

# Se former à la relation d'aide



Antoine Bioy • Anne Maquet

# Se former à la relation d'aide



DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod 2021 pour la nouvelle présentation

© Dunod, 2003 pour la première édition

11 rue Paul Bert 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-10-081497-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION</i>	1
---------------------	---

## PARTIE 1

### FONDEMENTS DE LA RELATION D'AIDE

<b>Chapitre 1. De l'humain à la relation d'aide</b>	5
Spécificité de l'homme et perspectives thérapeutiques	5
<i>Qu'est-ce que l'humain ? 5 • Le partage, donnée inhérente à une rencontre 6 • Responsabilité et manipulation 8 • La recherche de la vérité ? 10</i>	
Place du savoir	11
<i>Des connaissances plurielles 11 • Place du patient dans le champ du savoir 11 • Quel savoir pour le thérapeute ? 13 • Subjectivité et irrationalité chez l'homme 13 • Place des croyances 15</i>	
Centration sur la personne	15
<i>Un autre en face de soi 15 • Un autre qui vit 16</i>	
<b>Chapitre 2. Du mouvement humaniste à la pratique rogérienne</b>	19
Les grands courants préhumanistes	19
<i>Précurseurs de la psychologie 19 • Naissance et développement de la psychologie 20 • Naissance du courant humaniste 21</i>	
Carl Rogers et Abraham Maslow, deux grandes figures du courant humaniste	21
<i>Carl Rogers 21 • Abraham Maslow et la pyramide des besoins 23</i>	
Counseling	24
<i>Débuts 24 • Qu'est-ce que le counseling ? 25 • Le groupe de counseling 26</i>	

Introduction à la relation d'aide	27
<i>Définition et champs d'application 27 • Qualité de la relation d'aide 27 • Comment créer une relation d'aide ? 28</i>	
<b>Chapitre 3. Principes fondateurs</b>	<b>33</b>
Éthique globale de l'homme	33
<i>Liberté et autodétermination 33 • Notion de responsabilité et de choix 34 • Abord thérapeutique de l'homme libre, responsable, effectuant des choix 36</i>	
Individu en développement	37
<i>Dynamique du mouvement progressif et maturation personnelle et sociale 37 • Recherche de l'expression personnelle 38 • Modalités de développement personnel 39</i>	
Notion d'inconscient	40
<i>Entre inconscient et « boîte noire » 40 • Humilité du thérapeute 41 • Priorité au changement 43</i>	
Éléments de croissance et d'arrêt au changement	44
<i>Événements de vie 44 • Le social et son action 45</i>	
 <u>PARTIE 2</u> MÉTHODE HUMANISTE	
<b>Chapitre 4. Attitudes thérapeutiques</b>	<b>49</b>
Recevoir une demande	49
Écoute	50
<i>Définition 50 • Les trois niveaux d'écoute 51</i>	
Acceptation	54
<i>Définition et expressions 54 • Effets 54</i>	
Absence de jugement	55
<i>Définition 55 • Jugement en thérapie 56</i>	
Empathie	57
<i>Définition 57 • Expression et condition d'être 57</i>	
Congruence	58
<i>Définition 58 • Expression 58</i>	
<b>Chapitre 5. Techniques thérapeutiques</b>	<b>61</b>
Questions ouvertes et fermées	61
<i>Définition 61 • Avantages 61 • Utilisation 62 • Limites 62</i>	
Reformulation du contenu	63
<i>Définition 63 • Avantages 63 • Utilisation 64 • Limites 64</i>	
Reformulation des émotions	64
<i>Définition 64 • Avantages 65 • Utilisation 65 • Limites 66</i>	
Technique du reflet	66
<i>Définition 66 • Avantages 67 • Utilisation 67 • Limites 67</i>	

Écho	67
<i>Définition 67 • Avantages 68 • Utilisation 68 • Limites 68</i>	
Clarification	69
<i>Définition 69 • Avantages 69 • Utilisation 69 • Limites 69</i>	
Focalisation	70
<i>Définition 70 • Avantages 70 • Utilisation 70 • Limites 71</i>	
Confrontation	71
<i>Définition 71 • Avantages 71 • Utilisation 71 • Limites 72</i>	
Silences	72
<i>Définition 72 • Avantages 72 • Utilisation 73 • Limites 74</i>	
<b>Chapitre 6. Cadres de pratique</b>	75
Place du symptôme dans un suivi thérapeutique	75
<i>Visages du symptôme 75 • Demande du patient 76 • Lâcher prise du patient 77 • Lâcher prise du thérapeute 78</i>	
Cadre institutionnel de la pratique humaniste	80
<i>Comment définir un cadre 80 • Variabilité du cadre 80 • Pratique libérale 81 • Pratique institutionnelle 83</i>	
Cadre particulier de la pratique : le groupe	84
<i>Caractéristiques générales du groupe 84 • Non-directivité et rôle du facilitateur 85 • Comment devenir facilitateur 87 • Changements par le travail de groupe 87</i>	

## PARTIE 3

## PRATIQUE CLINIQUE

<b>Chapitre 7. Le thérapeute et son patient</b>	91
Assises de la pratique psychothérapeutique humaniste	91
<i>Vision générale du patient 91 • Confiance en soi 92 • Objectifs thérapeutiques 93 • Cadre social de la pratique humaniste 93 • Abord thérapeutique 95</i>	
Qu'est-ce qu'être psychothérapeute humaniste ?	95
<i>Le terme « thérapeute » 95 • Ressources de la fonction de thérapeute 96 • Être et apprendre à être 99</i>	
Place de la relation en pratique humaniste	100
<i>Efficacité de la relation d'aide : l'alliance thérapeutique 100 • Dépendance envers le thérapeute 101 • Mouvements transférentiels 102 • Fin du suivi 103</i>	
<b>Chapitre 8. Liens à l'environnement</b>	105
Liens naturels	105
<i>Notions d'écosystème 105 • Notions de liens 106 • Liens en relation thérapeutique 107</i>	

Interactions et handicaps	108
<i>Interactions familiales 108 • Dépendance dans la naissance du handicap 110</i>	
Quand la dépendance devient pathologique	111
<i>Dépendance pathologique 111 • Processus progressif 111 • Place de la souffrance 113 • Le patient dépendant en consultation 114</i>	
Pathologies du relationnel	114
<i>Codépendance 114 • Autres dépendances du relationnel 116</i>	
<b>Chapitre 9. Place des émotions</b>	119
Qu'est-ce qu'une émotion ?	119
<i>Définir une émotion 119 • Émotion et cognition : primat de la poule ou de l'œuf ? 120</i>	
À quoi sert une émotion ?	120
<i>Les émotions nous informent 120 • Les émotions nous servent à nous « dire » 122</i>	
Les quatre genres d'expériences émotionnelles	122
<i>Les émotions simples 122 • Les émotions complexes 123 • Les émotions réprimées 123 • Les pseudos émotions 124</i>	
Travail avec les émotions	126
<i>Du symptôme à l'émotion 126 • Place des émotions dans les étapes du processus thérapeutique 128</i>	

## PARTIE 4

## CADRES D'ACTION SPÉCIFIQUES

<b>Chapitre 10. Afflictions à caractère chronique</b>	135
Dynamique et rupture temporelle dans la vie du patient	135
<i>Définir les afflictions chroniques 135 • La question du temps 136 • Irruption de la pathologie 137 • Moments symptomatiques 139 • Entre absence et présence du symptôme 140</i>	
La maladie en compagnon de vie	141
<i>Place de la souffrance 141 • Différence, rejet et exclusion 143 • Un nouvel équilibre à trouver 144 • Notion de culpabilité 145</i>	
Du médical à la prise en charge psychothérapeutique	146
<i>L'individu médicalisé 146 • Place des examens et prise en charge 148 • Prise en charge psychothérapeutique 149</i>	
<b>Chapitre 11. Accompagnement palliatif</b>	155
Définir le palliatif	155
<i>Le palliatif : une histoire courte 155 • Comment définir les soins palliatifs ? 157 • Prise en charge de la souffrance au premier plan 158</i>	



Le temps du palliatif	160
<i>Un temps de renoncement 160 • Un temps de vérité 161 • Un temps de crise existentielle 161 • Un temps de reconstruction 162</i>	
Qu'est-ce que l'accompagnement ?	163
<i>Une attitude plus qu'un rôle 163 • Peurs du mourant et accompagnement 164</i>	
Étapes de l'accompagnement	165
<i>Favoriser une relation de parole 165 • Identification et gestion des émotions 165 • Identification et gestion des émotions venant des soignants 166 • Attitudes en relation d'aide 167</i>	
<b>Chapitre 12. Le monde de la filiation et de l'enfance</b>	171
Figures d'enfant	171
<i>La filiation 171 • Le désir d'enfant 171 • L'enfant imaginé 173 • Le blanc d'enfant 175 • Pré-naissance et naissance 176 • De l'enfant imaginé à la découverte de l'enfant réel 176 • Choix du prénom 177</i>	
Fœtus <i>in vivo</i>	178
<i>Le bébé est une personne 178 • À la recherche de son histoire 179</i>	
Interactions parentales dans la vie de l'enfant	179
<i>Développement du nourrisson 180 • Stade pré-objectal 180 • Angoisse de séparation 181 • Place des apprentissages et les bases de l'affirmation de soi 182 • Adolescence 183</i>	
Supports thérapeutiques de l'enfant	185
<i>Le dessin, présentation 185 • Dessin dirigé 186 • Attitudes et techniques thérapeutiques 188</i>	
<i>CONCLUSION</i>	195
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	197
<i>INDEX</i>	201



# INTRODUCTION

**L**a relation d'aide : une expression qui semble signifier simplement ce qu'elle est, par sa seule énonciation. Pourtant, sa pratique relève d'une certaine expertise. Elle se construit dans un espace professionnel, et répond à des objectifs précis.

Cette pratique, ou peut-on déjà dire cette attitude d'un praticien envers son patient, a été particulièrement développée dans le champ de la psychologie humaniste de Abraham Maslow et de Carl Rogers. La pratique de ce dernier a donné lieu à un courant particulier : le *counseling*, une forme d'aide centrée sur la personne. Beaucoup des principes humanistes sont enseignés sans être nommés tels quels, particulièrement dans le cursus soignant. La psychologie humaniste et son apport premier dans la compréhension de la relation d'aide ont « infiltré » les pratiques et le langage courant. À l'instar de la psychanalyse, son savoir s'est vulgarisé. Des termes comme « empathie », « écoute active » ou encore « alliance thérapeutique » s'entendent souvent, sans toujours que l'énonciateur l'utilise dans un cadre conceptuel adéquat. Nous souhaitons donc, dans cet ouvrage, offrir à tout psychothérapeute formé ou en formation un support pour comprendre les tenants et aboutissants de la relation d'aide : son cadre, ses méthodes, sa pratique, ses objectifs.

Au fil des pages, ces différentes notions seront vues en détail. Mais comme son nom l'indique, la psychologie humaniste possède avant tout pour préoccupation l'humain, et particulièrement les relations entre un être humain et sa dynamique de vie. Il ne saurait donc être question ici de prétendre aborder et éclaircir toutes les situations pouvant se présenter au thérapeute humaniste. Il s'agit de préciser les bases fondamentales pour comprendre cette culture de prise en charge psychothérapeutique, et les connaissances nécessaires pour l'appliquer à chaque patient, dans sa singularité.



# PARTIE 1

---

## FONDEMENTS DE LA RELATION D'AIDE



## *Chapitre 1*

---

# DE L'HUMAIN À LA RELATION D'AIDE

**L**a relation d'aide constitue une modalité de rencontre bien particulière entre deux êtres humains. Avant même de définir le terme de « relation d'aide » plus avant, il est utile de préciser le cadre de cette rencontre, à la fois ses présupposés comme ses déterminants. La relation d'aide prenant corps au sein d'une relation dite thérapeutique, c'est-à-dire visant à aider une personne qui en fait la demande, ce mode relationnel est celui qui y est ici décrit dans ses fondements.

## SPÉCIFICITÉ DE L'HOMME ET PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

### **Qu'est-ce que l'humain ?**

Malgré le titre de cette partie, il serait très prétentieux de notre part de penser exposer exhaustivement ce qu'est l'être humain. Voyons-en cependant quelques aspects, qui peuvent amorcer une pensée plus large sur le thème. En particulier, certaines caractéristiques qui interviennent très directement en relation d'aide.

- En premier lieu, l'être humain est différent de l'animal. Il possède des comportements qui lui sont propres, qui témoignent d'une vie psychique bien spécifique. Il en est ainsi, par exemple, du suicide comme solution à une souffrance devenue intolérable. Si l'on a cru pendant longtemps que le suicide tel que nous venons de le définir se retrouvait dans les comportements animaux, l'éthologie nous apprend aujourd'hui qu'il n'en est rien.
- L'être humain possède un cœur et un cerveau. Exprimé de façon moins métaphorique, l'homme possède une intelligence cognitive

(traitement de l'information, capacités mnésiques, etc.) et une intelligence affective (il ressent émotionnellement des situations, des pensées, etc.).

- L'humain est un être communicant. Cette communication est consécutive à un besoin inné de contact, de mise en relation avec autrui, de partage. Il peut s'agir d'une demande formelle (réalisation de tâche), mais aussi informelle mais tout aussi vitale (exprimer un sentiment, susciter un geste affectueux, etc.).
- L'humain est un être de langage. Ce langage peut être de différents niveaux, mais là aussi, il est spécifique à l'humain. Si l'on ne considère que le langage verbal, on sait ainsi que l'homme est le seul être vivant à pouvoir s'exprimer au conditionnel. Il construit un « monde du possible », établit des projets qu'il peut décrire par avance, avant même toute tentative de réalisation. Il peut construire un lieu de projections et de désirs, un « second monde » pour reprendre les travaux de Pierre Oléron (1978).
- L'être humain s'inscrit dans le temps, mais son parcours n'est pas linéaire. Comme tout être vivant, l'humain possède un passé, un présent mais aussi un futur. Ce temps se construit à plusieurs, il est peuplé de rencontres avec d'autres personnes qui vont l'influencer, ou l'ont déjà fait. Si ce temps de vie peut être pensé chronologiquement, il faut bien percevoir que dans les faits, l'humain est en perpétuelle transaction non seulement avec son passé (expériences vécues qui influencent ses choix présents) mais aussi avec son futur (analyse des diverses situations se présentant, analyse du « coût » et de ses « bénéfices »).

Ces points sont importants à souligner lorsque l'on entre en relation avec un être humain dans un contexte de relation aidante. En effet, on touche alors à un monde intérieur complexe et riche. Un être qui pense, qui ressent, qui agit, et avec qui l'interaction est inévitable.

En situation thérapeutique, cette interaction va être à la fois le fruit d'une histoire, d'un présent douloureux, mais elle s'inscrit également dans la perspective d'un futur souhaité plus serein. Pour autant, cette rencontre n'est pas unilatérale, et ce sont bien deux histoires qui se croisent et se rencontrent : celle du thérapeute et celle de celui qui demande son aide. Ainsi, le discours du patient vient réveiller immanquablement des éléments similaires vécus que l'aidant a pu connaître. Ce sont des humains qui se rencontrent et qui, finalement, partagent quelque chose qui leur est intime.

### **Le partage, donnée inhérente à une rencontre**

Il ne peut y avoir de rencontre sans partage, et ce partage est même au cœur du processus thérapeutique. Nous parlons ici du partage



humain, c'est-à-dire de cette forme de communication où l'un et l'autre des protagonistes vont se reconnaître comme des individus à part entière. Certes, le patient arrive avec une demande, le plus souvent symptomatique : « Je me sens assez déprimé », « Je ne supporte plus ma vie », « Je ne comprends pas pourquoi je n'arrive pas à être heureux », « J'aimerais comprendre pourquoi cette maladie est là », etc. Pour autant, ce qui est demandé en premier lieu au thérapeute par le patient est qu'il le reconnaisse en tant qu'être, qu'il lui donne une place en tant que tel. C'est d'ailleurs le sens symbolique d'une acceptation de suivi : « Oui, je te reconnais en tant qu'être, et être souffrant. Ta souffrance est digne d'intérêt, car toi-même tu es digne d'intérêt. »

Cette acceptation d'un suivi va se poursuivre par des séances, régulières et fixes, où vont s'échanger des données de l'ordre de l'intime. Le patient se raconte, au travers de son symptôme, et est amené, voire invité, à dire des choses de lui-même et de sa vie. Il s'agit bien sûr de son propre regard, loin de toute objectivité, mais c'est précisément là que se situe la vraie intimité. Cette donnée ne concerne en effet que superficiellement les données personnelles du patient (mode de vie, deuils, viols éventuels, problèmes de boisson ou autre). L'intimité a à voir avec la façon dont le sujet les vit, les appréhende, les comprend. Le thérapeute est peu à peu amené à entrer dans la crypte étrange du conscient et de l'inconscient de son patient, à voir par les yeux de l'autre.

C'est là qu'intervient une autre notion importante : celle de responsabilité. La responsabilité du patient tout d'abord. Le patient est invité à dire ce qu'il ressent, ce qu'il pense, avec l'étendue de sa subjectivité, d'une situation, d'une personne, d'une action particulière. L'espace thérapeutique est un espace où le seuil de responsabilité est abaissé : le patient peut livrer ce qu'il souhaite, comme il l'entend. Insulter par procuration une personne, dire un fantasme, avouer ses transgressions en toute impunité. Le thérapeute est là pour l'écouter et l'aider sans jugement. Tant que la parole est le véhicule du conditionnel et de la subjectivité du patient, la notion de responsabilité passe au second plan. Seul le passage à l'acte est répréhensible, parfois pénalement, mais dans le propos qui nous intéresse ici, il n'en est pas question. Nous parlons de vie psychique, du partage de l'intime dans ce lieu bien particulier qu'est l'espace thérapeutique. Pour autant, cet abaissement du seuil de responsabilité du patient n'empêche pas une certaine culpabilité, ou honte. Culpabilité à haïr un père absent, honte pour des pensées que le patient juge lui-même anormales, voire amORALES. Mais c'est bien au prix de cet abaissement du seuil de la responsabilité du patient que cet échange est possible, que ce matériel affectif de la culpabilité peut surgir.

Pour autant, la responsabilité du patient n'est pas transférée au thérapeute. En allant plus loin, on pourrait même dire qu'il s'agirait d'une faute professionnelle. Le thérapeute n'est pas le garant d'une certaine morale, n'est pas un guide du « bien penser » ou de la bonne tenue. Il saisit le matériel qui lui est offert pour le remanier dans une construction à deux, sans autre forme de jugement. Si, nous le verrons, replacer le patient au centre de sa responsabilité va être l'un des soucis majeur en thérapie, la condition à cela est qu'à aucun moment le thérapeute ne se soit fait le porte-parole de la responsabilité du patient. Qu'à aucun moment le patient ne se confronte au regard réprobateur de son thérapeute ou entende des phrases comme : « Un fils peut-il haïr son père en toute impunité ? » ou : « Ce que vous évoquez est trop violent pour que vous puissiez encore y penser. » Pour autant, le thérapeute possède sa propre responsabilité : celle que lui donne sa profession tout d'abord, au travers d'un code de déontologie qu'il épouse en même temps que son métier. Ne pas nuire au patient et ne pas aller à l'encontre de ses libertés sont des règles de base importantes parmi d'autres. Également, le thérapeute est responsable des outils thérapeutiques qu'il utilise, et de la façon dont il les emploie.

### **Responsabilité et manipulation**

Notons dès à présent la légitimité d'un questionnement qui concerne toute forme de suivi thérapeutique : la place de la manipulation dans le processus d'entraide. En effet, le patient est un être en demande. Il est fragilisé par un symptôme, une situation, et demande de l'aide à ce propos. Tout cela concourt à inscrire la relation qui l'unit au thérapeute dans une forme d'inégalité. Si le patient garde la liberté de changer de thérapeute, de dire « oui » ou « non » à un suivi avec une personne donnée, pour autant sa situation s'inscrit dans une grande fragilité.

Souvent désespéré, dans la difficulté de trouver une solution à son problème par lui-même (sinon, pourquoi viendrait-il ?), le patient se place dans la position de demandeur. Il vient chercher une réponse et place ainsi le thérapeute dans la position du sujet « supposé savoir », pour reprendre la célèbre formule du psychanalyste Jacques Lacan. « Moi je ne sais pas, mais lui va me dire comment faire » est une pensée qui sous-tend la quasi-totalité des demandes de suivis thérapeutiques. Tel un enfant faisant confiance à ses parents, le sujet est prêt à essayer les solutions que lui propose l'autre. Bien sûr elles ne viendront pas, puisque le travail thérapeutique consiste à aider le patient à se forger ses propres solutions par lui-même et non le conseiller par des voies toutes faites. Pour autant, cette illusion est présente dans chaque début de suivi, au moins comme désir et parfois comme désir verbalisé par le patient.