

# La relation thérapeutique





Une **relation thérapeutique** est un ensemble d'échanges qui se passent entre deux personnes dans le cadre d'un soin apporté à l'une d'elles:

- soit en complément à d'autres actions (médicaments, hospitalisation, rééducation, activités...)
- soit comme modalité principale et privilégiée (psychothérapie verbale individuelle, groupale ou médiatisée)



La relation initiale,  
comme prototype des autres relations



# Une relation fusionnelle

Le nourrisson méconnaît son état de dépendance, car dans son esprit lui et son environnement ne font qu'un. L'acquisition de la personnalité n'est pas achevée et se fera dans la relation à l'autre.



Winnicott et l'indistinction  
moi et non moi



Anzieu et le Moi-peau: fantasme  
primaire d'une peau commune

# La mère suffisamment bonne selon Winnicott

## Holding

- Portage physique et psychique
- Sentiment de solidité interne
- Garante des sentiments de sécurité intérieure
- Intériorisation du soutien extérieur (structure interne)



## Handling (Taking care)

- Le prendre soin
- Ensemble de contacts qui donne à l'enfant le sentiment d'être un tout
- La mère nomme les différentes parties du corps de l'enfant (enveloppe contenante)



## Object presenting

- Objet trouvé créé
- Illusion d'omnipotence
- Frustrations progressives





# Passer de 1 à 2



L'objet transitionnel, c'est le  
doudou

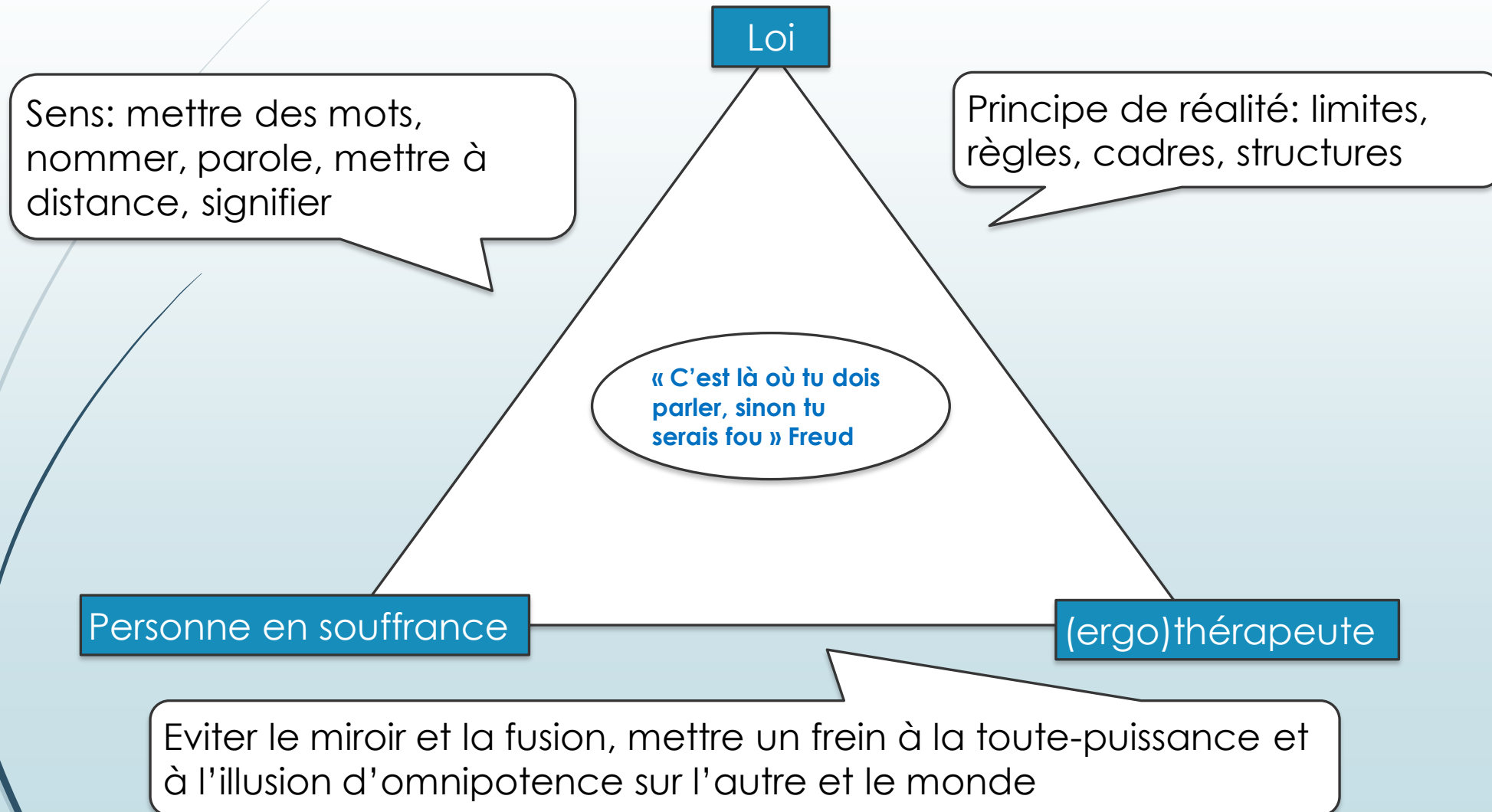
Premier objet non-Moi qui  
permet de supporter l'absence  
de la mère

# Puis à 3: le triangle Œdipien



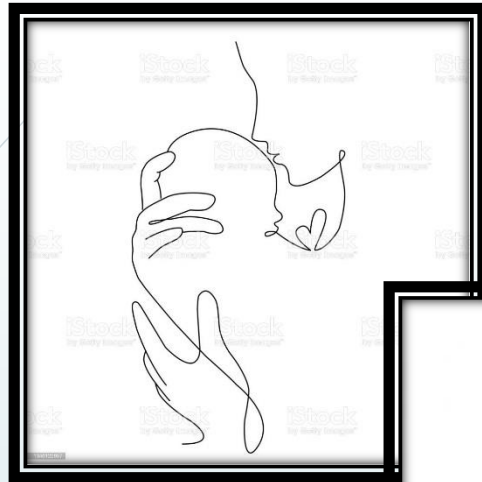
C'est le père et sa parole qui viennent mettre un tiers séparateur entre l'enfant et la mère: le tiers symbolique de la Loi

# Une triangulation nécessaire en thérapie





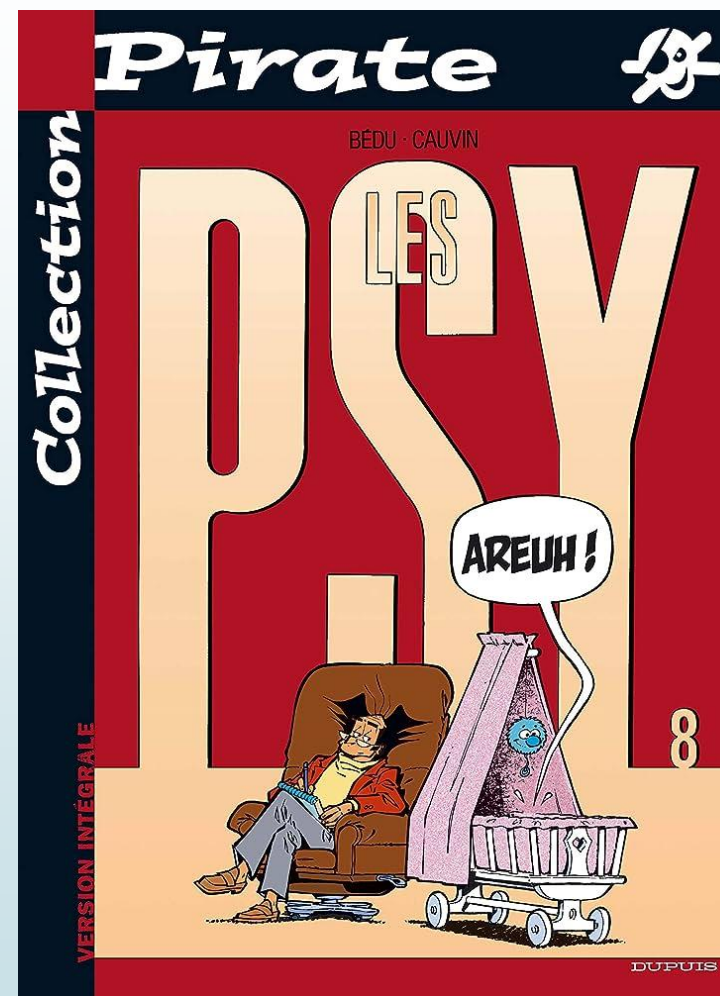
# Figures intériorisées dans notre tableau de famille intérieur



En tant que thérapeutes, nous ne sommes pas les parents des patients...

Mais nous sommes bien souvent les personnes fantasmées idéales qui viennent prendre soin...

Ou qui déçoivent...



C'est la relation qui soigne



Mais comment?



# Quelles différences avec une relation sociale ?

- Asymétrique
  - Une relation non choisie
    - Attente et demande d'aide
      - Dans un contexte particulier (cadre thérapeutique)
      - Distance physique et psychique différente
    - Engagement relationnel lié aux rôles et aux contrats sociaux
  - Une relation vouée à disparaître



# Relation thérapeutique dans différents contextes...

Soins somatiques



Santé mentale



Psychiatrie

Douleurs





# Avec différentes modalités de soin...

Psycho-éducation



Psychothérapies



TCC



Prévention

Réadaptation

Rééducation



ETP

Réhabilitation  
psycho-sociale

# Dans des cadres thérapeutiques adaptés

Contenants

Confidentiels

Structurés et  
structurants

Spatiaux et  
temporels

Spécifiques ou partagés



Référés à une Loi  
sociale, institutionnelle

Métaphore de l'espace  
psychique personnel

Ecologiques  
ou artificiels

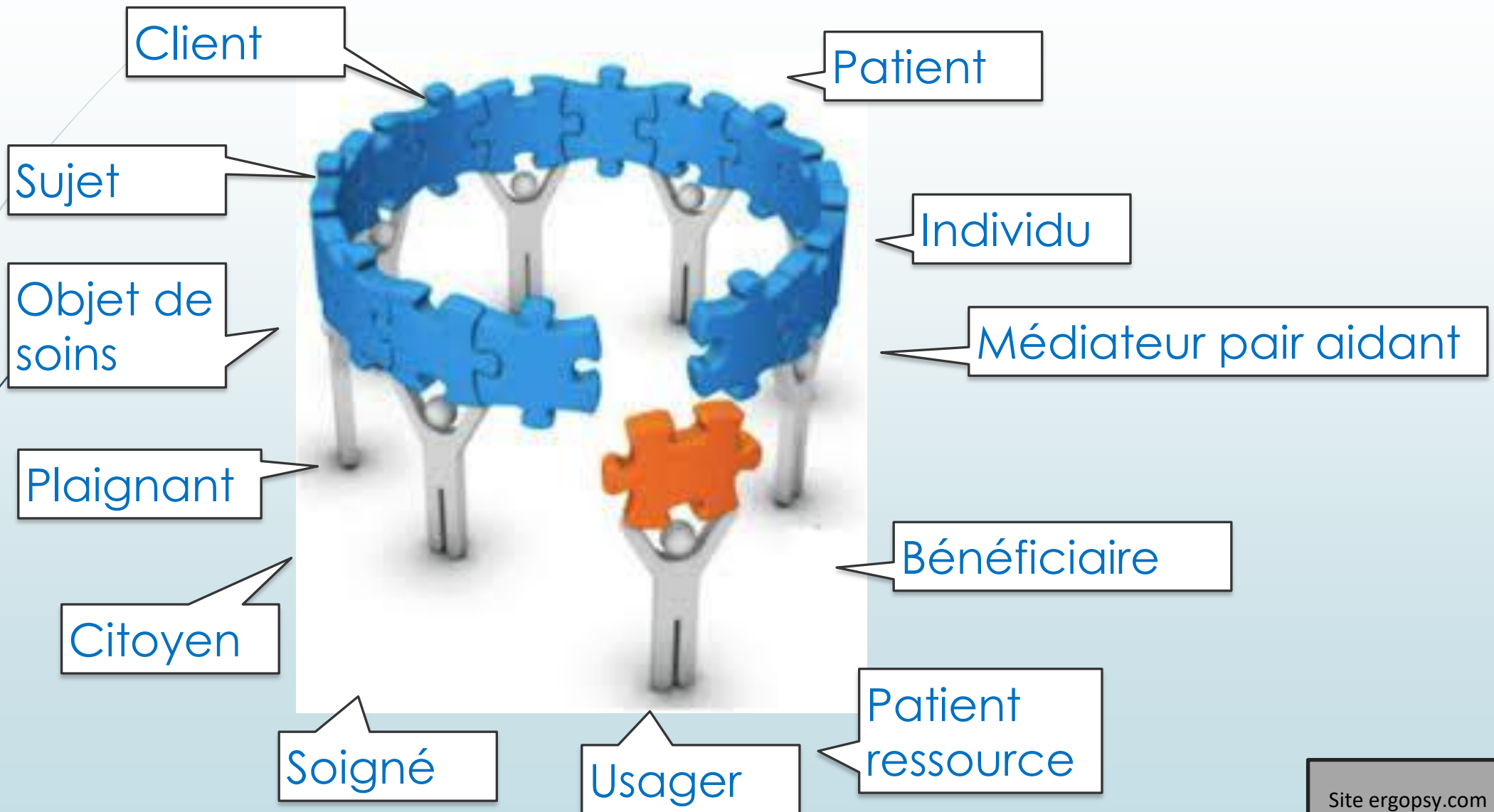
Modalités de  
fonctionnement

# Une relation thérapeutique



entre deux personnes...

# Comment nomme t'on la personne?



# Être un-e patient-e

La personne en souffrance vit difficilement **ce qui lui arrive**

- Quel nom donne t'on? souffrance psychique, troubles psychiques ou psychiatriques, maladie, pathologie, santé mentale
- Quelle relation développe la personne vis-à-vis de cela: adaptation, refus, bénéfices secondaires
- Confrontation à la souffrance qui demande une grande mobilisation d'énergie psychique
- Modification de l'image de soi par le passage d'un soi en bonne santé à l'image d'un soi malade
- Dépendance à autrui qui peut renvoyer à des relations parentales, à des angoisses d'abandon, à un sentiment de vulnérabilité

**Hospitalisation:** de nombreuses ruptures: Moment anxiogène

- Perte de repères par changement de lieu
- Perte d'intimité personnelle dans un lieu social
- Modifications du rythme personnel
- Passage d'un corps sujet à un corps objet de soins



# Quelles sont les attentes de la personne?

Besoins



Demandes



Guérir

Désirs conscients et inconscients



Changer

Engagement

Motivations

Être soi-même

# Touriste-plaignant-client: une lecture des thérapies brèves

Le touriste dit qu'il n'a pas de problème et il est là car on lui a dit de venir



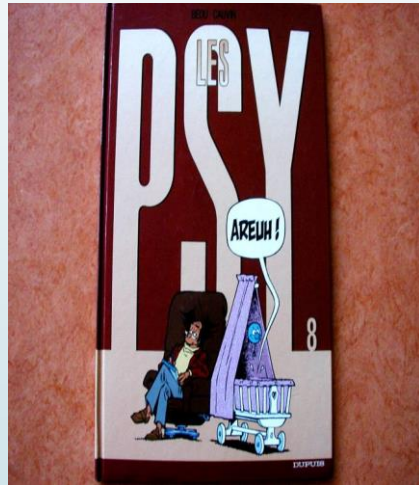
Le plaignant est en position de victime, et son problème vient, selon lui, des autres et du monde



Le client a un problème, dont une partie dépend de lui, et il cherche des solutions, il se met au travail



# Quelles sont nos intentions? Nos valeurs?



SUPERVISION

# Position haute-position basse: une lecture interactive

Vraie ou fausse  
position basse  
du thérapeute?

Ne pas imposer  
nos valeurs, nos  
objectifs, notre  
vision du soin



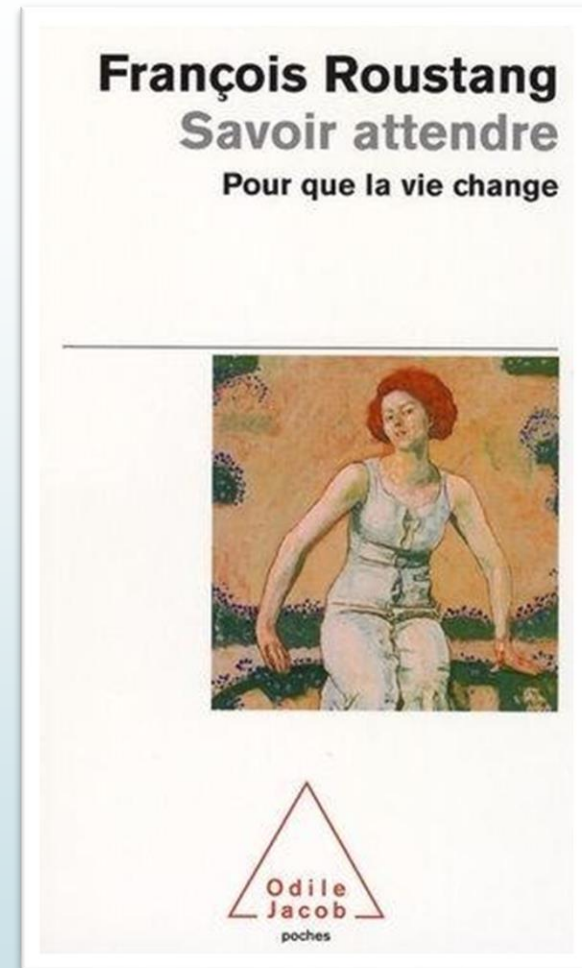
Réfléchir aux notions  
de manipulations,  
d'emprise, de  
dépendance,  
d'intervention(isme)



# Le désir du thérapeute

« Le thérapeute doit (...) **être indifférent au résultat** et s'attendre tout aussi bien à un échec qu'à un succès de la cure. Sinon, il prendrait la place du patient et se livrerait à un forçage irrespectueux et inefficace. Le patient doit toujours pouvoir renoncer à guérir de son mal-être si cela lui chante. »

François Roustang  
Hypnose thérapeutique





Création de plus en plus d'observatoires de la souffrance des soignants.

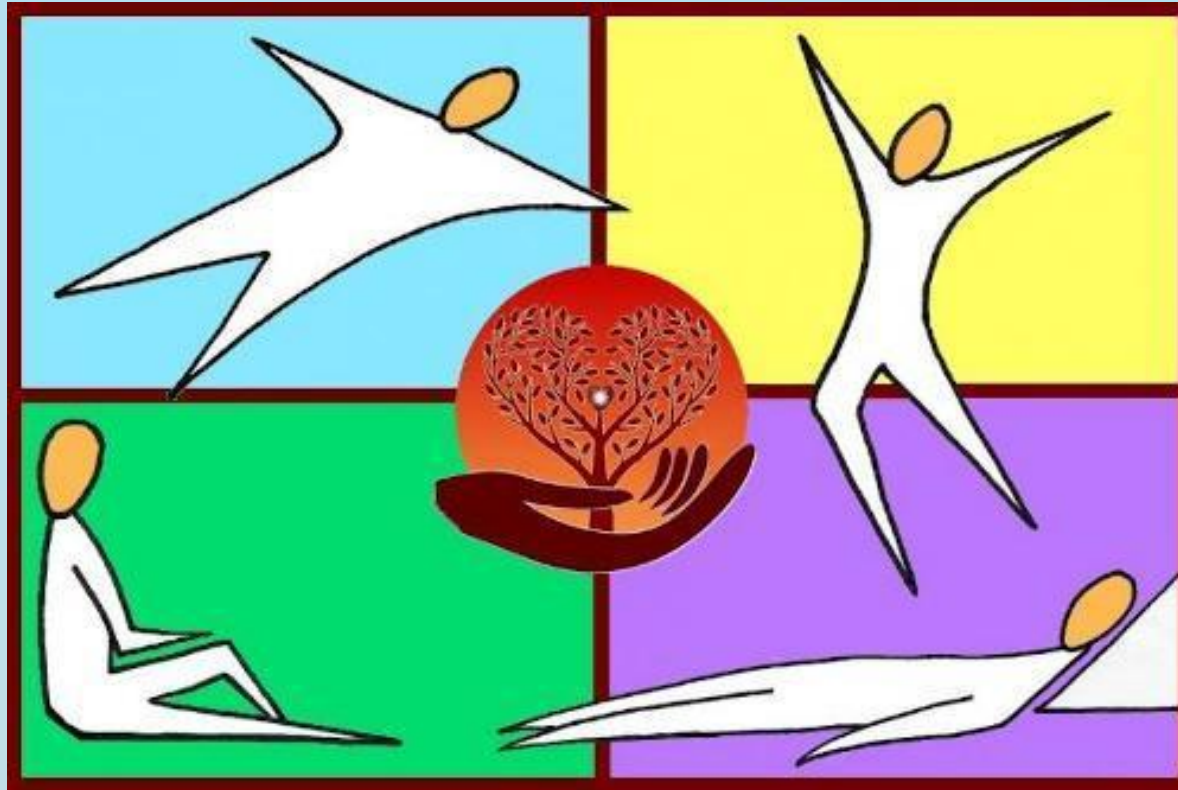
OSAT



Observatoire de la Souffrance Au Travail

- La maladie du patient-e est une première forme de « violence »
  - La confrontation à la maladie, la souffrance, la misère sociale peut impacter le psychisme du soignant
    - Le soignant peut être renvoyé à sa propre fragilité, sa propre finitude, ou la situation peut même réactiver d'anciens traumatismes
  - Au quotidien des situations de violence peuvent être vécues sous la forme d'incivilités (pouvant entraîner une baisse de l'estime de soi), d'agressivité verbale et physique, de stress chronique (culpabilité, perte de confiance en ses capacités à soigner), de stress post-traumatique (en cas d'agression physique)
  - La violence peut être aussi institutionnelle (non respect des besoins ou des rythmes des soignants, dévalorisation, manque de soutien et de moyens)

# Comment Être thérapeute? Sur quels concepts peut-on s'appuyer?



# Des concepts côté psycho-dynamique



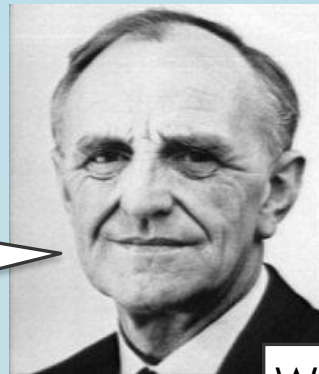
Freud

Penser et réfléchir la relation



Roussillon

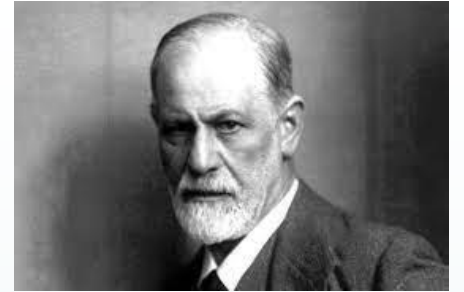
Thérapeute  
comme médium  
malléable



Winnicott

Thérapeute  
suffisamment  
bon

# « Le Moi n'est pas maître dans sa propre maison »



**En ergo** : motivation, volonté, volition, engagement...sont des notions très centrées sur la conscience, la volonté, le cerveau et les cognitions.

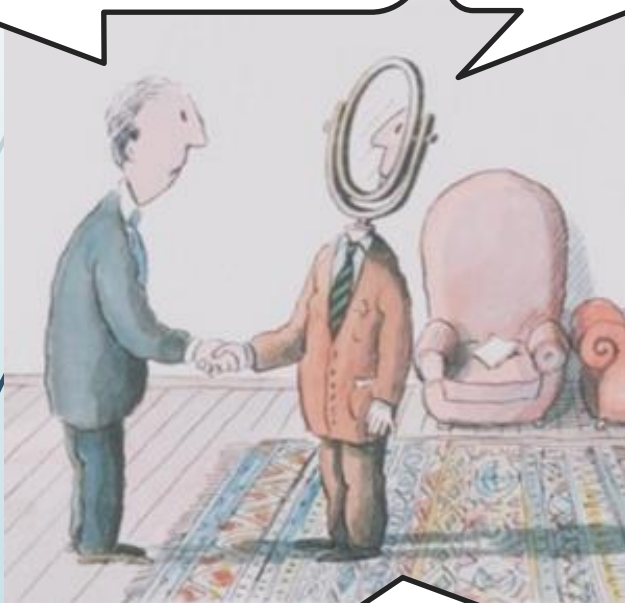
Mais **l'inconscient** s'en mêle bien souvent...et il est important de la savoir sinon certains symptômes ou comportements peuvent être incompréhensibles



# Transfert et contre-transfert chez Freud

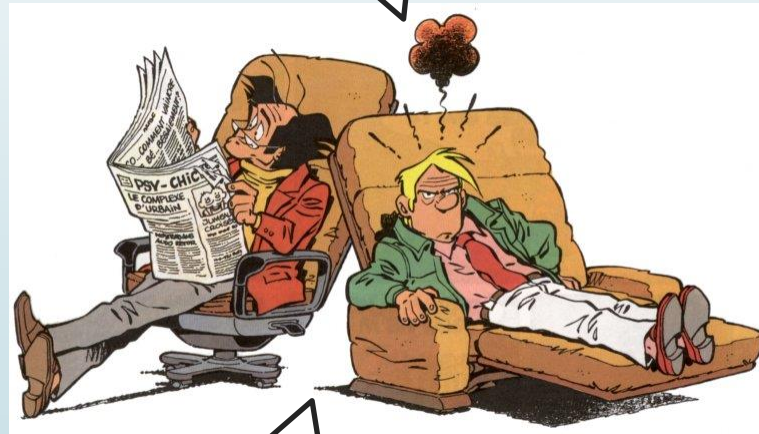
Transfert: ce que la personne projette sur le thérapeute en termes d'attentes relationnelles et affectives

Le thérapeute comme miroir de soi



Un effacement de la personne du thérapeute

Contre-transfert: ce que le thérapeute ressent vis-à-vis du transfert de la personne



Une présence psychique

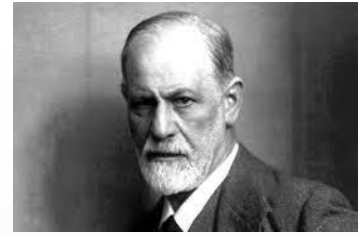
Il peut être positif ou négatif



Une analyse nécessaire du ressenti du thérapeute



# Transfert

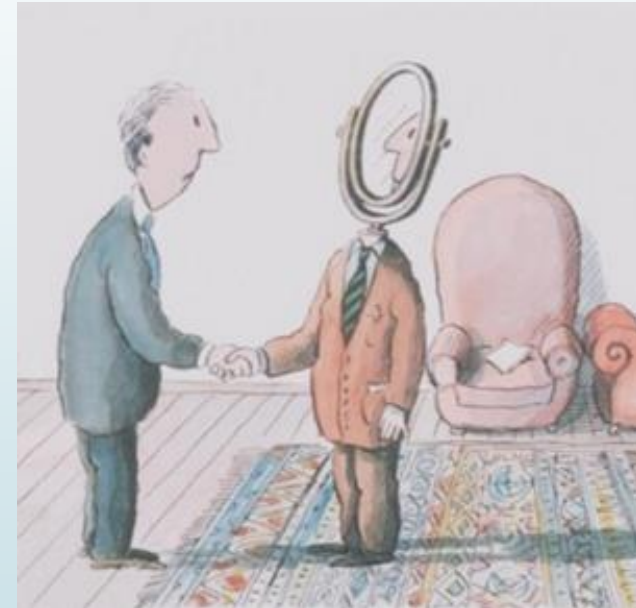


Ce mot est employé pour désigner **les projections du patient sur le ou la psychanalyste**. Il est toutefois très souvent utilisé dans d'autres formes de psychothérapies, en dehors du cadre strict de la psychanalyse.

Au-delà du questionnement de savoir s'il est légitime ou non d'employer ce mot, ce qui est surtout important dans le domaine du soin psychique c'est d'**avoir conscience de ce qu'il recouvre**.

Il convient donc de savoir que ce que la personne projette sur nous en termes de demandes, désirs ou besoins, ne nous est en fait pas adressé personnellement, mais **à la figure du soignant-te**. Il est donc nécessaire de ne pas réagir trop personnellement à ce que le patient projette sur nous. Serons nous le support d'un mode de relation de type parentale? Fraternelle? Séductrice? Agressive?

Avoir conscience de cet état de fait nous permet alors de nous souvenir que **toute action de notre part sera entendue et interprétée, dans ce cadre du transfert**, bien au-delà de la logique du conscient.



# Contre transfert

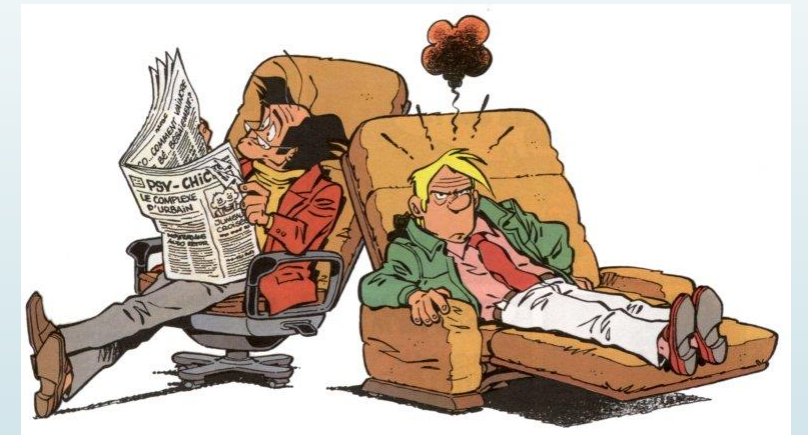


Une relation thérapeutique s'établit, quel que soit le domaine du soin, dans la dimension inconsciente du psychisme, avec possibilité d'en avoir plus ou moins conscience pour le patient et **nécessité d'en avoir conscience pour le thérapeute.**

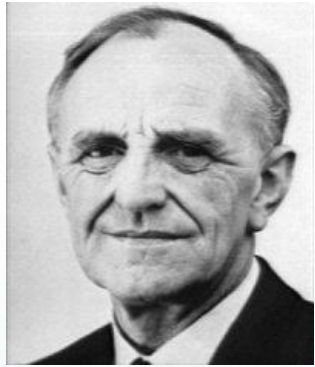
A cette dimension du transfert du patient répond alors notre ressenti propre vis à vis de la personne, de ses positionnements, attentes, demandes, etc...Il s'agit du contre-transfert. Notre contre-transfert envers le patient, peut-être **positif ou négatif.**

Les attentes, demandes, protestations, séductions, besoins, agressions, ne s'adressent jamais tout à fait uniquement à nous, mais aussi à notre rôle de soignants, à ce que projettent sur nous les patients, à leurs vécus antérieurs.

**Notre façon d'être**, de réagir, de nous positionner, va déclencher chez autrui des réactions qu'il nous faudra pouvoir déceler et reconnaître.



# Une lecture selon Winnicott



**Holding**



## Le « porter » thérapeutique

- Soutien
- Présence
- Accompagnement
- Prise en « charge » (attention à cette métaphore!)

**Handling**



## Le Care

- le « prendre soin » de l'autre
- toucher ou pas
- « manipulations » et intentions
- Empathie

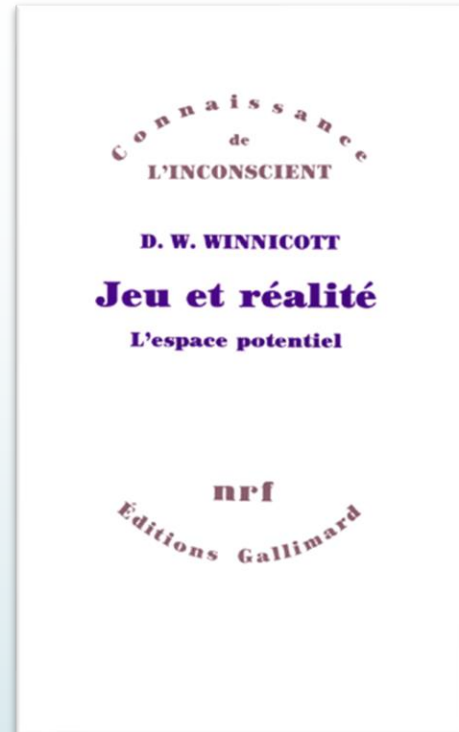
**Object  
presenting**



## « Offre » thérapeutique

- Matière, médiations, mots
- Plaisir à être, faire, jouer
- Principe de réalité et frustrations





### **Jeu et réalité** de Donald W. Winnicott

Le principe est le suivant : c'est le patient, et le patient seul qui détient les réponses. Nous pouvons ou non le rendre capable de cerner ce qui est connu ou d'en devenir conscient en l'acceptant.

“

C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière.

”

Donald WINNICOTT

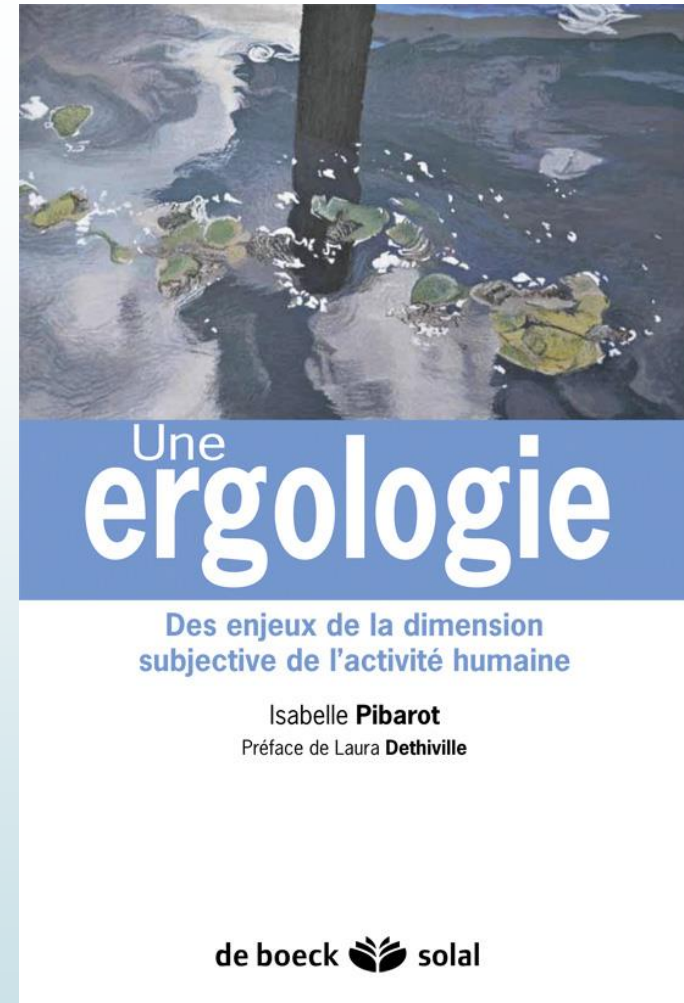


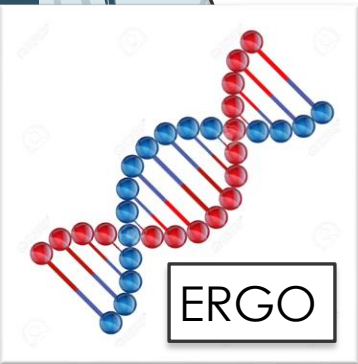
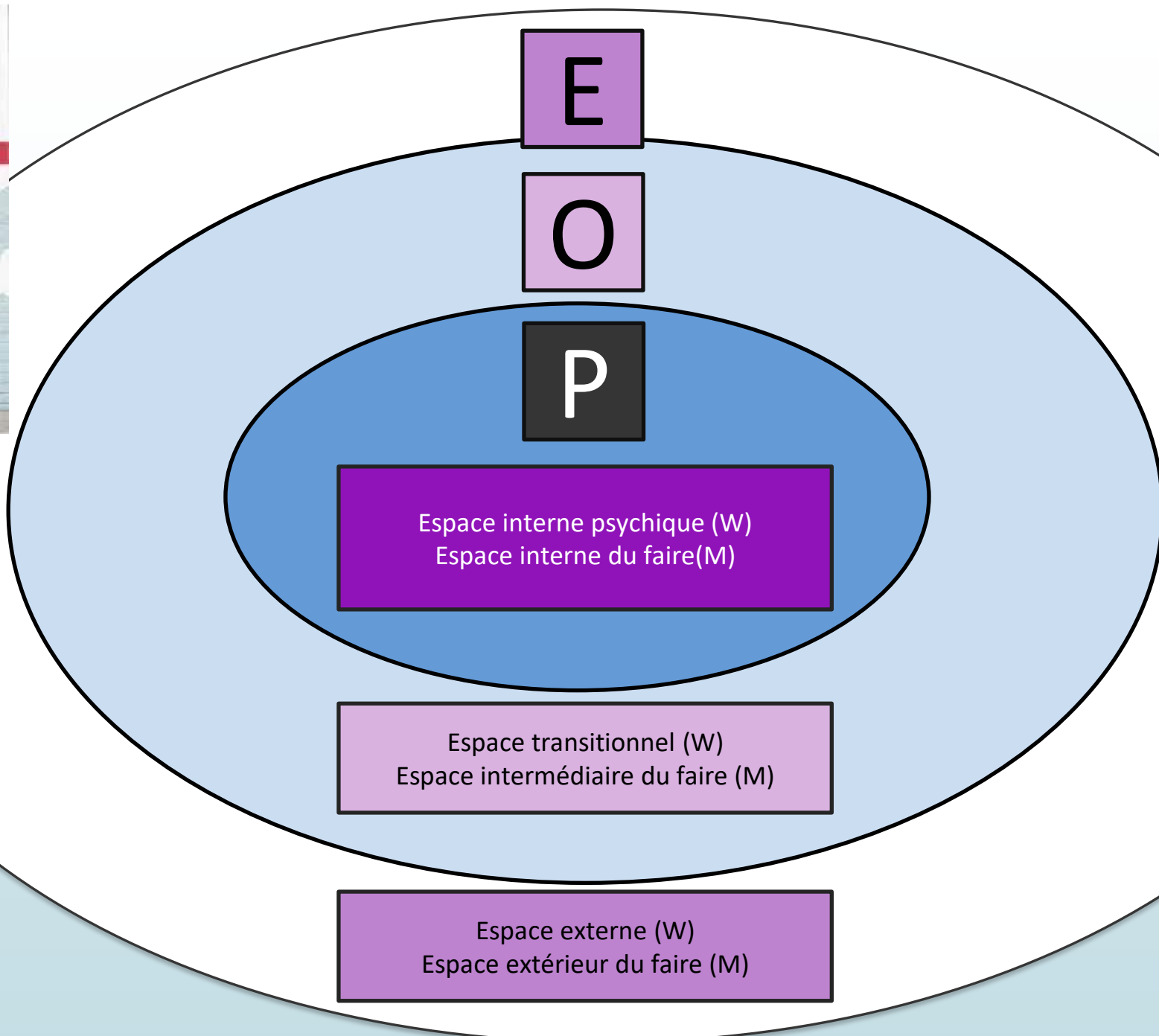
# Héritage Winnicottien

« À partir de la lecture clinique du jeu spontané de l'enfant, de l'ergothérapie, de textes anthropologiques, *Une ergologie* met en lumière les enjeux voilés de l'activité humaine. »

« L'ouvrage différencie l'activité des activités de l'homme, l'ergologie de l'ergonomie, et montre combien **le concept de transitionnalité introduit par D. W. Winnicott** est un outil de compréhension du rôle de l'environnement dans la construction du dynamisme subjectif.

Articulant l'activité individuelle et l'activité sociale, il met en évidence la façon dont le lien psychique et le lien social se construisent dans un seul et même mouvement, et **donne des outils pour penser les moments de tension ou d'échec** dans la conduite de tâches éducatives, thérapeutiques ou sociales. »





# Le thérapeute comme médium malléable

Le concept de médium malléable a été développé par Marion Milner et repris par René Roussillon, à partir des concepts **d'environnement suffisamment bon** des anglo-saxons (Winnicott)



Pour René Roussillon, pour **proposer une thérapie**, il faut que le médium et le thérapeute soient malléables.

Selon lui, **le médium malléable doit:**

- Avoir une disponibilité inconditionnelle.
- Être prévisible et constant.
- Être transformable et adaptable.
- Être sensible et réceptif.
- Suffisamment non destructible. Ce dernier point est important car l'environnement doit pouvoir survivre aux attaques.



# Un thérapeute malléable n'est pas mou...

**Disponibilité inconditionnelle** dans le cadre professionnel

**Prévisible et constant:** nous gardons nos humeurs personnelles à la maison....

**Transformable et adaptable:** surtout adaptable aux différentes relations....en mode caméléon



**Sensible et réceptif:** capacité de « prêt » de notre propre psychisme, c'est-à-dire nous mettre comme entre parenthèse en tant qu'individu pour laisser la place à la subjectivité de l'autre

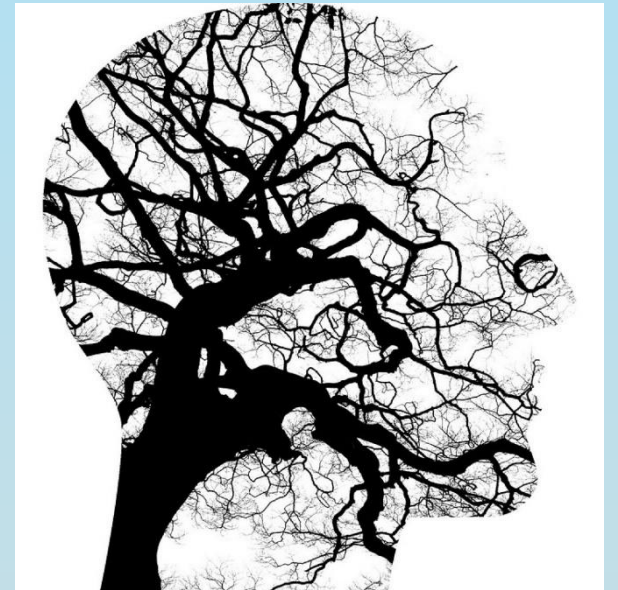
**Suffisamment non destructible:** capacité d'accueil du négatif (Bion) et de la souffrance de la personne, parfois nécessité d'un soutien et d'une supervision personnelle



# Côté cognitif et comportemental

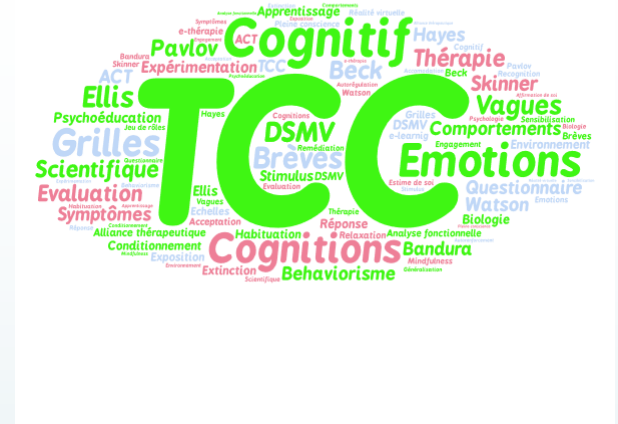
Le courant théorique des TCC se base sur **trois types de théories**:

- **Les théories de l'apprentissage** avec le conditionnement classique de Pavlov, le conditionnement répondant de Skinner et l'apprentissage social de Bandura
- **Les théories cognitives** de Beck et Ellis, dans lesquelles l'esprit est considéré comme un système de traitement de l'information
- **Les théories des émotions** (Drawin, Eckman) centrées sur l'instant présent et une attitude d'acceptation

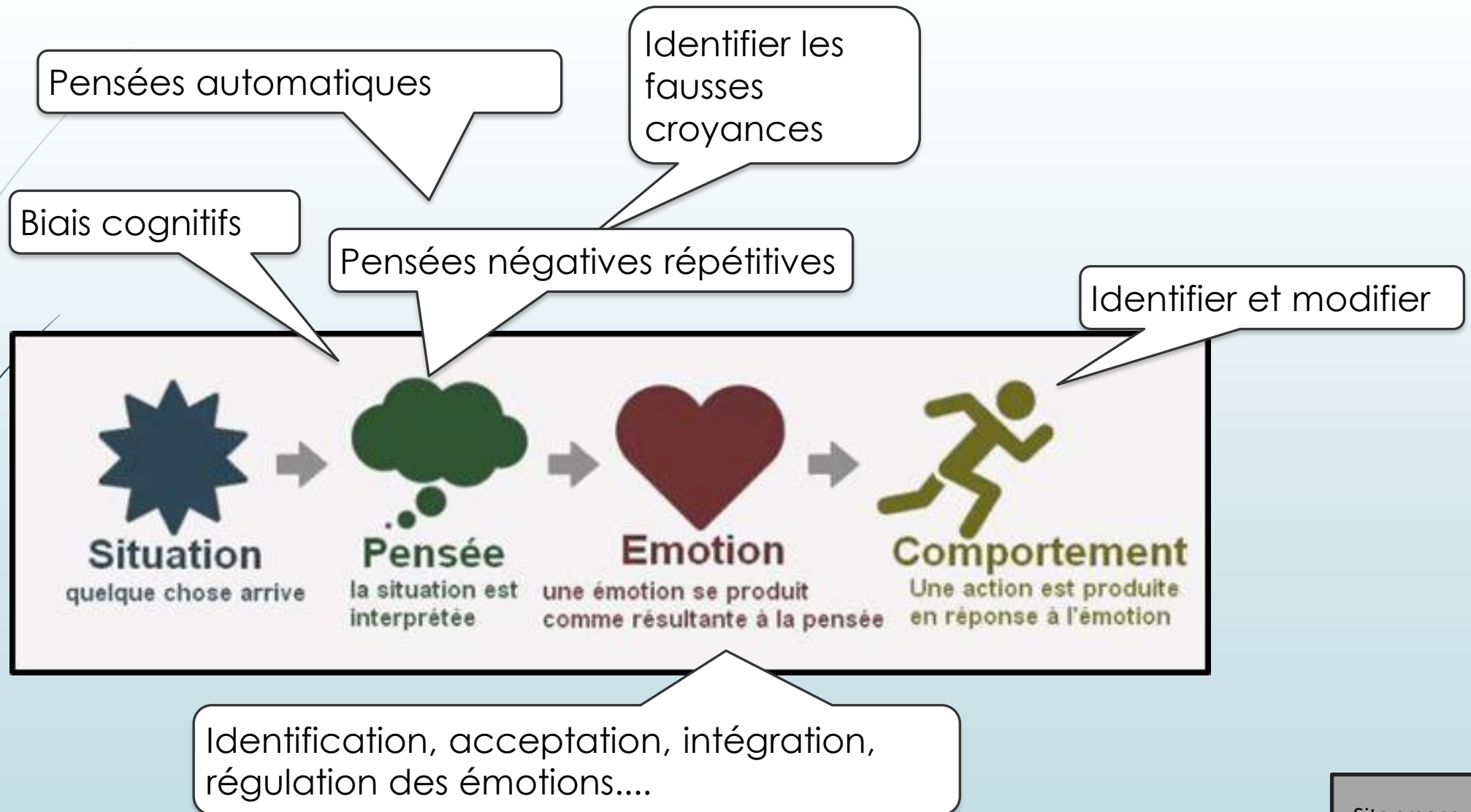


# Les trois vagues des TCC

- Entre 1920 et 1950: La première vague est **comportementale**. Cette phase repose essentiellement sur l'analyse expérimentale des comportements et sur leur changement. Les préoccupations scientifiques vont donc surtout se centrer sur ce qui est observable et rejeter ce qui reste inobservable (inconscient et introspection). Cette méthodologie vise à tenter d'éliminer ce qui relève de l'intériorité.
- A partir des années 50: La deuxième vague est **cognitive**, avec l'arrivée de la cybernétique et de l'informatique. La psychologie s'intéresse donc aux fonctions mentales comme l'attention, la mémoire, la perception, la représentation, la catégorisation, le raisonnement, les structures cognitives. L'étude des pensées et des systèmes de croyances, aboutit à l'idée que les troubles seraient liés principalement à des croyances irrationnelles et fausses, à des pensées automatiques qu'il faudrait identifier, puis changer, à des schémas cognitifs dysfonctionnels.
- La troisième vague, dite **émotionnelle**, débute dans les années 1990, elle accorde une plus grande place à ce qui pouvait auparavant sembler en dehors de la science: l'affectivité, avec les sentiments, les émotions, les motivations. Une attitude de conscience et d'acceptation à la conscientisation des émotions et cognitions et à une attitude d'accueil, c'est à dire une acceptation des idées pénibles au lieu d'un évitement. Cette attitude se centre donc sur l'instant présent. A partir de cela, des psychothérapies se développent, centrées sur l'émotion comme la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (mindfulness ou médiation en pleine conscience) ou la thérapie par l'acceptation et l'engagement (ACT)



# Plutôt des pratiques que des concepts



# Entretien motivationnel

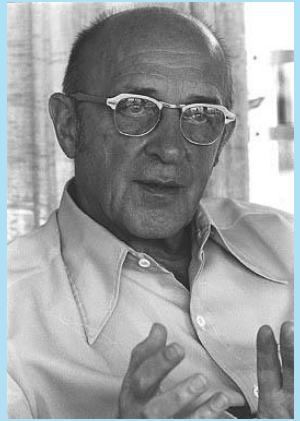
Miller & Rollnick proposent **la définition** suivante de l'entretien motivationnel : « *Méthode de communication, directive et centrée sur la personne à aider, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.* »



L'entretien motivationnel est **un style de communication collaboratif**, orienté vers un but, et qui accorde un intérêt particulier au langage du changement. Cet entretien a pour but de renforcer la motivation et l'engagement de la personne pour atteindre un but. Il est souvent utilisé dans les problèmes d'addictions. Il s'agit d'aider la personne à explorer ses raisons, son ambivalence, ses valeurs. (exemple d'outils: la balance bénéfice-risques)



# La relation d'aide: Les humanistes Carl Rogers et Elias Porter



Se démarquer des 2  
impérialismes: psychanalyse  
et comportementalisme

Centrés sur les besoins de  
la personne, considérée  
comme un tout

Capacités d'auto-  
développement

## Moyens

- Non directivité
- Congruence
- Empathie
- Considération positive  
inconditionnelle
- Reformulation
- Attitudes de Porter

# L'écoute active

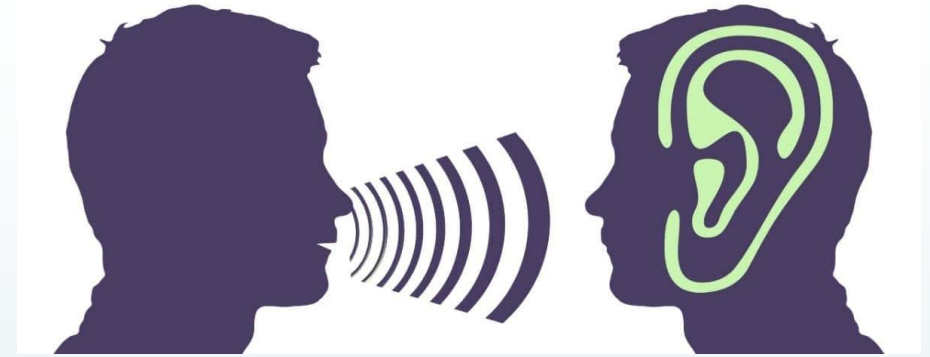
Elle a été principalement développée par C.Rogers et elle est surtout utilisée dans **l'accompagnement de l'expression des émotions d'autrui**.

Cette écoute est particulièrement intéressante et opérationnelle dans les situations de face-à-face où le professionnel est concentré sur ce que dit et montre l'autre. **Ce type de relation est donc essentiellement verbal.**

Elle consiste à mettre en mots les émotions et sentiments exprimés de manière tacite ou implicite par l'interlocuteur pour tenter de décoder la dimension affective généralement non verbalisée.

Pour montrer à une personne que l'on est attentif, **quelques pistes potentielles:**

- l'acquiescement (j'exprime mon assentiment)
- les échos (je répète les propos du patient)
- les reformulations (je reformule les propos du patient)
- les résumés (je résume les propos du patient)
- les reflets (je formule au patient les sentiments que je perçois chez lui, avec bienveillance)



# Adopter la perspective de l'autre pour mieux le comprendre



**L'empathie** vient du grec ancien ἐν, dans, à l'intérieur et πάθος, souffrance, ce qui est éprouvé. Cette notion, qui désigne la tentative de compréhension de l'autre, dans ses sentiments, ses éprouvés, ses émotions, ses croyances est souvent confondue avec le fait de se mettre à la place d'autrui. Ce concept fait partie, à la base, de l'étude des relations inter individuelles. Elle n'est pas à confondre avec la sympathie, la compassion, l'altruisme et encore moins la contagion émotionnelle. Il ne s'agit ni de se mettre à la place de l'autre (confusion), ni de perdre la distance entre soi et l'autre (contagion comme par exemple le fou rire).

Parmi les divers courants psychologiques, c'est la psychologie humaniste qui a été la plus attentive au concept d'empathie. Selon Carl Rogers, l'empathie constitue l'une des trois attitudes fondamentales que doit adopter le thérapeute - à côté de la **considération positive inconditionnelle et de l'authenticité** - pour faciliter le développement des patients. Pour lui, il y a empathie lorsque le thérapeute tente de raisonner avec le même cadre de référence que son patient. Il faut donc tenter de décoder les réactions et sentiments de la personne, tenter de penser et de ressentir au plus près de sa façon de percevoir la situation et communiquer au patient cette compréhension, tout en sachant qu'il y a toujours un risque de décalage.

# Reformulation

**La reformulation** peut être une excellente amorce relationnelle. En particulier, lorsque nous ne savons pas quoi dire ou répondre à certaines questions, l'attitude consistant à reformuler au sujet ce qu'il dit est une possibilité non négligeable.

Cela consiste à **répéter à la personne, sous une forme légèrement différente ou interrogative, ce qu'il vient de nous dire.** Cela peut paraître artificiel, mais permet de ne pas prendre position, de ne pas interpréter subjectivement, de ne pas être intrusif, et de ne pas entraîner la personne sur un autre sujet qui nous intéresse. Et surtout, cela montre à la personne qu'on l'écoute et que l'on a compris.

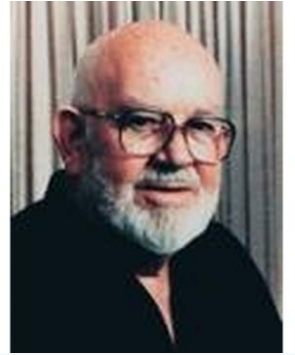
Cette utilisation de la reformulation est tout à fait **compatible avec l'attitude de compréhension** préconisée par Porter.





# Les attitudes de Porter

Le psychologue américain Elias Porter, collaborateur de Carl Rogers, met en évidence une **typologie d'attitudes identifiables** qui sont plus ou moins naturelles et spontanées en fonction des personnes et des moments de la vie de chaque personne, déterminant ainsi la qualité et le style d'écoute pour chaque échange. L'attitude qui lui semble la plus adaptée à une utilisation thérapeutique, est **l'attitude de compréhension.**



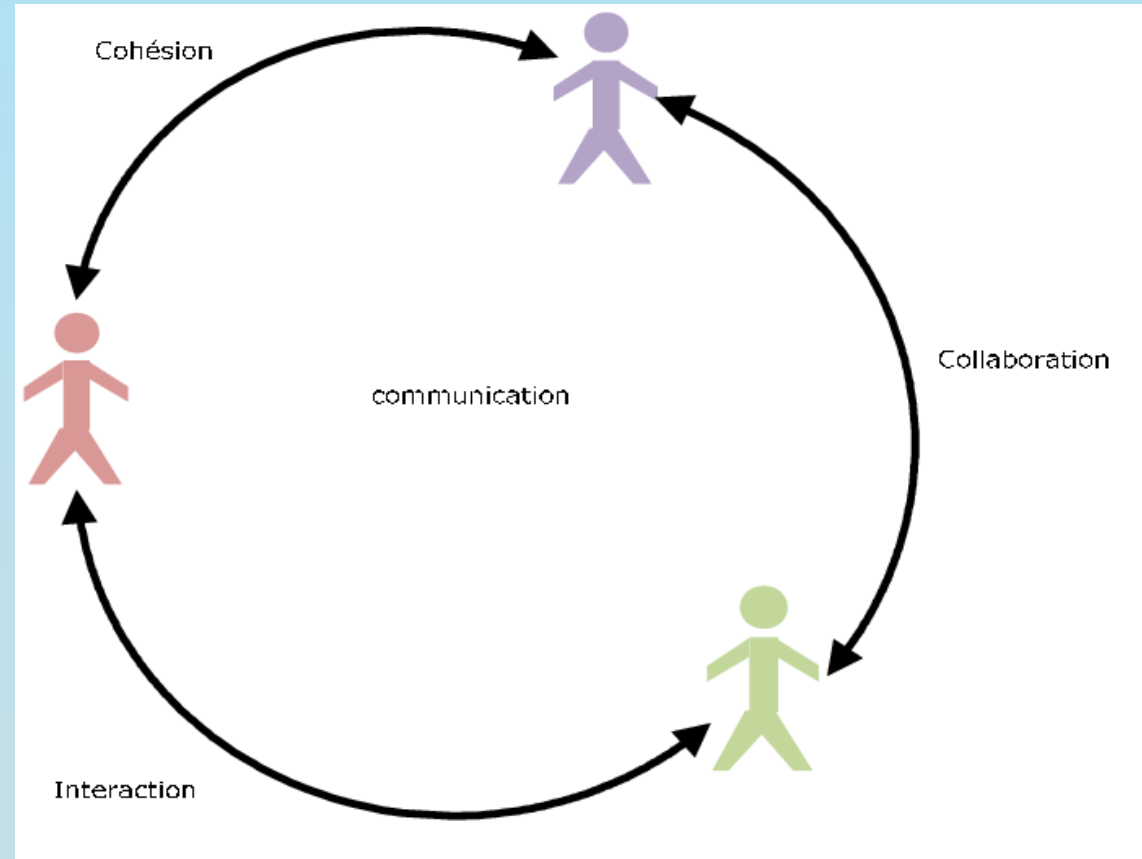
## Les 6 attitudes d'écoute de Porter

- La solution
- L'évaluation
- Le soutien
- L'interprétation
- L'investigation
- La compréhension



Porter nous donne donc des **pistes concrètes sur les erreurs à éviter dans les attitudes relationnelles** en thérapie. L'écoute n'est pas une donnée naturelle et aisée à employer. Il s'agit d'une attitude qui exige beaucoup de la part des personnes qui la pratiquent, beaucoup plus de présence et d'attention que dans nos attitudes de la vie courante.

# Du côté de la systémie



# Thérapies systémiques et/ou interactives

- Ces thérapies vont chercher à donner une **compréhension globale portant sur les interactions de groupes** et les caractéristiques du système dans lequel elle vivent. Il ne s'agit donc plus de se centrer uniquement sur un individu pour comprendre son fonctionnement psychique personnel, mais de voir comment il s'inscrit dans un groupe familial ou social.
- Ces thérapies donnent du sens aux troubles psychologiques et comportementaux d'une personne, comme étant le **symptôme d'un dysfonctionnement du groupe**, le plus souvent la famille.
- Dans le cadre d'une thérapie, la vision systémique devra donc **tenir compte de tous les systèmes** qui entrent en interaction avec le patient dans le champ de la problématique à soigner. L'enjeu principal de la thérapie systémique est sa capacité à susciter des changements importants dans les interactions entre une personne et son milieu



# Thérapies individuelles, familiales, stratégiques

Ce type de thérapie s'appuie sur les **théories de la communication, des interactions et du changement**. Ces thérapies peuvent aussi porter le nom de stratégiques, dans la mesure où les thérapeutes utilisent souvent des stratégies visant à provoquer le changement.

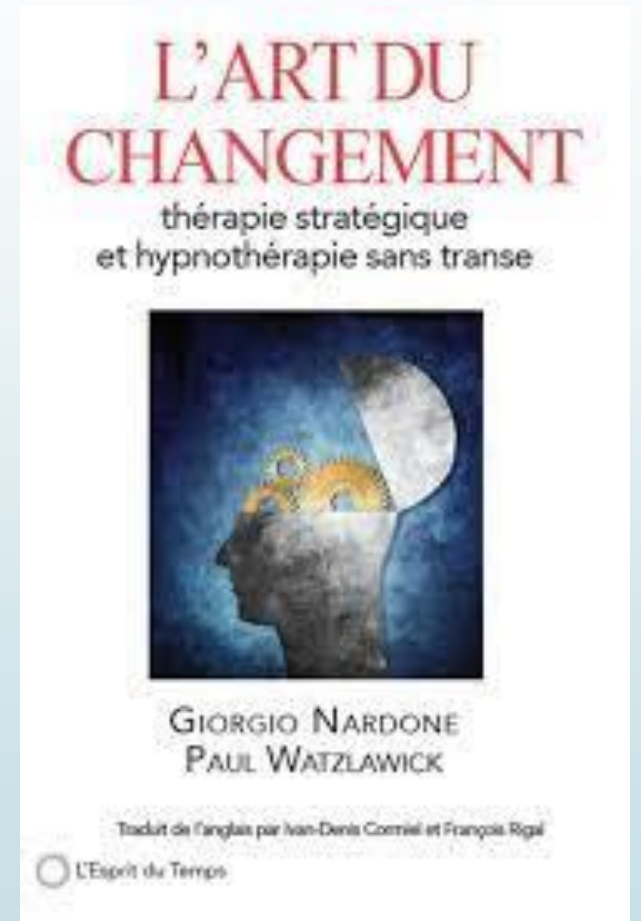
Un des principaux constat de ces théories est que: "**On ne peut pas ne pas communiquer**".

Il est important de prendre en compte **la dimension verbale et non verbale** de toute communication. La personne provoque des boucles rétro-actives: elle agit sur son environnement humain qui agit sur elle en retour.

Les thérapeutes sont **actifs, engagés et positifs**. Nous pouvons donc y trouver des sources d'inspiration en ergothérapie si nous utilisons les thérapies de groupe ou si nous voulons mieux comprendre les notions de communication et d'interactions

**Ecole de Palo Alto:** <https://www.youtube.com/watch?v=9rqRrV0mHHk>

<https://www.youtube.com/watch?v=FmRtYwUjCbk>





# Outils de communication verbale et non verbale



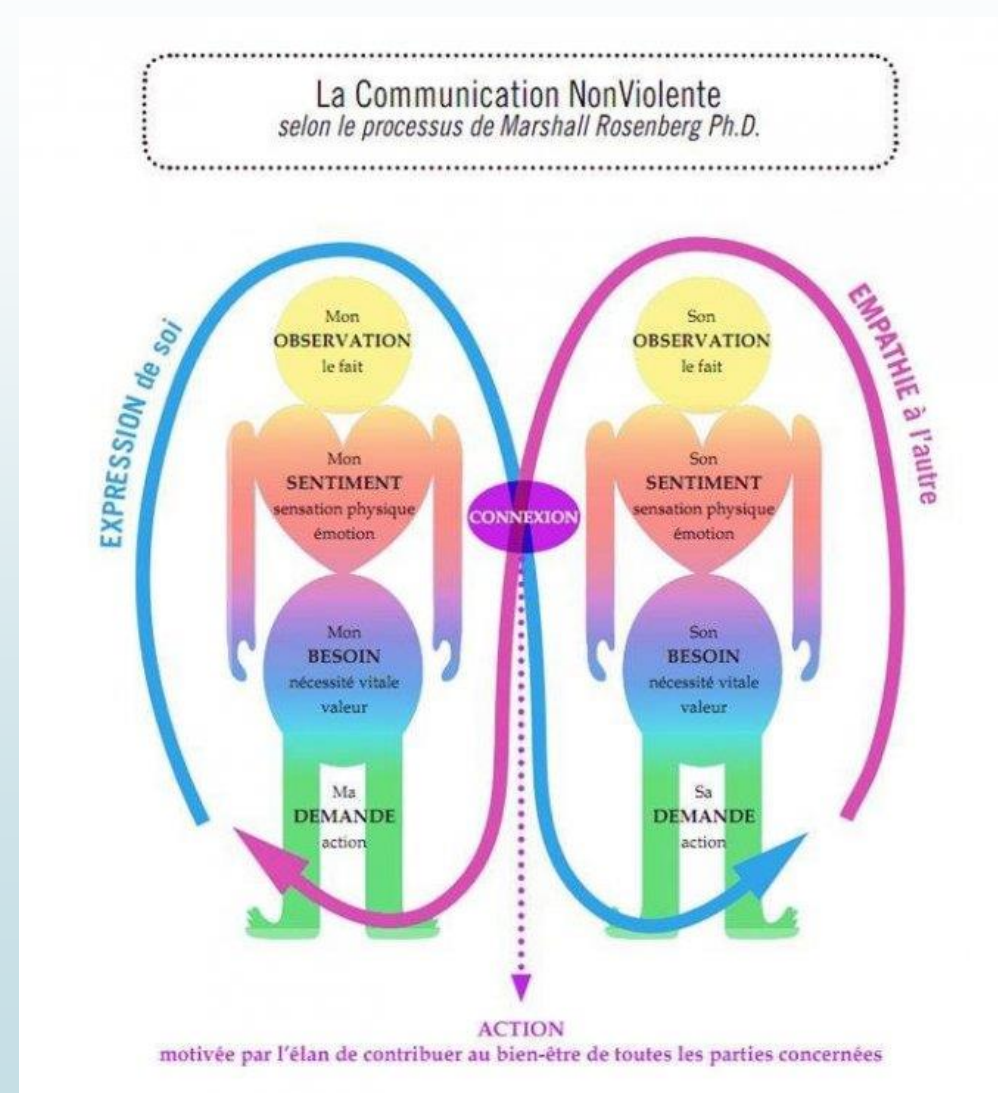
**Intro sur la communication:** <https://www.youtube.com/watch?v=he0juqLdz2l>

**Langage non verbal:** <https://www.youtube.com/watch?v=xhnGQBsfHL4>

# Communication non violente ou CNV

Créée par Marshall Rosenberg  
« les mots sont des fenêtres ou  
bien ce sont des murs »

**Communication non violente:**  
<https://www.youtube.com/watch?v=bljRxdN-kL8>



# Le triangle dramatique de Karpman

Une lecture possible (analyse transactionnelle) d'un « jeu » qui se joue à deux mais avec trois rôles possibles, rôles qui s'échangent facilement et deviennent une spirale infernale...parfois difficile à abandonner.

Intérêt: libération de ses pulsions agressives  
Un sauveur qui n'arrive pas à sauver ou  
une victime vengeresse...besoin de la  
victime pour se sentir fort!

Plainte qui permet d'attirer l'attention sur  
soi, sans identifier sa propre responsabilité.  
Un rôle passif qui évite de prendre soin de  
soi et de ses propres besoins...

Avoir du contrôle sur une personne qui  
dépend de soi, donc vécue comme  
incapable de s'en sortir seule...Un rôle très  
narcissisant... Parfois une ex-victime qui  
soulage son malaise en s'occupant de  
l'autre...



# Un modèle en ergothérapie inspiré des humanistes



<https://prezi.com/mwzssy-gvzyp/modele-de-la-relation-intentionnelle/>



# Modèle de la relation intentionnelle de Taylor

« Le modèle de la relation intentionnelle (MRI) a été conçu en 2008 par Renée R. Taylor et permet de **conceptualiser la relation thérapeutique en ergothérapie**. Plus précisément, ce modèle vise à expliquer comment cette relation peut faciliter ou entraver l'engagement occupationnel des personnes auprès desquelles les ergothérapeutes interviennent (Taylor, 2008). »

« Selon le MRI, l'ergothérapeute est responsable de s'efforcer à établir et à maintenir la relation thérapeutique (Taylor, 2008). Pour ce faire, il doit notamment utiliser des interventions s'appuyant sur différents modes thérapeutiques selon les besoins de chaque personne. Ces derniers sont des façons spécifiques d'interagir avec la personne et **le MRI en identifie six**. Taylor mentionne que ces modes ont autant de potentiel les uns que les autres de favoriser la relation thérapeutique. En revanche, la façon dont l'ergothérapeute utilise un mode thérapeutique peut avoir un effet négatif sur l'attitude ou les émotions de la personne à l'égard de cet intervenant. Par exemple, Taylor indique que cela peut survenir si un mode thérapeutique ne concorde pas avec la personnalité ou avec les besoins immédiats de la personne. Le tableau 1 ci-dessous présente une définition de ces six modes thérapeutiques »

# Une grille d'analyse possible issue du MRIE

Mode thérapeutique	Définition
Plaidoyer	S'assurer que les personnes ont les ressources matérielles et interpersonnelles nécessaires à leur participation occupationnelle. Défendre et respecter les droits de la personne en négociant en ou agissant comme un médiateur auprès de personnes externes.
Collaborer	Permettre à la personne de participer pleinement à la thérapie et de façon égale à l'ergothérapeute en lui donnant la liberté de faire des choix de façon autonome.
Être empathique	S'efforcer de comprendre les pensées, les émotions et les comportements de la personne sans aucun jugement. Écouter attentivement la personne, regarder ce qu'elle communique, et adapter l'intervention selon les besoins de celle-ci.
Encourager	Susciter de l'espoir chez la personne à l'égard de la thérapie et souligner ses comportements souhaitables via le renforcement positif. Conserver une attitude de positivisme et de confiance.
Enseigner	Porter attention à la structure des activités thérapeutiques et être transparent avec la personne concernant le déroulement de chaque rencontre. Fournir des informations claires et donner une rétroaction de la performance de la personne.
Résoudre un problème	Être orienté vers les résultats. Aborder les difficultés en faisant des choix, en facilitant la mise en action, en posant des questions stratégiques et en raisonnant avec la personne.

# Proposer une relation thérapeutique en ergothérapie



# Savoir créer une alliance thérapeutique

**Savoir être**, entre présence et distance

**Savoir accueillir une personne**, et la mettre en confiance par une écoute respectueuse, authentique et empathique



**Aider la personne à définir** ses objectifs, besoins, demandes, valeurs, désirs...

Soin psychique



- Directivité
- Relation active
- Transmission et apprentissage



- Ecoute
- Relation analysée
- Notion de transfert et de contre-transfert
- Non directivité

Identifier les nuances en fonction des contextes/modalités de soin

Qualité et hygiène de vie



- Accompagnement
- Relation de soutien
- Empathie

Intégration sociale



- Relations sociales
- Interactions groupales
- Coopération
- Empathie



# Proposer une relation médiatisée

## Spécificité ?

- Ergothérapeute
- Art-thérapeute
- Psychologues

## Présence d'un **tiers symbolique**

- Médiation qui sépare, externalise, métaphore concrète
- Médiation qui relie, donne du sens, crée du lien entre DD et DH



# Relation médiatisée

## Médiation

- Un entre deux qui sépare ET qui relie
- 3 niveaux: matière, action et objet

## Matière

- Offre de la matière par l'ergo
- Intégration de la matière par la personne
- Découvertes sensorielles et gestuelles potentielles



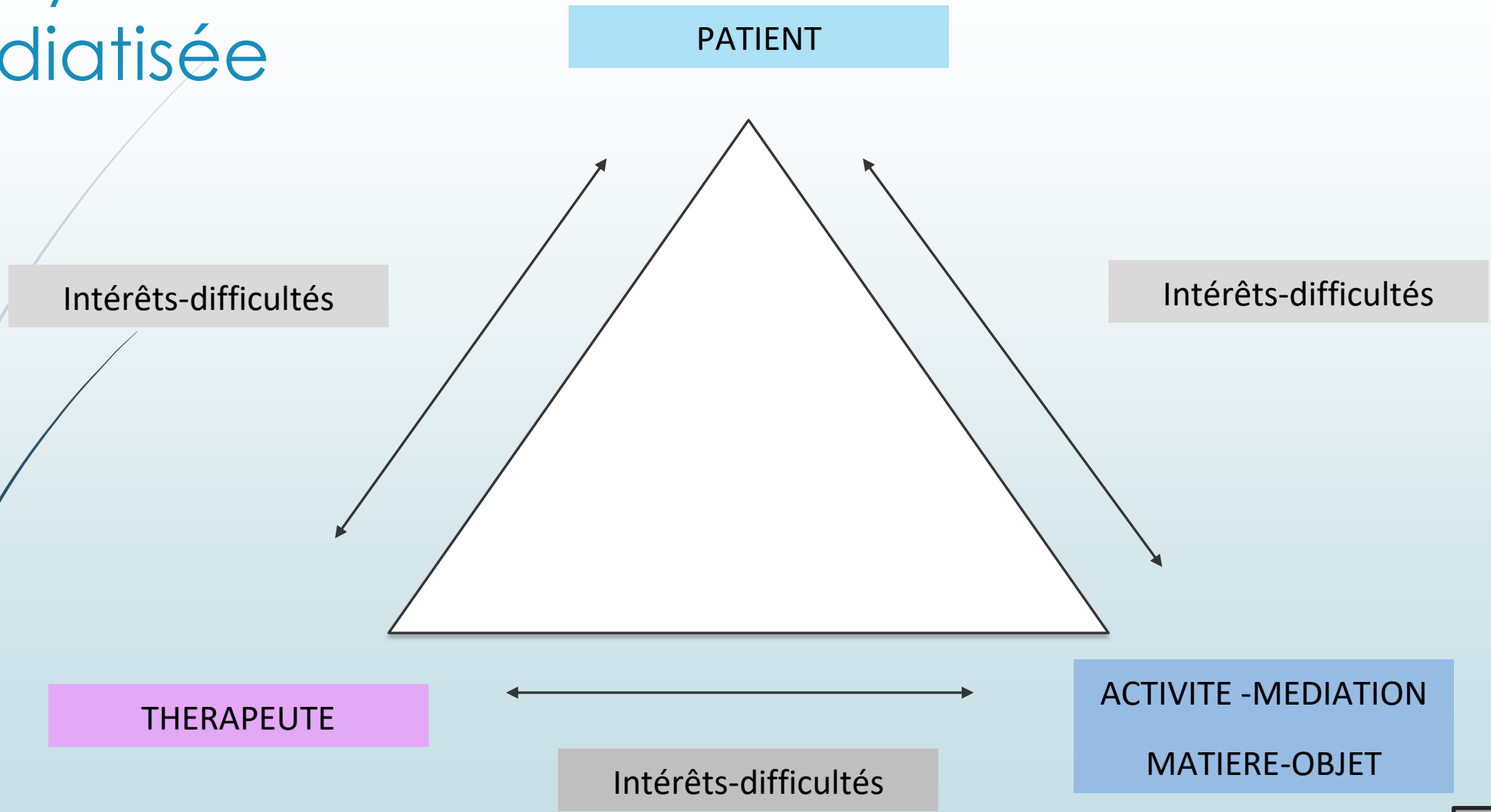
## Actions et expériences dans l'espace intermédiaire sécurisée:

Laisser découvrir, apprendre, créer librement, soutenir, accompagner, devenir acteur

## Objet intermédiaire:

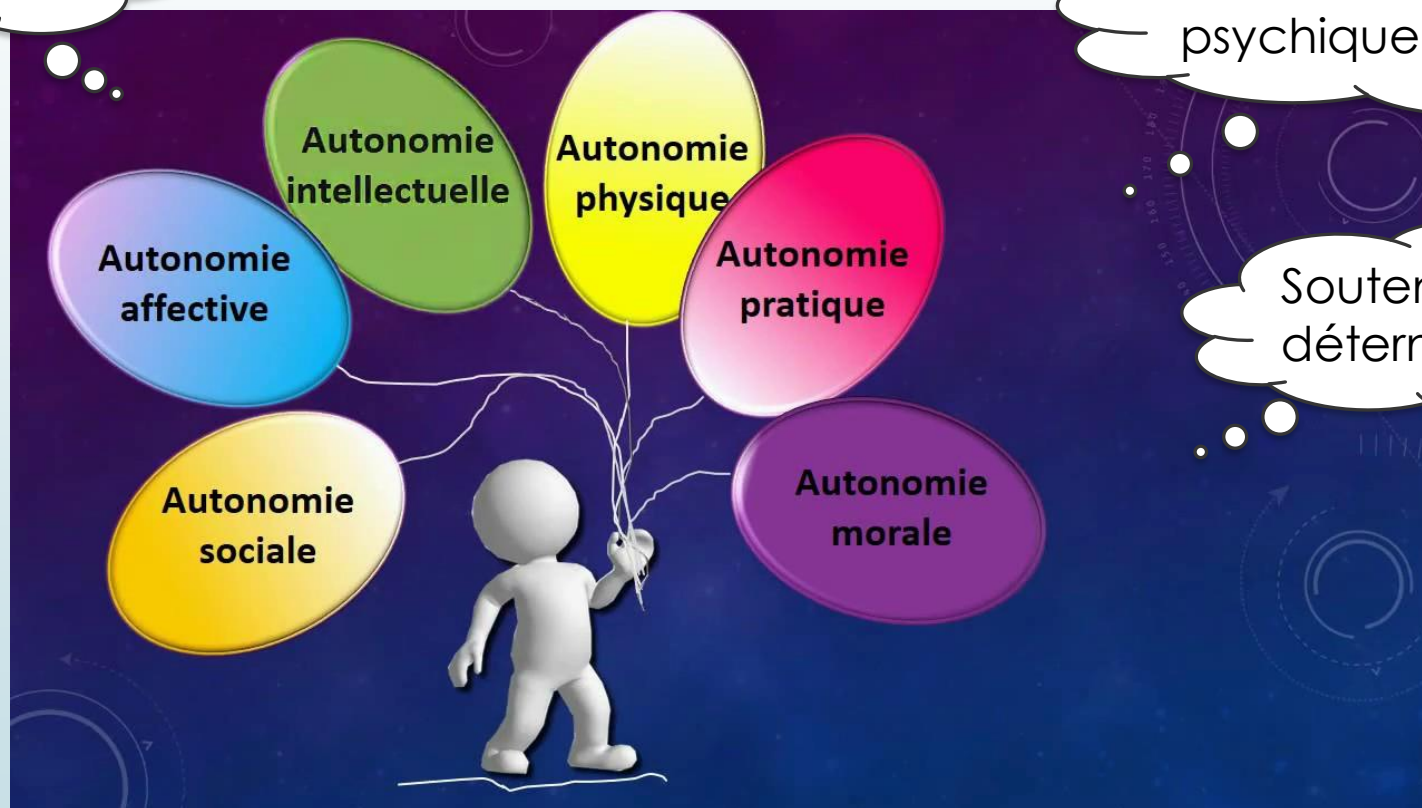
- Trouvé-crée
- Qui appartient au patient
- Source de plaisir
- Miroir de sens

# Analyse relation médiatisée



# Et savoir gérer la séparation!

Préparer la  
séparation



Favoriser l'autonomie  
psychique

Soutenir l'auto-  
détermination

# En résumé: quelle posture thérapeutique en tant qu'ergothérapeute?

## Savoir faire

**Garant du cadre:** le poser, connaître et utiliser ses fonctions, le maintenir

**Connaitre ses outils thérapeutiques:** activités, bilans, médiations, jeux

**Pouvoir utiliser différents type d'animation de séance:** directive, non directive, semi-directive, ETP, favorisant l'auto-détermination



## Savoir Être relationnel

- Empathie et authenticité
- Permanence du lien
- Respect du rythme et des objectifs de la personne, sans interventionnisme
- Bonne distance: non intrusion dans l'espace psychique d'autrui



# Le groupe comme moyen thérapeutique



# Animation groupale



## ➤ Type d'animation

- **Directivité** : enseignement, techniques, conseils, consignes, objectifs, intentions
- **Non directivité** : respect du non faire, du silence, de la lenteur, du rythme du patient
- **Mixte** : Alternance de temps directifs et non directifs, directif dans la forme ou le fond

## ➤ Co-animation

- ✓ **Co-construire le dispositif thérapeutique** = s'expliquer mutuellement ce qu'on attend de la séance.
- ✓ **Deux professions différentes** = deux regards, deux possibilités de soigner
- ✓ **Deux personnes** = une dans l'action, l'autre dans l'observation. L'une qui anime, l'autre qui gère les sorties du groupe.
- ✓ **post-groupe**: échanges nécessaires après la séance pour analyser ce qui s'est passé dans le groupe et pour chacun des participants

# L'intérêt des interactions groupales

## Psychologie sociale

- Comment les individus s'influencent
- Comment se constituent les valeurs, les normes sociales, les cultures, les représentations sociales

## Vécus positifs

- Sentiment de sécurité
- Narcissisme groupal
- Sentiment de fusion océanique
- Identifications à l'autre
- Création d'un inconscient groupal



## Relations interpersonnelles

- habiletés sociales (comportements observables)
- Compétence sociale (comportements et attitudes jugés socialement acceptables)

## Intérêts et buts communs

- Être ou faire ensemble
- Echanges de savoirs
- Coopérer, co-crée
- Temps de parole

# Les risques des interactions groupales

Sentiment de  
perte d'identité  
personnelle

Boucs  
émissaires

Sentiment de  
morcellement

Attention  
aux  
confusions  
de rôles

Manque de sécurité  
(regard de l'autre,  
jugements... )



Sentiment  
de  
persécution

Leaders et  
suiveurs



# Le rôle de l'ergo, c'est...présence et observation

**Être entre dedans et dehors du groupe:** Vivre dans le groupe au même titre que les autres, mais aussi être garant de son bon fonctionnement

**Être garant du cadre**  
Par exemple, gérer les sorties/entrées dans le groupe



**Regarder qui interagit avec qui** et de quelle manière en analysant soit:

- La dynamique de groupe visible
- Les éléments d'inconscient groupal

**Cognition sociales:** Observer si les personnes peuvent identifier les états mentaux des autres personnes, (pensées, croyances, intentions, sentiments, désirs)  
La théorie de l'esprit est la capacité à comprendre les intentions d'autrui



# Le rôle de l'ergo, c'est...animer le temps de parole

Redistribuer la parole

Rebondir sur les propos

Laisser aller le groupe si tout se passe bien

Aider à l'expression des émotions



Ecouter les personnes présentes dans le groupe

Demander son avis à chacun

Soin psychique



- Notion de cognition sociale
- Théorie de l'esprit

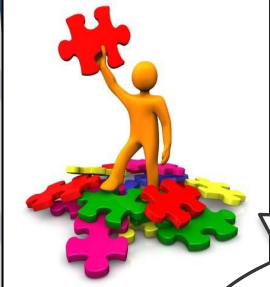


- Notion d'inconscient groupal
- Gestion d'éléments psychiques personnels par le groupe

**Groupe**

**Identifier les nuances  
en fonction  
des modalités de thérapie**

Qualité et hygiène de vie



- Notion d'interactions dans les activités de vie quotidienne
- faire avec les autres, coopération
- environnement humain

Intégration sociale



- Habiletés sociales
- représentations sociales,
- inclusion sociale