnelle ;

- Toucher la personne soignée de façon respectueuse et appropriée à elle et au contexte.

En contrepartie, certains éléments de la communication non verbale viennent bloquer ou nuire à la relation thérapeutique. Les sections 4.5.1 à 4.5.8 en présentent des exemples.

4.5.1 POSTURE ET ATTITUDES CORPORELLES

Dans le contexte des relations, l'inclinaison vers l'autre est une marque d'intérêt, de recherche d'intimité, alors que le thorax porté vers le dos du fauteuil peut exprimer un intérêt au confort plutôt qu'à l'interlocuteur. En étant face à la personne, le physiothérapeute lui communique sa volonté d'être là, de l'écouter. Cette position favorise le contact entre les gens en présence et le fait de se détourner de l'autre peut le rompre. Par contre, certaines personnes peuvent être embarrassées de se retrouver face à un intervenant, ou se sentir envahies par sa position qu'elles jugent menaçante. Le professionnel doit donc être à l'affût du non-verbal qui pourrait exprimer cet inconfort (réaction ou mouvement de recul) afin d'ajuster sa position pour rendre l'autre à l'aise.

Il existe des situations critiques où il est important de prendre le temps de s'asseoir un peu auprès de la personne soignée. Lors de ces moments, il est du rôle de l'intervenant de s'approcher physiquement et de démontrer à la personne, par sa posture, qu'il entend lui consacrer du temps. On peut penser à l'annonce d'un diagnostic sérieux qui vient d'être transmis, à un deuil à faire d'une carrière sportive, à la préparation à une intervention douloureuse, à la naissance d'un bébé anormal, à un échange avec une personne souffrante ou mourante.

4.5.2 GESTUELLE

Les tapotements ou torsions nerveux des doigts, les battements de jambes, les couettes de cheveux tortillées ou les lèvres mordillées sont autant de gestes qui traduisent un certain malaise chez l'intervenant. Dans le même sens, le croisement des bras et des jambes peut, dans certains cas, être perçu comme un relâchement, une fermeture à l'autre, de la passivité, de l'autoprotection, de la rigidité ou de l'autoritarisme. Certains clients, dont les enfants et les clients atteints de troubles psychiatriques, sont particulièrement sensibles

au non-verbal de l'intervenant et détectent bien l'émotion communiquée. Il est donc important pour le professionnel d'observer son comportement et de le modifier au besoin, de prendre conscience d'un changement brusque d'attitude de manière à contrôler ou à réajuster son non-verbal afin d'éviter de communiquer un sentiment négatif ressenti.

4.5.3 DISTANCE OU PROXÉMIQUE

Dans les relations, la distance établie pour communiquer est différente selon le caractère d'intimité de la relation. Une distance plus grande est réservée aux communications d'entreprise ou aux relations sociales, et une distance plus réduite aux relations plus intimes. Les relations thérapeutiques en physiothérapie ne tiennent ni de la première catégorie ni de la seconde, mais il existe un espace optimal à conserver. Cet espace se situe à mi-chemin entre ces deux types de relations, afin de créer avec les gens une certaine intimité tout en évitant les comportements de fusion et en ne devenant pas trop envahissant. Margot Phaneuf (2002), rapporte une étude faite auprès des infirmiers et infirmières démontrant que ces personnes soignantes gardent entre elles-mêmes et les personnes soignées une distance comprise entre 45 cm et 1,2 m, cette distance étant réduite au cours des soins ou lors de situations émotives particulières.

La « bulle » spatiale que chaque personne crée autour d'elle représente un pouvoir symbolique sur son environnement. Chaque personne établit son territoire, les frontières du Moi étant variables selon les individus, et le fait de ne pas respecter ces frontières personnelles peut parfois déclencher des réactions très fortes. Par exemple, une personne souffrant de schizophrénie pourrait se sentir menacée par un professionnel qui fait l'évaluation objective. Voici trois zones suggérées :

- Zone sociale : un à deux mètres entre les interlocuteurs, échange informatif sans contenu affectif, manque de chaleur, recours à la gestuelle et expression faciale (sourire)
- Zone personnelle : 50 cm à un mètre, échange entre personnes où la poignée de main et le toucher du bras sont possibles. Ton de la voix, expressions faciales, rythme respiratoire perceptible. Le contact visuel augmente la force d'impact de la présence à l'autre. C'est la zone pour une consultation en

physiothérapie: elle permet l'expression de la souffrance psychique (la communication des émotions) et elle permet à l'intervenant de contenir cette souffrance.

- Zone intime: C'est la zone où il peut y avoir contact physique; l'espace est habituellement réservé aux personnes avec qui il y a un lien d'affection. Lors de l'examen objectif en physiothérapie, cette zone est pénétrée pour avoir accès au corps du patient. C'est également un espace qui symbolise la confiance, ce qui implique que l'intervenant doit approcher cette zone lorsque la relation de confiance est bien établie, ou en précisant ce qu'il fera, avec délicatesse et respect.

Chez les intervenants qui doivent toucher leur client pour évaluer ou traiter (médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, massothérapeute, infirmier, etc.), il se crée une zone intime qui peut soulever certains malaises de part et d'autre, surtout si l'intervenant et le client sont dans la même tranche d'âge et s'ils sont séduits l'un par l'autre. Le cadre professionnel devient alors nécessaire afin de tracer la ligne pour que les frontières soient respectées et pour créer ainsi un interdit. Un toucher sera professionnel et non sexualisé. Il faut pour soi-même distinguer le toucher professionnel d'un toucher sensuel et sexuel. Le professionnel n'effleurera pas l'intérieur de la cuisse de sa cliente en ayant une intention de séduction. L'intention de l'intervenant et ses sentiments, tout comme ceux du patient, peuvent faire la différence dans l'agir professionnel. Mais la ligne peut être mince et encore faut-il que le professionnel soit conscient de ce qui se passe en lui afin de réagir adéquatement, par exemple en allant parler de ce qu'il ressent avec un autre professionnel avant qu'il y ait un agir professionnel. Car la sexualité est une force de vie instinctive qui peut engendrer des émotions et des sentiments complexes et puissants. Tout comme certaines situations peuvent engendrer des malaises: une dame qui se déshabille complètement sans scrupule devant l'intervenant qui lui a demandé de mettre la jaquette (en ayant oublié de lui préciser de garder ses sous-vêtements); une autre ayant des dessous féminins qui peuvent stimuler l'imaginaire de l'intervenant; un autre qui passe son temps à faire des commentaires séducteurs à l'intervenante («... beaux yeux», «... bien habillée aujourd'hui», «... beau sourire», «on pourrait prendre un verre ensemble un de ces jours», etc.); l'intervenant dont on voit la culotte dépasser de son pantalon (homme ou femme); etc. La

nature du travail implique une certaine zone intime, et l'intervenant doit fixer un cadre très clair, une frontière qu'il est interdit de franchir. Pour réfléchir davantage sur le sujet, je vous recommande le livre de Nathalie Houde et Martine Drapeau, *Sexualité et éthique dans les professions du toucher* (2011), ou encore les écrits de Conrad Lecomte, professeur à l'Université de Montréal.

4.5.3.1 Approfondissement

1. Y a-t-il des gens dont vous sentez le besoin de vous éloigner, ou de vous rapprocher? Y a-t-il des circonstances propices à cela? Est-ce que cela se produit avec des patients? Lesquels et pourquoi?
2. Quelle posture prenez-vous en présence d'une personne malade? Quelle distance gardez-vous? Quelle posture et quelle distance prenez-vous vis-à-vis d'une personne malade?
3. Lors de contact avec des gens, observez la distance que vous adoptez: amis, étrangers, patients, etc. Quelle est la différence?
4. Comment utilisez-vous votre gestuelle lors d'une consultation? Durant l'évaluation? Pendant le traitement?
5. Imaginez-vous devant un patient au comportement agréable et visualisez la position idéale quant à la distance à observer, à la posture de votre corps et à vos gestes. Faites l'exercice à nouveau, mais en imaginant cette fois un patient difficile ou une personne souffrante.

4.5.4 CONTACT VISUEL

Le regard est un des éléments les plus puissants et révélateurs de la communication non verbale. On le retrouve beaucoup chez les enfants, les bébés, qui osent regarder les gens dans les yeux ou même se regarder entre eux, sans parler, ce que les adultes n'osent plus faire, car le malaise s'installe. Même chose chez les animaux; ceux-ci vont signifier par leur regard s'ils sont sur la défensive, s'ils sont dominés, s'ils ont peur, s'il y a un intrus dans la meute, etc. Le contact visuel, de prime abord, transmet à l'autre l'intérêt qu'on lui porte, mais il peut également renfermer plusieurs autres significations pendant que nous sommes en relation. Vous avez déjà été confrontés au regard de votre mère, de votre père ou de votre partenaire en colère qui communiquaient cette émotion ou la réprimande par leurs

yeux ? Avez-vous déjà été agacé ou vexé par un proche ou un professionnel de la santé qui regarde ailleurs ou qui jette souvent un œil à sa montre pendant que vous lui parlez ? Voici d'autres exemples de ce que peut véhiculer le contact visuel :

- Manque d'intérêt pour l'autre ou pour ce qui est communiqué, ennui, distraction ;
- Peur de la relation ou besoin de cacher quelque chose par un regard fuyant ;
- Pouvoir et autoritarisme, confrontation ;
- Exclusion par l'absence de regard ;
- Gêne, timidité, réserve ou difficulté d'être en relation ;
- Assurance, ou au contraire manque de confiance en soi ;
- Séduction ;
- Agressivité ;
- Envahissement, regard inquisiteur, intimidant ou pénétrant.

Il ne faut pas oublier que c'est à travers le regard de l'autre que se construit la personnalité et que se développe la confiance en soi. Si, par exemple, un enfant grandit avec un regard parental qui lui renvoie positivement l'image de ses capacités et compétences, même si ses résultats scolaires sont moyens, il y a de fortes chances qu'il se sente compétent et qu'il ait une bonne estime de soi. Par contre, celui qui travaille fort pour avoir des notes excellentes, mais qui voit dans le regard de ses parents que ce n'est pas assez, ou pire, s'il y a absence de regard, risque de s'épuiser à chercher cette reconnaissance à travers le regard des autres. Il est donc primordial pour l'intervenant de maintenir un regard bienveillant sur son patient et de se questionner s'il n'arrive pas à éprouver ce regard avec un patient (ou de façon générale avec tous ses patients). En ce sens, comment une personne peut-elle donner ce regard si elle ne l'a pas reçu ? Un travail réparateur sur ce manque s'impose alors.

Puisque le regard peut aussi faire peur, le professionnel peut éprouver le besoin de fuir le regard de son client. Ce peut être en raison d'un manque d'assurance, de la gêne, de l'ennui, ou encore de la crainte d'être jugé incompetent en début de pratique. Ce comportement peut également rendre mal à l'aise le client, ce qui aura pour effet de nuire à la relation. Dans ce cas, un peu d'introspection et de travail sur soi seront souhaitables. L'intervenant aura également

avantage à remarquer lesquels de ses clients ont une difficulté à garder le contact visuel et à chercher la signification de cette difficulté pour pouvoir adapter son non-verbal. Par exemple, il se peut que le patient se sente intimidé: le professionnel devra alors utiliser un regard non intrusif et moins soutenu avec cette clientèle.

Dans le même sens, on retrouve à travers le développement de l'enfant, une phase appelée la « peur de l'étranger » qui se produit autour de 9 mois. Le professionnel en contact avec un bébé de cet âge devra porter attention à son regard et éviter de fixer l'enfant directement dans les yeux. Il sera préférable qu'il l'observe discrètement et du coin de l'œil tout en continuant à parler avec les parents et en faisant son observation. Il verra probablement le bébé lui démontrer de l'intérêt lorsqu'il sera prêt à ce nouvel étranger qu'est l'intervenant. Avec certains enfants un peu plus âgés, mais qui sont très gênés et réservés, il faudra aussi y aller en douceur et même utiliser le jeu (imaginaire ou concret) pour s'approcher de l'enfant.

4.5.4.1 Approfondissement

1. Éprouvez-vous de la difficulté à regarder dans les yeux les personnes qui vous parlent? Si oui, quelles sont les personnes qui vous intimident le plus?
2. Y a-t-il des situations ou des conversations qui vous portent à baisser les yeux devant quelqu'un?
3. Vous sentez-vous capable de garder le contact visuel avec la personne à qui vous parlez? Pensez à des moyens qui pourraient vous aider.

4.5.5 L'EXPRESSION FACIALE

Les paroles d'une personne ont toujours un effet sur l'interlocuteur qui les reçoit; son inconscient les interprète d'une manière positive, négative ou neutre selon les circonstances et les émotions du moment. La mimique du thérapeute ou sa réaction faciale peuvent ainsi exprimer à son insu ce qu'il ressent à l'écoute du commentaire d'un client. Il peut alors communiquer sa surprise, son intérêt, son incompréhension, son jugement, son ennui, son rejet et autres, par des haussements ou froncements de sourcils, des plissements du front et du nez, des serremments de mâchoires, des pincements de lèvres, des sourires ou des bâillements, etc.

Or, on observe chez les gens de grandes différences quant à leur expression faciale. Certains démontrent leur expression, comme « un livre ouvert », alors que d'autres le font peu. La mimique obéit pour une bonne part au contrôle de la volonté, mais certaines émotions spontanées peuvent transparaître, tels l'étonnement, la peur ou la stupeur. Certains clients peuvent à volonté exagérer, tempérer ou cacher les réactions sur leur visage. L'expression faciale du professionnel, lorsque ce dernier se montre authentique et chaleureux, vient aider à une bonne alliance. Mais le contrôle de l'expression faciale s'impose parfois lors de situations difficiles, par exemple auprès d'une personne très souffrante ou en dépression, ou encore lorsque le thérapeute ressent de la frustration.

Pour aller plus loin dans cette prise de conscience de votre expression faciale, vous pouvez demander à vos proches ou amis de vous parler de vos expressions du visage. Vous pouvez également vous regarder devant un miroir alors que vous pratiquez une conversation que vous planifiez aborder ou un exposé oral.

4.5.6 LE SILENCE

Le silence est l'un des aspects de la communication qui nécessite le plus une prise de conscience et de la pratique de la part des professionnels en relation, puisqu'il induit souvent un malaise et qu'il incite ces derniers à le briser, à combler les vides. Il est nécessaire de laisser le temps aux clients de répondre, et même, pour certains, le temps d'organiser leur pensée ou de comprendre la question formulée. À l'opposé, il faut éviter d'abuser du silence, car de trop fréquents moments de pause ou des silences trop longs peuvent entraîner la confusion, l'embarras ou laisser une impression de froideur.

Le silence peut venir bloquer la communication lorsqu'il est utilisé comme bouderie ou mutisme, autant chez le client que chez le professionnel. Par contre, lorsque c'est le patient qui « boude », l'intervenant doit se montrer plus mature et chercher à nommer ce qui se passe dans la relation. Si c'est le professionnel qui « boude », il aura intérêt à parler avec des collègues de travail afin d'évacuer la colère qui se cache derrière son attitude et de trouver des moyens d'être plus mature dans son travail en relation.

Le silence est fort utile en présence d'émotions, mais il est souvent très difficile à supporter pour l'intervenant. Lorsqu'une personne démontre de la tristesse ou est en deuil, le silence et l'accueil du professionnel deviennent comme un «contenant» dans lequel la personne déverse son émotion et sa douleur affective. Mais il sera difficile pour le thérapeute de devenir un contenant s'il n'a jamais eu accès à un contenant pour ses propres émotions.

Le silence peut aussi être utile lorsque, par exemple, en fin de suivi avec un client auquel il y a eu un attachement, ce dernier vous transmet sa gratitude face à vos soins; un simple «merci» souriant suivi d'un court silence permet d'apprécier les compliments qui vous sont faits. C'est la même chose lorsque, dans une situation de grande souffrance, vous ne savez pas quoi dire: il est préférable de mentionner «je suis avec vous, on est ensemble dans ce processus», et de garder le silence plutôt que de chercher à le combler par des phrases toutes faites du genre «ça va bien aller...» alors que ça ne va pas du tout.

Le silence peut être utile dans plusieurs situations et déboucher sur de bonnes prises de conscience... et c'est peut-être pour ces raisons que les gens disent que les «psy ne parlent pas!». Certains moments nécessitent le silence, entre autres lorsqu'une personne cherche la confrontation et vous amène des contre-arguments, lorsque vous sentez la colère monter en vous, lorsque la situation vous fait vivre de l'impuissance, lorsque vous avez besoin de temps pour préparer une réponse ou une confrontation, lorsqu'une dynamique relationnelle ou un conflit reviennent régulièrement et que la situation tourne en rond. Le silence permet également d'entrer en contact avec ce qu'on ressent vraiment, de prendre le temps d'écouter son discours intérieur, d'aller plus loin dans l'émotion ou dans la relation thérapeutique. Il est aussi de mise lorsque dans certaines situations vous désapprouvez le comportement ou l'opinion de votre patient, etc.

4.5.6.1 Approfondissement

1. Comment vous sentez-vous face à un silence en présence d'une autre personne? Comment vous l'expliquez-vous?
2. Dans quelles situations ou avec quelles personnes vous sentez-vous mal à l'aise face au silence? Comment cela se fait-il?

3. Êtes-vous capable de tolérer un silence ou vous faut-il immédiatement parler pour le briser? Essayez de le tolérer, la prochaine fois que ça se présentera, pour voir et ressentir ce qui se passe en vous.

4.5.6.2 Mise en situation

(LES RÉPONSES SE TROUVENT DANS LA SECTION CORRIGÉ.)

Louise, physiothérapeute en centre hospitalier, rencontre un groupe de cinq personnes en postopératoire pour leur expliquer la démarche de réadaptation suivant leur intervention chirurgicale. Elle ne connaît pas ces patients, puisque c'est la première fois qu'elle les rencontre, et elle ne fera pas de suivi de leur condition. Elle doit seulement leur expliquer la procédure à suivre pour leur retour à la maison afin de prévenir toute complication. D'entrée de jeu, elle leur pose une question d'ordre général à laquelle une participante décide de répondre. Après les premiers mots, la dame, d'une soixantaine d'années, s'arrête de parler et il s'installe un lourd silence. Tous sont mal à l'aise, et Louise ne sait pas comment réagir. Que lui suggérez-vous de faire?

4.5.7 L'APPARENCE GÉNÉRALE

Nous avons vu que la communication non verbale transmet davantage que les paroles prononcées. L'apparence générale du thérapeute et sa façon de se vêtir envoient également des messages. Ils transmettent entre autres un savoir-vivre, l'estime de soi et des autres, l'assurance intérieure et l'intérêt porté à soi et aux autres. Ainsi, selon le contexte et la clientèle à traiter, la simplicité et une apparence soignée sont préconisées, car elles constituent une marque de respect pour soi et pour les autres. Le professionnel aura avantage à ne pas s'habiller de la même façon lorsqu'il est en consultation que s'il doit sortir dans un *party* d'amis. La tenue professionnelle fera partie du rôle dans lequel se trouve l'intervenant. Aussi, un professionnel qui s'habille autrement en présence d'un nouveau client devra se questionner sur ses sentiments ou ce qui motive son choix de vêtements. Cherche-t-il à le séduire ou à le repousser? Veut-il être provocant? À lui de voir...

Cela me rappelle mes débuts en réadaptation physique. Je devais traiter une dame en centre d'hébergement de soins de longue durée pour de l'arthrose aux genoux. Elle n'était pas contente de me voir et j'ai su un peu plus tard pour quelle raison : je prenais la place d'un intervenant à qui elle était très attachée. Les premières séances, je ne comprenais pas son mécontentement, mais je le voyais et l'entendais à travers les pointes qu'elle m'adressait. Une fois, elle m'avait fait un commentaire sur mes cheveux non attachés en chignon (il faut dire que c'était la mode des cheveux frisés et les miens, en plus, étaient longs). Étant un peu frustrée et en réaction à son commentaire, je suis arrivée la séance suivante à sa chambre les cheveux détachés, une allure un peu provocante. Et la dame de me répondre : «*Mon dieu ! Avez-vous été pris dans une tempête avec vos cheveux !* ». Encore frustrée, je me suis dit qu'il fallait que je fasse quelque chose pour changer la situation qui n'allait pas en s'améliorant. J'ai alors décidé d'aborder le sujet avec la dame qui m'expliqua que, pour elle, une infirmière (je n'en étais pas une, mais elle me percevait de la sorte) devait avoir les cheveux attachés en chignon. Je l'ai écoutée et fait parler tout en ayant une attitude d'ouverture et de bienveillance à son égard, et j'ai aussi compris qu'elle devait faire le deuil de son ancien intervenant, dont je prenais la place, ce qui pouvait être frustrant pour elle. La relation s'est ainsi améliorée.

4.5.8 LE TOUCHER

Le toucher est un comportement non verbal qui a une signification très puissante et qui devient une expérience à caractère intime et personnel. Il relève d'un mode de communication archaïque, direct et profond, qui transmet souvent plus le sens de nos messages que nos mots eux-mêmes, qui deviennent parfois inutiles.

Le toucher peut servir à :

- attirer l'attention d'une personne inattentive ou un peu confuse ;
- manifester son intérêt ou sa compassion ;
- appuyer un mot ou une phrase ;
- rassurer une personne anxieuse ;
- soutenir l'écoute ;
- développer une complicité avec un client qui ne peut parler ;
- calmer une personne agitée ;

- développer un lien avec des clients en état de régression ou avec certaines personnes âgées.

Il faudra évidemment que le professionnel demeure sensible à la réaction de l'autre lorsqu'il utilise ce contact physique, afin de l'ajuster au besoin. Il lui est aussi possible de vérifier auprès de la personne si elle lui permet de toucher sa main ou de mettre sa main sur son épaule.

Il s'avère ici nécessaire de rappeler aux professionnels qui exercent une profession qui les amène à toucher régulièrement des gens que cette habileté peut devenir presque réflexe. Dans le cadre de leurs études et de leur expérience de travail, ils ont pratiqué entre eux cette profession et ont été touchés, palpés par plusieurs et ils n'en sont plus incommodés. Ce n'est pas le cas de l'ensemble des personnes soignées, et la majorité peut présenter un certain malaise à être touchée. Le professionnel doit donc retrouver cette sensibilité afin de démontrer son respect envers sa clientèle.

4.5.8.1 Approfondissement

1. Dans quelles situations ou avec quels clients pensez-vous qu'il est utile de toucher ?
2. Comment vous sentez-vous à l'idée de toucher un client émotif (triste, nerveux...)?
3. Si vous touchez un client et qu'il refuse le contact ou qu'il a un mouvement de recul, comment réagissez-vous ?

4.6 ÉLÉMENTS DONT LE PROFESSIONNEL DOIT TENIR COMPTE LORSQU'IL COMMUNIQUE QUELQUE CHOSE DE SÉRIEUX ET D'IMPORTANT À SON PATIENT

- Lieu : endroit calme et intime
- Heure et durée : favorable au client et à l'intervenant (éviter d'être à la course, que le client soit fatigué...)
- Mettre à l'aise : trouver des sujets communs, utiliser l'humour...
- Se garder un temps pour réfléchir à l'entretien et au client
- Garder le contact visuel et une distance adéquate
- Regarder le non-verbal du client et en tenir compte

4.6.1 MISE EN SITUATION

M^{me} Lemire vient de subir une opération et, sur recommandation de son médecin, elle vous consulte en tant que physiothérapeute dans un centre de réadaptation pour retrouver sa forme, donc pour reprendre l'activité physique graduellement. Madame vit seule depuis plusieurs années et doit garder son seul petit-fils tous les après-midis de la semaine. Elle se fatigue vite en position assise et est nerveuse. Vous allez la chercher dans la salle d'attente pour une première rencontre.

- a) Comment faites-vous votre entrée en matière ?
- b) Comment et où vous installez-vous pour la rencontre ?
- c) Comment vous occupez-vous de son confort ?
- d) De quels éléments de la communication devrez-vous tenir compte et comment le ferez-vous ?

4.7 LA PERCEPTION

Plusieurs problèmes de communication sont liés à notre perception. Nous ne tenons pas compte du fait que nous sommes tous différents et que ces différences nous font voir le monde en privilégiant notre point de vue. Il existe bien plus de réalités que ce qu'une personne est en mesure de saisir. Avec notre perception, nous parvenons à comprendre le monde qui nous entoure grâce à un processus en trois temps: la sélection, l'organisation et l'interprétation. La perception est donc:

1. Sélective – inconsciemment, notre cerveau choisit les stimuli auxquels il prêtera attention. Les stimuli intenses seront captés en premier, ceux qui sont répétitifs seront mémorisés et ceux qui répondent à un besoin particulier seront retenus. La publicité est un bel exemple qui utilise ces éléments pour capter notre perception, tant sur les plans de l'intensité, de la taille, des contrastes, de la répétition que sur celui du mouvement ;
2. Subjective – nous donnons un sens aux choses perçues, et ce, de façon très personnelle, propre à notre personnalité et à notre vécu. Cette partie joue un rôle important dans tous les actes interpersonnels. Parfois, nos interprétations ne sont pas toutes justes, mais elles modèlent nos pensées et notre comportement. Selon nos attentes, notre motivation ou nos besoins de l'instant,

nos sentiments ainsi que notre culture, nous percevons les choses différemment. Par exemple, si vous êtes attiré par une personne et que celle-ci vient vous parler, vous croirez peut-être qu'elle s'intéresse à vous. Si vous allez voir une comédie et que vous avez plutôt le cœur à pleurer, il est fort possible que vous disiez de ce film qu'il ne vous a pas fait rire;

3. Structurée – tout en sélectionnant, notre cerveau ordonne les informations de façon logique et propre à chacun. Par exemple, certains auront plus de facilité à retenir les chiffres, d'autres les noms des gens, d'autres une série de mots ou d'objets. La façon d'ordonner les événements est bien souvent la cause de nombreux conflits interpersonnels.

Lorsqu'on rencontre pour la première fois une personne, notre perception entre en scène si rapidement que nous percevons en fait de façon inconsciente. Cela se produit ainsi, même lors du premier contact téléphonique. Tous les stimuli arrivent à nos sens pour former une première impression: tout le non-verbal de l'autre, son statut, son âge, sa nationalité, le contexte où se déroule la rencontre, etc. Cette première impression se produit dans les premières secondes de la rencontre. Le professionnel n'a donc pas une deuxième chance de faire une bonne première impression auprès de son client, il doit ainsi mettre toutes les chances de son côté pour que ça se passe bien: contrôler sa nervosité (son ton de voix, ses mouvements, son regard, tout son non-verbal), se placer dans une pièce appropriée à la rencontre, être à l'écoute et présent à l'autre, détendre l'atmosphère si nécessaire, etc.

La première impression laisse une trace habituellement durable chez les gens. Lorsque nous avons une impression par rapport à quelqu'un, de façon réflexe nous cherchons à nous confirmer cette impression par les faits et gestes de l'autre ou par ses paroles. Il est donc plus difficile de voir autrement cette personne (ou un geste posé), puisque l'impression émerge de nous et nous renvoie souvent à un vécu. Par contre, ce peut être pratique dans certaines situations où l'expérience nous a appris quelque chose. Pensons à un client qui, à la première impression, nous rappelle cet autre patient qui avait envahi notre espace par l'abondance de ses paroles pendant toute l'évaluation. Nous pourrions alors nous réajuster plus rapidement et mettre les limites nécessaires au bon déroulement de l'entrevue.

Ainsi, à la fin d'une première rencontre, le professionnel aurait intérêt à prendre quelques minutes pour se questionner sur le déroulement de cette rencontre, sur ce qu'il perçoit de son client, à qui il lui fait penser, et rester ouvert à modifier cette première impression.

Le processus d'attribution est un élément fondamental qui influence notre perception. Il consiste à attribuer à l'autre, ou aux autres, ou à l'extérieur de soi, la responsabilité de ce qui nous arrive. C'est la façon spontanée de trouver un coupable à ce qui arrive. Ainsi, nous accusons les gens d'être responsables de leurs malheurs ou encore, lorsque nous sommes victimes de quelque chose, nous trouvons des excuses extérieures. Prenons l'exemple d'un mauvais résultat scolaire : le premier réflexe pourrait être de dire que les questions d'examen n'étaient pas claires, que l'enseignant a été trop sévère ou que le temps n'était pas suffisant, plutôt que de s'interroger sur le temps consacré à l'étude, sa propre fatigue, sa manière d'étudier, etc.

4.7.1 COMMENT ÊTRE PLUS PERSPICACE À TRAVERS LA PERCEPTION

1. Prendre conscience de nos jugements, préjugés, stéréotypes et de nos impressions générales.
2. Vérifier auprès des autres notre perception ; « J'ai l'impression que... Est-ce exact ? »
3. Se connaître et s'estimer : plus nous sommes en contact avec qui nous sommes, avec ce qui nous dérange ou non, avec nos forces **et** nos faiblesses, plus nous aurons une perception juste de la réalité et moins nous risquons de projeter des éléments de notre vécu sur l'autre.
4. Être en contact avec nos émotions.
5. Jouer avec les analogies ; voir par exemple un client difficile sous une autre forme (objet, animal...) pourra aider à voir autrement ce client, à en faire ressortir des qualités.

4.8 LES VALEURS

Les valeurs sont des croyances sur lesquelles les individus fondent leurs attentes et leurs règles personnelles, familiales et sociales. Ce sont des qualités qu'une personne considère comme importantes en tant que principes de conduite. Elles sont accessibles

à la conscience si la personne se donne le temps d’y réfléchir pour les faire émerger. Les valeurs influencent la façon de penser et de se comporter, car elles comportent un jugement personnel porté sur une action, une idée ou une chose. Puisque les valeurs se construisent à partir des besoins de l’individu et de son environnement, de ce qui est bon ou mauvais, elles sont assez durables et résistantes au changement.

Voici quelques exemples de valeurs :

4.8.1 VALEURS PERSONNELLES

- Conviction de l’importance de maintenir une bonne santé
- Importance de réaliser son plein potentiel
- Profiter de toutes les occasions pour apprendre
- Sens de la discipline
- Loyauté
- Équité
- Honnêteté
- Ponctualité
- Générosité
- Compassion
- Ouverture d’esprit
- Patience
- Courtoisie
- Respect des autres
- Spiritualité
- Appréciation de sa langue et de sa culture

4.8.2 VALEURS FAMILIALES

Les membres d’une famille entretiennent face à chacun d’entre eux des attentes fondées sur des valeurs familiales. Ces valeurs peuvent différer, même entre les membres des familles les plus unies. Dans un groupe qui se forme, que ce soit au travail, à l’école ou même dans une équipe sportive, ces valeurs agissent également, ce qui peut mener parfois à des conflits de valeurs entre deux ou plusieurs personnes du groupe. Nous avons ainsi tendance à

reproduire dans nos différents groupes (travail, école, sport, activités, etc.) des modèles relationnels ou communicationnels que nous vivons dans notre propre famille. Regardons quelques valeurs ci-dessous. Nous pouvons remplacer le mot *famille* par *groupe* ou *équipe*.

- La loyauté vis-à-vis de l'unité que constitue la *famille* ainsi que vis-à-vis des membres qui la forment
- La sympathie envers les membres de la *famille*
- La conviction qu'il est important de partager les ressources avec les membres de la *famille*
- La coopération
- Le sens du devoir accompli
- Le respect des règles *familiales*
- Le sens des responsabilités envers la *famille*
- Le fait de penser aux autres avant soi-même

4.8.3 VALEURS SOCIALES

Dans une société démocratique comme celle dans laquelle nous sommes, nous retrouvons quelques valeurs qui la constituent.

- La paix
- Le respect de la loi
- La conviction qu'il est important de s'interroger sur l'impartialité des lois et de chercher à modifier les règlements et les lois injustes tout en restant dans les limites de la légalité
- Le respect de la propriété et de la société
- La participation à la vie publique
- Le respect de la diversité
- La volonté de faire des compromis
- Le respect de l'environnement
- L'engagement envers l'égalité et l'équité

Les valeurs que possède le client peuvent venir heurter les valeurs du professionnel, et dans ces moments, plusieurs tournures relationnelles sont envisageables :

1. L'intervenant peut se mettre à argumenter et chercher des éléments pour convaincre la personne traitée de l'importance de la santé par exemple ;
2. Le thérapeute se met à juger intérieurement son patient et à se désinvestir de la relation, termine le traitement plus tôt que prévu, etc. ;
3. Le professionnel peut alors faire la morale et il peut s'ensuivre un conflit de valeurs à n'en plus finir ;
4. Le thérapeute peut chercher à comprendre, à travers le vécu de l'autre, ce qui l'a amené à intégrer ses valeurs ;
5. L'intervenant peut chercher ce qui présente une contradiction chez son patient à travers ses valeurs, ses dires et son comportement, puis, avec le reflet, traduire en ses mots ce qu'il perçoit ;
6. Le thérapeute peut écouter la personne et respecter ses valeurs, puis, avec la technique du reflet, lui faire voir l'importance que ces valeurs ont pour elle.

Vous aurez compris que les trois derniers scénarios de la liste démontrent une attitude respectueuse, tendant vers une maturité professionnelle.

Les valeurs se retrouvent également au sein des équipes de travail. Comme chaque personne du groupe arrive avec un vécu différent, et avec des valeurs différentes, le risque de conflit ou d'incompréhension est fort élevé. Il est donc préférable de prendre conscience des différences de valeurs, de les nommer ainsi que de définir les valeurs essentielles que le groupe désire préconiser. Il en va de même lors de l'animation de groupe, le professionnel devant gérer les différentes valeurs qui sont présentes.

4.9 LES ÉMOTIONS

Les émotions influencent notre communication, de même que la communication appuie nos émotions. Ces dernières sont omniprésentes dans les relations et transparaissent dans notre non-verbal, se traduisant par de nombreux changements physiologiques, par exemple la timidité se révèle par la rougeur, la colère ou l'amour, par

des palpitations. Elles se communiquent d'une personne à l'autre, de cerveau droit à cerveau droit, bien avant qu'elles en soient conscientes. C'est l'effet des neurones miroirs dont il a été question plus haut.

Je constate régulièrement dans mon travail qu'à partir du moment où j'arrive à établir quelle est l'émotion de la personne concernée (enfant, adolescent ou adulte), que je la nomme et que je valide ma perception auprès de la personne, un effet d'apaisement a lieu systématiquement, et avec lui une diminution de la tension interne. Si l'apaisement n'est pas enclenché, cela signifie qu'il faut continuer de chercher ce qui habite la personne. Et parfois, c'est en moi en tant qu'intervenant que je dois chercher la réponse : ressentir une émotion, pour ensuite la nommer au patient, ou encore calmer mon agitation intérieure (par la respiration ou un discours intérieur), ce qui se communiquera aux neurones miroirs du patient et produira un calme similaire.

Dans le contact avec nos semblables, dès que quelque chose nous interpelle, les émotions apparaissent spontanément et se manifestent corporellement. Une odeur, une musique, un geste, un toucher, une ambiance sollicitent nos sens, et l'émotion peut être déclenchée spontanément. Les émotions d'arrière-plan se détectent par des détails de la posture, la vitesse et l'ampleur des gestes, les mouvements oculaires, le degré de contraction des muscles faciaux (Brillon, 2009).

Les neurosciences nous permettent de connaître la physiologie des émotions. Notre cerveau est apte à déclencher une panoplie de processus visant à réguler l'homéostasie, c'est-à-dire à maintenir un niveau de tension interne à peu près constant et le plus bas possible pour garantir une sensation de bien-être et de calme. Le stress et les émotions font partie de ces processus. Rappelez-vous la dernière fois où vous avez été en colère ou encore à la veille d'un examen important... les émotions, avec la tension qui les accompagne, se logent dans le corps. Certaines parties du corps sont plus soumises aux tensions liées au stress, par exemple la mâchoire, les muscles trapèzes ainsi que le bas du dos. Puisque le corps est un tout dont les parties sont liées, lorsque la tension s'accumule à un endroit, elle peut provoquer une lésion à un autre. Quand la personne prend conscience de ses émotions et de ses tensions corporelles, elle peut agir avant que se produise une lésion, ou en travailler la source lorsque le problème est installé. Le professionnel de la santé peut l'y accompagner en

proposant un traitement approprié: référer en psychothérapie si la source est une difficulté à gérer ses émotions ou son stress, prescrire des exercices d'étirement afin de diminuer les sources de tension, vérifier les postures de travail ou liées à un sport, etc.

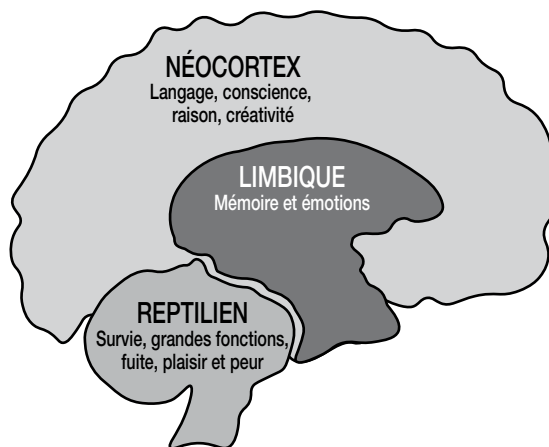
Le cerveau droit présente une supériorité dans le déclenchement et l'expression corporelle des émotions. Il joue un rôle dans l'intuition, l'empathie et l'adaptation au stress. Il est ainsi l'hémisphère le plus sollicité dans le maintien de l'homéostasie. L'hémisphère gauche, pour sa part, est le siège de la pensée logique et rationnelle et il est spécialisé dans l'élaboration et la compréhension du langage. Alors que les connexions dans le cerveau émotionnel se développent principalement durant les deux premières années de la vie, le cerveau rationnel s'élabore à partir de l'âge de 20 à 24 mois environ. Les deux hémisphères sont reliés par le corps calleux qui permet l'échange d'information entre eux. Le cerveau émotionnel possède le plus grand réseau de connexions avec le reste du corps. Les messages qu'il lui envoie, de même que ceux qu'il reçoit en provenance des différents organes, traversent l'amygdale, l'hippocampe, l'hypothalamus et le tronc cérébral, ce qui permet la synthèse des informations issues des émotions, de la mémoire, des fonctions métaboliques, des centres responsables de la sécrétion des hormones et de l'immunité. Les «cellules tueuses» du système immunitaire sont la première ligne de défense de l'organisme. Comme la plupart des fonctions du corps, l'activité de ces cellules est sous le contrôle du cerveau émotionnel. Les émotions positives, comme le calme et le bien-être, les stimulent, alors que le stress, l'anxiété et la dépression les inhibent (Servan-Schreiber, 2003).

La communication entre les deux hémisphères par le corps calleux peut déclencher une émotion, par la seule évocation verbale du souvenir. Le cerveau des émotions et celui de la parole peuvent aussi agir en parallèle, chacun ignorant les données enregistrées par l'autre. C'est ce qui explique que l'on puisse se rappeler les détails d'une scène de son enfance sans ressentir d'émotion ou, au contraire, être soudainement envahi par un sentiment apparemment hors propos sans pouvoir le relier à un événement précis. Le réveil d'un souvenir peut également altérer la perception actuelle que l'on a d'une personne ou d'une situation sans que l'on soit conscient de cet impact.

La mémoire affective (où se logent les émotions) relie le corps à la pensée. Nous retrouvons, dans le cerveau, trois étages qui permettent au corps de gérer les émotions.

1. Le cerveau reptilien (diencéphale) renferme nos instincts ; ceux qui comprennent les réactions normales d'agressivité liées à la protection, à la survie et à la reproduction :
 - i. **La fuite** : par exemple s'enfuir devant un danger ou une menace. On peut retrouver ces comportements réflexes chez le patient, comme lorsqu'il se retire s'il se sent envahi par des personnes ou du bruit, ou comme lorsque l'enfant se cache derrière son parent parce qu'il a peur de quelque chose ou de quelqu'un. Un adolescent trop anxieux face à un examen peut fuir sa peur en jouant à des jeux vidéo ou en consommant de l'alcool, plutôt que d'étudier.
 - ii. **L'attaque** : soit pour obtenir quelque chose, soit pour se défendre face à une agression, un peu comme l'homme préhistorique qui devait chasser pour manger ou se défendre pour survivre. L'enfant peut se mettre à lancer, pousser, frapper sans réfléchir en réaction à une agressivité. Vers l'âge de 3 ans, puisque le langage se développe et entraîne de nouvelles connexions neuronales, les gestes d'attaque diminuent. Le patient peut aussi vivre de ces comportements réflexes, comme agresser par des paroles irréfléchies ou monter le ton lors d'un moment de colère. Cet autre patient peut se mettre à se lancer à fond dans les exercices afin de récupérer le plus rapidement, comme si sa vie en dépendait. Là encore, il s'agit d'une attaque, mais elle risque de nuire à sa réadaptation.
 - iii. **L'immobilisation** : face à un prédateur, certains animaux vont « faire le mort » afin de passer inaperçus. On retrouve certains comportements qui imitent l'immobilisation, dont l'opposition passive ou la procrastination ; le patient qui dit oui à tout ce qui est suggéré, mais qui n'agit pas pour autant.
2. Le cerveau limbique où se trouvent l'hippocampe et l'amygdale qui permettent les apprentissages et la mémorisation des différents types d'émotions (peur, colère, peine, etc.)

3. Le néocortex qui regroupe le langage, la conscience, la raison, la créativité.



Les stimuli parviennent à nos sens et traversent nos viscères jusqu'à notre cerveau où ils rencontrent les lobes préfrontal et temporal qui s'occupent d'analyser et de trier. Puis, au niveau de l'hippocampe, il y aura mémorisation de l'événement ou de l'émotion afin de réagir maintenant (si la situation l'exige) ou plus tard dans une mémorisation à long terme. L'amygdale entrera en action pour s'occuper des charges affectives intenses. Par contre, dans le cas d'un traumatisme où la personne est en situation de survie, par exemple, les neurones seront surchargés et la mémoire, paralysée, ce qui aura comme effet de couper l'émotion vécue à la conscience de la personne et d'empêcher l'élaboration mentale permettant l'évacuation de l'émotion. Dans ces situations, nous pouvons voir apparaître des symptômes physiques ou psychologiques. Il nous arrive par exemple de voir des gens «traumatisés» qui, lors d'un toucher physique fait par un professionnel, deviennent habités par une émotion vive, en lien avec leur traumatisme, sans être capables de comprendre ou de faire le lien entre l'émotion et le traumatisme. Le thérapeute peut, dans ces moments, aider la personne en la soutenant en paroles ou en émettant des hypothèses liant l'émotion au vécu traumatique. Par exemple, un client ayant vécu un accident d'auto, qui réagit fortement par la peur lors de la palpation de son cou, pourrait se sentir mieux si le professionnel dit quelque chose comme : « Vous avez dû avoir très peur lors de votre accident... »

Il vous est déjà arrivé de vivre une émotion sans savoir pourquoi, de sentir les larmes qui montent à votre insu : « Je ne sais pas pourquoi les larmes me coulent maintenant, pourtant, je ne me sens pas triste... » ; « Je me sens déprimé aujourd'hui et c'est comme ça depuis que je me suis levé ce matin. ». Vous avez peut-être observé ce phénomène chez quelqu'un de votre entourage : « Je ne comprends pas pourquoi tu es si en colère que ça, il me semble qu'il n'y a rien qui puisse justifier cette colère ? » Dans ces moments, c'est comme si une émotion s'était logée dans le cerveau émotionnel et, par un élément déclencheur (une parole, la vue de quelque chose, un contexte, une odeur, une musique, etc.), qu'elle refaisait surface sans que la personne puisse faire rationnellement le lien.

L'expression corporelle de l'émotion est ainsi l'œuvre du cerveau droit qui la déclenche automatiquement et de manière inconsciente. Elle est perçue par le cerveau droit d'autrui qui l'enregistre, parfois même à son insu. Cette expression corporelle de l'émotion s'apprend à travers le dialogue émotionnel entre l'adulte et le nourrisson au moment des soins et des jeux. L'enfant porte ainsi la marque singulière et originale du fonctionnement psychique de l'adulte en présence, de sa plus ou moins grande aisance avec telle ou telle émotion. Certains sont plus à l'aise dans la manifestation du désir ou de la tendresse, de l'agressivité, de la peine ou de la joie, etc. Les difficultés d'expression de certaines émotions peuvent se traduire par des gestes manqués, des raideurs, de la rigidité corporelle, de la froideur.

Il arrive que des personnes expriment leurs émotions verbalement, mais sans les nommer explicitement. Par exemple, le client racontera son accident de voiture, qui est, pour lui, chargé d'émotions. Le thérapeute doit être capable de susciter l'expression des émotions, d'y répondre et de comprendre le rôle qu'elles jouent dans les problèmes présentés. Certains patients plus anxieux pourraient ne rien retenir des suggestions faites par le professionnel parce qu'ils sont envahis par leur anxiété. L'anxiété pourrait aussi nuire à la réadaptation de la personne, qui fuit tout ce qui peut engendrer de la douleur ou de la peur, dont des exercices à faire. Si un client est trop peu émotif, l'intervenant devra l'aider à reprendre contact avec son corps et ses émotions. À l'inverse, il importe qu'il sache contenir l'angoisse du patient trop anxieux ou envahi par une émotion trop intense, comme la rage, le désespoir, la honte, l'exubérance. Contenir l'angoisse signifie que, avec une attitude d'accueil et un calme

intérieur, avec ou sans l'aide des mots, le thérapeute rassure le patient par son calme, le ton de sa voix, sa présence et son écoute. Si le professionnel veut tenir compte des émotions durant une consultation, il lui faut évidemment développer sa capacité à les percevoir et également à être conscient de leur diversité. D'ailleurs, plus une personne est en contact avec ses propres émotions (frustration, impuissance, tristesse, etc.), plus elle sera en mesure de reconnaître les émotions chez les autres. La richesse du vocabulaire pour décrire les émotions est essentielle pour atteindre un degré élevé d'authenticité dans les relations (voir tableau des émotions).

4.9.1 LA DIVERSITÉ DES ÉMOTIONS

TABEAU 1. L'expression non verbale des émotions

CORPS	ÉMOTIONS		
	TRISTESSE	JOIE	PEUR OU ANXIÉTÉ
Posture	Repli sur soi Affaissement des épaules	Changements fréquents de la posture Comportement ouvert	Brusquerie des mouvements Tortillements Raideur ou rigidité des mouvements Menton dirigé vers le bas Tremblements Raideur ou rigidité du corps et des gestes
Tête	Abaissement	Mobilité Redressement	Immobilité
Mains	Immobilité	Mouvements expansifs Mouvements circulaires	Moiteur Fermeture des poings Tapotement des doigts
Niveau d'activité	Apathie Indifférence Ralentissement	Excitation	Hypervigilance Agitation Hyperactivité
Contact visuel	Peu ou pas de contact visuel Mains sur les yeux	Recherche de contact visuel Tentatives de conserver le contact visuel	Yeux exorbités « Balayage » des yeux Regard furtif Regard inquiet

CORPS	ÉMOTIONS		
	TRISTESSE	JOIE	PEUR OU ANXIÉTÉ
Visage	Froncement de sourcils Contraction musculaire Larmes, pleurs	Mobilité de l'expression Sourires Rires	Rougeur Serrement des lèvres Serrement des mâchoires

Source : Lussier, M.T., Richard, C., 2016. *La communication professionnelle en santé*. Montréal : ERPI.

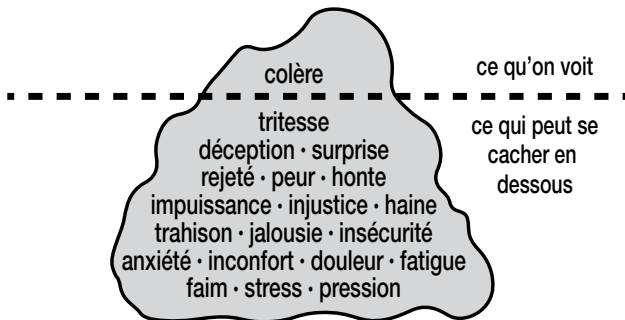
L'apprentissage façonne certains aspects de l'expression corporelle des émotions, même si celle-ci échappe au contrôle volontaire. Si nos sentiments sont intimes, nos émotions, elles, sont publiques et visibles extérieurement. Les muscles du visage expriment la colère ou la tristesse : la peau pâlit à l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou rougit sous l'effet de la honte ou de la timidité ; la joie, la tristesse, la peur ou le découragement se lisent dans nos postures ; nos mains moites trahissent notre anxiété. Le sentiment, pour sa part, est une construction mentale qui permet de se représenter en images et en pensées les modifications physiologiques du corps habité par l'émotion. Il fait donc la jonction entre le corps et le psychisme. Ainsi, la joie éveille nos sens et fait naître une foule de pensées qui stimulent la créativité, et la colère peut pousser quelqu'un à ruminer des idées de vengeance.

Les neurosciences décrivent le cerveau du jeune enfant comme étant immature ; l'enfant ne peut réagir comme un adulte. Ce n'est pas parce qu'il ne sait pas ni ne veut pas, c'est qu'il ne *peut* pas. Avant l'âge de 5 ans, c'est le cerveau reptilien – ou archaïque – et émotionnel qui domine, et il est très difficile de le contrôler. C'est pourquoi l'enfant fait souvent des crises pour obtenir ce qu'il désire, de même qu'il est traversé par des peurs incontrôlées, des colères explosives et de grandes peines. La partie du cerveau qui contrôle l'impulsion et les émotions, le néocortex, prend plus tard et graduellement de la maturité, et ce, avec l'aide des personnes significatives de l'entourage. Quand les adultes sont à l'écoute, compréhensifs, empathiques, qu'ils aident l'enfant à exprimer ses émotions, ils font en sorte que se développent la partie du cerveau qui sera plus « raisonnable » et les circuits neuronaux qui relie le cerveau reptilien au cortex préfrontal.

Toutes les émotions sont saines, elles sont un indicateur de notre état interne, c'est notre baromètre intérieur. Souvent, on parle d'émotions positives et négatives, et ce sont ces dernières qu'on cherche naturellement à éviter, car elles causent de l'inconfort. Par exemple, beaucoup de personnes tentent de fuir les larmes. Pensez à votre attitude lorsque vous voyez quelqu'un pleurer ou que vous êtes face à une personne en dépression... il y a habituellement un malaise, et l'une des premières phrases qui ressort ressemble à « Ne pleure pas, ça va aller... », comme si cette émotion dérangeait et qu'il fallait la taire. Dans notre société, on retrouve ce même phénomène face au deuil. J'entends régulièrement des gens me dire qu'ils ont fondu en larmes dans le cabinet de leur médecin – à la suite d'une séparation ou de la mort d'un proche – et qu'ils en sont ressortis avec une prescription d'antidépresseurs. Ces derniers sont nécessaires pour certaines personnes, dans un contexte précis, mais ils ne devraient pas être prescrits pour geler des émotions qui doivent naturellement s'exprimer afin de parvenir à faire le deuil. C'est justement l'inverse qui sera libérateur: ne pas fuir, mais plutôt vivre, ressentir et exprimer l'émotion désagréable! En ce sens, parler d'émotions agréables et d'émotions désagréables serait plus juste et permettrait de traverser tout le répertoire émotionnel interne. Ainsi, à travers les traitements de réadaptation, l'intervenant peut accompagner son patient dans le deuil d'une partie de son corps, qu'il ne pourra plus utiliser comme avant, ou encore le deuil d'un sport dans lequel il a tant investi de sa personne. Il y aura de fortes émotions de peine, de rage, mais elles devront être accueillies par l'intervenant afin d'aider le patient à passer à une autre étape.

Néanmoins, il faut bien distinguer l'émotion telle qu'elle est ressentie et l'émotion telle qu'elle est extériorisée. En outre, certains comportements sont acceptables, d'autres non. C'est sur ce plan que l'intervenant doit mettre ses limites face à son patient, pour le bon déroulement du traitement et de l'alliance. On peut faire la distinction entre l'émotion et le comportement en ce sens que toutes les émotions sont acceptables, mais pas tous les comportements. Si la colère intense se tourne contre l'intervenant qui se fait crier des noms ou reçoit des menaces, des gestes d'intimidation, il y a lieu de mettre une limite. Personne ne peut travailler dans la peur ni dans les insultes.

L'**expression** des émotions varie également selon les individus, en fonction de la personnalité, du vécu de la personne et de la réaction de son entourage face à l'émotion exprimée. Par exemple, certaines personnes pleurent lorsqu'elles sont en colère – c'est ce qui sort en premier chez elles. Comme si elles avaient appris que les larmes étaient acceptables ou qu'elles en tiraient des bénéfices. On peut se questionner sur la réaction des gens autour de la personne en larmes : vont-ils plus au-devant d'elle ? La prennent-ils en pitié ? Est-ce que cela interrompt sa colère ? D'autres vont extérioriser la colère par le ton de voix, les paroles ou le non-verbal (grognements, soupirs, etc.) alors qu'ils sont déçus ou tristes. Pour ces personnes aussi, on peut se demander quels sont les bénéfices de cette colère. Préserve-t-elle leur égo ou leur permet-elle d'obtenir ce qu'elles désirent ? Nous savons que derrière une émotion, il peut y en avoir d'autres qui ne sont pas exprimées. C'est l'iceberg dont on voit la pointe, mais qui comprend toute une masse cachée sous l'eau.



L'émotion apparente n'est qu'un élément de notre état émotionnel global, et elle peut en cacher bien d'autres, qui demandent à être amenées à la conscience. Je crois qu'il y aurait moins de conflits et de ruptures relationnelles si chacun prenait le temps de s'arrêter et de se demander ce qui se passe en soi, d'écouter les émotions qui l'habitent. Au même titre que pratiquer un sport ou faire un bilan de santé, s'arrêter pour faire son bilan émotionnel pourrait aider grandement les intervenants, ce qui aiderait en retour les patients et la relation thérapeutique.

Parmi la gamme des émotions désagréables, la **colère** est, pour plusieurs dans notre culture, l'une des plus dérangementes. Lorsqu'elle vient perturber les relations interpersonnelles ou qu'elle se présente avec une intensité qui dépasse de beaucoup la situation qui l'a provoquée, elle embarrasse et on aimerait mieux s'en sauver. L'agressivité est une énergie vitale qui fait partie de nos mécanismes de survie et qui nous aide à prendre la fuite, lorsque nécessaire, ou à déclencher l'énergie pour combattre. La colère, qui découle de l'agressivité, est une émotion saine que chaque personne a pu ressentir à un moment ou à un autre de son existence ; on n'a qu'à penser au bébé qui pleure de rage ou à l'enfant qui cherche à faire un nouvel exercice, mais qui fait une colère parce qu'il n'y arrive pas. Cette émotion fait partie de nous, mais si elle ne trouve pas d'issue psychique, soit par la symbolisation, la créativité (peinture, dessin, écriture, etc.), le défoulement dans un sport, les mots ou les rêves, nous pouvons la retourner contre nous, ce qui conduit à la dépression, ou encore à l'étouffer, ce qui augmente la tension interne et peut, à la longue, avoir un impact néfaste sur la santé physique. L'agressivité est saine et permet de s'affirmer, de prendre sa place dans un groupe, de faire un exposé oral, d'avancer positivement dans la vie (bien sûr, elle ne l'est plus si la personne rabaisse les autres, les écrase ou décharge sa colère sur eux). Ainsi, une personne qui a subi un accident et doit réapprendre à marcher, ou doit se réadapter, devra mobiliser son agressivité afin d'avancer et sortir d'un état dépressif ou d'une position de victimisation. Le professionnel devra l'accompagner en ce sens pour sa réadaptation.

Cette émotion est aussi essentielle que les émotions agréables. Et pour cause : les études en psychologie démontrent que refouler ou réprimer la colère comporte des risques pour la santé. C'est ce que j'appelle « l'effet presto » que je divise en deux catégories : explosion *versus* implosion. Quand il y a trop de pression dans le presto, ce dernier peut exploser. Exploder peut prendre la forme d'une crise de colère non contrôlée ou exagérée à la situation ; il peut être question de briser des objets, blesser, retourner la colère contre soi par des gestes d'autodestruction (alcool, drogue, automutilation, compulsions alimentaires, etc.) ou même miner la relation par des paroles destructrices. La personne qui explose peut soit se sentir coupable ou mauvaise par la suite, soit créer un vide relationnel autour d'elle. Le corps possède une capacité limite à gérer une pression (comme dans un contenant), dont la colère en fait partie (du contenant). De son

côté, la personne qui implose peut voir apparaître différents symptômes physiques (problèmes cardiaques, problèmes de la peau, douleurs articulaires ou arthritiques) ou psychologiques, telles l'anxiété, la baisse de motivation ou la dépression. J'ai rencontré plusieurs patients ayant diminué leurs douleurs d'arthrite ou leurs poussées d'eczéma en arrivant à extérioriser leur colère. L'intervenant aura intérêt à nommer la colère et à valider cette perception auprès de son patient, afin de l'apaiser et de diminuer les risques de débordement : « Vous êtes en colère, je comprends, c'est vrai que ça peut être fâchant pour vous... »

Quant à la **tristesse**, elle se remarque par un ralentissement du rythme de la pensée et produit peu d'images mentales : la pensée de l'imaginaire se fige. Les principales modifications constatées sont les serremments ressentis au niveau du larynx et du pharynx, les larmes, un affaissement du tonus et une baisse de l'activité générale. Alors que la joie permet l'équilibre homéostatique, la tristesse intense et permanente affecte l'efficacité du système immunitaire. L'individu devient plus sujet à attraper microbes et bactéries. Plusieurs recherches ont révélé que l'espoir libère des endorphines qui diminuent la sensation de douleur, ce qui influe sur l'humeur de la personne, qui devient moins dépressive. Le système immunitaire s'en trouve stimulé, favorisant ainsi les processus de guérison. À l'inverse, le désespoir entraîne la dépression, qui augmente la perception de la douleur et nuit au bon fonctionnement du système immunitaire et, par conséquent, entraîne une résistance à l'effet des traitements (Brillon, 2009 ; Servan-Schreiber, 2003). Nous verrons plus loin, dans la partie *Lien corps psyché* certaines façons de favoriser les processus de guérison chez le patient.

L'intervenant qui travaille en relation d'aide, que ce soit le physiothérapeute, l'infirmière, le médecin, le travailleur social, le psychologue ou autre, est amené à ressentir différents sentiments, les siens et celui de ses patients, et à tenir compte de ces sentiments. Sa capacité à recevoir et gérer ses propres émotions désagréables l'aidera à accompagner son patient vers le processus de guérison. Il ne nous viendrait pas à l'idée de passer à côté d'un enfant qui est seul et en pleurs, et de l'ignorer. Et pourtant, dans mon expérience professionnelle au sein de divers milieux de santé, j'ai été témoin de professionnels quittant la chambre du malade en pleurs, le laissant seul avec sa détresse émotionnelle. Je suis convaincue que ce n'était pas par méchanceté de la part du professionnel soignant, mais plutôt à

cause d'un malaise face à l'émotion ou la souffrance, qui renvoie souvent à un sentiment d'impuissance, fort désagréable et pourtant omniprésent. On peut simplement dire à la personne en pleurs : « *Je suis là avec vous, vous n'êtes pas seule* » ou quelque chose du genre, qui montre à la personne qu'on est vraiment avec elle, qu'on ne la laissera pas tomber, qu'elle peut se sentir seule mais qu'on va traverser ensemble ce moment difficile. L'intervenant devient alors un contenant dans lequel pourra se déposer une partie de cette souffrance. Mais pour ce faire, il lui faudra avoir apprivoisé certaines émotions désagréables.

Certains sentiments sont plus agréables que d'autres, dont le sentiment de satisfaction qui suit une réussite. Par contre, le sentiment d'impuissance face à la situation difficile que vit une personne peut amener le professionnel à ressentir la même chose, ou à en faire plus pour son patient, ou à tenter de parler pour éviter de ressentir cette souffrance, mais finalement, à rendre la situation insupportable et se rendre à l'épuisement. D'autres sentiments, tels le sentiment de responsabilité envers la problématique, les sentiments de découragement ou encore de supériorité, sont tout aussi nuisibles les uns que les autres, tant que l'intervenant ne les a pas identifiés en lui-même. Il est donc primordial pour l'intervenant de prendre conscience des sentiments qui l'habitent afin d'éviter de compenser par son comportement ou son non-verbal, et de nuire ainsi à la relation. Et le fait d'en prendre conscience peut aussi éviter à l'intervenant d'absorber, par son corps, cette charge émotive et de l'emmagasiner, ce qui peut conduire à l'épuisement professionnel. Certaines personnes sont plus sensibles et réceptives aux émotions que d'autres. Je le constate régulièrement dans ma pratique : certaines personnes plus anxieuses ressentent les émotions de l'environnement sans être en mesure de les nommer, et c'est alors le corps et le mental qui écopent. Diane Dulude, auteure du livre *Le TDAH, une force à rééquilibrer* (2014), rapporte que les enfants ayant un diagnostic de TDAH possèdent une plus grande sensibilité, ce avec quoi je suis d'accord. Ces enfants devenus adultes et intervenants peuvent recevoir les charges émotives et avoir de la difficulté à le gérer. Un travail sur le plan émotionnel est recommandé dans ce cas afin que l'intervenant puisse bien accompagner les patients et également préserver sa santé.

Le **sentiment de supériorité** peut être avivé en contact avec un client qui se trouve assis ou alité ; il peut être lié au port de la blouse blanche, à certains savoirs médicaux, à l'autorité professionnelle que

confère le rôle de soignant, à l'exécution de quelques gestes techniques. Le sentiment de confiance en soi est nécessaire à la relation, mais le risque existe d'en abuser, en se cachant derrière une connaissance médicale ou physiologique, sur un élan de toute puissance, en restant dans le cerveau gauche et en évitant ainsi de ressentir ce qui se passe en soi ou chez le patient. Ce sentiment doit faire place à une collaboration active dans la démarche de soins, puisque patient et intervenant ont des savoirs distincts et complémentaires : la personne est la mieux placée pour savoir ce qu'elle vit et tenter de le décrire à l'intervenant, lequel a des connaissances et une expérience pour l'aider à comprendre et soigner du mieux qu'il peut. La modestie et la capacité à s'avouer ne pas tout savoir sont souvent des qualités appréciées par les patients.

Le **sentiment d'impuissance** se retrouve souvent chez les intervenants qui travaillent avec des gens souffrants, encore plus avec des patients atteints d'une maladie chronique, ou incurable et mortelle. Il s'accompagne d'émotions de tristesse et de colère. À la longue, le sentiment d'impuissance peut provoquer de la lassitude, du désespoir ; l'intervenant pourra soulager sa détresse s'il rencontre du soutien dans son équipe de travail ou auprès d'autres professionnels. Il est lourd de travailler avec l'idée qu'on ne peut rien faire pour un tel, devant telle maladie ou la vieillesse, et il faut redéfinir les objectifs. Pour compenser la souffrance qu'engendre ce sentiment, le professionnel peut développer une hyperactivité, être amené à « trop en faire ».

Le **sentiment de responsabilité**, bien qu'indispensable dans un travail de soins, n'en est pas moins lourd à porter. Il s'accompagne souvent d'émotions comme la sympathie, l'inquiétude, la peur, l'attachement, mais aussi la colère et la tristesse. Ces sentiments ainsi que les aspects matériels, les contraintes horaires, l'ambiance, les échecs, l'absence de reconnaissance ou de considération peuvent mener au sentiment de découragement et à l'épuisement professionnel.

Le **sentiment de découragement** peut, quant à lui, mener à l'épuisement ou à la fatigue chronique de l'intervenant. Ces sentiments, qui renvoient à la notion de stress (voir plus loin), se retrouvent souvent dans les milieux hospitaliers ou dans les grandes structures hiérarchiques dans lesquelles plusieurs changements sont imposés. Sont en cause les situations dramatiques de plusieurs clients, la surcharge de travail afin de réduire la liste d'attente, la succession

malheureuse de « coups durs » ou de pertes, l'absence de gratification, le sentiment d'inutilité et la conjugaison avec des problèmes personnels. Le découragement s'accompagne d'émotions comme la lassitude, la perte d'enthousiasme, le stress, les tensions, la peur, la rage, le dégoût.

La **honte** est un des sentiments les plus désagréables, et qui est bien camouflé chez l'adulte, au contraire de ce qui se passe chez l'enfant. Ce dernier, vers 15-18 mois, fier d'apprendre à marcher et d'avoir une nouvelle perspective du monde, est poussé par un élan grandiose de découverte de ses capacités physiques et se retrouve plus souvent dans des situations d'échec et de désapprobation de l'adulte. Comme il est encore bien incapable de moduler son émotion de honte, il a besoin de l'adulte pour calmer cette souffrance et être rassuré quant à ses compétences, ses forces et sa valeur. Nous pouvons faire le parallèle avec le patient qui, devant expérimenter de nouvelles capacités ou se retrouvant en position de dépendance face aux intervenants, peut éprouver le sentiment de honte et d'incapacité. Connaître les capacités du client (enfant ou adulte) pour le laisser expérimenter des choses qu'il sera capable de faire seul et mettre des limites pour lui éviter de trop grandes blessures émotionnelles (et physiques !) garantiront un bon accompagnement dans cette émotion fort désagréable. Une attitude empreinte de respect et d'empathie de la part de l'intervenant, qui comprend, qui n'humilie pas ni ne prête de mauvaises intentions, permettra d'avancer. En revanche, un regard moralisateur, des paroles qui humilient le patient, le ridiculisent (rire sans tenir compte de la possible honte du patient d'avoir échoué), le culpabilisent (« Je vous l'avais dit ! ») ainsi que des exigences trop grandes pour ses capacités peuvent générer du stress, une mauvaise estime de soi, voire une rupture dans l'alliance.

Terminons cette partie des sentiments et émotions sur une note plus positive en parlant du **sentiment de satisfaction** : un des plus agréables, il vient heureusement alimenter le rôle de l'intervenant. Ce sentiment peut surgir chez ce dernier pour des raisons différentes. Pensons seulement aux gratifications personnelles dues à un bon contact avec telle personne ou sa famille, celles qui viennent de l'équipe, soit par solidarité ou à travers l'humour et la complicité. Il y a également les succès thérapeutiques, la reconnaissance hiérarchique ou celle du patient lui-même, le sentiment d'améliorer ses

compétences professionnelles, etc. Les émotions ressenties sont alors la joie, l'apaisement, le dynamisme, la curiosité, la générosité, la chaleur, la sympathie, l'amitié.

4.9.2 QUELQUES TRUCS POUR GÉRER LES ÉMOTIONS

Certaines hormones aident à retrouver l'homéostasie, l'apaisement du corps, lorsque la personne vit une émotion ou accumule une tension émotionnelle. Je vous propose deux exercices qui peuvent aider soit à prévenir une situation qui pourrait dégénérer en crise ou en conflit, soit à apaiser le patient et l'aider dans sa récupération physiologique, ou soit à gérer soi-même une émotion.

4.9.2.1 Le RVCRR (Reconnaître-Valider-Contenir-Réfléchir-Revenir)

Reconnaître l'émotion: « Vous êtes fâché, en colère? Cela vous rend triste? As-tu peur de ce qui peut arriver? » L'objectif est de voir l'émotion de l'autre (ou la nôtre), de déterminer quelle est l'émotion puis de la nommer sous forme d'interrogation afin que la personne puisse confirmer ou préciser ce qu'elle ressent.

Valider: « Vous avez le droit d'être en colère. » « Tu as raison, c'est énervant. » « C'est vrai que ça peut faire peur. » Il s'agit de dire à la personne qu'elle a le droit de vivre toutes ses émotions (mais pas d'adopter tous les comportements!), que l'on comprend son émotion, car on pourrait ressentir la même chose à sa place. Déjà à cette étape-ci, il y aura apaisement.

Contenir: Comme le contenant à l'intérieur de soi, l'intervenant garde son calme malgré l'intensité de la situation, reste présent à ce qui se passe et non indifférent. À cette étape, il est important de mettre des limites claires au patient pour éviter les débordements (ou pourrait choisir de mettre fin à l'intervention pour reprendre la situation à tête reposée), ou de rappeler à un enfant ou un adolescent les comportements qu'il peut et ceux qu'il ne peut pas avoir. Évitez d'alimenter l'émotion de l'autre par des paroles, des réprimandes, des blâmes, des menaces, etc.

Réfléchir: Dans votre tête, au moment de contenir l'émotion ou encore lors d'un moment seul (plus tard dans la journée par exemple), réfléchissez à la situation et à ce qui a pu déclencher l'émotion. Cherchez à voir si un besoin ou un désir s'exprime derrière l'émotion ou

si d'autres émotions sont présentes. Cette partie et la suivante sont ce qu'on appelle en psychologie la « mentalisation », processus essentiel de maturation affective.

Revenir: Enfin, il s'agit de revenir avec le patient (adulte, enfant ou adolescent) sur la situation une fois qu'elle s'est apaisée. Tenez compte de votre réflexion et amenez-la sous forme de question dans l'explication: « Êtiez-vous en colère parce que vous aviez besoin de plus que ce qu'on peut vous offrir? » « Es-tu fâché parce que tu t'ennuies de maman? » « Tu as réagi intensément tout à l'heure... Est-ce en lien avec le fait que ton ami est décédé dans l'accident et que tu te sens coupable? »

Ces attitudes ne sont pas innées et demandent un peu de pratique. Le fait de prendre du recul pour réfléchir à une situation ou à un événement émotionnel permet d'améliorer ces attitudes pour les fois suivantes.

4.9.2.2 L'art du PAS

Lorsqu'une émotion monte ou qu'un conflit éclate, afin d'éviter l'escalade, voici un exercice tout simple. Cette façon de faire peut devenir une routine, un moment à se donner dans la journée dans lequel la personne prend son « pouls émotionnel ». Il s'agit de faire un **PAS**.

P comme « **Prendre conscience** » (se retirer si nécessaire dans un coin calme) et respirer profondément. Quand l'émotion est intense, on peut compter jusqu'à 5, afin d'en diminuer l'intensité.

A comme « **Accepter toutes les émotions** », les pensées, et respirer. Laisser venir toutes les pensées et émotions qui émergent. Ce qui peut aider, c'est de s'imaginer être un témoin de ces pensées et émotions, comme si vous preniez de la distance.

S comme « **S'exprimer** ». Il peut s'agir de vous confier à quelqu'un d'extérieur à la situation ou encore à la personne avec qui le conflit a eu lieu, mais seulement une fois que l'émotion s'est apaisée. S'exprimer peut prendre différentes formes telles que dessiner, écrire, ou encore composer un texte sur ces émotions...

Il est nécessaire de prendre conscience d'un autre aspect concernant les émotions: une des tendances naturelles est de rendre les autres responsables de notre émotion alors que, dans les faits, il s'agit de **mon** émotion. Elle peut être déclenchée par un comportement ou

une parole de l'autre, mais c'est en moi que ça se passe. Ce comportement ou cette phrase déclenche en moi des réactions émotives qui m'appartiennent en propre, et il est de mon devoir de prendre contact avec mes sentiments et de tenter de les nommer. Une émotion ne ment pas, il s'agit d'une réaction physiologique automatique et indépendante de notre volonté. Si elle survient, c'est qu'elle a quelque chose à voir avec l'histoire qu'a enregistrée la mémoire corporelle. L'événement qui la suscite, même s'il ne semble pas la justifier, vient sans doute réveiller le souvenir d'une vieille blessure que la personne s'efforce de tenir à distance, mais qui demande à être reconnue.

Il est donc primordial d'être à l'écoute d'un état émotionnel (le sien, tout d'abord, et celui des personnes qui nous entourent). La diminution des hormones de stress et de l'anxiété ou la présence d'émotions agréables ont des effets bénéfiques sur l'organisme, ce qui permet d'activer les mécanismes d'adaptation du corps et la sécrétion des hormones d'apaisement, dont l'ocytocine. En ce qui concerne les enfants, il est établi qu'ils récupèrent plus rapidement après une intervention chirurgicale lorsque le personnel soignant a parlé avec eux et leurs parents, qu'il les a préparés mentalement, diminuant ainsi leur anxiété et augmentant la confiance (vis-à-vis du personnel, de l'intervention et des capacités de récupération du corps).

Les neurosciences ont aussi prouvé qu'il est possible pour un individu d'augmenter ou de diminuer la production de neurotransmetteurs en quelques minutes, simplement en s'efforçant de ressentir une émotion spécifique. Ainsi, lorsqu'une personne se concentre pour ressentir de la joie, son cerveau connaît une augmentation de sérotonine (effet similaire à un antidépresseur) alors que si elle se plonge dans un état de tristesse, la sécrétion de celle-ci diminue. Les exercices de visualisation par exemple avant une compétition sportive ou un examen stressant vont dans le même sens. À vous de voir comment vous pouvez appliquer ces connaissances à votre pratique!

La communication regroupe plusieurs aspects allant du verbal au non-verbal, des facteurs internes aux facteurs externes en passant par la perception, les valeurs et les émotions. Tous ces éléments sont imbriqués dans la relation qui se construit, autant du côté du professionnel que de celui de son client, ce qui complexifie la relation. C'est en devenant conscient de soi, de sa façon d'être, de ce qui l'habite, de ce qui fait écho en soi ou chez le patient, que l'intervenant communiquera plus efficacement.

D'autres habiletés de communication interpersonnelle sont à développer pour optimiser la relation professionnelle. Je pense entre autres à l'écoute, l'empathie et le respect, des éléments qui seront abordés dans les prochains chapitres.

4.9.3 APPROFONDISSEMENT

1. Quelle émotion vous fait éprouver le plus de difficulté, par exemple un malaise à l'exprimer ou une difficulté à la supporter chez l'autre? À quoi vous renvoie cette réalité?
2. Quelle émotion extériorisez-vous le plus souvent? Comment était-ce reçu par votre famille lorsque vous étiez enfant?
3. Quel lien faites-vous entre ce que vous avez écrit aux numéros 1 et 2 et votre quotidien?

4.9.4 EXERCICE DE VISUALISATION POUR PRENDRE CONSCIENCE DE SON ÉMOTION DANS LE CORPS

Avant de commencer, placez-vous dans un état de détente, assis ou couché confortablement – vous pouvez fermer les yeux. Prenez de bonnes respirations et soyez présent à ce qui se passe dans votre corps tout au long de l'exercice.

Maintenant, pensez à un souvenir drôle que vous avez vécu ou une situation qui vous fait rire, voyez-vous en train de rire aux éclats... Tentez de ressentir le bien-être dans votre corps et d'observer comment celui-ci réagit à cette émotion.

Ensuite, pensez à un moment qui vous a mis en colère, ou imaginez que vous êtes en colère... Que ressentez-vous, et à quel endroit du corps l'émotion s'installe-t-elle?

Terminez sur un moment agréable, doux, qui vous fait du bien, vous apaise... Là encore, avez-vous une sensation? Si oui, où la ressentez-vous dans votre corps?

Le fait de se brancher intérieurement à une émotion agréable peut aussi aider dans des situations de vie plus difficiles ou lors d'émotions désagréables. Vous pouvez le faire pour vous, mais aussi l'expérimenter avec vos collègues ou patients.

4.10 GRILLE-SYNTHESE DES ÉLÉMENTS VERBAUX ET NON VERBAUX DONT L'INTERVENANT DOIT TENIR COMPTE LORS D'UNE RENCONTRE AVEC UN CLIENT

COMMUNICATION VERBALE	COMMENTAIRES ET EXEMPLES
Salue le patient en l'appelant par son nom.	Très important au premier contact. Aussi présent dans les rencontres de suivi.
Se présente et clarifie son rôle.	Au premier contact ou avec un patient hospitalisé, avec problèmes cognitifs.
Propose un plan de la rencontre et le négocie au besoin.	À faire chaque fois.
Vérifie les attentes ou besoins du patient.	Lors de l'évaluation, mais aussi en début de suivi ou durant les bilans.
Laisse au patient le temps de répondre.	
Interrompt le patient, avec tact, si nécessaire.	
Évite le jargon médical.	Surveiller les mots utilisés et la réaction du patient (son non-verbal).
Pose des questions claires.	Attention aux questions multiples ou aux questions qui suggèrent une réponse au patient.
Utilise des phrases simples, précises et brèves.	
Invite le patient à décrire comment le problème affecte sa vie quotidienne (loisirs, travail, sommeil...).	Très important pour connaître le patient.
Explique clairement au patient le traitement ou ce qu'il fait au fur et à mesure.	Vérifier que ce soit fait chaque fois.
COMMUNICATION NON VERBALE	COMMENTAIRES ET EXEMPLES
Fait un bon dosage entre la prise de notes et le contact visuel.	Surtout lors de l'évaluation.
S'assure du confort du patient.	Au début de la rencontre, lors de changement de position ou lorsque le patient exprime une douleur par son non-verbal.
Fait face au patient ou se place pour voir le non-verbal du patient.	En tout temps.
N'est ni trop expressif ni trop inhibé.	Faire attention au non-verbal de l'intervenant afin d'éviter de faire peur au patient ou de minimiser ce qui est exprimé.

COMMUNICATION NON VERBALE	COMMENTAIRES ET EXEMPLES
Utilise une distance adéquate avec le patient selon la situation.	
Adapte son ton de voix au contexte (élevé, ferme, débit lent ou rapide, etc.).	
Utilise le silence adéquatement.	À utiliser pour attendre la réponse du patient ou le faire réfléchir.
Possède une apparence générale soignée et professionnelle.	Avoir une tenue vestimentaire qui est professionnelle, s'assurer que les sous-vêtements ne soient pas à la vue du client (petite culotte qui dépasse des pantalons, soutien-gorge apparent, etc.)
Touche le patient de façon respectueuse et appropriée à la personne et au contexte.	

Habiletés en communication interpersonnelle

5.1 HABILITÉS DE BASE EN COMMUNICATION PROFESSIONNELLE

Dans ce chapitre, nous présenterons les habiletés de base en communication en parallèle avec des exercices, afin d'en optimiser l'intégration. Il sera question d'abord de la présence et de l'écoute, ensuite de la notion d'empathie, de respect, d'authenticité, puis de la confrontation et des conflits pouvant survenir dans les relations interpersonnelles et professionnelles.

5.2 LA PRÉSENCE ET L'ÉCOUTE

La présence et l'écoute sont des attitudes qui se trouvent au cœur de la relation et à la base de chaque habileté abordée. Loin d'être passives, elles impliquent une action volontaire d'ouverture et de disponibilité à l'autre pour prêter attention à ce qu'il tente d'exprimer. Le mot «écoute» vient du latin *auscultare* qui signifie *action d'être attentif* et c'est en effet un peu comme si l'intervenant *auscultait* son patient, mais sur les plans affectif et émotif. Cette définition met bien en évidence le côté actif que représente le fait d'écouter. Le professionnel doit donc être attentif à ce qui se dit et à ce qui se passe chez le client ou dans la relation (à travers les non-dits ou le

non-verbal), au même titre que s'il était attentif à ce qui se passe dans l'articulation lors d'un test spécifique, par exemple. Le professionnel se doit de tenir compte de ce qui est dit, exprimé ou désiré.

Une réelle écoute nécessite de porter une attention particulière, un effort conscient de présence à l'autre et à soi. Cette activité présente de nombreux avantages et est le point de départ de notre enrichissement interpersonnel grâce au savoir qu'elle permet d'acquérir sur l'autre et sur soi. Ce savoir représente un atout essentiel de réussite, tant en milieu scolaire qu'en milieu de travail, et permet l'avancement relationnel sur les plans professionnel et personnel. Pensons au médecin qui pose un mauvais diagnostic parce qu'il néglige d'écouter ce que lui dit son patient. Ou prenons cet exemple : vous attendez votre ami à sa porte, sous la pluie, pour terminer un travail, alors qu'il vous avait dit de l'attendre à tel pavillon...

C'est pour éviter ces difficultés relationnelles et d'autres difficultés entraînant de plus graves conséquences que nous devons nous attarder à l'importance et aux bienfaits d'une présence et d'une écoute de qualité. Si nous observons ce qui se passe autour de nous, entre amis, en réunion d'équipe, etc., nous pouvons constater que les gens parlent souvent en même temps, ils se coupent la parole, certains finissent les phrases des autres, certains s'obstinent à convaincre les autres de leur point de vue. Les gens sont-ils réellement disposés à écouter l'autre et à observer ce que communiquent son comportement et son attitude, ou sont-ils tout simplement préoccupés par autre chose ou submergés par une émotion ou un stress ?

Et lorsque vous rencontrez un client, êtes-vous en mesure de porter toute votre attention sur cette personne, sur ce qu'elle vit ou ressent, sans penser aux choses à faire ou au prochain client ? Quand vous écoutez quelqu'un, où votre pensée se tourne-t-elle ? Ce sont de bonnes questions à se poser afin d'améliorer notre présence et notre écoute, n'est-ce pas ?

À des fins éducatives, divisons le processus d'écoute en trois étapes :

1^{re} étape: Entendre

Entendre est un processus physiologique, c'est la saisie du message, la perception des stimuli ; attention aux endroits où il y a trop de stimuli qui pourraient brouiller la réception du message ! Ça

se passe à un premier niveau: la personne a entendu et serait en mesure de répéter mot à mot ce que l'autre a dit, ce qui pourrait démontrer une bonne écoute, comme dans le dialogue suivant: «Tu ne m'écoutes pas!» «Bien sûr que je t'écoute... tu m'as dit... tu vois c'est exactement les mots que tu m'as dits!». Cependant, la demande d'écoute se situe peut-être au deuxième niveau.

2^e étape: Écouter

Écouter est un processus mental et émotif auquel participent l'esprit, la sensibilité et les yeux. Ça se passe à un deuxième niveau: on cherche à comprendre ce que la personne désire ou exprime et on est attentif à la concordance entre les messages verbaux et non verbaux de l'autre afin d'en saisir toute la signification. Le professionnel est alors centré sur la personne, sur son expression faciale (tristesse, sourire, douleur, anxiété, confusion, etc.), sa posture, son attitude, son ton de voix, son intonation, afin de détecter les sentiments qui peuvent être exprimés. De même, le professionnel doit être également à l'écoute de ce qui se passe en lui, ses émotions, ce par quoi il est habité. Et pour être efficace, l'intervenant devrait se situer à moins d'un mètre de son patient, avoir une attitude calme, non distraite ni pressée (ne pas regarder sa montre!), écouter sans interrompre ni changer de sujet (Iandolo, 2006).

3^e étape: Écouter activement

L'action se fait en fonction du message reçu et il y a une vérification; c'est la réaction pertinente de l'intervenant qui montre au patient qu'il a été compris et entendu dans sa demande, sa souffrance, son besoin ou son intention. L'action peut être verbale ou non verbale, et elle vise à encourager ou à inciter la personne à continuer de parler. À cette troisième étape, on utilise diverses formes: questions pour approfondir ou clarifier, vérifications de la compréhension du message reçu et reformulation, reflet de sentiments perçus, expressions non verbales, intonations ou ton de voix, réponse à la demande. Il s'agit d'un processus d'*écoute active*.

Afin de faciliter la lecture, je parlerai d'écoute plutôt que d'écoute active, en sous-entendant que l'écoute se compose des trois étapes précitées. Ainsi, l'écoute qui regroupe l'intention d'écouter et l'action de montrer notre écoute est l'une des plus importantes habiletés communicationnelles que nous puissions acquérir. C'est le

processus par lequel un auditeur organise en un tout significatif ce qu'il comprend de l'ensemble du message d'un locuteur, c'est-à-dire ses signaux (verbaux et non verbaux), ses pensées et ses émotions, et le transmet au locuteur.

L'écoute :

- n'est pas un processus naturel, mais plutôt une habileté qui peut être acquise et maintenue si elle est pratiquée ;
- permet de vérifier si on a bien compris ce que l'autre a dit ;
- incite l'autre à approfondir ses pensées et ses sentiments ;
- augmente la confiance en l'intervenant et crée une plus grande ouverture chez le client ;
- augmente la connaissance de soi, de l'autre et de la situation ;
- crée une plus grande intimité ;
- augmente la capacité d'écoute de soi et des autres ;
- nécessite la présence à soi, à l'autre et à la relation ;
- implique une vérification.
- La vérification peut être faite par l'intervenant en paraphrasant le message du client ou en le répétant avec d'autres mots : « Si j'ai bien compris, vous dites que... ». Ce peut être aussi en demandant des éclaircissements : « Il me semble avoir compris que selon vous... », « Pouvez-vous me donner plus d'explications sur ce fait qui est très intéressant ? ».

Types d'écoute et blocages

Il est plus facile de reconnaître les erreurs commises par les autres que les nôtres. Chassé *et al.* (2008), dans *La communication interpersonnelle*, présentent certaines caractéristiques de l'écoute qui rendent la conversation ardue. Ils suggèrent à leurs lecteurs de faire l'effort, afin de s'améliorer, de se reconnaître dans les portraits qu'ils présentent, et que nous reproduisons ici, plutôt que de s'attarder à trouver d'autres personnes qui pourraient correspondre à ces portraits (tendance naturelle).

- L'auditeur impassible ne répond pas, ne bouge presque pas, reste inexpressif. *Pourquoi ne réagit-il pas ? Est-ce qu'il m'entend ?*

- L'auditeur monotone réagit, mais toujours de la même manière, quoi que l'autre dise. *Est-ce que je dis des choses sensées ? Pourquoi sourit-il ? Je suis pourtant tout à fait sérieux.*
- L'auditeur trop démonstratif réagit à tout... intensément. *Pourquoi s'emballe-t-il comme ça ? Je n'ai rien dit d'extravagant.*
- L'auditeur occupé lit ou écrit pendant que l'autre parle et ne relève la tête que de temps à autre. *Suis-je si assommant ? L'écran est-il vraiment plus intéressant que moi ?*
- L'auditeur au regard fuyant observe tout et tout le monde, sauf la personne qui lui parle. *Pourquoi est-ce qu'il ne me regarde pas ? Est-ce que quelque chose lui déplaît ?*
- L'auditeur distrait écoute autre chose. *Ce que je dis est-il si ennuyeux que ça ? Mais quand va-t-il donc éteindre cette musique ?*
- L'auditeur impatient guette le moindre signal pour prendre la parole. *Est-ce qu'il m'écoute, ou répète-t-il mentalement sa prochaine interruption ?*
- L'auditeur trop secourable écoute le début de votre phrase et... la finit lui-même. *Suis-je si prévisible ? Pourquoi est-ce que je me donne la peine de lui expliquer des choses s'il les sait déjà ? Suis-je incapable de finir mes phrases ?*

Certaines raisons peuvent expliquer, sans la justifier toutefois, la mauvaise écoute, entre autres **la vitesse de la pensée**. En raison de celle-ci, il est plus facile de partir dans nos pensées que de faire l'effort de rester présent à soi et à l'autre, bien concentré sur ce que l'autre dit. Il est important dans ces moments de le préciser à la personne avec tact: *Excusez-moi, pourriez-vous reprendre ce que vous venez de dire, j'ai été distrait un moment*. Cela fait partie de l'authenticité, une attitude que nous verrons plus loin.

L'évaluation à priori du message peut également expliquer un arrêt dans l'écoute. Certains indices donnent l'impression que nous savons d'avance ce que l'autre tente de communiquer, et ainsi, l'écoute s'arrête. On peut même juger parfois simpliste ou non importante l'information qui suivra, ou encore la trouver hors de propos (*Je sais déjà ce qu'il veut me dire*).

Les blocages émotifs. Quelques mots dans le message du locuteur ou un simple regard, une intonation de la voix, et nous voilà blessés, choqués, en colère, anxieux ou encore en proie à la peur. Ces réactions émotives placent l'intervenant ou le client sur la défensive

et empêchent de comprendre objectivement le message. La personne est alors en réaction à l'autre, ou aux propos de l'autre, et n'est plus sur le mode « écoute ».

Les préoccupations personnelles de celui qui écoute, le besoin de parler, le besoin de divertissement, les idées préconçues sont autant de raisons qui viennent nuire à l'écoute de l'autre.

Points importants pour une bonne écoute :

- Être présent physiquement et psychologiquement ;
- Éviter les conclusions hâtives ;
- Garder le silence ou questionner l'autre plutôt que de trouver une solution immédiate à sa difficulté exprimée (*Tu devrais... À ta place, je choisirais... La solution est simple, c'est...*) ;
- Attendre avant de prendre soi-même la parole, se retenir de parler ;
- Contrôler les distractions ;
- Adopter une attitude compréhensive, égalitaire, s'appuyant sur le partage honnête et authentique d'idées et d'informations ;
- Se retenir d'argumenter en s'assurant d'avoir compris avant de prendre la parole ;
- Faire attention aux distractions internes et externes (préoccupations, rêveries, attirance – répulsion, préparer sa réplique, ennui, feindre son attention, etc.).

Certaines questions peuvent favoriser l'écouter, d'autres peuvent y nuire. Regardons les types de questions.

- *Question ouverte* : utile pour obtenir un aperçu plus large et donner accès à ce qui est important chez le patient.
- *Question fermée* : utilisée pour obtenir une information précise ; elle limite l'expression de l'autre lorsque nécessaire.
- *Question directe* : pour une réponse précise dans un bref laps de temps (qui, que, quoi, lequel, combien, où, quand). Faire attention de ne pas utiliser les questions directes à outrance, car elles peuvent donner l'allure d'un véritable interrogatoire de police.

- *Question double ou à choix restreints*: propose un choix, ou contraint l'autre à faire un choix. À utiliser dans les situations où la rencontre professionnelle nécessite un contrôle et exige d'être directif ou avec des personnes limitées sur le plan cognitif.
- «*Pourquoi*» : Invite l'autre à se justifier; ne montre pas que l'on cherche à comprendre. À éviter et à remplacer par *comment* ou *qu'est-ce qui*. Par exemple: Remplacer *Pourquoi n'avez-vous pas fait vos exercices* par *Qu'est-ce qui vous a empêché de faire vos exercices?*

Se demander avant de parler:

- Ce que je m'apprête à dire sera-t-il utile à l'autre?;
- Comment puis-je formuler brièvement le cœur de son problème;
- À travers tout ce qu'il exprime, qu'est-ce qu'il dit ou veut dire.

5.2.1 QUELQUES COMPORTEMENTS QUI VIENNENT APPUYER L'ÉCOUTE ET LE FAIT D'ÊTRE ÉCOUTÉ

- Inciter le patient à poursuivre, soit de façon verbale par des «oui... d'accord... très bien... o.k....» (attention à ne pas abuser des *o.k.*), soit de façon non verbale en penchant la tête vers l'avant, en hochant la tête, en haussant les sourcils, avec des «mm...», etc.
- Faire silence pour permettre de ressentir, de réfléchir, de prendre contact ou pour ralentir le rythme.
- Parler lentement en pesant les mots importants; permet également de ralentir le rythme ou de réfléchir lors d'un moment embêtant.
- Accentuation: c'est la reprise d'un mot ou de quelques mots dits précédemment par le patient et que l'intervenant juge important de ramener pour que le patient parle de ces aspects, précise des choses.
 - Client: *J'ai mal au dos depuis mon déménagement, j'étais tellement absorbé par tout ce que j'avais à faire au travail, à la maison...*
 - Intervenant: *Votre déménagement?*

- Client: *Oui, j'ai emménagé dans ma maison en mars dernier et je devais tout transporter moi-même...*
- Reflet de contenu: reformuler dans ses propres mots (et non pas répéter mot à mot ce que l'autre a dit) le contenu cognitif de l'autre, ce qu'il vient de dire
- Reflet de sentiments: nous y reviendrons dans la section sur l'empathie (5.3)
- Résumer: résumer globalement le ou les thèmes dominants (cognitifs et affectifs) du discours de la personne soignée.

5.2.2 MISE EN SITUATION

(LES RÉPONSES SE TROUVENT DANS LA SECTION CORRIGÉ.)

Julien est un athlète d'élite qui revient d'une compétition internationale où il a sous-performé. C'est la deuxième compétition de suite que cela se produit. Il est extrêmement déçu et il pense que ses entraîneurs, sa famille et sa copine, qui se sont sacrifiés selon lui pour qu'il atteigne ce niveau, doivent l'être aussi. Il a recommencé l'entraînement, mais le cœur n'y est pas. Il vous dit: «Je me demande à quoi tout cela a servi et servira... Ça serait bien plus simple si j'arrêtais tout et si je vivais comme tout le monde. Je me sens pourri et découragé...»

Pour faire suite à cette mise en situation, trouvez un exemple de:

- a) question ouverte
- b) accentuation
- c) reflet de contenu
- d) reflet de sentiment
- e) encouragement et reflet de son potentiel

5.2.3 ANALYSE PERSONNELLE

Dans l'exercice qui suit, vous devez penser à votre façon d'être et de communiquer, d'un point de vue global, depuis les six derniers mois et répondre aux affirmations en indiquant le chiffre correspondant. Veuillez fournir deux réponses pour chaque affirmation, l'une

concernant vos relations professionnelles (avec un patient ou en relation avec un client dans un autre domaine), et l'autre réponse concernant vos relations personnelles (ami intime, conjoint, famille):

0 – Presque jamais

1 – Parfois

2 – Souvent

3 – Très souvent

- a) J'écoute plus que je parle. _____
- b) Je laisse l'autre s'expliquer lui-même sans intervenir à sa place. _____
- c) Quand il exprime son propre point de vue, je suis attentif et j'écoute. _____
- d) Je le laisse compléter ses phrases sans l'interrompre. _____
- e) J'écoute l'autre d'une façon positive, sans prévoir ce qu'il va dire ni jugement. _____
- f) Pour mieux comprendre ce qu'il ressent ou ce qu'il pense, je vérifie ou je demande des explications. _____
- g) Je vérifie si j'ai bien compris ce que l'autre a dit sans interpréter à l'avance. _____
- h) Je vérifie et m'assure que l'autre a bien compris ce que j'ai dit. _____
- J'utilise mon non-verbal (expression faciale, mouvement de la tête, ton de voix, etc.) pour signifier à l'autre ma compréhension ou pour l'interroger. _____
- i) L'autre confirme que ce que j'ai reformulé dans mes mots était bien ce qu'il avait exprimé. _____
- j) Je dis ce que je pense vraiment. _____
- k) J'assume entièrement ce que je dis. _____
- l) Je dis ce que je pense d'une façon ferme quand il s'agit de choses importantes et que c'est approprié. _____
- m) Lors d'une discussion, je n'ai pas tendance à changer de sujet et parler d'autres choses. _____
- n) Je parle directement de ce que je pense et ressens au moment où ça se présente. _____

- o) Je pose des questions honnêtes et directes, sans rien cacher. _____
- p) Je dis ce que je ressens vraiment. _____
- q) Quand l'autre fait des choses pour moi, je lui exprime mon appréciation. _____
- r) Je dis des choses positives sur l'autre et je l'encourage à faire les choses dont je le sais capable. _____
- s) Je dis des choses pour lui exprimer l'importance qu'il a pour moi. _____
- t) Quand je ne suis pas d'accord, je le dis ouvertement et honnêtement, avec calme. _____
- u) Lors d'un désaccord avec l'autre, je reconnais que son point de vue a du sens pour lui. _____
- v) Lorsque je suis d'accord avec l'autre, je le dis honnêtement. _____
- w) Je vérifie les besoins de l'autre et les respecte. _____
- x) Je dis à l'autre que je veux connaître ses sentiments et ses opinions et que je les respecte. _____
- y) Lorsque je suis dans l'erreur face à l'autre, je le reconnais et le lui dis. _____

Résultats:

	RELATIONS PROFESSIONNELLES	RELATIONS PERSONNELLES	TOTAL (NOMBRE DE POINTS ET RÉSULTAT EN%)
1. <i>Écoute</i> (items a à e)	/15	/15	/30 %
2. <i>Vérification</i> (items f à j)	/15	/15	/30 %
3. <i>Expression</i> (items k à t)	/30	/30	/60 %
4. Considération pour l'autre (items u à z)	/18	/18	/36 %

5.2.4 ANALYSE ET RÉFLEXION

Comment sont vos résultats? Est-ce que ça vous ressemble? Y a-t-il une attitude qui domine? Remarquez-vous une attitude que vous devriez améliorer à travers votre communication? Comment pouvez-vous vous y prendre pour améliorer cette (ou ces) attitude(s)? Y a-t-il des raisons qui expliqueraient vos difficultés? Comment vos réponses (résultats) peuvent-elles influencer vos relations avec vos patients ou votre vie professionnelle?

5.3 L'EMPATHIE

L'empathie est une attitude qui a comme synonyme *l'intropathie* (selon le dictionnaire des termes de médecine de Garnier et Delamare [2012]). Il s'agit de la capacité intuitive qu'a un intervenant à ressentir les émotions et sentiments du patient sans en être bouleversé et sans être submergé par eux. Pour illustrer cette attitude, disons que c'est un peu comme si le professionnel déposait ses lunettes quelques instants pour porter celles de l'autre. Ainsi, avec ces nouvelles lunettes temporaires, il est à même de voir ce que voit l'autre, et en remettant ensuite ses propres lunettes, il peut mieux intervenir. Cette attitude est essentielle et nécessaire à un bon maintien de la relation, au bien-être du patient et elle devrait être présente chez tout professionnel travaillant en relation d'aide.

D'après les études en neurosciences, à la naissance, le cerveau n'a pas encore atteint sa pleine maturité et c'est l'hémisphère droit qui se développe en premier. Celui-ci serait programmé pour s'accoupler au cerveau droit de la mère, qui est lui-même structuré pour détecter et interpréter les signaux corporels du bébé et ajuster son comportement selon ses besoins. Le cerveau droit serait spécialement équipé pour détecter les messages émotionnels émis par le cerveau droit d'un autre être humain. C'est pourquoi certaines personnes seraient plus aptes à l'empathie, selon la façon dont chacun a pu établir ce lien dès le début de sa vie (Shore, 2008). J'entends par ailleurs régulièrement des témoignages de mères étant devenues plus sensibles ou en contact avec leurs émotions après la naissance de leur premier enfant. Être empathique nous amène à comprendre émotionnellement puis à réfléchir intellectuellement à ce que l'autre personne vit, sans être uniquement envahi par les émotions.

Certaines situations amènent une plus grande difficulté pour l'intervenant à vivre de l'empathie envers un patient. En voici quelques exemples :

- Lorsqu'il y a ressemblance entre le vécu des deux ; l'intervenant peut se couper de l'émotion par réflexe de protection.
- En présence de personnalités plutôt fusionnelles ; le professionnel peut devenir envahi par l'émotion de l'autre sans pouvoir prendre une distance et réfléchir.
- Lors d'une grande proximité physique des personnes.
- Quand il y a un manque de recul de la part de l'intervenant.
- Dans une réactivation d'un vécu similaire chez l'intervenant.

L'ocytocine, un neurotransmetteur qui agit sur le système limbique, centre émotionnel du cerveau, favorise le sentiment de satisfaction et réduit l'anxiété et le stress. Lorsque nous faisons un câlin à quelqu'un, l'ocytocine est libérée dans notre corps par l'hypophyse qui vient abaisser notre rythme cardiaque et notre taux de cortisol. Ainsi, chaque fois qu'une personne reçoit de l'empathie, de l'affection, elle sécrète de l'ocytocine, ce qui la conduit à son tour à avoir de l'empathie pour les autres. Car, oui, l'empathie se transmet ! C'est un cercle vertueux : plus nous recevons d'empathie, plus nous avons un taux élevé d'ocytocine, et plus nous sommes capables d'empathie à notre tour. Malheureusement, l'inverse est aussi vrai : moins nous recevons d'empathie, moins notre cerveau sécrète d'ocytocine et moins nous sommes capables d'être empathiques (Gueguen, 2015).

Les endorphines et la sérotonine, qui se retrouvent dans les vaisseaux sanguins lors d'une attitude de soins tendres (autant le soignant que le soigné), procurent également du plaisir, mais permettent par ailleurs de faire passer la douleur et la tristesse. On peut penser à toutes ces personnes qui souffrent physiquement, qu'elles soient hospitalisées ou à leur domicile ; le toucher et la délicatesse peuvent les aider à supporter la douleur. On connaît bien aussi l'effet des massages thérapeutiques. Que ce soit en tendant la main, en disant des mots doux avec une attitude empreinte de bienveillance, etc., l'intervenant peut agir de telle sorte que, chez le patient, des hormones sont produites par le corps et agissent sur le bien-être.

L'empathie en trois étapes

1. **Écouter** ce que dit le client, en étant disponible et ouvert à son propre vécu affectif (écouter son discours intérieur). Nous laisser habiter quelques instants par le vécu du client tout en écoutant notre « petite voix » et en laissant de côté notre propre vécu quelques instants ;
2. **Cibler**, en réfléchissant à ce qui est nommé, les émotions et sentiments, en portant attention au contenu verbal et non verbal et au ressenti intérieur ;
3. **Formuler** ce que nous avons compris et **Vérifier** auprès du patient si cela est juste. Pour ce faire, on peut utiliser des phrases du genre « Se peut-il que... », « On dirait que... », « Ce que je comprends c'est... est-ce exacte ? », « Vous semblez... est-ce que je me trompe ? ». Le professionnel ne se place pas ici dans la position de « Celui qui sait tout », mais il cherche plutôt, par essais et erreurs, à s'approcher de la meilleure compréhension possible de son patient. Le plus important et le plus difficile dans la compréhension empathique, c'est le reflet de sentiment. Il consiste à vérifier auprès de l'autre **ma** compréhension de **son** sentiment, et à le laisser libre d'approuver ou de rectifier. Reprenons l'exemple formulé dans la partie sur l'écoute.
 - Client: *J'ai mal au dos depuis mon déménagement, j'étais tellement absorbé par tout ce que j'avais à faire au travail, à la maison...*
 - Intervenant: *Vous aviez le sentiment d'être débordé ?*
 - Client: *Oui, mais en fait, j'étais plutôt stressé à l'idée de me retrouver seul dans ma maison.*
 - Intervenant: *Ça vous faisait peur de vous retrouver seul.*
 - Client: *Oui, c'est ça...*

Des questions à se poser pour améliorer l'empathie:

- Est-ce que je cherche à connaître les sentiments profonds de l'autre ?
- Est-ce que je l'aide à les conceptualiser ? à les verbaliser ? à les explorer ? à les clarifier ? à les préciser ?
- Ai-je vérifié la pertinence de ma perception ou de mon interprétation ? Est-elle validée par l'autre ?
- Suis-je capable de synthétiser les sentiments du client et, avec le reflet, de les lui présenter comme s'il les ressentait ?

L'empathie a pour effets :

- d'augmenter la sécurité personnelle et relationnelle envers l'intervenant (alliance);
- de diminuer les peurs et les résistances chez le client;
- de faciliter l'exploration et la compréhension du vécu de la personne;
- que la personne se sente écoutée et comprise (confiance);
- de favoriser un bien-être;
- d'aider le professionnel à se rapprocher de son patient, surtout en présence d'une clientèle difficile à comprendre ou encore très différente.

Erreurs fréquentes quand on cherche à «faire» de l'empathie plutôt qu'à être empathique :

- Avoir l'air d'un perroquet ou d'un robot;
- Négliger les émotions;
- Donner des conseils faciles;
- Ramener à soi le sujet du client (ouverture de soi inappropriée);
- Se laisser aller à blaguer au moment inopportun.

Conditions favorables et défavorables à la compréhension empathique

+	-
Plus facile si l'intervenant partage les caractéristiques générales du patient.	Divergences très importantes dans les caractéristiques personnelles.
Goût de connaître, de comprendre et d'accueillir la personne.	Manque de temps et de disponibilité.
Bonne intégration des connaissances, habiletés et attitudes facilitatrices.	Connaissance de soi insuffisante, malaise face aux émotions.
Capacité de suspendre ses jugements sur le vécu de l'autre personne.	Jugements de valeur, interprétation du vécu de l'autre.
Capacité de moduler son besoin de performance, de pouvoir et d'efficacité.	Besoin de performer et d'obtenir des résultats immédiats ou de poser un diagnostic rapide.

Plusieurs éléments peuvent venir confirmer l'empathie du professionnel et ainsi aider à la relation. Voici quelques comportements à développer lors d'une première entrevue ou au fil des rencontres :

- Manifester sa sensibilité à ce que vit l'autre ;
- Tenir compte des indices verbaux et non verbaux ;
- Vérifier la compréhension du client et lui demander s'il a des questions ;
- S'assurer de son accord ;
- S'enquérir des inquiétudes face à ses difficultés ;
- Vérifier comment se sent la personne à la fin de la rencontre, si elle est satisfaite, si elle a d'autres interrogations ou préoccupations ;
- Reformuler l'émotion à partir du cadre de référence de l'autre (en se plaçant dans le vécu du client) ;
- Communiquer d'une manière qui traduit une perception exacte des messages cognitifs et affectifs de la personne ;
- S'ajuster aux émotions ou à la réalité changeante de la personne soignée (mouvement affectif) ;
- Favoriser l'exploration et la compréhension de soi, si nécessaire ;
- Aider à verbaliser les sentiments ;
- Valider sa perception ou son interprétation auprès de l'autre.

5.3.1 ANALYSE PERSONNELLE

Pensez à une situation où vous avez été en contact avec une personne (dans votre entourage personnel ou professionnel) qui vous racontait une difficulté vécue (p. ex. : séparation, accident, deuil, dispute, inquiétude, etc.). Essayez de revoir la scène en vous posant les questions suivantes :

- Est-ce que j'ai écouté attentivement et reçu ce que m'a dit la personne, sans l'interrompre pour parler d'autre chose (par exemple de moi, d'une autre personne, etc.)? Étais-je ouvert et disponible au vécu affectif de l'autre? Si non, comment comprendre cela?

- Est-ce que j'ai pu cibler ce qui a été nommé (émotions et sentiments); les ai-je reçus et ressentis sans en être bouleversé ni prendre la place de la personne? Si non, comment comprendre cela?
- Est-ce que j'ai pu formuler dans mes propres mots ce que je comprenais de ce que la personne vivait (ses émotions, son vécu)? Est-ce que la personne a confirmé que ce que je comprenais était juste et rejoignait son vécu? Si non, comment comprendre cela?

5.4 LE RESPECT

Il s'agit d'une attitude interne, de sentiments profonds qui permettent de considérer l'autre comme une personne acceptable et un sujet à part entière, peu importe son âge, son état, son caractère, ses comportements et habitudes de vie ainsi que les conditions dans lesquelles il se trouve. C'est une attitude humaine que manifeste le professionnel à l'égard de son client qui a droit à la dignité. L'intervenant reconnaît que la personne possède les ressources nécessaires afin de prendre des décisions et d'en assumer les conséquences (même celles liées au traitement). Il reconnaît qu'elle est la seule à posséder le potentiel spécifique pour apprendre à vivre de la façon la plus satisfaisante pour elle, même si cette façon de vivre est très opposée ou loin de la sienne. Plusieurs personnes se disent respectueuses, mais le manque de respect se trouve à travers des attitudes parfois subtiles qui passent souvent inaperçues. Tentons de faire la liste des comportements respectueux et irrespectueux, incluant les plus subtils.

Attitudes et comportements respectueux:

- Parler au client avec civilité;
 - Saluer le client, se présenter et lui expliquer le contexte, lui serrer la main.
 - Vouvoyer, sauf exception (enfant, patient présentant des problèmes psychiatriques de méfiance ou de violence, des problèmes physiques, telle une paralysie, etc.).
 - Lorsque la situation s'y prête, frapper avant d'entrer dans la chambre du patient.

- Encourager l'autonomie ;
 - Demander son consentement ou sa collaboration à toute intervention.
 - Le renseigner, lui expliquer, lui offrir des choix, l'informer, proposer.
 - L'encourager et le soutenir dans sa capacité à faire ce qu'il est capable d'accomplir.
- Démontrer de l'intérêt pour ce qu'il fait et ce qu'il est.
- Considérer l'autre comme une personne et non pas comme un « cas », un numéro ou un problème (éviter de dire « mon cas d'épaule... » ou « mon perdu de la chambre 111... »).
- Accepter la personne telle qu'elle est, avec ses valeurs, son histoire, sa situation... L'accepter dans sa différence, et tenter de comprendre plutôt que juger.
- Démontrer de la tolérance à la frustration et être patient envers l'autre et ses incompréhensions.
- Se préoccuper du bien-être de la personne soignée et de son confort avant, pendant et après le traitement.
- S'intéresser à sa souffrance et en tenir compte.
- Respecter son intimité et assurer la confidentialité.
- Être à l'heure et présent à ses rendez-vous, sinon le reconnaître auprès de son patient et s'en excuser.
- Respecter les défenses et les résistances du client par rapport au traitement et au changement, donc respecter son rythme.
- Respecter ses propres limites et celles de l'autre.

Attitudes à éviter:

- Donner des ordres, lui dire quoi faire ou quoi ne pas faire.
- Conseiller, solutionner à la place de la personne.
- Manquer de confiance envers les capacités de son client, en faisant les choses à sa place, par exemple.
- Décider ou répondre à la place du patient.
- Moraliser, « sermonner » au sujet des comportements de la personne, critiquer, blâmer, ridiculiser, se moquer, étiqueter, juger, déprécier, punir, manipuler, infantiliser, etc.

- Manifester des sentiments de pitié envers l'autre et le considérer comme une victime.
- Minimiser ce que le patient dit ou ses émotions.
- S'empresse de combler un besoin ou un désir chez le client avant même qu'il ne soit exprimé, ou insister après une réponse négative (ex: «vous devez être inconfortable, je vais vous repositionner...» ou «vous êtes bien sûr que vous ne désirez pas que...? Certain?»).
- Rester indifférent à l'égard du vécu ou de la souffrance de la personne.
- Nier ce que l'autre dit.
- Chercher à convaincre la personne traitée ou à se faire entendre dans son point de vue comme professionnel.
- Envahir l'espace de la personne ou ne pas respecter sa zone d'intimité.
- Rester fermé, distant et froid.

5.4.1 ANALYSE PERSONNELLE

Pensez à deux moments de votre vie où vous avez senti qu'on vous manquait de respect (où vous vous êtes senti diminué, ridiculisé...). Quel était le contexte, qu'est-ce que l'autre ou les autres ont fait ou dit qui était irrespectueux et quel en a été l'effet sur vous ?

À partir de ce que vous avez appris de la notion de respect, énumérez des exemples concrets qui vous viennent de votre expérience professionnelle (stage ou travail) où vous avez constaté des manques de respect d'une personne (intervenant) envers une autre (patient, client, collègue, etc.).

5.5 L'AUTHENTICITÉ

C'est un état d'accord interne entre ce que le professionnel est réellement, ce qu'il perçoit, pense, ressent et ce qu'il choisit de communiquer à l'autre personne. Cela ne signifie pas de communiquer tout ce que l'on vit sans discernement. Il est important de choisir ce qui sera communiqué en tenant compte des besoins des deux personnes (p. ex. : l'intervenant fera part de ce qui l'empêche d'être disponible à la personne). Parfois, le sentiment de honte vient faire

obstacle à l'authenticité, en ce sens que l'intervenant peut cacher ou faire comme si de rien n'était face à son patient afin d'éviter d'avoir l'air ridicule ou de montrer qu'il s'est trompé. Mais rappelez-vous des neurones miroirs... le cerveau droit du patient aura vite détecté l'incongruence entre les propos de l'intervenant et ce qu'il ressent. Il vaut mieux alors que l'intervenant dise à la personne ce qu'il ressent ou encore qu'il lui dise qu'il va réfléchir à la situation et y revenir plus tard que de dire n'importe quoi par peur de perdre la face. L'authenticité est payante dans le domaine relationnel, et ce, à long terme.

Dans cette attitude d'authenticité, on retrouve également **la révélation de soi**. L'intervenant, dans le but d'aider le client, révèle des expériences personnelles qui sont en relation avec ce que vit ce dernier. Il est important, en tant qu'intervenant, de me demander avant de parler de moi si ce que je vais dire sera utile à l'autre et à la relation, ou si cela répond à mon propre besoin (p. ex. : l'intervenant qui parle de ses performances sportives à une personne qui ne pourra plus faire de sport).

Précurseurs de l'authenticité :

- Prioriser l'être plutôt que le paraître ;
- Être ouvert à entendre la vérité de l'autre ;
- Oser se dire (parler de soi), et aller au-delà de la peur des réactions de l'autre.

Être authentique pour le professionnel veut dire :

- Être naturel, franc, réel ;
- Être congruent tant dans son contenu verbal que dans son non-verbal ;
- Parler de soi (révélation de soi) en lien avec la problématique du client : l'intervenant le fait dans le but d'aider ce dernier et non pour dissiper le malaise qu'il ressent ou pour répondre à un besoin chez lui.

5.6 LA CONFRONTATION EMPATHIQUE

Dans le langage courant, on associe **confrontation** et **affrontement** alors que ces concepts sont très différents. Le terme *confronter* signifie mettre en présence deux versions ou deux perceptions d'un même fait, dans le but de les comparer et de retenir la plus valide. Les confrontations empathiques viseront à modifier le regard que la personne porte sur elle-même ou sur son vécu dans le but de la ramener à son potentiel et à ses ressources, à prendre conscience des choix qu'elle fait ou omet de faire et qui la maintiennent dans son problème (Hétu, 2007). Certaines situations nécessitent que le professionnel confronte verbalement et avec empathie son patient, afin de faire avancer le traitement. Le but n'est pas que la personne soignée change son comportement, mais qu'elle prenne conscience des contradictions en elle qui l'empêchent d'avancer. Soulignons l'importance d'utiliser cette attitude avec parcimonie pour maintenir l'alliance. Pour faire réfléchir la personne, il est préférable d'utiliser les questions et la validation avant la confrontation. La confrontation empathique peut également se faire avec une pointe d'humour. Il s'agit, en faisant attention de ne pas banaliser l'ampleur de la situation, d'employer le bon type d'humour selon le sujet abordé. Nous verrons plus loin des exemples. C'est une habileté délicate qui exige un doigté clinique de la part du professionnel.

Préalables à la confrontation empathique:

- Que la relation établie soit empreinte d'empathie, d'authenticité et de respect;
- Idéalement, que l'alliance soit bonne, qu'il y ait une complicité entre l'intervenant et son client;
- Ne pas agir sur le coup de l'émotion, avoir pris du recul, être calme et avoir réfléchi et compris la situation. Surtout pas de frustration de la part de l'intervenant!
- Réfléchir à l'objectif de la confrontation et aux éléments à y inclure: ce que le client a dit (paroles), a fait (gestes ou comportements), a pensé, ou les valeurs qu'il a exprimées;
- Se demander si la confrontation qu'on s'apprête à formuler fait preuve de délicatesse et de bienveillance, ou si elle pourrait être prise comme un blâme;

- Se demander si ce qu'on éprouve envers la personne traitée est de l'empathie ou si quelque chose nous rebute, par exemple son émotivité, son inertie, sa façade, ses contradictions, etc.

Exemple de confrontation empathique

Une physiothérapeute rencontre le conjoint de sa cliente âgée. L'homme a de la difficulté à accepter l'idée que sa conjointe ne pourra retourner à la maison et il met de la pression pour qu'elle fasse ses exercices :

Physio: J'aimerais vous parler de votre femme... Ça semble difficile pour vous de la voir dans cet état?

Conjoint: Non, mais ça va aller mieux avec les exercices, elle va revenir comme avant.

Physio: Vous croyez qu'elle va marcher comme avant? (Confrontation avec un ton doux, calme et sensible à la crainte de l'homme de ne pas retrouver sa conjointe)

Conjoint: Oui.

Physio: Qu'est-ce que les médecins vous ont dit? (Confrontation)

Conjoint: Ils ont dit que ça ne reviendrait pas... mais ils ne sont pas Dieu et peuvent se tromper!

Physio: C'est vrai. (Validation de l'affirmation du conjoint). J'ai fait faire les exercices à votre femme et elle n'a pas l'air aussi convaincue que vous. Elle se tient très peu sur ses jambes, et malgré tous les efforts faits les dernières semaines, il n'y a pas de progrès. (Confrontation).

Conjoint: Oui, mais elle ne fait pas assez d'efforts. Il faut qu'elle travaille plus!

Physio: Qu'est-ce qui vous amène à penser qu'elle ne met pas assez d'efforts? (Confrontation).

Conjoint: C'est parce qu'elle ne veut pas!

Physio: Est-ce parce qu'elle ne **veut** pas ou parce qu'elle ne **peut** pas? (Confrontation).

Conjoint: (Silence). (Ému). C'est vrai qu'elle a l'air fatiguée... mais je ne pourrai pas m'occuper d'elle à la maison, je suis trop malade moi aussi.

Physio: Ce n'est pas facile à accepter... (Silence et empathie). Prenez le temps d'en parler avec elle...

Dans ce dialogue touchant, la physiothérapeute confronte doucement le conjoint, graduellement, avec tact et empathie, afin de l'aider à affronter la réalité et le placement qui devra se faire sous peu. Cette confrontation empathique est faite dans le but de surmonter les résistances de cet homme, qui a partagé sa vie avec une femme dont il doit maintenant se séparer. Il aura besoin d'être soutenu dans cette situation d'adaptation; si ce n'est par ses proches (enfants, famille, amis), ce pourra être par un professionnel. Le physiothérapeute aura le devoir de vérifier le soutien dont cet homme bénéficie de la part de son entourage: qui peut l'écouter et l'aider? A-t-il des enfants qui sont près de lui? De la famille? Etc. Si non, référer l'homme soit à un travailleur social, soit à un psychologue de l'équipe interdisciplinaire.

Voici d'autres exemples de phrases qui sont des confrontations empathiques:

- «Vous dites que vous voulez rompre avec votre amie, et en même temps c'est vous qui la rappelez. Comment expliquez-vous ça?»
- «Vous dites que vous voulez vous rétablir rapidement et, d'un autre côté, vous dites ne pas faire vos exercices. Comment comprendre cela?»
- «Vous dites être un bon vivant, qui aime la vie et, en même temps, vous dites prendre régulièrement des risques pour votre santé...»
- «Vous dites être motivé à venir à vos traitements, je l'entends bien. Et d'un autre côté, vous êtes arrivé en retard à vos trois derniers traitements. Qu'est-ce qui peut amener ça?»
- «Vous dites que ça ne vous a pas dérangé, je comprends. Et en même temps j'ai l'impression que, quelque part en dedans de vous, ça vous fait quelque chose, est-ce possible?»
- En suscitant un doute chez le client: «Vous êtes certaine de ce que vous dites?» ou «Vraiment?»
- Lorsqu'il y a résistance à passer à l'action: «Ce rendez-vous avec votre médecin, à quel moment prévoyez-vous le prendre?» ou «Concernant cet emploi qui vous pèse sur le dos, que comptez-vous faire?»

- Avec une pointe d'humour: «Vous dites que vous voulez performer comme avant. Avant, c'était il y a combien de temps?... Ah!... C'était il y a 10 ans, votre corps avant donc 10 ans de moins!» La dernière phrase est dite avec un sourire moqueur et complice.

Attention aux blâmes ou reproches que pourrait comporter votre confrontation. Par exemple, l'expression «...quand allez-vous vous décider...» laisse sous-entendre une impatience de la part de l'intervenant, ce qui ne permet pas au patient de réfléchir et de se responsabiliser. Une confrontation empathique dosée envoie au client le message que l'intervenant a suffisamment confiance dans ses ressources, qu'il le croit capable de se prendre en main et d'avancer par lui-même.

Confronter avec empathie, c'est donc appliquer, avec tact, une certaine pression, bien dosée. Il faut veiller à ne pas blâmer le patient ni le forcer à faire ce qu'il ne veut pas faire, mais plutôt l'inviter à surmonter ses résistances à se voir tel qu'il est et à mobiliser ses ressources pour changer.

5.7 LE CONFLIT

Pour plusieurs, le mot conflit rebute et réfère à des situations graves. En fait, il existe des différends au quotidien, qui sont parfois plus discrets et moins bruyants, qu'on nomme également «conflit». Ces derniers peuvent être liés à des malentendus ou à des incompréhensions, mais pas nécessairement. Il peut s'agir de «microruptures relationnelles» pouvant amener le patient ou l'intervenant à accumuler certaines frustrations tout en minimisant ou en niant les effets néfastes sur la relation thérapeutique. On peut en constater l'impact quand on voit une personne qui cesse son traitement ou qui se tourne vers un autre intervenant. Il peut s'agir aussi de l'intervenant qui appréhende la venue de tel client ou qui a hâte d'en avoir terminé avec lui. Par contre, si l'intervenant se questionne sur la difficulté vécue ou ressentie avec ce dernier ou qu'il en parle avec lui, il diminue le risque d'une rupture relationnelle et favorise l'alliance.

Le conflit existe dans toutes les relations interpersonnelles et il est inévitable à partir du moment où s'installe une relation de proximité affective, une sorte de zone relationnelle intime. Il joue même un rôle positif dans l'évolution d'une relation. Dans une relation

thérapeutique, la difficulté majeure réside dans le fait que le conflit risque de se manifester indirectement par la résistance passive du client : ce dernier acquiesce devant le thérapeute, évite l'affrontement et adopte un tout autre comportement une fois sorti de la rencontre. Il devient alors plus difficile pour l'intervenant de voir la problématique et d'en discuter avec le client. Le professionnel devrait donc plutôt être rassuré en présence d'un client capable d'exprimer son désaccord et d'en discuter franchement. L'entente avec un patient capable de discuter ouvertement d'un différend augmente les probabilités qu'il respecte la décision prise. Parfois, malgré toutes les bonnes intentions, on ne peut que constater le désaccord explicitement, l'accepter et se centrer sur ce qu'on peut accomplir ensemble sans pouvoir résoudre le conflit, tout comme dans certaines relations intimes (parent, fratrie, amoureux, amis).

D'un autre côté, lorsqu'un désaccord devient apparent, la première étape est de bien cerner la difficulté. Reconnaître un différend ou une problématique relationnelle est souvent un moment chargé d'émotions. Il peut être difficile pour le professionnel de prendre du recul et de résister à l'envie de présenter des contre-arguments à chacune des objections. Il faut se rappeler que s'il réagit de façon émotive et directe à la résistance du client, ce dernier pourra se taire puis agir à sa convenance en dehors des traitements. Il pourra en outre décider de ne plus consulter, ce qui n'avantagera ni l'un ni l'autre et pourrait également nuire à la réputation de la profession.

Quand une émotion se présente chez l'intervenant, il est primordial pour lui de garder un contrôle pour ensuite prendre du recul, c'est-à-dire chercher à comprendre ce qui se passe en lui, aller « ventiler » ses émotions auprès d'un collègue, voir clair ou chercher des solutions auprès d'un superviseur, etc.

Par contre, si un client a dû attendre en raison du retard du thérapeute et qu'il en est irrité, il appréciera recevoir des excuses simples et une brève explication. D'un autre côté, si un patient persiste dans une demande jugée irrecevable par l'intervenant et qu'il résiste à toute suggestion visant à trouver une autre solution, le professionnel pourra alors décider de mettre un terme à l'entrevue, avec tact, tout en gardant la porte ouverte à d'autres interventions ou à d'autres intervenants. Le professionnel n'a pas intérêt à devenir complaisant,

et il doit communiquer clairement à l'autre son refus d'accéder à sa demande ou le référer à d'autres au besoin. Cette attitude se nomme : «le respect de soi et de ses limites professionnelles».

Le conflit peut être constructif ou destructeur. Ce dernier apparaît lorsqu'il y a insatisfaction d'une ou des deux parties à l'endroit de l'issue du litige. Dans un conflit destructeur, une partie (ou les deux) essaie de faire changer l'autre ou d'influencer la situation à son avantage, comme s'il devait n'y avoir qu'un gagnant. Alors apparaissent des comportements d'attaque, de défense afin d'obtenir gain de cause, ce qui peut ensuite déclencher des comportements de vengeance. Le conflit constructif laisse plutôt à chacune des parties l'impression d'avoir gagné ou acquis quelque chose à la suite de leur différend. Ce type de conflit peut augmenter la confiance dans la relation. Voyons un comparatif entre ces deux types de conflits et les comportements qui y sont associés :

CONFLITS DESTRUCTEURS	CONFLITS CONSTRUCTIFS
Escalade d'agressivité: reste dans l'émotion et centré sur soi, sur son opinion.	Aptitude à changer: lorsque ça ne fonctionne pas, il faut s'adapter à l'autre, trouver d'autres moyens.
Escalade de désinvestissement: au lieu de chercher à régler le conflit, les personnes prennent une distance, se fuient, s'évitent et s'investissent de moins en moins dans la relation.	Attitude positive: considérer le conflit comme une façon de s'améliorer et d'apprendre, rester ouvert à l'autre plutôt que de rester sur la défensive.
Les représailles: la personne accumule de la frustration, garde rancune à l'autre en attendant de pouvoir se venger.	Recherche de solution: une fois le conflit ou le désaccord nommé, on suggère des comportements alternatifs.
Attitude de rigidité: ne se met pas à la place de l'autre, ne cherche pas à changer d'opinion, demeure inflexible.	Préserve l'estime de soi: lorsque l'estime de soi est attaquée, il est difficile de ne pas réagir émotionnellement. On fait ici attention à l'estime de soi de l'autre et de soi-même.
Tendance à diminuer l'autre: considère l'autre comme inférieur.	Centré sur la relation: cherche à améliorer la relation, cherche à comprendre le point de vue de l'autre plutôt que de rester centré sur soi.
Maintien de l'autorité: la personne cherche à garder son pouvoir sur l'autre.	Mode coopératif: on recherche ensemble une résolution franche et honnête pour les deux parties.

Les sources fréquentes de conflit se trouvent souvent liées au besoin d'être entendu et au besoin de reconnaissance. Tout intervenant a besoin de constater ou de sentir qu'il est compétent et qu'il apporte de l'aide. Si la personne traitée ne progresse pas ou qu'elle a plutôt tendance à se plaindre, cela peut provoquer une distance relationnelle. Dans ce cas, il vaudra mieux pour la relation thérapeutique que l'intervenant fasse pour lui-même la distinction entre ce qui lui appartient (Moi), ce qui appartient au client (l'Autre) et ce qui appartient à la Relation. Dans le même sens, en distinguant la personne du comportement, l'intervenant pourra prendre un pas de recul face au conflit; «je suis en colère à cause de ce que l'autre a dit ou fait» et non «je suis en colère à cause de l'autre!». Voyons maintenant comment bien gérer un conflit ou un désaccord en apportant des critiques constructives afin de faire évoluer la relation.

5.8 LA CRITIQUE CONSTRUCTIVE ET EMPATHIQUE

Il existe plusieurs définitions et synonymes du mot *critique*: apprécier, juger, commenter, analyser, distinguer les qualités et les défauts, blâmer, reprocher. À travers ces termes, on peut distinguer deux attitudes opposées; l'une plutôt positive (apprécier, analyser, commenter, distinguer les qualités), et l'autre plutôt négative (juger, blâmer, reprocher, distinguer les défauts). Par contre, un point commun demeure: la critique est une opinion et elle comporte donc une évaluation subjective. Elle émerge de la subjectivité de la personne qui la formule, et elle touche la subjectivité de la personne qui la reçoit.

La personne qui l'émet part d'elle-même et souvent d'une insatisfaction. Et on ne sait pas comment la personne qui la reçoit va la percevoir, même avec la meilleure intention.

Demander du *feedback* sur soi-même et savoir comment prendre la critique demande une certaine maturité et une ouverture d'esprit. Il faut être à l'écoute, ne pas se sentir personnellement attaqué, mais au contraire être prêt à réfléchir à ce qui est dit. Plutôt que d'être sur la défensive ou de vous opposer systématiquement à ce qui est dit, il faut tenter de vous détendre, de vous concentrer sur les propos, sur l'émotion qui monte en vous, tout en la gardant pour vous, et de chercher comment vous pourriez vous améliorer. Personne n'est obligé d'être d'accord avec ce que dit l'autre comme critique, mais il

faut se rappeler que, pour lui, c'est la réalité (et la vérité). Vous auriez avantage à chercher à comprendre la réalité de l'autre et à vérifier auprès de lui ce que vous pourriez faire de différent pour améliorer la situation, sans jugement de votre part, mais plutôt avec une curiosité saine (Lord, 2016).

La **critique constructive empathique** est essentielle pour avancer dans la vie, s'améliorer, faire évoluer nos relations. C'est en étant en relation avec des gens qu'on grandit, qu'on apprend sur soi, que l'on confronte son point de vue et qu'on découvre une autre façon de voir quelque chose ou de se voir soi-même. C'est par le *feedback* des gens qui nous entourent que l'on construit notre estime de soi. Par exemple, on a tous reçu des critiques durant la période scolaire. Certains souvenirs de critiques nous ont laissé le sentiment d'avoir été diminués ou rabaissés. Nous sommes alors en présence de critiques plutôt négatives et non constructives. Si toute ma vie je me suis fait dire que j'étais malhabile ou encore trop minutieux, il y a de fortes chances que je confirme cette image de moi. Et si je traîne cette blessure, il est possible que je réagisse intensément si on me dit à nouveau, dans ma vie d'adulte, que je suis malhabile ou trop minutieux, même si, cette fois-ci, c'est dit sur un ton léger et sans mauvaise intention.

Il est donc important de savoir communiquer des critiques constructives empathiques pour ne pas blesser les autres et pour préserver l'estime de soi des gens qui nous entourent (famille, amis, amoureux, clients, collègues, subordonnés), tout comme d'accepter d'en recevoir avec bienveillance envers soi, sans tomber dans l'auto-dépréciation ni dans l'autodévalorisation.

La critique constructive empathique s'inscrit dans une relation où l'on prône l'égalité et non la domination. La personne qui la reçoit doit sentir qu'on est de son côté, que nous sommes des collaborateurs, en coopération. On a un but commun qui est l'amélioration (d'une situation, de la relation ou de l'efficacité). La critique constructive cherche à informer et à rapprocher.

À l'inverse, dans la critique négative il y a un dominant qui cherche à blesser l'autre, à se défouler par frustration, à libérer une tension, à dévaloriser et à décourager, ou tout simplement à critiquer pour critiquer. Ce qui n'est guère mieux que de se taire et être dans un silence pernicieux, tendu et inconfortable.

Ce qui peut nuire lors d'une critique constructive empathique:

- Chez celui qui émet la critique:
 - Parler sous le coup de la colère ou de la frustration. Il est préférable de prendre du recul avant de parler plutôt que d'avoir une attitude telle que «j'en ai assez, c'est aujourd'hui que ça se règle!»
 - Généraliser par des «toujours» et des «jamais»;
 - Accuser l'autre personne, lui faire des reproches (p. ex.: «tu fais ça parce que tu es... et que tu...», «tu aurais dû...» ou «tu aurais pu...»);
 - Avoir des idées préconçues, des préjugés;
 - Penser qu'on a raison, que l'autre a tort et chercher à le convaincre;
 - Revenir sur le passé lorsque c'est réglé (p. ex.: «Bon, vous êtes de meilleure humeur aujourd'hui!»);
 - Prendre plaisir à critiquer (pour que la critique devienne constructive, la personne devra renoncer au plaisir qu'elle prend à critiquer);
 - Parler au «on» ou pour les autres (p. ex.: «Tout le monde ici trouve que tu prends trop de place...»);
 - Humilier, réprimander, moraliser, ridiculiser;
 - Supposer que l'autre va comprendre de lui-même et trouver par lui-même ce qu'il serait mieux qu'il fasse;
 - Adresser des commandements (p. ex.: «tu devrais...» ou «tu ne devrais pas...»).
- Chez celui qui la reçoit:
 - Être défensif: Un Moi faible ou une faible estime de soi, ce qui pourra le mettre sur la défensive;
 - Être émotif: L'état affectif dans lequel il se trouve (troublé, fatigué, stressé, mauvaise journée, anxieux, etc.);
 - Devenir réactif: Son vécu ou ce que la critique fait remonter comme émotion chez la personne (p. ex.: elle s'est fait dire toute sa vie qu'elle était lente, et on lui suggère maintenant de calculer une fois seulement plutôt que deux, pour aller plus vite; la personne pourrait être irritée, car cette remarque réactive une blessure passée);

- Prédire ce que l'autre va dire;
- Être non disponible: La non-écoute, être distrait et avoir l'esprit fermé;
- Être malveillant: tendance à la méfiance, à ramener à l'autre, à prêter de mauvaises intentions à l'autre, à faire de fausses interprétations; fragilité et difficulté à recevoir une critique, etc.;
- Préparer sa réplique au lieu d'écouter;
- Fuir ou se replier sur soi-même;
- Formuler des excuses superficielles et rapides: «Oui, oui, t'as raison!»;
- Avoir une mauvaise connaissance de soi.

Comment s'approcher d'une critique constructive empathique:

Selon l'importance ou la sévérité de la critique, il faut s'assurer que la relation soit bonne, qu'il y ait idéalement un climat de confiance et une certaine alliance avec l'autre.

Attitude générale:

- Avoir une attitude bienveillante et de collaboration;
- Rester sensible à l'effet que cela produira chez l'autre;
- Voir chez l'autre un désir de s'améliorer (anticipation positive);
- Connaître les points faibles et les susceptibilités de chacun et en tenir compte afin de ne pas les exacerber: chez moi, pour en être conscient et ne pas tomber dans le côté négatif; chez les autres, pour éviter de les irriter (perfectionnisme, manque de confiance);
- Être conscient de mes besoins, mes attentes, mes espoirs, mes zones d'intolérance.

Avant (se préparer):

- Dégager ensemble un moment en ayant dit clairement à l'autre de quoi il s'agissait (ce peut être fait lorsque la situation se produit ou à un autre moment «J'aimerais te parler de quelque chose, es-tu disponible? À quel moment le seras-tu?»);

- Choisir les bons mots, utiliser des nuances (« parfois », « je crois que... »), être précis dans ce qu'on veut (« peux-tu faire telle chose » plutôt que « fais un effort »);
- Centrer la critique sur les faits, les observations ou le comportement plutôt que sur la personne (« ...à 3 reprises... », « ...le retard... »);
- Centrer la critique sur un partage d'informations plutôt que sur des conseils (« tu pourrais... »), car cela donne le choix à l'autre;
- Trouver et expliquer en quoi le changement sera utile pour l'autre;
- Se positionner en utilisant la formulation au « Je »:
 - 1) Décrire les faits ou le comportement qui est en cause;
 - 2) Parler des sentiments vécus que je ressens face à ce comportement ou ces faits et des conséquences encourues (les inconvénients) sur moi;
 - 3) Suggérer un comportement alternatif, des solutions, dire ce qui est visé comme changement;

Par exemple: « 1) Lorsque tes dossiers sont placés sur mon bureau, 2) je me sens envahie. J'ai l'impression de ne plus avoir mon espace à moi. 3) Est-ce que tu pourrais les laisser sur ton bureau ou installer une tablette? » ou encore « 1) Je constate que ça fait deux fois que tu me dis de me dépêcher. 2) Je me sens bousculé alors que je fais ce que je peux. 3) Pourrais-tu me laisser aller à mon rythme ou m'aider à comprendre pourquoi tu me demandes de me dépêcher? »

Pendant (le déroulement):

- Commencer par dire son intention d'émettre une critique constructive et faire part de son objectif;
- Encourager, axer sur les points positifs (+ - +), les forces;
- Viser l'amélioration de la situation ou de la relation;
- Être à l'écoute de l'autre, de ce qu'il dit, et de son attitude non verbale qui montrera son ouverture ou sa fermeture face à la critique (l'autre regarde ailleurs ou se remet à travailler);
- Considérer le point de vue de l'autre, se mettre à sa place, tenir compte de ce qu'il pense (vérifier);

- Être ouvert aux émotions de l'autre, à ses réactions défensives et les accepter, lui accorder le bénéfice du doute et se dire qu'il n'a pas fait ça pour nuire, lui prêter une intention positive;
- Accepter un point de vue divergent; chacun a sa façon de voir et il n'y en a pas une meilleure que l'autre;
- Être conscient de ce qui se passe en soi, être à l'écoute de soi, de ses émotions;
- Laisser le passé derrière et axer sur l'avenir; pas de reproche, ne pas revenir sur le passé.

Après:

- Faire un suivi des résultats pour consolider la relation (encouragement, rétroaction);
- Vérifier comment se porte l'autre dans les jours qui suivent.

Pour une critique constructive empathique, se demander:

- Quel est le but de ma critique?
 - Si c'est pour me soulager, me faire du bien ou me libérer d'une frustration:
 - en parler à quelqu'un de neutre avant, pour clarifier et voir ce qui appartient à chacun et ce qui appartient à la relation (situation), sinon, il y a un risque élevé que ce soit une critique négative;
 - Si c'est pour aider l'autre ou le faire grandir, pour avancer, pour améliorer la relation ou la situation, alors il faudra:
 - décrire les faits, le comportement;
 - parler des émotions et des sentiments que je ressens face à la situation ou au comportement;
 - suggérer un comportement alternatif, ou trouver avec l'autre des solutions.

5.9 EXERCICE

(LES RÉPONSES SE TROUVENT DANS LA SECTION CORRIGÉ.)

Pour chacune des phrases suivantes, qui sont des exemples d'affirmations ou de questions susceptibles de déclencher un conflit :

- a) Trouvez une réponse négative, qui aggravera la situation, et expliquez pourquoi elle risque d'intensifier le conflit.
 - b) Donnez une réponse constructive, qui est susceptible d'améliorer ou de désamorcer le conflit, et expliquez en quoi elle va aider.
1. Tu es encore en retard. Tu es toujours en retard. Tu me fais perdre mon temps et tu t'en fous!
 2. Qui a oublié de réserver la salle de conférence ?
 3. Tu as encore oublié ma glace... tu m'as encore laissé avec la glace trop longtemps!
 4. C'est bien connu, vous autres les professionnels, vous êtes des éternels positifs.
 5. Tu veux toujours parler... laisse-moi tranquille!

5.10 QUESTIONS « VRAI OU FAUX »

(LES RÉPONSES SE TROUVENT DANS LA SECTION CORRIGÉ.)

- a) Le professionnel peut toujours éviter les conflits avec son client.
- b) Les conflits reflètent un problème dans la relation.
- c) On peut toujours résoudre un conflit.
- d) Il est préférable de ne pas avoir de conflit.

5.11 EN PRATIQUE

Pensez à une situation qui vous dérange et dont vous aimeriez discuter avec la personne ou les personnes concernées. Prenez le temps de vous référer aux étapes présentées ci-dessus et décrivez comment vous allez vous y prendre (avant, pendant et après l'émission de votre critique constructive).

La capacité d'émettre des critiques constructives empathiques et bienveillantes n'est pas innée. C'est un apprentissage à long terme, un art qui se développe, puisqu'il y a plusieurs facettes dont il faut tenir compte autant chez moi, chez l'autre que dans la situation. Par contre, on gagne inévitablement à pratiquer ce type de communication pour s'améliorer soi-même, améliorer nos relations et le climat qui nous entoure. Et si les gens (famille, amis, patients, collègues) exprimaient leur désaccord ouvertement et plus souvent, il est probable qu'on pourrait trouver des solutions originales aux difficultés rencontrées.

Dans ce chapitre, nous avons élaboré les différentes habiletés de base en communication professionnelle. L'écoute, l'empathie, le respect, l'authenticité, la confrontation sont autant d'outils nécessaires au professionnel pour l'aider à construire et à maintenir une bonne relation thérapeutique, tout comme de bons rapports avec ses collègues de travail et son entourage. Le conflit fait également partie prenante des relations et nous avons vu que, par la critique constructive empathique et bienveillante, il est possible de le désamorcer. Dans le prochain chapitre, je vous propose d'aborder le lien entre le corps et l'esprit afin de mieux comprendre l'autre, et ainsi de mieux l'aider.

5.12 GRILLE-SYNTHESE DES ÉLÉMENTS DONT L'INTERVENANT DOIT TENIR COMPTE LORS D'UNE RENCONTRE AVEC UN CLIENT (ÉCOUTE, RESPECT, EMPATHIE, ETC.)

COMMENTAIRES	
ÉCOUTE	
Écoute attentivement le patient en le regardant.	Chaque fois.
Démontre une ouverture à l'autre, à ce que le patient exprime.	Démontre une ouverture même lorsque le patient émet une critique.
Répond adéquatement aux émotions exprimées par le patient (calme, sérieux, sourire, rire, etc.).	S'ajuste à ce qui est exprimé par le patient.
Écoute ses propres émotions en gardant sa position de professionnel (contrôle et gère ses émotions par rapport à la situation).	Attention aux rires qui sont faux ou à la frustration qui pourrait transparaître.
Utilise des mots ou expressions qui démontrent son écoute.	p. ex. : Mmm, ah oui, très bien, d'accord, c'est-à-dire, reprend le dernier mot ou un bout de phrase que le patient vient de dire.
Résume ce qui est dit au besoin.	
Invite à poursuivre ou à approfondir lorsque nécessaire.	
Utilise le silence de façon facilitante.	L'intervenant peut ne pas répondre à une accusation ou frustration de la part du patient.
Questionne ou clarifie au besoin.	
Vérifie sa compréhension du message reçu.	
Utilise le reflet de sentiments.	L'intervenant nomme les émotions du patient (fâché, inquiet, déprimé, impuisant, etc.).

COMMENTAIRES	
RESPECT	
Démontre du respect dans sa façon d'agir et de communiquer.	De façon générale.
Tient compte des limites du patient.	Attention à ce que l'intervenant n'insiste pas auprès du patient qui nie sa douleur ou s'oppose.
Informe le patient en tout temps.	
Démontre de l'intérêt envers le patient ou ce qu'il dit.	
Accepte le patient dans sa différence, tel qu'il est.	N'essaie pas de le convaincre.
Démontre de la tolérance à la frustration.	Reçoit la colère du patient ou son inquiétude sans entrer dans un débat.
Respecte l'intimité du patient.	
Tient compte des défenses et résistances du patient et les respecte.	N'insiste pas et ne cherche pas à lui faire dire ce qu'il ne veut pas dire, ce qu'il n'est pas prêt à dire.
Présent à l'heure du rendez-vous; dans le cas contraire, s'en excuse.	
S'intéresse à la souffrance du patient et en tient compte.	Écoute les plaintes sans chercher immédiatement à faire voir les aspects positifs
Respecte les moments de silence du patient, son rythme.	
Évite de juger, de rassurer, de consoler, de moraliser, d'imposer ses valeurs.	

COMMENTAIRES	
EMPATHIE	
Manifeste au patient qu'il est sensible à ce qu'il vit.	Se voit dans le non-verbal de l'intervenant, et par des phrases telles «ça ne doit pas être facile», «je comprends ce que vous dites», etc.
Tient compte des indices verbaux et non verbaux du patient.	
Vérifie la compréhension du patient et demande s'il a des questions.	Doit être fait lorsque l'intervenant vient d'expliquer ou de démontrer quelque chose au patient.
S'assure de l'accord du patient.	
S'enquiert des inquiétudes du patient face à ses difficultés.	Va plus loin en vérifiant les perceptions du patient, ce que ça fait pour lui dans sa vie, etc.
Répond aux questions du patient ou précise quand il répondra.	
Vérifie si le patient est satisfait de la rencontre.	À la fin, l'intervenant peut demander au patient si ça correspond à ce à quoi il s'attendait ou à ce dont il avait besoin au départ.
Reformule l'émotion du patient à partir du cadre de référence de l'autre.	S'assurer que l'émotion nommée soit la bonne.
S'ajuste aux émotions ou à la réalité changeante du patient (mouvement affectif).	Par exemple, si le patient est en colère, l'intervenant parlera plus bas pour ne pas alimenter la colère, ou encore, si le patient est déprimé l'intervenant ralentira son rythme pour s'ajuster.
Favorise l'exploration et la compréhension de soi si nécessaire.	Posera des questions pour comprendre ce qui amène le patient dans cet état émotif.
Aide à verbaliser les sentiments du patient.	
Valide sa perception auprès du patient.	L'intervenant demande au patient, après avoir reformulé dans ses mots ce qu'il a compris: «est-ce exact?», «est-ce ce que vous vouliez dire?»

COMMENTAIRES	
AUTRES	
Est naturel, franc et réel.	L'intervenant ne doit pas être coincé ou pris par ses feuilles d'évaluation ou autres documents.
Est congruent tant dans son contenu verbal que dans son non-verbal.	
Utilise la confrontation si nécessaire et de façon appropriée.	Si l'intervenant confronte le patient, que le ton de voix soit en lien avec ce qui est dit. Qu'il rapporte des faits ou dires du patient et non des interprétations.
Capable de recevoir une critique et d'en tenir compte.	
Conscient de soi, de ses réactions, de ses défenses et s'ajuste au besoin.	Si par exemple l'intervenant devient frustré ou intimidé par le patient, il ajustera sa façon de faire.
Utilise l'humour adéquatement (dédramatiser, désamorcer, créer un contact, etc.)	
Parle de lui (révélation de soi) en lien avec la problématique du patient, pour aider le patient et non pour répondre à son propre besoin de se révéler.	
Parle au «Je».	«Ce que je vous propose...» «J'ai l'impression que...»

Le stress : symptômes, sources et stratégies

6.1 LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET LA PSYCHOSOMATIQUE

Nous ne sommes pas qu'un corps ou qu'un esprit : la science comprend de mieux en mieux les fondements biologiques des maladies mentales, telles la dépression, l'anxiété, l'hyperactivité, et la tendance actuelle est de traiter ces affections par une molécule chimique. Sans renier l'importance de la médication ni l'incidence génétique dans l'apparition de ces troubles, nous nous tournons vers les neurosciences qui soulignent la complexité de ces phénomènes mentaux en montrant le rôle incontournable qu'y jouent le psychisme et les émotions. Le psychisme est en lien avec l'apparition de la maladie physique, sa progression et les aléas du processus de guérison (Brillon, 2009). Nous ne pouvons expliquer l'ensemble des maladies et des problèmes du corps uniquement par la biologie de même que nous ne pouvons tout expliquer par la psyché. Il y a une interaction constante entre ces deux aspects dans la construction de l'être humain et nous devons donc penser à une approche globale de la santé.

Quand je travaillais en réadaptation physique, il m'arrivait fréquemment de constater, lors d'une blessure ou de l'apparition d'une maladie, que la personne était justement dans un moment stressant de sa vie ou chargé d'émotions (séparation, transition, traumatisme, etc.). Après ces constats, j'ai voulu pousser plus loin

mes connaissances pour tenter de voir et de comprendre s'il y avait effectivement un lien. J'ai étudié la psychosomatique et compris que le corps humain est fort complexe. Mais tentons maintenant ensemble de voir les différents éléments qui peuvent expliquer le lien entre le « corps et l'esprit », en regardant entre autres du côté des neurosciences.

6.2 LES ÉTUDES SUR L'EFFET PLACEBO LE DISENT...

L'effet placebo est une réponse biologique mise en œuvre dans le cortex cérébral et permettant l'activation des systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire. Ces systèmes permettent alors d'enclencher des actions bénéfiques à l'échelle moléculaire, ce qui mènera à la guérison. Après plus de 30 années de recherche systématique sur l'effet placebo, les résultats confirment que les êtres humains sont dotés d'un fabuleux potentiel d'autoguérison. Chaque fois que nous recevons un traitement, qu'il s'agisse d'une médication, d'une intervention chirurgicale, de physiothérapie, d'acupuncture ou de psychothérapie, ce dernier n'est responsable que d'une partie des améliorations (Fecteau, 2005).

Quand une personne se retrouve dans un contexte de soins – qu'elle parle à son médecin, qu'elle est touchée par le physiothérapeute dans le cadre d'une évaluation initiale, qu'elle est écoutée par un psychologue –, cela déclenche un processus chez cette personne et fait référence à un passé (maternage, expériences positives ou négatives de soins, etc.). Nombreux sont ceux qui me racontent avoir vécu des crises de panique lors desquelles ils étaient convaincus d'un arrêt cardiaque imminent (souffle court, douleur au bras, étouffement, etc.), et que le simple fait de s'être alors retrouvé dans un stationnement d'hôpital ou dans la salle d'attente de l'urgence avait fait en sorte que les symptômes disparaissent. D'ailleurs, Gislain Devroede (2003), chirurgien et auteur, fait part de son expérience, qui est appuyée par plusieurs cas : s'il opère des gens qui ne sont pas convaincus des effets positifs de l'opération, et si un travail de préparation psychologique ne s'est pas fait au préalable, il est presque assuré qu'il y aura des complications après l'opération.

Des chercheurs, qui ont revu 2 054 cas d'interventions chirurgicales menées pour soulager des problèmes discaux de la région lombaire, en raison de traumatismes ou de lésions, arrivent à ce résultat : la chirurgie a permis de soulager complètement la douleur

sciatique chez 37% des patients, contrairement à 43% dans le groupe placebo. Autre statistique touchant l'effet placebo : 52% des personnes souffrant de maux de tête ressentent un soulagement important si elles prennent un remède qui est pourtant totalement inactif, un résultat aussi élevé que chez les personnes ayant pris des analgésiques. D'autres études nous montrent également l'importance de préparer mentalement les enfants et leurs parents (par une diminution de l'anxiété associée) avant une intervention chirurgicale afin de diminuer les risques de complications postopératoires.

J'ai pu expérimenter moi-même, lors d'une opération qu'a dû subir mon enfant, l'effet d'une préparation mentale. Je savais que certains hôpitaux offraient la possibilité de visiter les lieux avec l'enfant avant l'opération et qu'il y avait alors une meilleure réadaptation par la suite. Comme l'hôpital où ma fille devait aller n'offrait pas ce service, j'ai contacté les responsables afin de voir avec eux la possibilité de faire une visite. Ils se sont montrés ouverts à l'idée : nous avons fait une tournée des lieux où allait se dérouler l'opération et nous avons rencontré des membres du personnel soignant qui furent fort accueillants et rassurants. Gardons en tête qu'un parent rassuré saura rassurer et calmer son enfant. Les jours précédant l'opération, nous avons « joué » à l'opération sous forme de jeux de rôle ; parfois j'étais le médecin qui accueillait sa jeune patiente en lui faisant voir les différentes étapes qu'elle allait vivre, d'autres fois c'était elle qui jouait un membre du personnel soignant et moi la jeune patiente qui allait être opérée. Et après l'opération, ma fille me demandait de rejouer ces scènes, ce que j'ai compris (ce sont mes propres interprétations et non les siennes !) comme un besoin qui se faisait sentir en elle d'intégrer ce qu'elle venait de vivre. Je ne prétends pas détenir la solution miracle, mais je me permets de suggérer ces mêmes processus à d'autres personnes ayant à vivre ce type d'expérience.

Nous savons aujourd'hui, par les études sur l'effet placebo, qu'il existe bel et bien un lien entre le corps et l'esprit, et que certains éléments psychologiques viennent influencer le processus de guérison : les caractéristiques du traitement, le contexte dans lequel il est administré, les attentes et les croyances des individus, les émotions qui en découlent ainsi que la relation entre le patient et son thérapeute. En fait, si ces éléments sont pris en compte, ce ne sont pas seulement 30% à 50% d'entre nous qui pouvons guérir malgré un traitement inefficace, mais bien 70%. (Fecteau, 2005)

Non seulement notre **perception** des événements influence notre communication, mais plus nous percevons un traitement comme étant efficace plus il y a de chances que l'effet du traitement soit positif. Pauline Gravel (2017), journaliste au *Devoir*, rapporte des résultats de recherches qui vont en ce sens : chez des patients soulagés de leurs douleurs après avoir ingéré un placebo qui leur avait été présenté comme un analgésique, les chercheurs ont pu bloquer l'effet analgésique de ce placebo par l'administration d'un bloqueur des récepteurs aux opiacés sur lesquels agissent les opioïdes, tels que la morphine et le fentanyl. «Voilà une preuve pharmacologique que, dans le contrôle de la douleur, la réponse au placebo dépend de la sécrétion endogène de substances opiacées: les fameuses endorphines. Les attentes que le médecin suscite chez son patient induisent la libération d'endorphines qui vont bloquer les signaux douloureux», explique Pierre Rainville, directeur du Laboratoire de recherche en neuropsychologie de la douleur à l'Université de Montréal.

En ce qui concerne les médicaments, le format, la couleur, la grosseur et l'odeur agissent directement sur nos représentations internes et viennent influencer le traitement, ce que les compagnies pharmaceutiques ont minutieusement étudié. Les études sur l'effet placebo ont démontré qu'un médicament reçu par injection donnait de plus fortes réactions que celui sous forme de capsule. Il en est de même pour la grosseur : plus la pilule est grosse, plus elle risque d'avoir des effets sur les symptômes. Plus un médicament a mauvais goût, plus les probabilités sont fortes qu'il ait des effets sur les symptômes, particulièrement dans le cas des allergies. La couleur peut aussi influencer le résultat, certaines couleurs provoquant des réactions spécifiques sur la majorité d'entre nous. Par exemple, les préparations de teinte bleue auraient généralement des effets calmants et tranquillisants, alors que celles de teinte rouge seraient plutôt excitantes et stimulantes.

Comme nous l'avons constaté dans le chapitre sur la communication, le **contexte** et l'ambiance dans lesquels nous nous retrouvons influencent notre perception, nos émotions, notre taux d'hormones de stress et, ainsi, notre corps. Des études réalisées dans des cabinets de dentiste ont démontré que la présence d'un aquarium dans la salle d'attente diminuait la tension artérielle des patients. Le fait de présenter des vidéos humoristiques dans une salle d'attente d'une urgence permet également de diminuer le taux d'anxiété des patients. Un autre exemple : dans les premiers

orphelinats modernes, vers le milieu du xx^e siècle, on ordonnait aux infirmières, par crainte des maladies contagieuses, de ne pas toucher les enfants ni jouer avec eux. Malgré les soins impeccables que recevaient les enfants sur les plans physique et alimentaire, 40 % de ceux qui attrapaient la rougeole, une maladie généralement bénigne, en mouraient, comparativement à moins d'un enfant sur cent à l'extérieur, dans les familles.

Lorsque nous sommes malades et que nous nous sentons vulnérables, le moindre agent stressant vient influencer notre psychique et notre physique. Un contexte paisible et rassurant qui répond aux besoins du corps ainsi qu'une bonne ambiance ont plus de chance de favoriser le processus de réadaptation. À l'inverse, certains contextes ont des impacts négatifs sur la santé. Certaines études révèlent que des remarques alarmistes de la part du personnel soignant, une ambiance inquiétante, des conflits interpersonnels et la présence d'appareillages complexes sont dommageables. Ces éléments réduiraient les effets positifs d'un traitement considéré comme efficace et pourraient même être à l'origine des fameux effets nocebos. Voici à ce sujet les propos de Pierre Rainville, directeur du Laboratoire de recherche en neuropsychologie de la douleur à l'Université de Montréal :

Les attentes induites par les suggestions verbales du médecin et les symboles perçus lors de l'entrée dans le cabinet du médecin déclenchent des mécanismes qui prennent naissance dans les lobes frontaux, qui enverront des signaux vers les systèmes concernés : le tronc cérébral pour la douleur ou les noyaux gris centraux pour le contrôle moteur dans la maladie de Parkinson, par exemple. Mais l'effet placebo n'est pas une cure, il ne peut pas guérir. Il peut toutefois moduler les symptômes (Gravel, 2017).

Et Amir Raz, professeur au Département de psychiatrie de l'Université McGill ajoute que :

Tout part de l'aire frontale, où nous traitons l'information et réfléchissons, où se forment nos pensées. De là, [des signaux nerveux] sont ensuite transmis aux systèmes plus bas, tels que les poumons, le système gastro-intestinal ou les vaisseaux sanguins. [Ces signaux nerveux] peuvent pousser les vaisseaux sanguins à se dilater, ce qui induira une baisse de la pression sanguine et un changement de la température de la peau. On commence aujourd'hui à comprendre comment un placebo peut même modifier le système immunitaire! Toutes sortes de

comportements [du thérapeute], un sourire, une poignée de main, un regard dans les yeux, un mouvement du visage, le ton de la voix, le genre d'attention accordée au patient, la compassion manifestée à son égard, pourront influencer l'effet placebo. Le patient n'est ainsi plus seul, le thérapeute comprend son problème et pourra le résoudre grâce à son expertise médicale (Gravel, 2017).

Voici certaines phrases qui pourraient avoir un effet placebo.

- « Les clients répondent bien à ce traitement. »
- « Les recherches mentionnent que ce traitement donne de bons résultats. »
- « Dans ma pratique, j'utilise souvent cette méthode de traitement et ça fonctionne bien, les gens l'apprécient. »
- « Je vais utiliser cet appareil pour activer la guérison. »
- « Ce que je vois de votre condition m'encourage et me fait voir la progression positivement. »
- « C'est encourageant pour la suite de votre évolution... »

Peu importe la maladie, lorsque les **attentes** sont positives, elles sont le meilleur garant pour l'avenir du patient. Dans la majorité des cas, les effets psychologiques et physiologiques que nous ressentons à la suite d'un traitement vont dans le sens de ce que nous attendons. Par ailleurs, plus la personne possède d'information sur les effets et le taux de réussite du traitement qu'elle reçoit, plus ses attentes sont précises, plus la probabilité est forte qu'elle ressente exactement les effets escomptés. Nos perceptions et nos attentes influencent notre activité neurochimique ainsi que nos systèmes immunitaire et endocrinien. Les études sur les effets placebos le démontrent : lorsqu'il est dit à un groupe de personnes qu'un médicament fictif réduit la douleur, la majorité d'entre elles ressentiront peu de douleur lors de l'administration de stimulations douloureuses. Et la diminution de la douleur est confirmée par la sécrétion d'endorphines dans leur sang. Le phénomène contraire a été observé : dans le cas des personnes auxquelles le même médicament placebo a été administré, mais à qui il était mentionné qu'il augmentait la sensibilité, celle-ci aura effectivement été augmentée, car les mécanismes physiologiques bloquant la douleur ne seront pas entrés en jeu (Fecteau, 2005). Il en est de même pour la transmission, de génération en génération, de conceptions sur l'accouchement. Il y a des femmes, dans certaines cultures ou certaines lignées familiales, qui accouchent sans douleur, et parfois même dans la jouissance. On en trouve très peu dans notre

société, où les générations précédentes ont grandi dans la religion catholique, qui véhiculait l'image de la vierge Marie enfantant dans la souffrance et la douleur.

Les **attentes et les espoirs du thérapeute** influencent également celles et ceux du patient et affectent ainsi le processus de guérison. Ceux qui ont entendu parler du « D^r de l'âme », Patch Adams, savent ce que l'attitude du soignant a comme influence sur le patient (voir en 7.1). Ces attentes peuvent se passer dans le non-dit et être communiquées au patient de façon inconsciente. Le sarrau que porte le médecin, le stéthoscope autour de son cou, son aptitude à mesurer la tension artérielle évoquent la connaissance et l'autorité médicales et vont générer une série d'attentes inconscientes quant à l'efficacité du traitement. Des études en psychologie sociale ont fait ressortir cet élément avec deux groupes d'étudiants de même potentiel intellectuel : on a mentionné à l'un des enseignants que ses étudiants étaient des surdoués, alors qu'à l'autre on a dit qu'ils étaient des élèves en difficulté. Étonnamment, les étudiants « censés » être surdoués ont obtenu des résultats scolaires presque parfaits comparativement à l'autre groupe où les résultats frôlaient la note de passage.

Une autre étude sur l'effet placebo à l'appui des attentes du thérapeute est rapportée par Danielle Fecteau (2005). Un chercheur demande à deux médecins généralistes d'adopter des attitudes opposées pendant leurs rencontres avec 200 personnes souffrant de divers maux (douleurs, gripes, infections, nausées, problèmes digestifs). Un des médecins doit se montrer optimiste face au traitement alors que l'autre se doit de paraître pessimiste. Le médecin optimiste donne un diagnostic ferme au patient, lui prescrit un médicament en lui disant que celui-ci l'aidera ou encore il ne lui en donne pas en affirmant que ce n'est pas nécessaire. Il doit préciser qu'il se portera mieux d'ici quelques jours. Le médecin devant adopter une attitude négative affirme au patient qu'il n'est pas certain de ce dont celui-ci souffre. Ensuite, soit il ne lui donne aucun médicament, soit il lui en prescrit un en lui disant : « Je ne suis pas sûr que ce traitement aura un effet. » Les résultats : la condition de 64% des patients du médecin optimiste s'est améliorée significativement, même en n'ayant reçu qu'un traitement placebo, tandis que seulement 30% des patients du médecin pessimiste se portaient mieux. De plus, 12% des patients du médecin pessimiste ont vu leurs symptômes s'aggraver, ce qui n'a été le cas d'aucun des patients du médecin optimiste.

De fait, les études sont unanimes : les professionnels de la santé qui ont confiance en leur traitement, qui ont de grandes attentes et qui communiquent leur enthousiasme à leurs patients sont ceux qui produisent le plus d'effets positifs chez ces derniers. À l'inverse, plus le professionnel est négatif ou ambigu face au traitement, moins celui-ci est efficace. Les effets sont d'autant plus impressionnants lorsqu'il s'agit d'un spécialiste réputé.

De même, deux fois plus de personnes réussissent à bien contrôler leur asthme avec des médicaments ou des techniques de respiration et de relaxation si on leur explique que l'asthme peut être soigné, voire guéri. Il en est ainsi lorsque l'on avertit des gens que le médicament qu'on leur a prescrit peut avoir comme effet secondaire de réduire l'appétit : la majorité d'entre eux ressentent une forte diminution de leur sensation de faim. Par contre, si on ne les informe pas, peu d'entre eux mentionnent cet effet qui, pourtant, devrait se produire, puisque la substance agit en ce sens sur l'organisme. De là l'importance que le professionnel laisse à la personne sa croyance si elle va dans le sens d'une guérison, d'effets positifs sur sa santé, même s'il ne partage pas cette croyance, à moins bien sûr que celle-ci aille à l'encontre du traitement.

En fait, plusieurs cliniciens peuvent en témoigner : lorsque les clients ne sont pas informés des différents symptômes et de la progression normale de la maladie, il est fréquent que ces symptômes n'apparaissent pas ou qu'ils apparaissent beaucoup plus tard que prévu. À l'inverse, quand les clients en sont informés, les symptômes se manifestent souvent tels qu'ils avaient été décrits. À vous d'imaginer ce qu'un pronostic vital a comme effet sur sa vie...¹

Les études ont démontré que les médecins, psychiatres et psychologues qui obtiennent les meilleurs résultats sont ceux qui établissent les meilleures **relations** avec leurs patients, et ce, grâce à des caractéristiques qui font d'eux des thérapeutes particulièrement doués pour soigner : ils sont amicaux, chaleureux, aimables, communicatifs, sympathiques et très empathiques. À l'inverse, les clients laissés à eux-mêmes, que les médecins voient rarement ou avec lesquels ils discutent peu, ont moins de chances de guérir. Parfois

1. À ce sujet, voir Janett-Pellegrini, C., Cantin, B. (2017). Pronostic: prophétie ou bonne pratique médicale?, *Revue Médicale Suisse*, vol. 13, 302-306 (aussi repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-548/Pronostic-prophetie-ou-bonne-pratique-medicale>).

même, on constate qu'ils dépérissent au lieu d'aller mieux, malgré le traitement qu'ils reçoivent. En fait, les patients des thérapeutes amicaux, chaleureux et attentifs obtiennent jusqu'à deux fois plus de résultats positifs que ceux des thérapeutes froids, non empathiques ou peu bavards. La maladie ou la douleur est souvent accompagnée d'une régression de la part de la personne atteinte. Et qui dit régression, dit appel au besoin de maternage; un peu comme une maman ou un papa qui vient soutenir son enfant lorsqu'il a peur ou qu'il s'est blessé lors d'une chute. Ce maternage temporaire aide l'enfant à retourner jouer, tout comme le professionnel qui prend le temps avec son client l'aidera ainsi à mobiliser son énergie pour retrouver son équilibre physique et mental. Il est possible d'imaginer l'impact que peut avoir notre ère de haute vitesse sur le temps que l'on consacre à soigner les clients, et les incidences de cela même sur leur guérison...

L'anxiété et la peur peuvent causer des déséquilibres physiologiques et avoir des impacts sur le développement et l'issue des maladies cardiovasculaires, de l'asthme, des allergies, de la douleur chronique, des cancers, etc. Les gens qui ont un profil **colérique** (personnalité de type A [Phaneuf, 2002]), de même que ceux qui répriment leurs **émotions** puis explosent, lorsqu'ils les expriment, souffrent le plus souvent de problèmes cardiaques. La peur et la tristesse sont aussi en cause dans le développement ou la guérison d'une maladie. Les études en psychologie ont démontré que les gens qui souffrent de tristesse et de dépression meurent plus jeunes et souffrent plus souvent de maladies chroniques et de cancers que la moyenne des gens (Brillon, 2009). À l'inverse, le rire et le plaisir peuvent affecter positivement la santé des gens.

L'état émotif d'une personne est donc important surtout lorsqu'elle est atteinte d'une maladie. La diminution du stress et de l'anxiété ou la présence d'émotions positives ont des effets bénéfiques sur l'organisme, ce qui lui permet de réactiver ses mécanismes de défense. Les enfants récupèrent plus rapidement après une chirurgie lorsque le personnel soignant parle avec eux et leurs parents pour diminuer leur anxiété. La souffrance fait peur et le besoin d'être rassuré permet de lutter contre la maladie. Des attentes positives, l'espoir d'un traitement qui soit efficace, réduisent le sentiment d'impuissance et augmentent le sentiment de contrôle sur la maladie. Ce dernier permet à l'organisme de se libérer du stress et de mettre en marche ses mécanismes de guérison. La sensation de pouvoir contrôler la maladie peut aussi permettre à la personne

de remarquer des changements dans sa condition, aussi minimes soient-ils, et cela l'encouragera. Comme indiqué au chapitre 4, les neurosciences ont prouvé qu'il est possible pour un individu d'augmenter ou de diminuer la production de neurotransmetteurs en quelques minutes, simplement en s'efforçant de ressentir une émotion spécifique.

Le sentiment de **contrôler** sa vie influence grandement la santé de l'individu. Exemple: un homme de 30 ans aux prises avec une maladie cardiaque s'est fait dire par le corpus médical qu'il ne passerait pas 40 ans s'il continuait à consommer cigarettes et alcool. N'ayant plus rien à perdre et rebelle à l'autorité, il s'est dit: « ce n'est pas eux qui vont décider de ma vie! D'autant plus que ma femme et mes enfants ont encore besoin de moi. » Résultat: il a diminué, et non arrêté, sa consommation de cigarette et d'alcool, et il a aujourd'hui 85 ans. En psychologie, on sait que les gens qui utilisent un contrôle interne (*locus of control*), qui se considèrent comme maîtres de leur vie et de leurs actions, ont tendance à être moins malades et à guérir mieux que ceux qui dépendent d'un contrôle externe, c'est-à-dire ceux qui se sentent généralement influencés par les événements extérieurs et les personnes de leur entourage.

6.3 INTROSPECTION

Placez-vous dans un état de détente et de relaxation. Quand vous serez dans cet état, comparer les sensations de votre corps lorsque vous pensez à un événement triste, et lorsque vous pensez à un souvenir heureux ou à un fou rire. Ce peut être une pensée ou une image triste. Vous pouvez également comparer avec un souvenir ou une image mettant en présence de la colère. Vous ressentirez la différence dans la posture, la tension de vos muscles, votre visage, votre cœur qui palpite ou qui se sert...

Faisant collaborer étroitement le physique et le psychisme, le corps humain est une machine si complexe que même les meilleurs scientifiques ne peuvent tout expliquer. Les découvertes sont infinies, mais nous savons que le processus de guérison d'une personne peut être augmenté par plusieurs facteurs. Tous domaines confondus, les résultats d'un traitement dépendent, en moyenne: pour 50%, des attentes du patient face au traitement; pour 25%, de la relation avec

le thérapeute; et pour seulement 25%, du traitement lui-même (Fecteau, 2005). Cela signifie qu'on augmente les chances de guérison si le professionnel et son client ont des attentes positives face au traitement, s'il y a une confiance mutuelle entre les deux et qu'ils ont une bonne relation. Même si ces facteurs n'expliquent pas tous les cas ni tout le processus de guérison, nous pouvons y réfléchir en tant que professionnels offrant des services de santé...

6.4 LE CORPS QUI PARLE ET LE STRESS

La santé se définit non pas comme l'absence de maladie, mais plutôt comme un équilibre entre les composantes biologiques, psychologiques et sociales d'un individu. Ainsi, la maladie apparaît en tant que déséquilibre temporaire afin de réaménager un nouvel équilibre. Ce nouvel équilibre peut prendre entre 6 et 12 semaines. Plusieurs chercheurs ont établi que la maladie apparaît en tant que résultat du moindre mal que puisse produire le sujet à un moment donné de sa vie et en fonction d'atteintes internes et externes. Ce qui veut dire que, selon l'événement extérieur et son intensité, le sujet devra composer avec ce stress en fonction de ses capacités à le gérer, en fonction également du développement de sa personnalité, ainsi que de ses fragilités génétiques.

Inégaux dans la maladie

Tous les individus ne sont pas similairement à risque de développer des troubles neurobiologiques, comportementaux et de santé du stress toxique précoce (STP). Il semblerait que les facteurs génétiques et affectifs, les prédispositions comportementales, l'expérience passée du stress, le soutien social, l'état de santé mentale, l'âge et le sexe jouent un rôle dans la réactivité au stress et sa régulation (Paus, 2011).

Prenons l'image d'un contenant: le contenant représente la capacité de l'individu à composer avec l'événement extérieur, avec ses formes bien personnelles, qu'il a développées depuis l'enfance, et le contenu représente la quantité de stress ou d'événements stressants. Si on place la même quantité dans un contenant plus petit, ce dernier va déborder. C'est un peu ce qui se produit avec le stress: si

la quantité déborde la capacité de l'individu à le gérer, celui-ci pourra développer un symptôme, qu'il soit physique ou psychologique. Par exemple, un adolescent en peine d'amour pourrait développer une dépression, une lombalgie ou tout autre symptôme, selon son développement ainsi que sa génétique.

Le stress est «**l'expérience subjective**» des événements. On peut le définir comme une transaction entre l'individu et son environnement, au cours de laquelle l'individu estime que les pressions exercées par l'environnement sont plus grandes que ses ressources personnelles et qu'elles menacent son bien-être. Ainsi, il y aurait présence de l'hormone de stress lorsque la demande de l'environnement diffère des capacités d'adaptation de l'individu et que ce dernier accorde de l'importance au fait de satisfaire ou non aux exigences de son milieu. Plusieurs années de recherche scientifique ont permis aux chercheurs d'identifier quatre éléments qui, lorsqu'ils sont présents dans une situation, suscitent une réponse de stress chez toute personne, et ce, peu importe son sexe, son âge, son origine ethnique ou son emploi. La chercheuse Sonia Lupien, directrice du Centre d'études sur le stress humain, a exposé ces éléments en prenant la première lettre de chacun pour former l'acronyme CINÉ.

C = CONTRÔLE	Impression de ne pas avoir de contrôle sur la situation à laquelle on fait face.
I = IMPRÉVISIBILITÉ	La situation doit être imprévue ou imprévisible.
N = NOUVEAUTÉ	La situation doit être nouvelle.
É = ÉGO MENACÉ	La situation doit être menaçante pour l'égo de la personne.

La présence d'un seul de ces éléments suffit pour déclencher le stress, et par ailleurs, les éléments peuvent s'additionner. Cela signifie qu'une situation où les quatre éléments sont réunis engendre une plus grande réponse de stress qu'une situation qui n'en comporte qu'un seul.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU STRESS

CHANGEMENTS	COURT TERME	LONG TERME
Adrénaline et noradrénaline	↑ Rythme cardiaque ↑ Énergie	Problèmes cardio-vasculaires et rénaux
Hormone thyroïdienne	Augmentation du métabolisme (↑ act. phys.)	Agitation, nervosité, insomnie, évanouissements
Sécrétion de cholestérol dans le sang	↑ Degré d'énergie, favorisant le fonctionnement musculaire	Blocage et durcissement des artères, maladies cardiaques
Endorphine	↓ Sensibilité à la douleur	La réduction des réserves d'endorphines augmente la sensibilité à la douleur (céphalée, douleur au dos, arthrite, etc.)
Arrêt temporaire du système digestif	Détournement du sang de l'estomac vers le cœur, poumons, muscles	Malaises de l'estomac et de la digestion (nausée, crampes, diarrhée, ballonnements, etc.)
Pâleur et moiteur de la peau	Réduction de la perte de sang en cas de blessure	Excès de transpiration, chaleur corporelle
Aiguïsement des sens (vue, ouïe)	Meilleur rendement	Épuisement et perte d'efficacité
↓ Hormones sexuelles	Déplace l'énergie vers les tâches essentielles	Impuissance, frigidité, problèmes conjugaux
↑ Taux de sucre dans le sang	Source d'énergie pour l'action	Risque de diabète
↑ Rythme cardiaque	Énergie et oxygène aux muscles et aux poumons	Hypertension, risque de crise cardiaque, anévrisme
Épaississement du sang	Coagulation en cas de blessure	Surcharge du cœur, formation de caillots, maladies et crises cardiaques

Dans ce tableau, nous pouvons voir qu'à court terme le stress nous aide à faire face à une situation en mobilisant l'énergie du corps au bon endroit pour y répondre. Pensons à un jeu qui comporte des défis à relever ou encore à une compétition sportive... L'énergie est augmentée, nos sens sont à l'affût et prêts à réagir pour un meilleur rendement, nous ressentons moins la douleur, ce qui nous aide à

affronter la situation en cas de blessure, etc. Lorsqu'on regarde les effets à court terme, on voit comment le corps réagit pour répondre le plus rapidement et le plus efficacement possible devant une situation de stress. Dans ces situations, avons-nous besoin de nous reproduire? Non. Alors que fait le corps? Il déplace cette énergie vers les tâches à accomplir. Notre corps est bien fait, n'est-ce pas?

Le tableau indique aussi quels sont les effets néfastes possibles d'une période prolongée de stress. Certains de ces signaux du corps méritent qu'on en prenne conscience, puisqu'ils sont des indicateurs de stress chronique qui nuisent à la santé physique et psychologique. Ce faisant, nous aurons un certain Contrôle sur notre santé. En prenant conscience des signaux que notre corps nous envoie concernant le stress, nous pouvons modifier des éléments de notre environnement ou trouver des moyens pour nous aider physiquement et psychologiquement. Nous y reviendrons un peu plus loin. Le **cortisol**, souvent nommé l'hormone de stress, a pour fonction d'aider l'organisme à y faire face, en mobilisant l'énergie nécessaire pour nourrir les muscles, le cerveau, mais aussi, le cœur. Il est sécrété par les glandes corticosurrénales à partir du cholestérol. Sa sécrétion dépend également d'une autre hormone, l'ACTH produite par l'hypophyse dans le cerveau (ACTH pour adrénocorticotrophine). Cette hormone intervient dans la gestion du stress par l'organisme (adaptation de l'organisme au stress). Le cortisol est impliqué dans le métabolisme des aliments: régulation des glucides, des lipides, des protides, des ions et de l'eau pour préserver l'équilibre physiologique de l'organisme (homéostasie). Il agit aussi sur la réaction anti-inflammatoire, la régulation de la pression artérielle, la croissance osseuse et il participe à la régulation du sommeil et du système immunitaire. En cas de dérèglement, le système immunitaire s'en trouve affecté et peut avoir de la difficulté à combattre les virus environnants. L'organisme peut alors développer une maladie inflammatoire ou encore se rendre à la phase d'épuisement, comme on peut l'observer dans le graphique ci-dessous.

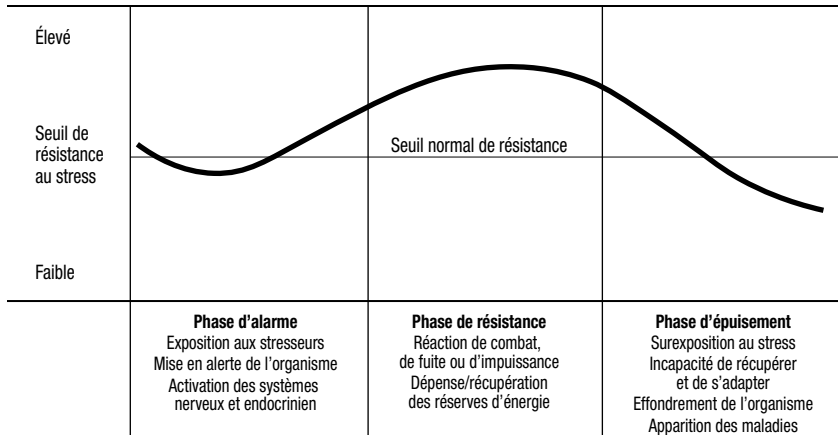


FIGURE 6.1 Le syndrome général d'adaptation (SGA)

Source: Développement, mise en œuvre et caractérisation d'un processus de surveillance continue par internet de facteurs psychosociaux en vue de son utilisation éventuelle dans la prévention des crises organisationnelles [Development, implementation and character – Scientific Figure on ResearchGate. Available from: https://www.researchgate.net/figure/Le-modele-du-Syndrome-General-dAdaptation-SGA-de-Selye-Premierement-il-est_fig2_281935205 [accessed 1 May, 2019]

Réfléchir sur soi, prendre une distance, être en contact avec ce qui se passe en soi ou se retirer un moment pour faire un bilan sur soi et sa situation de vie permet de mieux déceler les signes de stress. Lorsque la personne se rend à la phase d'épuisement, le temps requis pour refaire l'énergie du corps est beaucoup plus long. Par contre, après cette phase, ou à la suite d'une dépression ou d'un trouble anxieux, le fait de travailler à devenir conscient de ce qui a mené à cet épisode (émotions, événements, limites, besoins, etc.) peut nous prémunir d'un second épisode et nous rendre plus solides. La **conscience de soi et la capacité à réfléchir sur soi** sont des éléments fondamentaux, et ce, autant dans un processus de psychothérapie que pour prévenir des maux et être bien dans ses relations avec les autres.

Plusieurs symptômes sont associés au syndrome de fatigue chronique ou d'épuisement professionnel, comme des maux de gorge, de la fibromyalgie, des lombalgies, des troubles du sommeil. L'histoire personnelle révèle souvent qu'avant la période de fatigue, la personne présentait une performance exceptionnelle qui lui avait fait croire à l'indestructibilité de son corps. Dans ces cas, les psychosomaticiens mentionnent que ce n'est pas la quantité de repos, mais

plutôt sa qualité qui favorise une meilleure récupération. Par exemple, le plaisir pris à une activité de loisir, même si celle-ci demande de l'énergie, contribue à dissiper la fatigue. Les échanges amicaux, les occasions de rire et autres plaisirs contribuent à redonner de l'énergie au corps. La vraie détente, celle qui contribue le mieux à régénérer les forces, exige un arrêt des activités et un sommeil réparateur où le rêve peut se déployer à sa guise et jouer son rôle de réparation. Cela suppose la capacité de lâcher prise sur les préoccupations du moment pour s'adonner à une activité libre qui ne vise pas la performance, comme la rêverie, l'humour, la lecture, le dessin ou la peinture, la musique, etc.

Dans son livre *Les émotions au cœur de la santé*, Monique Brillon (2009) mentionne ceci :

Vous connaissez peut-être de ces sportifs extrêmes, de ces fous du travail, de ces gens qui s'étourdissent de bruit, de vitesse, d'activités nocturnes. Chez eux, la fatigue échoue à sonner l'alarme pour les inciter à s'arrêter. Selon les observations de Gérard Szweck, psychosomaticien, ces personnes n'auraient pas connu cette relation de tendresse nécessaire à l'apprentissage de la détente et à l'investissement du plaisir de ne rien faire. Enfants, elles se seraient plus souvent qu'autrement endormies seules, en proie à des angoisses, après de longues périodes de hurlement et d'agitation. Ainsi, elles auraient appris très tôt à craindre le repos, l'endormissement signifiant pour elles une sorte de mort. S'y abandonner est associé à la crainte de ne pas se réveiller.

Afin d'être conscient du stress possible dans le corps, je vous présente une liste de **symptômes** associés au **stress chronique**. Chaque personne étant unique, il se peut que votre corps ou celui de votre patient réagisse par des symptômes différents de ceux énumérés dans cette liste. Il ne faut pas non plus prendre un élément de la liste et conclure au stress chronique. La répétition d'un ou de plusieurs des symptômes ainsi que leur durée annoncent la chronicité du stress. Je vous rappelle que la capacité à réfléchir sur soi, à son état physique et psychologique, aide à s'ajuster et à retrouver l'homéostasie. Il faut dire également que la capacité à contenir du stress diminue avec l'âge. Les personnes âgées (ainsi que les enfants) sont plus vulnérables aux effets du stress. C'est donc dire que nous devons constamment renégocier avec nous-mêmes notre état de stress et notre capacité à le contenir, au moment présent, puisqu'ils se modifient avec l'âge et les circonstances de vie.

6.4.1 SYMPTÔMES DE STRESS CHRONIQUE ET ÉPUISEMENT CHEZ L'ADULTE

- Physiologiques :
 - Hausse de la tension artérielle ;
 - Transpiration ;
 - Difficultés respiratoires ;
 - Tensions musculaires (mâchoire, cou, épaules) ;
 - Hausse de la cholestérolémie ;
 - Troubles du sommeil.
- Somatiques :
 - Céphalées, migraines, nausées ;
 - Manifestations dermatologiques ;
 - Dysfonction gastro-intestinale, uro-génitale ;
 - Manifestation cardio-vasculaire ;
 - Infections virales, maladies.
- Comportementaux :
 - Anxiété ;
 - Irritabilité ;
 - Fatigue ;
 - Insatisfaction ;
 - Impulsivité ;
 - Troubles alimentaires ;
 - État dépressif ;
 - Tabagisme, alcool, drogues ;
 - Problèmes sexuels ;
 - Difficultés de communication.
- Émotionnels :
 - Tendance au blâme ;
 - Frustrations ;
 - Perte d'idéalisme, critiques, cynisme ;
 - Sentiment d'impuissance, culpabilité ;
 - Sensation de vide, apathie.

- Cognitifs:
 - Diminution de l'attention, de la concentration et de la mémoire;
 - Confusion, difficulté à prendre des décisions;
 - Manque d'assurance dans le jugement;
- Sur les plans de la vie sociale et du travail
 - Attitude négative envers le travail;
 - Difficultés, conflits, détérioration des relations:
 - Être moins conscient de la qualité des personnes qui nous entourent;
 - Attitude froide et distante;
 - Désengagement, isolement:
 - Sentiment d'infériorité;
 - Diminution de la motivation et du rendement;
 - Absentéisme fréquent ou hyperassiduité;
 - Inhibition de l'action (en faire le moins possible, retards et absences);
 - Manque de créativité, ennui;
 - Tendances à l'instabilité.

Maintenant que nous avons identifié les signes de stress, regardons les **facteurs**, les éléments de la vie personnelle et professionnelle qui peuvent augmenter le taux de cortisol, le vôtre et celui de vos patients.

6.4.2 LES SOURCES DE STRESS

- Liées à la vie personnelle et familiale:
 - Problèmes relationnels: avec un enfant, le conjoint, la famille élargie, un ami, un voisin, manque de relation, etc.;
 - Étapes de vie: l'entrée à l'école d'un enfant, le passage de l'enfant au secondaire (ou la fin du secondaire), devenir parents ou grands-parents, l'achat d'une maison, l'engagement ou le mariage, la retraite, une séparation, le décès d'un parent, la crise du mi-temps de la vie, etc.;

- Santé : problème personnel de santé, ou maladie du conjoint ou de tout autre membre de la famille, nouveau diagnostic ou investigation pour un diagnostic, enfant avec un trouble psychologique (schizophrénie, dépression, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, trouble compulsif, etc.).
- Enfants : difficultés scolaires d'un enfant, trouble de comportement, délinquance, problème d'alcool, de drogue, de jeu compulsif ou avec les écrans, isolement, etc.
- Périnatal : deuil, fausses-couches, problème de fertilité ou infertilité, etc.
- Famille monoparentale ;
- Surcharge mentale ;
- Finances.
- Liées à la vie professionnelle :
 - Charge de travail (nombre de dossiers, listes d'attente, etc.) ;
 - Climat de travail (conflits, pression, harcèlement, etc.) ;
 - Changements (plusieurs changements, sentiment de perte, deuils à répétition) ;
 - Tâches administratives (lourdeur) ;
 - Technologies ;
 - Nature du travail (responsabilités, relation d'aide, cas difficiles) ;
 - Isolement ;
 - Incertitude ;
 - Manque de communication ;
 - Peu ou pas de soutien, d'entraide ;
 - Environnement (aménagement, manques, adaptation) ;
 - Règlements (trop, peu, désorganisé) ;
 - Manque de reconnaissance.

Plusieurs études mentionnent que lorsque nous sommes sous pression, lors de stress intense (délai serré au travail, période d'exams, une série d'événements spéciaux, etc.), la poussée de cortisol et d'autres hormones du stress peuvent nous protéger de la douleur. Mais après l'épisode de stress, le corps reprend son état normal et les systèmes qui avaient été stimulés sont désactivés. Le niveau de cortisol et celui d'autres hormones de stress se mettent à baisser, ce

qui peut entraîner l'apparition de « migraines » ou de douleurs chroniques, tels l'arthrite, l'asthme, la maladie de Crohn, l'eczéma, le psoriasis, etc.

En outre, l'activation des hormones de stress, lesquelles préparent le corps et le système immunitaire à affronter l'événement, peut réactiver des infections virales latentes comme l'herpès (feux sauvages) et le virus Epstein-Barr (fatigue, fièvre, maux de gorge, inflammation des glandes) dont les symptômes n'apparaissent qu'après quelques jours. Ce qui explique parfois pourquoi nous ne tombons malades qu'après le stress intense, par exemple à la fin d'une période d'examens, la fin de semaine ou en vacances.

6.4.3 STRATÉGIES DE GESTION DU STRESS

Je vous présente en rafale quelques stratégies d'adaptation et moyens qui aident à gérer le stress au quotidien :

- Apprendre à reconnaître les signaux que le corps envoie ;
- Apprendre à connaître sa capacité (établir ses limites et priorités, dire « non » lorsque nécessaire) ;
- Faire face à ses émotions (éviter de les fuir dans l'alcool, la drogue, le sommeil, les écrans, etc.) ;
- Avoir un bon réseau social (s'entourer d'amis significatifs qui font du bien, tenir régulièrement des réunions d'équipe ou de groupe) ;
- Éviter, dans la mesure du possible, que plusieurs changements importants se fassent de façon rapprochée ;
- Se permettre des temps de plaisir (loisirs, exercices de détente et relaxation, etc.) ;
- Un esprit sain dans un corps sain ! Quelques conseils : bien manger sans se mettre de pression pour que ce soit parfait, et se donner du temps pour manger ou prendre des collations ; dormir assez selon ses besoins ; s'activer physiquement ; prendre des pauses pour s'aérer l'esprit ; bien respirer, avec une respiration abdominale, ce qui active la sécrétion des hormones de détente dans le cerveau ; rire, car cela active également les hormones du bien-être ; développer sa créativité (dessin,

peinture, écriture, danse, musique, théâtre, improvisation, etc.); s'accorder des moments de repos et savoir se retirer lorsque nécessaire;

- Gérer son temps (utiliser son agenda pour libérer l'esprit ou faire des listes de choses à faire);
- Oser chercher de l'aide lors de difficultés ou pour ventiler ses émotions;
- Mettre l'énergie à se changer soi-même, à changer sa perception ou à modifier la situation plutôt que persister à vouloir changer les autres;
- Ne pas attendre des autres qu'ils réduisent notre stress, sortir de la victimisation;
- Utiliser l'humour lorsque c'est possible;
- Apprendre à déléguer et accepter que tout ne soit pas parfait, mais plutôt suffisamment bon;
- Se masser lorsqu'on sent la tension s'accumuler dans le corps (trapèzes, mâchoires, crâne, etc.) ou se faire masser;-)
- Pratiquer des exercices de détente;
- Utiliser la visualisation afin de réduire le stress avant un événement important;
- Trouver un équilibre travail – loisirs – repos – vie sociale – intimité.

6.4.4 RÉFLEXION

Je vous invite à réfléchir à votre quotidien et à dresser une liste des événements et situations qui comportent du CINÉ (peu de contrôle, imprévisibilité, nouveauté, égo menacé) et peuvent ainsi vous causer du stress.

6.4.5 TEST RÉSUMÉ : ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU DE STRESS ET VOTRE CAPACITÉ D'Y RÉAGIR

Le questionnaire intitulé «Inventaire de ses symptômes de stress» disponible en ligne sur le site Santé mentale Québec Chaudière-Appalaches² peut vous aider à évaluer votre niveau de stress.

6.5 DOULEUR OU SOUFFRANCE

Lorsqu'on regarde un bébé ou un jeune enfant pleurer, on voit qu'il souffre, qu'il a mal. Mais peut-on dire si c'est physique ou psychologique? À moins de bien connaître l'enfant ou de l'avoir observé suffisamment, non. Mais on voit la souffrance sur son visage et on l'entend dans ses pleurs. De même, lorsqu'une personne se blesse, elle ressentira la douleur et dira «ça fait mal», ou «ça m'a fait souffrir». Il en est de même lors d'un événement émotif douloureux, comme le décès d'un proche ou la perte d'un emploi significatif. Ces événements font souffrir. Souffrance et douleur sont intimement liées, tout comme le corps et le psychisme le sont. Le corps réagit à la souffrance tout comme le corps peut faire souffrir.

La réalité de la maladie ou d'un problème physique ne se réduit pas aux symptômes du problème. Elle possède un vécu subjectif dont découle toute une construction imaginaire chez le patient. La santé est une valeur subjective, et trop souvent encore les gens croient qu'elle signifie «absence de maladie». Sur cette valeur subjective, la personne déplace et projette ses propres angoisses et son inquiétude existentielle. Être malade ou blessé est une menace potentielle en raison de l'inquiétude que cet état génère en ce qui a trait à l'avenir, à un présent incertain, inquiétant, ou douloureux qui engage la personne dans ce qu'elle est, mais aussi dans ce qu'elle va devenir. La façon de réagir à la maladie dépendra du passé, de ce que la personne a été et de la construction de sa personnalité. En réalité, guérir veut dire composer avec la fragilité du corps et avec l'impact du vécu personnel, se réorganiser et intégrer les séquelles afin de retrouver un équilibre. Toute souffrance est donc, en soi, porteuse d'une histoire et recèle un sens caché qui n'arrive pas à surgir. Si on refuse de la prendre en compte, elle peut dégénérer en crise qui nous

2. Le questionnaire est disponible en ligne à l'adresse suivante: http://santementaleca.com/docs/tests/test_inventaire_symptomes_stress.pdf

forcera à changer malgré nous. Selon Christophe Dejours (2001), psychosomaticien, une souffrance purement morale n'existe pas. Le corps y est toujours engagé : la souffrance se lit dans la posture, dans l'expression du visage, autant qu'elle se ressent psychiquement. Certaines maladies physiques apparaissent sur un fond de souffrance qui ne trouve pas de résolution sur le plan psychique. Une perte mal assumée, un deuil impossible à faire peuvent être ressentis comme une impasse.

Il est normal d'être triste quand le malheur frappe. L'émotion est ici justifiée par la circonstance et, quand on se permet de la vivre, un travail mental se fait et la souffrance s'apaise. Dans la dépression, la tristesse atteint des proportions très grandes. Du point de vue d'un observateur et parfois même de la personne qui en souffre, l'intensité du désespoir ne semble pas justifiée par les circonstances extérieures. La dépression n'apparaît pas du jour au lendemain. Souvent la personne a eu auparavant des indices d'un malaise intérieur dont elle n'a pas tenu compte. Elle s'est efforcée de continuer sa routine et son rythme de vie, sans rien modifier, malgré une fatigue grandissante, une baisse d'intérêt, une irritabilité de plus en plus marquée. Avec le temps, les forces se sont épuisées, les larmes se sont mises à couler à propos de tout et de rien. Cette immense tristesse est un cri de l'être qui oblige la personne à s'arrêter, à se questionner sur ce qui ne va pas.

Parmi les facteurs inhérents à la dépression, la baisse de sérotonine est la plus connue. Cela explique que la médecine la décrit de plus en plus comme une maladie, et cela aide à comprendre que la volonté ne suffit pas pour en atténuer les symptômes et que l'état dépressif ne tient ni du caprice ni de la paresse. Cependant, on ne doit pas pour autant perdre de vue que la dépression est avant tout une souffrance morale qui témoigne du fait que quelque chose ne va pas dans la vie de la personne, qu'une partie vitale a été occultée et réclame son droit d'être, par suite de la perte de quelque chose ou de quelqu'un d'important. La dépression majeure, quant à elle, s'installe souvent à la suite d'une blessure, d'un échec sentimental ou professionnel, d'un conflit qui stagne, d'une perte importante (décès d'un être cher, handicap physique à la suite d'un accident). L'épreuve submerge la personne qui tombe dans un gouffre de tristesse, de fatigue et de désespoir.

Certaines études en psychiatrie remettent en question l'efficacité des antidépresseurs, montrant que de 30 à 40 % des cas y résistent, que les récurrences sont nombreuses et qu'environ 20 % des cas se chronicisent. D'autres études en psychologie nous démontrent que le meilleur taux de guérison d'une dépression est la combinaison d'un traitement pharmaceutique et d'une psychothérapie (toutes approches confondues), ce qui montre bien la difficulté à traiter la souffrance.

Afin d'illustrer ces propos, voici un exemple clinique tiré du livre *Le soignant face à la souffrance* (1999), de Laurent Morasz, psychiatre et psychanalyste :

J'ai rencontré Alphonse au cours d'un stage d'interne. À peine entré dans le bureau, et avant même que je lui demande quoi que ce soit, Alphonse me fait un résumé de sa situation. Il a été « victime » d'un accident du travail il y a de nombreuses années et a gardé comme séquelles des douleurs coccygiennes qui l'ont empêché de retourner à son travail. Il décrit sa douleur de « constante, lancinante, agaçante, jamais calmée, intraitable... ». Fait étonnant, il ne peut plus s'asseoir plus de dix minutes. Il a donc acheté un fauteuil de relaxation, dans lequel il passe une partie de ses journées semi-couché et s'empresse de s'appuyer sur ce fait pour expliquer qu'il ne pourra pas rester longtemps en consultation.

Il poursuit son exposé par un compte rendu détaillé des spécialistes rencontrés qui se sont penchés sur son « cas » : radiologues, traumatologues, neurologues, etc. Il dérive ensuite vers un discours revendicatif centré sur la faiblesse de la réparation matérielle de son « préjudice » avant de me tendre « l'ordonnance à renouveler ». Je décide de prendre quelques minutes pour consulter son dossier afin de lier ces flots d'informations fermées.

Je comprends qu'Alphonse vient raconter invariablement la même histoire tous les six mois, avec les mêmes mots, et ce depuis huit ans. Il rencontre à chaque fois un interne différent, le voit une fois puis prend rendez-vous avec son successeur par le biais d'un rendez-vous à six mois. En parallèle de ce qu'il appelle « son suivi », il consulte son médecin traitant qui, tous les trois mois, lui renouvelle sa longue prescription d'antalgiques. À l'évocation d'une possible mobilisation psychique de sa souffrance, il répond immédiatement : « À quoi bon, ils m'ont tous dit que je garderais mes séquelles, que je suis consolidé comme ça. Il n'y a malheureusement pas grand-chose à faire.

La personnalité de ce patient a évidemment joué une part active dans cette évolution. Mais ce qui est dommageable, c'est qu'il n'ait pas rencontré de limites de la part d'un système de soins toujours prêt à tenter de trouver une réponse opératoire à une douleur dont la composante psychosomatique est majeure. Rien ne pourra évoluer pour des patients de ce type tant qu'ils trouveront, en miroir à leur demande, des soignants désireux de les rendre « comme avant » plutôt que de les aider à « faire avec ». Le patient n'est jamais le sujet passif de sa maladie, même s'il lui arrive de se vivre comme tel. La maladie ne doit pas non plus être envisagée comme une pure fabrication interne qui témoignerait d'une illusion de toute puissance psychique. Croire qu'il suffit de penser positivement pour que le succès et la richesse arrivent amène chez la personne la pensée magique que l'on peut enlever de sa vie toute souffrance ou tout inconfort, et qu'il est possible de ne vivre que des événements positifs.

La maladie ou une blessure place la personne dans un sentiment de faiblesse et de limitation de ses capacités habituelles. Elle porte atteinte à son intégrité et la touche dans ce qu'elle est, dans ce qu'elle vit, dans ce qui l'entoure, et dans son histoire. Face à cette attaque, le psychisme réagit par le repli sur soi et amène des comportements « régressifs », voire infantiles. Cette régression, comme **mécanisme de protection et d'adaptation** de l'individu, permet à la personne de se concentrer sur son présent, le quotidien de ses symptômes et de ses soins ; son caractère change, elle devient souvent exigeante, susceptible, demandante, inquiète, des réactions tout à fait normales. Il est souhaitable que le professionnel l'accompagne et respecte cette régression tout comme le mouvement de « déprime » qui l'accompagne. Il faudra plutôt s'inquiéter de l'absence de régression ou son excès.

La maladie ou la blessure vient réactiver de nombreuses **angoisses**, comme l'angoisse de castration et l'angoisse de mort. Loin de moi l'idée de faire un cours sur le développement socioaffectif de l'enfant ; je veux plutôt situer ces manifestations afin que l'intervenant puisse les reconnaître lorsqu'il sera en présence d'elles. La première, l'angoisse de castration, se retrouve dans le développement de l'enfant lors du constat de la différence des sexes, du développement fantasmatique du complexe d'Œdipe (autour de trois ans) et elle s'élabore à travers les expériences de pertes inévitables. Cette angoisse exprime la peur d'être « châtré », privé d'un élément

important de notre personne. Comme si une punition venait en raison d'une faute commise de notre part. On voit apparaître cette angoisse chez les enfants à travers leurs dessins ou leurs rêves, dans lesquels se retrouvent des sorcières méchantes, des dragons cracheurs de feu, des requins, des monstres de tous genres. On peut deviner cette angoisse, plus subtile, mais tout aussi présente, à travers les paroles de ce sportif d'élite blessé: «Je ne comprends pas pourquoi ça m'arrive à moi, je ne l'ai pas mérité... j'ai toujours été correct dans ma vie, j'ai toujours écouté ce qu'on me disait de faire...». La santé est un objet précieux, et tout un chacun désire la conserver, voire l'afficher, tout en ayant peur d'en être privé si cette chance est trop affirmée. Vous n'avez qu'à penser à tous ceux qui se disent en santé en s'empressant de toucher du bois pour ne pas qu'un mauvais sort lui soit jeté...

La seconde, l'angoisse de mort, exacerbée par la présence de la maladie ou d'une blessure, fait partie prenante de la vie. La conscience de la fin de la vie, qui apparaît surtout au sortir de la petite enfance, lors du développement du cerveau rationnel, génère une angoisse existentielle de toute notre vie psychique. Ce qui n'était que crainte devient plus concrètement inquiétant, prend un tout autre sens, en présence d'une maladie. L'angoisse de mort ainsi activée n'a pas forcément de liens avec la réalité concrète ni avec le risque réel de la pathologie en cause. Par exemple, l'angoisse de mort ressentie par une attaque de panique est similaire à celle suscitée lors d'un infarctus du myocarde, bien que le pronostic en soit tout autre. Face à cette angoisse, la personne adoptera différents comportements régressifs, plus ou moins compréhensibles d'un point de vue extérieur et rationnel. Il en est ainsi lorsque l'intervenant constate que son client adopte des attitudes nuisibles à sa santé après avoir eu un diagnostic de maladie ou de blessure retardant un éventuel retour à ses activités, comme si le patient niait ce qui lui arrive. Il s'agit d'un mécanisme de protection qui permet à la personne de s'adapter du mieux qu'elle peut selon le contexte, sa personnalité et ses capacités.

C'est bien pour éviter d'être submergée par ces angoisses douloureuses que la personne aura recours à des **mécanismes d'adaptation**. La maladie ou une blessure amènent le patient à adopter différents comportements qui ne sont pas à prendre comme une attaque personnelle contre le professionnel, mais plutôt comme un débat intérieur du patient face à sa condition.

On appelle *mécanismes d'adaptation* l'ensemble des stratégies inconscientes mises en place par le Moi de la personne pour se protéger contre l'angoisse et l'anxiété. Ce sont des réactions qui nous aident à affronter la réalité, à nous adapter à ce qui arrive.

- Refoulement: Ce mécanisme est la base d'autres mécanismes. La personne garde dans son inconscient un souvenir, une représentation, ou une émotion pénible, un peu comme si elle préférerait oublier. Il peut s'agir également d'un désir non acceptable pour la personne qui pourrait se juger sévèrement.
- Dénî: La personne se défend en niant ses pensées, ses désirs ou ses émotions, lesquels font pourtant partie de la réalité. Utilisé en présence de maladie ou de blessure, ce mécanisme de défense prend des allures tout à fait contraires à une acceptation raisonnée de la maladie. La personne persiste à faire «comme avant», comme si elle pensait en elle-même et qu'elle disait à l'intervenant: «Ça ne se peut pas, ce n'est pas vrai, ça va revenir comme avant...» tout en étant inconsciente et insouciante. L'intervenant aura intérêt à faire approcher le client tout doucement de la réalité, à ne pas le confronter trop brusquement afin d'éviter un effondrement psychique. Puisque ce mécanisme est en place pour protéger le Moi de la personne d'une angoisse trop importante, il faudra soutenir cette personne dans l'acceptation de sa maladie ou de ses limitations. Faire du déni signifie en quelque sorte diviser sa pensée, la limiter à ce qui semble plus facile à assimiler. On entend aussi souvent ce mot lorsqu'on parle d'une personne ayant un problème d'alcool ou de drogue, mais qui ne veut pas se l'avouer: elle est dans le déni.
- Dénégation: Similaire au déni, la dénégation se présente à une intensité moindre. La personne tente d'éviter une prise de conscience de son état même si, au fond, elle le connaît; elle fait tout pour tasser cette idée ou cette réalité. On le retrouve chez cette personne qui dit: «Je sais bien que je suis malade, mais je peux quand même faire quelques écarts. De toute façon, comme je vais devoir vivre avec ça toute ma vie, je n'en suis pas à un mois près et ça peut s'arranger un peu avec le temps. En plus, avec le décès de mon père, c'est peut-être ça qui a augmenté mon problème physique.» L'intervenant devra chercher les contradictions dans le discours et les explications du client et

les lui souligner, et il devra questionner ce dernier pour le faire réfléchir. Si on reprend l'exemple plus haut, l'intervenant pourrait dire avec empathie et recherche de compréhension: «Vous dites savoir que vous devrez vivre avec ça toute votre vie et en même temps que ça peut s'arranger un peu avec le temps. Il me semble que c'est contradictoire non?»

- **Isolation:** L'émotion est isolée dans une partie du cerveau; la personne n'y a pas accès, elle est donc coupée de son émotion. Face à la maladie ou à ses conséquences, la personne parle sans émotion, comme si elle ne réalisait pas émotionnellement ce qui lui arrive. On le voit également dans les situations où il y a eu accident ou traumatisme. Le patient peut reprendre les informations concernant son problème physique ou sa réadaptation, avec même plusieurs détails, mais toujours d'une façon purement intellectuelle. Cette attitude étonne l'intervenant qui peut se mettre à souffrir ou à s'inquiéter à la place du client.
- **Annulation:** Tente de défaire ce qui a été fait ou dit, en réalisant l'inverse de l'acte ou de la parole. La personne fait comme si elle n'avait pas enregistré ce qui lui a été dit ou elle annule par la suite ce qu'elle avait pu comprendre. On dit souvent de ces personnes qu'elles «ne veulent pas entendre». Cette attitude défensive peut également être favorisée par un intervenant mal à l'aise avec la condition «grave» du patient, ou encore qui a peur de sa réaction, et qui tente à son tour de minimiser l'ampleur du problème, de noyer l'information dans des détails ou un jargon médical masquant la réalité. On peut le voir aussi chez le patient qui pose plusieurs fois la même question sans s'en rendre compte, comme si la réponse de l'intervenant ne correspondait pas à ce qu'il voulait entendre.
- **Déplacement:** Transfert l'émotion ou le stress d'une situation sur une autre situation ou personne. La personne détourne son angoisse sur un autre problème moins grave. Pensons à l'exemple de celle qui doit passer des examens après la détection d'une tumeur et qui n'en parle pas, mais s'inquiète plutôt des rénovations qu'elle entreprend. Il est important pour l'intervenant de repérer ce mécanisme de défense afin de ne pas placer le client dans une case «client qui en rajoute!». Parce que l'angoisse est difficile à supporter, la personne va devenir inquiète de ses finances, par exemple, ce qui est pourtant sans

lien avec son problème physique, ou encore elle s'inquiétera de son fils qui risque d'être en grève et sans revenu. On peut également voir ce mécanisme chez une personne ayant reçu une nouvelle qui la fâche, et qui libérera son agressivité sur son conjoint ou une autre personne, en se montrant impatiente par exemple.

- **Projection:** Attribue à l'autre ses propres désirs, émotions, besoins, pensées, fautes. C'est le cas d'une personne qui va dire à son intervenant qu'elle le trouve brusque et de mauvaise humeur aujourd'hui, alors que c'est elle-même qui l'est. Le soignant peut facilement se sentir attaqué et devenir lui-même sur la défensive, mais il serait préférable qu'il reste neutre et qu'il fasse parler la personne sur ce qu'elle vient de lui dire: «Vous trouvez ça? Qu'est-ce qui vous fait dire cela? Et vous, comment allez-vous aujourd'hui?»
- **Formation réactionnelle:** Être en réaction à... Attitude ou goût opposé à un désir ou à quelque chose de blessant. C'est le cas d'un client qui peut tenter de prouver que la maladie, ou la blessure, dont il est atteint ne le limitera pas autant que ce que les professionnels lui ont dit, et qui se met à en faire plus ou à faire le contraire de ce qui est prescrit. Ici aussi, l'angoisse face à l'atteinte est tellement grande qu'il est plus supportable pour la personne d'être en réaction plutôt que d'accepter ce qui lui arrive. Il peut s'agir aussi d'un intervenant qui se montre particulièrement souriant et gentil envers un patient qu'il juge insupportable, en évitant ainsi tout conflit ou toute remise en question.
- **Rationalisation:** Se coupe ou maîtrise ses émotions en utilisant la raison, la justification, la logique, les généralités, des excuses, etc. C'est le cas du patient qui explique tout, même ses réactions, ses attitudes face à son traitement, ses retards, etc., pour éviter de vivre l'émotion. C'est une attitude fréquemment rencontrée également chez les intervenants, puisque le cerveau rationnel, fortement développé chez ces derniers, est mis en avant-plan.
- **Sublimation:** Transformation de pulsions ou désirs jugés inacceptables par le Moi en activités socialement acceptables. C'est le cas de pulsions agressives qui ne peuvent être exprimées directement à la personne, mais qui sont extériorisées à travers

une peinture ou dans un sport comme la boxe, par exemple. Ces lieux d'expression socialement acceptable doivent être favorisés ou suggérés par l'intervenant qui côtoie un client aux prises avec une grande colère, un traumatisme ou une peur.

- **Identification:** Adoption par une personne d'une attitude ou d'une manière d'être d'une autre personne qui est significative pour elle. Si l'intervenant devient significatif pour la personne soignée, cette dernière pourra intérioriser des comportements ou des valeurs qu'il véhicule. Avant que les valeurs soient intériorisées, on peut voir apparaître chez la personne ce mécanisme sain, par le biais d'une expression déjà utilisée par l'intervenant, d'un comportement ou encore d'un élément physique (couleur de cheveux, vêtement, etc.). C'est souvent le signe d'une bonne alliance.
- **Régression:** Revenir à un comportement caractéristique d'une période antérieure en réaction à une situation créant de l'anxiété. Par exemple, un enfant de trois ans qui maîtrisait la propreté peut recommencer à s'échapper à l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur, ou se remettre à sucer son pouce. C'est le phénomène que l'intervenant constate chez le patient quand il se dit intérieurement qu'il a l'impression d'avoir affaire à un enfant.

Avec des personnes blessées ou malades, le professionnel doit s'assurer de comprendre correctement leurs comportements afin de bien communiquer, et ainsi, de favoriser leur guérison.

Une attitude compréhensive, positive et empreinte de bonne volonté de la part de l'intervenant envers le patient facilitera l'alliance, la confiance mutuelle et la confiance envers le traitement, pour ainsi favoriser la guérison. D'autres facteurs favorisent la guérison, mais aussi une bonne santé mentale au travail. Il s'agit entre autres de l'humour, l'objet du prochain chapitre, qui terminera cet ouvrage sur une pointe plus légère.

L'humour

7.1 L'HUMOUR COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE

L'humour est une stratégie d'adaptation efficace et évoluée. Certains auteurs ont démontré les effets positifs d'un film drôle sur la tolérance à la douleur (Weisenberg, 1998). Le rire peut également aider à diminuer l'angoisse, permettre de passer à travers des épreuves difficiles et tristes. Celui qu'on a appelé le « D^r de l'âme », Patch Adams, en témoigne dans sa pratique quotidienne. Il utilise l'humour et le plaisir dans son contact avec ses clients, tout en sachant rire de lui-même, et le rire est ainsi communiqué. Rappelez-vous les neurones miroirs. Nous n'avons qu'à imaginer une personne en train de rire ou de sourire et nous nous surprenons à esquisser un sourire.

On sait également que si nous sommes dans un état de malaise, par exemple bouleversé par une mauvaise nouvelle, et que nous regardons une comédie, il est fort possible qu'elle ne soit pas drôle à nos yeux. Pourquoi ? Parce que, pour nous laisser aller au rire, nous devons être dans ce qu'on appelle l'humeur du jeu, celle qu'on retrouve chez l'enfant et que tout adulte porte encore en lui. Dans cet état d'esprit, même les situations les plus délicates peuvent provoquer le rire. Pensons à des comédiens qui ont à répéter une scène dramatique, et qui doivent la reprendre plusieurs fois parce qu'ils sont pris d'un fou rire. Pour comprendre comment fonctionne cette humeur du jeu, regardons la dynamique entre un bébé ou un jeune enfant et son parent. Si l'adulte regarde le bébé en riant, il rira aussi,

et peut-être même plus fort si c'est accompagné d'une grimace. Le bébé a donc été placé dans une humeur de jeu. Si l'adulte fait ensuite brusquement une grimace à l'enfant, ce dernier peut se mettre à pleurer. L'intervenant peut être en contact avec la souffrance de son client et faire doucement apparaître des signes de rire.

À la différence de l'adulte, le bébé et le jeune enfant jouent spontanément et c'est leur principal mode de communication. L'enfant est en construction, son égo est confondu avec l'extérieur, tout est ramené à lui: s'il rit, il croit que tout le monde rit, s'il arrive quelque chose, il croit que c'est à cause de lui. Les bébés ne rient pas *des* situations drôles, mais ils rient *dans* des situations drôles. Lorsque la conscience de l'extérieur se développe chez l'enfant, qu'il devient préadolescent et adolescent, il n'est pas rare de voir des comportements de susceptibilité apparaître lorsque le rire se présente. Ce sont des « reliques » de cet égo qui font croire à la personne qu'on rit d'elle.

Les théories psychodynamiques expliquent le rire comme un défoulement: on laisse passer une décharge ou quelque chose qui était refoulé. Le rire peut être lié à l'expression de l'agressivité. On peut le voir dans cet exemple: un jeune frère, qui se sent moins bon que son frère aîné, le prend régulièrement par surprise en lui faisant faire des sauts, ce qui met l'aîné en colère. Ce peut être en effet la façon pour lui de se décharger de son sentiment de rivalité. Ce n'est guère mieux lorsqu'on retrouve une attitude semblable entre membres d'une équipe de travail: tous rient à la suite d'une blague qui ridiculise un collègue, et ce dernier ne rit pas. La situation est tout autre si le rire est partagé, que la personne rit d'elle-même: la rivalité sous-jacente est évacuée sagement et le rire est alors un outil thérapeutique par excellence.

Le rire est une réponse à une stimulation psychique ou physique. On ne rit pas s'il n'y a pas de stimulation qui le provoque. Le rire est également involontaire, car même si on peut le contrôler, se retenir de rire, il reste plus incontrôlable que contrôlable. Une fois déclenché, le rire a le pouvoir de déconnecter le cortex conscient. On définit le rire comme une émotion à travers laquelle le diencéphale et le système nerveux sympathique interviennent. Le rire est une expérience plaisante. Il est très personnel à chacun, et il est recherché par tous.

7.1.1 QUELQUES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU RIRE

Le rire est un exercice musculaire. Le rire mobilise la plupart des muscles de l'organisme, du visage jusqu'aux membres, en passant par le diaphragme et les abdominaux. Le travail musculaire stimule toutes les fonctions vitales.

Le rire est une technique respiratoire. Savoir respirer est indispensable à la santé. Bon nombre d'affections sont influencées favorablement par une bonne éducation respiratoire qui vise le brassage des viscères par les muscles abdominaux et thoraciques. Les fonctions intestinales et hépatiques sont ainsi améliorées, l'appareil cardiovasculaire se régularise, le rendement intellectuel augmente, la nervosité et les insomnies diminuent.

Le rire libère les endorphines. On sait que l'endorphine est l'hormone naturelle qui agit contre la douleur. La guérison de la dépression passe souvent par la sécrétion d'endorphines qui sont justement des molécules du plaisir.

Le rire est un stimulant psychique. Le rire aide à affronter les situations plus difficiles du quotidien.

Le rire agit sur le système neurovégétatif. Le rire place le corps dans une première phase d'alerte, qui est à prédominance sympathique. Lorsque le rire persiste, il entre dans une seconde phase, à prédominance parasympathique, qui ralentit le rythme cardiaque, fait baisser la tension artérielle, régularise la respiration et la digestion. Et l'action du parasympathique est durable, se prolongeant bien après le rire, ce qui contribue à diminuer les effets nocifs du stress. Par conséquent, le rire est puissant dans le maintien de la santé physique et psychologique.

7.1.2 RÉFLEXION

Prenez quelques instants pour trouver un exemple où, dans votre milieu de travail, l'humour a été utilisé et a eu des effets positifs sur la situation ou l'ambiance.

Voici quelques effets positifs de l'utilisation de l'humour :

- diminution des manifestations dépressives et anxieuses ;
- meilleure estime de soi ;
- sentiment de bien-être ;

- diminution des tensions;
- semer l'espoir, encourager;
- amélioration de la qualité de vie;
- résilience;
- crée des relations sociales;
- amélioration du climat de travail et hausse de la motivation;
- meilleure cohésion du groupe;
- augmentation de la productivité.

Un chercheur d'Istanbul a récemment montré que le type d'humour peut jouer un rôle sur la probabilité de développer un épuisement professionnel au travail (Oktug, 2017). Le chercheur a divisé les styles d'humour en deux catégories: l'humour fait pour valoriser la relation aux autres, et celui qui est fait pour se valoriser soi-même. Chaque style peut être bienveillant ou injurieux. Ainsi, vous pouvez avoir tendance à utiliser un humour qui favorise le bien-être des gens que vous aimez (humour affiliatif), ou qui vous rabaisse dans le but d'être accepté par les autres (humour autodestructeur). Vous pouvez également plaisanter pour vous donner du courage en dédramatisant une situation donnée (humour dédramatisant) ou pour vous faire bien voir en vous moquant de quelqu'un (humour agressif). L'étude réalisée avec 116 travailleurs exerçant dans des milieux variés, comme l'éducation, la finance, le commerce ou la santé, a montré un lien entre l'humour dédramatisant et l'épuisement professionnel: les personnes qui utilisent ce style d'humour et vivent du stress deviennent moins émotionnellement épuisées que les autres. C'est le phénomène contraire qui se passe pour ceux qui ont un humour autodestructeur. Les formes positives d'humour sont, en fait, associées à plusieurs atouts, comme une approche plus constructive par rapport aux difficultés de la vie ou une plus faible propension à faire preuve d'anxiété et de dépression (Oktug, 2017).

Voici d'autres façons d'utiliser l'humour négativement, d'autres circonstances dans lesquelles l'humour qui risque de provoquer des effets négatifs:

- pour diminuer l'autre et se mettre en valeur (sarcasme, ironie);
- pour chercher l'attention;

- si l’autre pense qu’on rit de lui;
- quand il est une attaque à l’intégrité;
- lorsqu’il y a un bouc émissaire;
- s’il n’est pas utilisé avec modération avec les personnes dépressives, qui ont un problème d’audition, qui souffrent de déficits cognitifs;
- s’il est utilisé pour fuir;
- lors de moments inappropriés (émotion, discussion sérieuse, déni);
- pour se défouler.

7.1.3 EXERCICE : AVEZ-VOUS LE SENS DE L’HUMOUR ?

Répondez aux questions suivantes, le plus sérieusement possible! Ce sont des pistes de réflexion.

1. En pensant à votre attitude face au rire, au plaisir et à l’humour, sur une échelle de 1 à 10 où 10 représente un grand sens de l’humour, quelle note vous accordez-vous ?
2. Est-ce que vous êtes à l’aise quand les gens font de l’humour autour de vous? Vous laissez-vous aller dans le jeu ou êtes-vous celui qui ramène le sérieux ?
3. Est-ce que les autres vous considèrent comme ayant un bon sens de l’humour, ou comme quelqu’un qui est plutôt susceptible ?
4. Riez-vous facilement ?
5. Quels sont les éléments qui pourraient vous empêcher de rire ?
6. Êtes-vous capable de rire de vous, de vos bêtises? Comment réagissez-vous lorsque les autres le font face à vous ?
7. Est-ce possible de rire en famille? Au travail? Pourquoi ?
8. Seriez-vous en mesure de rire des situations dérangeantes ?
9. Quel genre d’humour aimez-vous? L’humour spontané du quotidien, un spectacle d’humour, des dessins animés, des films drôles... ?

10. Les membres de votre famille ont-ils le sens de l'humour ? Si oui, que voulez-vous garder de ce vécu familial ? Si non, que pouvez-vous faire pour augmenter le rire, le plaisir et l'humour ?

S'il est difficile pour vous de rire et de vous laisser aller au jeu de l'humour, il serait peut-être pertinent pour votre santé, et celle de ceux qui vous entourent, de faire un travail sur vous-même. Est-ce que cette difficulté vient d'un manque d'estime de soi, d'un besoin de performance, d'une insécurité, d'une place trop grande que vous laissez au côté sérieux au détriment de l'autre ? Est-ce l'enfant en vous qui a été blessé ou réprimé ? Etc.

L'humour suscite la surprise ou encore il présente une exagération comique d'une situation, et il doit favoriser un sentiment de bien-être. Il peut s'appliquer en toute simplicité et n'a aucunement besoin de provoquer des rires aux éclats à tout coup. Par exemple, offrir un compliment inattendu, envoyer un courriel d'encouragement, déposer un chocolat sur le bureau d'un collègue sont autant de gestes qui surprennent agréablement et qui brisent la routine. Quelqu'un m'a raconté que lorsque la tension montait dans son milieu de travail, il sortait son nez de clown et le portait... Imaginez la réaction autour !

L'humour peut aider à dédramatiser certaines situations plus tendues. On peut, entre autres, utiliser la technique de l'exagération dans laquelle on amplifie la situation problématique et on imagine toutes sortes d'images grossies. Si la tension est palpable autour de nous, on peut mimer la tension dans la posture, en adoptant une démarche ou des gestes volontairement stressés. Ou, à l'inverse, on adopte une démarche totalement décontractée et un peu exagérée, les genoux pliés, le sourire aux lèvres, la tête et les bras qui balancent. On peut également le faire en imaginant toutes sortes de fantaisies. Je pense ici à un enfant que j'ai rencontré un jour en thérapie et qui était totalement déprimé et habité par un sentiment d'impuissance. Même la posture qu'il avait en entrant dans mon bureau l'exprimait. Il venait de vivre un moment pénible avec son enseignante. Après qu'il ait fait un dessin dans lequel il y avait un personnage tout puissant, je lui ai souligné qu'il lui serait pratique à lui aussi d'être tout puissant dans certaines situations. Et là, il s'est mis à imaginer toutes

sortes de scénarios cocasses et exagérés dans lesquels il était tout puissant face à son enseignante. Il est sorti de sa séance habité par une énergie positive, et surtout libéré d'un poids.

Dans d'autres circonstances, c'est intérieurement que la personne a besoin de fuir une situation stressante. Par exemple, quand un collègue se plaint à répétition de son travail, de ses conditions ou de la direction, on peut le fuir physiquement, on peut également le confronter en lui parlant avec humour. Mais on peut aussi fuir mentalement la situation en utilisant l'imagerie : la personne qui se plaint peut prendre une forme comique, ou l'on peut exagérer ses propos ou ses traits physiologiques.

Par contre, on n'utilise pas l'humour avec n'importe qui ni n'importe comment. On doit apprivoiser l'autre, faire connaissance, se donner du temps afin de connaître les blagues qui passeront. C'est une complicité qui se construit ensemble.

Voici quelques suggestions afin de vous aider, ou d'en aider d'autres autour de vous, à développer l'humour :

- Côtayer des gens qui l'utilisent (identification);
- Regarder des humoristes, des comédies;
- Se laisser aller aux pensées qui viennent, à la spontanéité, au jeu;
- Stimuler la créativité : remue-méninges, écriture, dessin, peinture, musique, improvisation, etc.;
- Retrouver des comportements d'enfants (ou s'entourer d'enfants) : regarder la nature comme si c'était la première fois, se coucher dans l'herbe ou dans la neige et observer le ciel, lâcher son fou sur de la musique, faire aller son imagination;
- Tenir un cahier de choses comiques (blagues, images, etc.) et offrir « la pensée du jour »;
- Faire renaître vos souvenirs les plus drôles et les écrire;
- Demander à Google Home de vous raconter une blague;-)
- Oser taquiner les membres de votre entourage, leur jouer des tours, et ce, même auprès de la direction dans votre milieu de travail.

7.1.4 MAXIME HUMORISTIQUE

«Il était une fois quatre individus qu'on appelait: Tout le monde, Quelqu'un, Chacun et Personne.
Il y avait un important travail à faire, et on a demandé à Tout le monde de le faire.
Tout le monde était persuadé que Quelqu'un le ferait.
Chacun pouvait l'avoir fait, mais en réalité Personne ne le fit.
Quelqu'un se fâcha, car c'était le travail de Tout le monde! Tout le monde pensa que Chacun pouvait le faire et Personne ne doutait que Quelqu'un le ferait...
En fin de compte, Tout le monde fit des reproches à Chacun parce que Personne n'avait fait ce que Quelqu'un aurait pu faire.
MORALITÉ
Sans vouloir le reprocher à Tout le monde,
Il serait bon que Chacun
Fasse ce qu'il doit sans nourrir l'espoir
Que Quelqu'un le fera à sa place...
Car l'expérience montre que,
Là où on attend Quelqu'un,
Généralement, on ne trouve Personne! »

Une des tendances naturelles chez l'être humain est la recherche du plaisir et la fuite du déplaisir. Par ailleurs, l'humour est une des caractéristiques les plus recherchées lorsqu'on demande à une personne ce qu'elle désire retrouver chez son partenaire. S'entourer de plaisir et d'humour semble susciter intérêt et satisfaction. Alors, pourquoi ne pas essayer? ... Amusez-vous tout en travaillant!

Annexes

L'ESTIME DE SOI

Chaque individu se fait une idée de lui-même. Cette image de soi, qui est fortement influencée par tous les changements sociaux, se construit au fil des années et n'est jamais acquise pour toujours.

L'enfant se voit principalement dans le regard que portent sur lui les personnes qu'il juge importantes dans sa vie : parents, grands-parents, enseignants, amis, etc. Il se sert des paroles que ces personnes lui adressent et des gestes qu'elles ont à son endroit pour se connaître lui-même. Puis, l'enfant vieillit et les amis prennent peu à peu de l'importance jusqu'à devenir, à l'adolescence, le principal miroir dans lequel il se regarde.

L'âge adulte ne met pas un terme à ce processus. On constate, certains jours, que l'opinion des autres nous rassure sur nous-mêmes et confirme les impressions qu'on a par rapport à soi. À d'autres moments, cette opinion fait mal, blesse et nous fait douter de nous. En fait, certaines recherches démontrent que l'image qu'on a de soi continue à se transformer même après l'âge de 80 ans.

L'estime de soi est en fait la valeur qu'on s'attribue dans les différentes sphères de la vie. Ainsi, une personne peut avoir une bonne opinion d'elle-même au travail, mais une faible estime de soi en relation de couple. Chaque individu se forge une opinion sur lui sur le plan physique (apparence, habiletés, endurance, etc.), sur le plan intellectuel (capacités, mémoire, raisonnement, etc.) et sur le plan social (capacité de se faire des amis, charisme, sympathie, etc.). Il en va de même en amour, au travail, et en ce qui concerne la créativité.

L'adolescence est une période cruciale en ce qui concerne le développement et la consolidation de l'estime de soi, puisque c'est une période de recherche de son identité. Le jeune prend alors une distance face à ses parents en se définissant par rapport à eux et en explorant l'intimité avec des amis et des personnes de sexe opposé. Les transformations physiques qui surviennent brouillent l'image que le jeune a de lui-même et il fait face à plusieurs nouveaux rôles sociaux (travailleur, amoureux, apprenti pour un travail professionnel, etc.). Ceci le place dans une grande vulnérabilité et explique

qu'il soit parfois plus anxieux. En fait, il a besoin que l'intervenant reconnaisse sa valeur et qu'il l'aide à consolider ses sentiments positifs par rapport à lui-même.

Il en va de même pour les personnes malades, les personnes âgées, les accidentés qui ont perdu une partie d'eux-mêmes, que ce soit physiquement ou intellectuellement. Puisqu'ils sont en déséquilibre et en redéfinition d'eux-mêmes face à leur image de soi, l'intervenant doit être à l'écoute et sensible à ces pertes, et il doit valoriser ce qu'il voit de son patient, son potentiel.

Une bonne estime de soi signifie qu'on a conscience de ses forces **et** de ses vulnérabilités et que l'on s'accepte soi-même avec ce qu'on possède de plus personnel, c'est-à-dire de plus précieux. Ça veut dire aussi assumer ses responsabilités, s'affirmer, savoir répondre à ses besoins, avoir des buts et prendre les moyens pour les atteindre tout en considérant les autres. Le professionnel pourra accompagner et soutenir son client dans ses projets et lui permettre de réaliser ce qu'il a de meilleur en lui. Pour ce faire, il faudra que l'intervenant croie en cette personne.

EXERCICE DE COMMUNICATION

Prenez connaissance des affirmations présentées et indiquez spontanément si chacune d'elle est :

- Plutôt vrai (V) si vous pensez ou agissez de cette façon la plupart du temps
- Plutôt fausse (F) si vous pensez ou agissez autrement la plupart du temps

1. Je dis souvent *oui* alors que je voudrais dire *non*. _____
2. Je défends mes droits sans empiéter sur ceux des autres. _____
3. Je suis une personne plutôt autoritaire et excessive. _____
4. Je ne crains pas de critiquer et de dire aux autres ce que je pense. _____
5. Je n'ose pas refuser de faire certaines tâches qui ne me plaisent pas. _____
6. Je donne mon opinion même si elle diffère de celle des autres. _____
7. Je me fais parfois dire que j'ai un esprit contradictoire. _____
8. J'ai du mal à écouter attentivement ce que les autres me disent. _____
9. J'entretiens avec les autres des rapports fondés sur la confiance. _____
10. Je n'ose pas demander d'aide de peur de paraître incompetent. _____
11. Je fige dès que je dois réaliser une tâche qui ne m'est pas familière. _____
12. Je n'aime pas qu'on m'insulte ; cela me fâche, même si je ne dis rien. _____
13. Je suis à l'aise dans les contacts face à face. _____
14. Je parle beaucoup, je coupe la parole aux autres sans le vouloir. _____
15. J'ai de l'ambition et je fais ce qu'il faut pour arriver à mes buts. _____
16. Je recherche des compromis réalistes en cas de désaccord. _____
17. Je fais preuve de franchise avec les autres. _____
18. J'ai tendance à remettre à plus tard ce que je devrais faire maintenant. _____
19. Je commence souvent un travail sans le terminer. _____

20. Je dis ce que je pense sans cacher mes sentiments. _____
21. Il en faut beaucoup pour diminuer mon assurance. _____
22. J'aime rendre mal à l'aise les autres, ça me donne un peu de pouvoir. _____
23. Je sais prendre ma revanche après m'être fait avoir. _____
24. Je suis capable d'être moi-même tout en me faisant accepter. _____
25. J'ose me faire entendre sans m'énerver en cas de désaccord. _____
26. J'ai le souci de ne pas importuner (déranger) les autres. _____
27. J'ai du mal à prendre parti et à choisir. _____
28. Je me tais quand mon opinion est contraire à celle des autres. _____
29. Je n'ai pas peur de parler en public. _____
30. J'ai le sentiment que la vie n'est faite que de luttes et de batailles. _____
31. Je n'ai pas peur de relever des défis. _____
32. Je sais écouter les autres et je ne leur coupe pas la parole. _____
33. Je mène jusqu'au bout les projets que j'entreprends. _____
34. Je n'ai pas peur d'exprimer mes sentiments tels que je les ressens. _____
35. J'ai du mal à laisser la parole aux autres. _____
36. Je sais utiliser les plaisanteries blessantes. _____
37. Je suis serviable; parfois même je me fais un peu exploiter. _____
38. J'aime mieux observer que participer. _____
39. Je préfère être au second rang qu'au premier. _____
40. Je ne pense pas que la manipulation soit une solution efficace. _____
41. Je choque souvent les gens par mes propos. _____
42. Je préfère être loup plutôt qu'agneau. _____
43. Je sais protester avec efficacité et sans agressivité excessive. _____
44. Je crois qu'il faut connaître les causes d'un problème pour le régler. _____
45. Je n'aime pas faire mauvaise impression. _____

CORRECTION DU QUESTIONNAIRE SUR LA COMMUNICATION

Chacune des affirmations dénote un comportement passif, agressif ou affirmatif. Les affirmations (indiquées par un numéro) ont été classées en trois colonnes, selon le comportement qu'elles traduisent. Inscrivez 1 point vis-à-vis des affirmations auxquelles vous avez répondu «plutôt vrai». Faites le total pour chacune des colonnes.

COMPORTEMENT PASSIF		COMPORTEMENT AGRESSIF		COMPORTEMENT AFFIRMATIF	
QUESTION#	POINTAGE	QUESTION#	POINTAGE	QUESTION#	POINTAGE
1		3		2	
5		4		6	
10		7		9	
11		8		13	
12		14		16	
18		15		17	
19		21		20	
26		22		24	
27		23		25	
28		30		29	
37		31		32	
38		35		33	
39		36		34	
44		41		40	
45		42		43	
Total: /15		Total: /15		Total: /15	

La colonne où vous avez obtenu le plus fort pointage indique votre tendance à adopter le profil de comportement correspondant.

COLONNE 1 : COMPORTEMENT PASSIF	COLONNE 2 : COMPORTEMENT AGRESSIF	COLONNE 3 : COMPORTEMENT AFFIRMATIF
<p>Vous avez tendance à vous dérober, à fuir, plutôt qu'à faire face aux gens et aux événements qui surviennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Excès de gentillesse et trop grande tolérance envers les autres (# 1, 5, 37); - tendance à remettre à plus tard ou à penser ne jamais détenir l'information nécessaire pour prendre une décision (# 18, 19, 27, 44); - peur malade du jugement des autres (# 10, 11, 26, 28, 45); - crainte de prendre des responsabilités (# 38, 39); - fuite dans la colère pour ne pas avoir à résoudre un problème (# 12). <p>L'inconvénient est que vous ne vous faites pas respecter des autres ni de vous-même, ce qui peut provoquer chez vous des sentiments de rancœur et l'impression d'être une personne exploitée.</p>	<p>Ce comportement pousse à vouloir toujours être la personne qui a le dernier mot, qui crie le plus fort, qui domine, même si cela doit indisposer les autres et vous-même. Ce comportement prend des formes différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendance à dominer les autres, à leur faire peur ou mal (# 3, 22); - volonté de réussir à tout prix, au point de faire montre de sans-gêne (# 21); - tendance à vous venger à la moindre offense, réelle ou imaginaire (# 23); - goût de prendre des risques excessifs (# 31). <p>Bien entendu, ce comportement suscite l'agressivité ou l'antipathie des autres, ce qui entraîne un sentiment de rejet.</p>	<p>Ce comportement vous amène à défendre vos droits et vos opinions sans pour autant agresser autrui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vous aimez être vous-même, sans faux-semblants (# 20, 24, 34); - vous fondez vos relations avec les autres sur la confiance et la franchise (# 9, 17, 40); - vous savez écouter les autres et tenir compte de leur point de vue (# 16, 32); - vous savez vous affirmer avec assurance, et maintenez vos opinions et décisions (# 2, 6, 13, 25, 29, 33, 43). <p>C'est le comportement le plus efficace pour arriver à vos fins dans la plupart des cas, ceci non seulement sans provoquer le ressentiment des autres, mais en attirant même leur estime.</p>

RÉFLEXIONS SUR CES RÉSULTATS

1. Quelle distinction faites-vous entre une intervention:

Passive:

Agressive:

Affirmative:

2. Votre journée de travail tire à sa fin et vous avez encore trois clients à évaluer avant de terminer. Si vous ne voulez pas partir trop tard, vous avez intérêt à demander de l'aide. Comment faites-vous cette demande? Est-ce que votre façon de faire est plutôt passive, plutôt agressive ou plutôt affirmative?
3. Votre collègue vous demande de le remplacer auprès du prochain client, qui est un nouveau, car il dit avoir quelque chose d'urgent à régler. Il revient après deux heures. Comment réagissez-vous? Votre attitude est-elle plutôt passive, plutôt agressive ou plutôt affirmative?

ACTIVITÉ : DÉPART POUR LA LUNE

Consignes : Individuellement, vous devez choisir 8 personnes parmi les suivantes, en ordre de priorité, qui devront aller établir une population sur la lune. Ensuite, vous échangez en équipe sur vos réponses, dans le but d'arriver à un consensus sur les 8 personnes choisies pour aller sur la lune, en ordre de priorité.

- Un avocat de 35 ans
- Un prêtre protestant de 52 ans
- Un prêtre catholique de 68 ans
- Une prostituée enceinte de 38 ans
- Une artiste peintre de 30 ans
- Un professeur de mathématique de 34 ans
- Un menuisier de 42 ans
- Un pianiste de 26 ans
- Un cuisinier de 51 ans
- Une femme noire de 29 ans
- Un enfant masculin abandonné de 6 ans
- Un millionnaire juif de 41 ans
- Un fermier de 62 ans
- Un docteur à la retraite de 74 ans
- Un pilote d'avion de 35 ans

Mes choix

Pourquoi?

1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____

Corrigé

CORRIGÉ DE 1.5 – QUESTIONS «VRAI OU FAUX»

1. La rencontre professionnelle peut se faire dans un lieu public afin de faciliter l'ouverture du client.
Faux: afin de préserver la confidentialité.
2. L'acceptation globale signifie que le professionnel doit accepter la personne dans sa totalité, avec tous ses comportements, en cherchant à la comprendre.
Faux: il doit tenir compte de ses limites professionnelles et limiter les comportements nuisibles à la relation.
3. L'intervenant devra avoir les arguments pour convaincre le soigné des bienfaits de ses traitements.
Faux: il n'a pas à le convaincre, mais simplement à lui exposer les faits et à lui laisser le choix.
4. Vrai
5. Vrai
6. Vrai
7. Faux
8. Faux
9. Vrai

CORRIGÉ DE 2.9 – ACTIVITÉ ASSOCIATIVE

1. D
2. B
3. A
4. C

CORRIGÉ DE 3.4 – MISE EN SITUATION

- A. 1, 4, 7, 8, 9, 10
- B. 2, 3, 4, 7, 8, 9, 12

CORRIGÉ DE 4.5.6.2 – MISE EN SITUATION

Vérifier auprès de la dame si elle désire qu'on l'aide. Attention à ne pas parler à sa place ou anticiper ce qu'elle pourrait dire.

CORRIGÉ DE 5.2.2 – MISE EN SITUATION

- a) Qu'est-ce qui vous amène à dire ça ?
- b) Pourri et découragé...
- c) Vous vous demandez à quoi ont servi tous vos efforts puisque vous n'avez pas performé à la compétition.
- d) Vous êtes déçu de votre performance et vous vous sentez découragé ?
- e) J'imagine que si vous vous êtes rendu à ce niveau, c'est que vous avez du potentiel, vous ne croyez pas ?

CORRIGÉ DE 5.9 – EXERCICE

- 1. b) « Lorsque tu me dis que je suis toujours en retard, ça me blesse parce que je fais des efforts pour arriver à l'heure et qu'il y a bien des fois où je suis à l'heure. »
- 2. b) « La salle de conférence n'a pas été réservée et je suis déçu, car je ne pourrai tenir ma réunion. Nous pourrions décider à l'avance qui réservera la salle la prochaine fois. »
- 3. b) « Je constate que vous êtes fâché et j'en suis fort confuse. Je vais vérifier les possibilités pour que ça se passe autrement les prochaines fois. »
- 4. b) « Lorsque tu me dis de te laisser tranquille, ça me fâche, car j'ai besoin de parler de cette situation. Peux-tu me dire quand tu seras disponible à en parler ? »

CORRIGÉ DE 5.10 – QUESTIONS «VRAI OU FAUX»

- a) Faux
- b) Faux
- c) Faux
- d) Faux

Bibliographie

- Art-mella (2016). *Émotions : enquête et mode d'emploi, tome 1 et 2*. Cholet : Pourpenser Éditions.
- Axtell, R. (1993). *Le pouvoir des gestes, guide de la communication non verbale*. Paris : InterÉditions.
- Balint, M., Hunt, J., Joyce, D., Marinker, M. et Woodcock, J. (1970). *Treatment or diagnosis: A study of repeat prescriptions in general practice*, Philadelphie, J.B. Lippincott.
- Bakker F.C., Whiting H.T.A., Van der Brug H. (1992). *Psychologie et pratique sportives*. Paris : Vigot.
- Bizouard, C. (1997). *Vivre la communication*. Lyon : Chronique Social.
- Blanchet, A. (1997). *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris : Éditions Armand Colin.
- Bonnet, G. (2011). *Les mots pour guérir*. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Brillon, M. (2018). *Changer avec la psychothérapie*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Brillon, M. (2009). *Les émotions au cœur de la santé*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Brillon, M. (2006). *La pensée qui soigne*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Chalifour, J. (2000). *L'intervention thérapeutique. Volume II : Stratégies d'interventions*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Chalifour, J. (1993). *Exercices et réflexions sur la relation d'aide*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Cloutier, P., Parent, G. (2017). *Initiation à la psychologie*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Constantino, I. (2006). *Guide pratique de la communication avec le patient*. Paris : Masson.
- Côté, N. (1991). *La personne dans le monde du travail*. Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.
- Corraze, J. (1992). *Psychologie et médecine*. Paris : Presses universitaires de France.
- Davis, C. M. (1998). *Patient Practitioner Interaction: An Experiential Manual for Developing the Art of Health Care*. Thorofare (NJ) : SLACK Inc.
- Debray, R. (2001). *Épître à ceux qui somatisent*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord*. Paris : Payot.

- Deschênes, G. (2013). *L'art de concilier le travail et la vie personnelle*. Montréal: Québec-Livres.
- DeVito, J.A., Chassé, G., Vezeau, C. (2008). *La communication interpersonnelle*. Montréal: Pearson ERPI.
- Devroede, G. (2011). *Chacun peut guérir*. Paris: Éditions Payot.
- Devroede, G. (2003). *Ce que les maux de ventre disent de notre passé*. Paris: Éditions Payot et Rivages.
- Diridollou, B. (1992). *Réussissez vos entretiens professionnels*. Éditions ESF.
- Drapeau, M., Houde, N. (2011). *Sexualité et éthique dans les professions du toucher*. Montréal: Modulo.
- Duclos, G. (2000). *L'estime de soi, un passeport pour la vie*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Dulude, D. (2014). *Le TDAH, une force à rééquilibrer*. Montréal: Éditions du CRA.
- Emond, M. Picard, D. (2008). *Relations et communications interpersonnelles*. Paris: Dunod.
- Engel, G.L. (1977). «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine». *Science*, Vol. 196.
- Fecteau, D., (2005). *L'effet placebo*. Montréal: Éditions de l'homme.
- Ferro, A. (2004). *Facteurs de maladie facteurs de guérison*. Paris: Presses Éditions.
- Fortin, B. (2004). «L'humour et la santé». *Psychologie Québec*, vol. 21, n° 5.
- Fortin, B., Méthot, L. (2004). «S'adapter avec humour au travail interdisciplinaire: piste de réflexion». *Revue québécoise de psychologie*, Vol 25, n° 1.
- Garnier et Delamare (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Paris: Maloine.
- Gordon, T. (2005). *Leaders efficaces*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- Gravel, P. (2017). «La fascination des scientifiques pour l'effet placebo». *Le Devoir*, 4 novembre.
- Gueguen, C. (2015). *Vivre heureux avec son enfant*. Paris: Robert Lafond.
- Harbuz, M. (2011). «Stress, hormones et cerveau». Traduction: William Rostène, INSERM U732, Paris. Site web de la Société de neuroendocrinologie.
- Hatier, D.E., Boudrias, J-S. (2015). «Les vacances: panacée à la santé psychologique des travailleurs?», *Psychologie Québec*, Vol. 32, n° 4, juillet.
- Héту, J-L. (2007). *La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement*. Boucherville: Gaëtan MorinÉditeur.
- Iandolo, C. (2006). *Guide pratique de la communication avec le patient*. Paris: Masson.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. et Good, B. (1978). «Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research», *Allais of Internal Medicine*, Vol. 88, n° 2.
- Lacroix, A. et Assal, J-P. (1998). *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelle approche de la maladie chronique*. Paris: Vigot.
- Langevin Hogue, L. (1992). *Communiquer: un art qui s'apprend*. Brossard: Un monde différent.

- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-C., Guillon, V. (2014). « Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie ». *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), p. 72-102.
- L'Écuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Lemay, M. (2014). *Forces et souffrances psychiques de l'enfant*. Tome I et II. Toulouse: Éres.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R. R. et Lamb, J. A. (2000). « Study of patients clues and physicians responses in primary care and surgical settings ». *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 284, n° 8.
- Lord, I. (2016). « Comment prendre la critique ». *Les Affaires*, 3 mai.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Montréal: Éditions au Carré.
- Manoukian, A., Masseur, A. (2001). *La relation soignant soigné*. Rueil Malmaison: Lamarre.
- Marin, M-F. (2008). « Le stress au travail: bien le comprendre pour mieux le déjouer! », *Effectif*, Vol. 11, n°, novembre/décembre.
- Marquis, S. (2012). *Pensouillard le hamster, petit traité de décroissance personnelle*. Montréal: Les Éditions Transcontinental.
- McWhinney, I. R. (1972). *Beyond diagnosis: An approach to the integration of clinical medicine and behavioural science*. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 287.
- Moras, L. (1999). *Le soignant face à la souffrance*. Malakoff: Dunot.
- Morin, J., Brief, J.-C. (1995). *L'autonomie humaine*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Myers et Myers (1990). *Les bases de la communication humaine; une approche théorique et pratique*. 2^e édition. New York: McGraw-Hill.
- Oktug, Z. (2017). « The Moderating Role of Employees' Humor Styles on the Relationship between Job Stress and Emotional Exhaustion ». *International Business Research*, Vol. 10, n° 4.
- Parent, N. (2019). *Enfants stressés, tout ce qu'il faut savoir pour aider votre enfant à grandir sereinement*. Montréal: Michel Lafon.
- Parent, N. (2007). *La famille et les parents d'aujourd'hui*. Montréal: Quebecor.
- Paus, T., (dir.) (2011). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [en ligne]. <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/cerveau.pdf>.
- Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Plante, G. (2007). *La boîte à outils pour professionnels en relations humaines*. Éditions PsychoAide.
- Portelance, C. (1991). *Relation d'aide et amour de soi. L'approche non directive créatrice en psychothérapie et en pédagogie*. Montréal, Les éditions du CRAM.
- Psychologie Québec* (2001). « L'alliance thérapeutique. Construire, maintenir et réparer le lien ». Vol. 28, n° 2.

- Richard, C., Lussier, M-T. (2016). *La communication professionnelle en santé*. Montréal: ERPI.
- Rispail, D. (2002). *Mieux se connaître pour mieux soigner*. Paris: Masson.
- Salomé, J. (1996). *Communiquer pour vivre*. Paris: Espaces libres.
- Schore, A. N. (2003). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal: Les Éditions du CIG.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Paris: Robert Laffont.
- Siedentop, D. (1994). *Apprendre à enseigner l'éducation physique*. Boucherville: Gaétan Morin.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L. et Sangster, M. (1999). «Evidence on doctor-patient communication». *Cancer Prevention and Control*, Vol. 3, n° 1
- Tranter, D., Kerr, D. (2016). «L'autorégulation: pourquoi le stress chez les élèves nuit à leur apprentissage». Site web Apprendre Enseigner Innover.
- Tremblay, J.-L. (2008). *La performance par le plaisir*. Montréal: Les Éditions Transcontinental.
- Vonarx, N. (2018). *Santé et maladie au cinéma, l'éclairage des sciences humaines et sociales*. Montréal: Liber.
- Weisinger, H. (2000). *L'art de la critique constructive*. Montréal: Les Éditions Transcontinental.
- Weisinger, H. (1998). *L'intelligence émotionnelle au travail*. Montréal: Les Éditions Transcontinental.

Sites web

- Centre d'études sur le stress humain (CESH): <http://www.stresshumain.ca>
- Sonia Lupien, chercheure en neuroscience sur le stress: <http://sonialupien.com/blogue/>
- Stress et endorphine: <https://www.usherbrooke.ca/reussir-en-sante/habitudes-de-vie/capsules-sante/le-stress-et-lendorphine/>
- Conseil interprofessionnel du Québec: <https://professions-quebec.org/le-conseil-interprofessionnel/a-propos/les-membres/>
- Site de l'Ordre des psychologues du Québec: <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/les-orientations-theoriques>
- Santé mentale Québec – Chaudière-Appalaches: <http://santementaleca.com/documentation/tests-et-questionnaires.html>

Comment aborder un patient, le comprendre et s'adapter à lui pour mieux l'aider ? Dans un contexte où les relations directes font place de plus en plus aux relations indirectes, messages courriel, messages textes, caméra Web, cours à distance, etc., une réflexion s'impose : comment développer la communication et les habiletés relationnelles favorisant un processus thérapeutique ?

Dans cet ouvrage, l'auteure propose une façon d'établir une communication bénéfique pour le patient. Centrée sur la relation d'aide, l'alliance et le lien corps-psyché (psychosomatique), cette approche est le fruit de nombreuses collaborations avec des éducatrices en garderie, des intervenants scolaires, des étudiants en physiothérapie ou kinésiologie, des nutritionnistes, des intervenants en CLSC et diverses directions cliniques multidisciplinaires.

Ce livre a été conçu pour répondre au besoin de tout professionnel de la santé qui doit évaluer et traiter des patients, collaborer ou travailler avec eux ou qui souhaite développer ou améliorer ses habiletés relationnelles et communicationnelles dans son milieu de travail.

Psychothérapeute, auteure, formatrice et conférencière, diplômée en réadaptation physique et en psychologie, **Nathalie Parent** enseigne à l'Université Laval. Elle a publié plusieurs ouvrages pour les familles touchant les thèmes de la communication, des émotions, du stress et de l'anxiété, dont son plus récent, *Enfants stressés!*, aux Éditions Michel Lafon.

Aussi en version numérique



Illustration de couverture: iStockphoto