

## POUR UNE INITIATION PROPÉDEUTIQUE À LA RELATION THÉRAPEUTIQUE Transmettre l'art de l'influence

Eric BONVIN<sup>1</sup>

### Résumé

Confrontée aux résultats de très nombreuses recherches, la pratique de la psychothérapie fait face à une réelle remise en question paradigmatique. Alors que son efficacité est clairement démontrée, celle-ci se produit cependant pour d'autres raisons que celles avancées par les théories des très nombreux modèles de psychothérapie. Partant du constat qu'en matière de thérapie les théories s'éclipsent devant la complexité de la *pratique* ou du *savoir en action*, le présent article propose d'ajuster les cursus officiels de formation à la psychothérapie et à la relation thérapeutique, en introduisant un *cursus propédeutique* consacré aux fondements anthropologiques de la pratique de la thérapie, en valorisant la pratique de la *cothérapie didactique*, de *l'intervision* (savoir-faire) et de la *supervision* (éthique) et, enfin, en proposant que soit systématisé le *développement des habiletés pédagogiques des formateurs*.

### Summary

Confronted with numerous studies, psychotherapeutic practice is faced with real paradigmatic questions. While its effectiveness is clearly demonstrated, it occurs however for reasons other than those advanced by very many models presented in theories of psychotherapy. Once established that on matters concerning psychotherapy theories vanish in the make of the complexities of practice or knowledge in action, this article seeks to adjust the official cursus in the training of psychotherapy and in the psychotherapeutic relation. It suggests introducing a propaedeutic cursus based on anthropological foundations of psychotherapy, by putting the accent on the value of practice, of didactic co-therapy, of intervision (know-how) and supervision (ethics). Lastly, it proposes to develop educational skills by means of more systematic programs for trainers.

### Mots-clés

Psychothérapie – Formation – Relation thérapeutique – Habiletés thérapeutiques – Habiletés pédagogiques.

### Key-words

Psychotherapy – Education – Therapeutic relationship – Therapeutic skills – Educational skills.

« *Celui qui sait, fait. Celui qui ne sait pas, explique.* »  
Dicton populaire valaisan et peut-être d'ailleurs

### ÉTAT DES LIEUX

La psychothérapie, comme la pédagogie du XX<sup>e</sup> siècle, ont toutes deux baigné dans la culture des grands paradigmes et des grands modèles (marxisme, psychanalyse, culturalisme, structuralisme, théorie des systèmes...) qui tentaient de donner la clé explicative de ce qui détermine l'humain et donne sens à son histoire (inconscient, systèmes de communication, structures, signes, économie...). Dès la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, notre société a vécu à l'aune des superstructures des savoirs et de l'information, pour finalement laisser place à l'effondrement des modèles et de leurs paradigmes. Sur leurs ruines éclosent, au cours des années 1980, de nouvelles rhétoriques comme celles du chaos, de la complexité, et de l'indéterminisme, puis, au cours des années 1990, du relativisme, du scepticisme et de la déconstruction (Dortier, 2006). Aujourd'hui, c'est l'individu-acteur qui se réapproprie la construction comme la moralisation du savoir jusque-là réservé aux institutions académiques (Tochon, 1998). C'est ainsi que les sciences sont entrées dans une nouvelle période marquée par la multiplication des champs de recherches et l'absence de modèle unificateur. Le savoir se morcelle, le nombre

<sup>1</sup> Formation initiale en anthropologie sociale et culturelle. Médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Médecin-directeur des Institutions Psychiatriques du Valais Romand. Chargé de cours et superviseur aux Facultés de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne et de l'Université Paris VI – La Pitié-Salpêtrière. Président de l'Institut Romand d'Hypnose Suisse et vice-président de la Société Médicale Suisse d'Hypnose.

de spécialistes augmente, alors qu'il n'y a que peu de liens ou d'interactions entre les différentes sphères de la connaissance humaine. La vision de l'homme subit elle-même ce morcellement et, comme le dit Morin (1999), « en l'absence de "faculté de l'être humain", l'homme biologique est étudié en biologie, l'homme psychique en psychologie alors que l'homme social est lui-même éparpillé selon ses activités et croyances économiques, politiques, culturelles ou selon son espace ou son histoire, etc. ». Nous comprenons ainsi pourquoi, dans le contexte actuel de l'évolution des savoirs et des pratiques dans notre société, il n'est plus possible d'aborder la question de la formation dans le domaine de la psychothérapie de la même manière que nous l'aurions fait, il y a une ou deux décennies. Il y a peu nous aurions en effet encore considéré les voies de transmission et d'application de la psychothérapie et de ses techniques selon un des grands modèles de la psychothérapie ou de la pédagogie. Le contexte actuel rend cependant une telle démarche obsolète.

### La psychothérapie aujourd'hui

Le domaine de la psychothérapie n'échappe pas à l'air du temps et doit également faire face à l'inflation d'un pluralisme devenu incontournable. Herink (1980) identifie au moins 250 formes de psychothérapie. Un peu plus tard, Karasu (1986) en dénombre plus de 400 et ce chiffre n'est certainement pas loin d'avoir doublé aujourd'hui (Bonvin, 2006). Dans le registre de l'offre et de la demande du domaine des soins, les usagers ne s'adressent plus au praticien mais au technicien, à celui qui saura appliquer la méthode choisie dans ce vaste catalogue. Pourtant, selon Lambert (1992, fr. p. 127), « étant donné l'importance des mécanismes homéostatiques, des événements fortuits, du support social, des attentes et des facteurs communs, on n'a jamais pu démontrer clairement la puissance ni l'impact différentiel de techniques spécifiques sur le fonctionnement du patient ». Toute tentative d'isoler aujourd'hui les spécificités comme les effets de l'un ou l'autre de ces modèles serait même vaine puisque les comportements des thérapeutes dans leur cursus de formation, comme celui des usagers tout au long de leur itinéraire thérapeutique, sont aujourd'hui caractérisés par le mélange simultané et souvent même exponentiel des genres et des méthodes.

De tout temps comme de nos jours, de nombreuses particularités relationnelles ont été utilisées pour légitimer la spécificité de telle ou telle approche ou technique thérapeutique : la souffrance, l'écoute, la parole, la réaction émotionnelle, la confession, la consolation, la compassion, l'imagination, le magnétisme, la suggestion, la persuasion, le conditionnement, la punition, l'explication, l'interprétation, l'introspection, l'auto-observation... (Jackson, 1999, p. 386). Aucune de ces particularités ne laisse cependant apparaître de différence spécifique permettant de légitimer davantage telle ou telle forme de pratique. C'est ce que viennent confirmer plus de 2.000 études qui ont été conduites à ce jour sur la question de l'utilité et de l'efficacité de la psychothérapie (Duruz *et al.*, 2003 ; Luborsky *et al.*, 1975 ; Lambert, 1992) : l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement des troubles psychiatriques est clairement établie, sans pour autant laisser apparaître d'efficacité spécifique d'une forme de traitement par rapport aux autres. Selon une revue des études sur les résultats obtenus par les psychothérapies (Lambert *et al.*, 1986) – couvrant plusieurs décennies, un large éventail de troubles chez les adultes et une grande variété de plans de recherche – l'amélioration d'une personne en thérapie serait déterminée par :

1. Des *facteurs extra-thérapeutiques* (env. 40%) qui tiennent du patient et de son environnement.
2. Des *facteurs relationnels communs et non spécifiques* aux modèles thérapeutiques (env. 30%) comme l'empathie, la chaleur relationnelle, l'encouragement, etc.
3. Les *attentes du patient* (env. 15%) vis-à-vis de la thérapie qu'il entreprend.
4. Les *facteurs techniques* (env. 15%) spécifiques au modèle appliqué par le thérapeute.

En d'autres termes, les facteurs techniques liés au modèle n'auraient qu'une influence thérapeutique mineure... et pourtant, c'est l'acquisition d'un modèle qui occupe la plus grande proportion de temps et d'investissement dans le cursus de formation des thérapeutes.

Jackson (1999, p. 384) précise qu'il est une certitude à propos de la thérapie, c'est qu'elle s'inscrit dans la nature humaine que nous partageons tous et s'inscrit donc davantage dans une dimension *profane* que

savante. La mise en évidence de cette dimension *profane* rend, de fait, plus saillante encore la double controverse que traverse la psychothérapie dans notre société. La première porte sur la notion de *psyché* telle que nous la connaissons aujourd'hui en tant que justification des pratiques psychothérapeutiques et qui demeure, selon Nathan (1998, p. 52), « confuse, floue, tout-terrain, son seul intérêt étant de prétendre comprendre ce à quoi devrait correspondre une pratique sans même l'avoir observée ». Il n'y a même pas, derrière ce vocable, la possibilité de s'appuyer sur l'observation effective de ce que d'aucuns appellent « entité psychique » ou des « mécanismes » que d'autres lui attribuent. Roustang (2001, p. 410) précise à cet effet que « la notion de mécanismes psychiques est une fiction qui suppose que le psychisme ait une existence et que l'on pourrait lui faire subir un traitement expérimental, alors qu'il n'est rien d'autre qu'une fonction du corps ». L'ambiguïté de cette notion, relativement jeune dans notre culture, peine toujours à s'imposer en tant que réelle science de l'âme et des conduites humaines.

La seconde controverse qui traverse le champ de la psychothérapie porte sur l'ambivalence non résolue du terme *psychothérapie* qui oscille toujours entre *thérapeutique de l'esprit*, ou *thérapeutique par l'esprit* (Nathan, 1998, pp. 38-39). De fait, il est le plus souvent employé dans le sens du *traitement de l'esprit* alors que des patients souffrant de troubles somatiques en bénéficient également. Et lorsqu'il s'agit d'envisager la possibilité de *soigner par l'esprit*, les débats, portant sur le fait de savoir ce qu'est l'esprit et s'il peut soigner, viennent à bout de la moindre possibilité de consensus sur ce sujet.

En l'absence de tout témoin d'analyse fiable, la psychologie contemporaine, tout comme la psychiatrie, sont incapables de surmonter l'antinomie sur laquelle elles fondent leur « ambition scientifique » qui consiste à vouloir traiter et instrumentaliser le « sujet humain » comme un « objet de science » (Bonvin, 2003a). Comme le soulignent certains auteurs avec insistance (Canguilhem, 2002, pp. 368-369 et 376-381 ; Salem, 2006, p. 25), la psychologie, insérée dans les rets de la pensée scientifique, n'est pas à même de fournir le cadre d'une réflexion sur les valeurs humaines pourtant au cœur du processus de soin. Comme le remarque Roustang (2001, pp. 406 et 410), « dans la pratique thérapeutique tout effort de théorisa-

tion générale est battu en brèche par l'intrusion du singulier, alors qu'une science, pour accéder à une généralisation, se doit de rejeter dans l'ombre ce qui ne peut pas se reproduire. [...] Tant que l'on cherche à bâtir une théorie psychothérapeutique qui rendrait compte des faits, autoriserait à les rassembler sous quelques chefs et propositions, ferait passer les cas particuliers sous des règles ou des lois, on rendrait les personnes semblables à d'autres, alors que la relation, pour être thérapeutique, exige que soit reconnu son caractère unique. » Pourtant, si la psychothérapie revendique une légitimité parmi les pratiques de soin et qu'elle prétend à sa transmission par une formation professionnelle, c'est qu'elle doit être à même de se rendre explicite, évaluable et transmissible. Compte tenu des ambiguïtés que nous venons d'évoquer, cette revendication doit s'accompagner de l'exigence d'une re-définition rigoureuse de ce que peut être aujourd'hui la psychothérapie. Une définition qui soit celle d'une pratique efficace agissant indépendamment de tout modèle théorique, de tout savoir systématisé et de toute technique, c'est-à-dire en dehors de la notion de « psyché » (Nathan, 1998, p. 52), comme des savoirs de la *techno-science*.

Si nous retenons cependant les éléments stables qui peuvent donner son assise à ce terme, nous disposons à ce jour de données consistantes et convergentes qui nous permettent de définir les contours et les limites de la thérapie :

**La thérapie est une pratique relationnelle de soin efficace, elle est conduite par un thérapeute et a pour effet de soulager la souffrance de la personne qui y recourt.**

Sa **légitimité sociale et culturelle** repose sur celle, naturelle comme le précise Jackson (1999, p. 392), de la fonction soignante elle-même : une relation d'influence (Roustang, 1990 ; Nathan, 1998, p. 44) déterminée par l'intention de soulager la souffrance de l'être humain qui y recourt.

Sa **légitimité scientifique** repose sur son efficacité. Cette pratique de soin a un effet significatif puisqu'elle permet d'obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques que si l'on n'y recourt pas. Elle peut être nuisible et iatrogène, si elle est employée à mauvais escient.

Sa **spécificité thérapeutique** repose sur le fait qu'elle tire son efficacité exclusivement de la relation humaine (qui est par définition profane, complexe, imprévisible et irréductible).

Sa **spécificité académique** est celle d'être un *savoir en action*, c'est-à-dire une pratique intégrant *in vivo* un *savoir-faire* et un *savoir-être* dans l'instant immédiat de la relation (Stern, 2005). Quoique ne pouvant être déductible d'un savoir théorique, ce savoir en action demeure cependant observable, pensable, façonnable et transmissible de personne à personne.

En d'autres termes et pour reprendre la proposition de Roustang (2001, p. 408), « *la psychothérapie devrait être définie sans plus comme relation thérapeutique* » dont la seule finalité est le *soulagement de la souffrance humaine*, morale, existentielle ou relationnelle.

## La pédagogie aujourd'hui

Le domaine de la pédagogie se trouve également soumis aux influences du contexte socioculturel. L'évolution historique des modèles de la *relation pédagogique* qui sous-tend tout processus d'apprentissage (Hess et Weigand, 1994) en est l'illustration. Au Moyen Âge la relation pédagogique se centrait sur le *message* (la parole) et l'*enseignement didactique* (le maître *explique* à l'élève). Elle a évolué vers d'autres formes dès le XVII<sup>e</sup> siècle (Rousseau) en prenant également en compte le destinataire du message pédagogique et en introduisant des pratiques que Barthes (1974, p. 506) nomme l'*apprentissage par l'artisanat* (le maître *fait* devant l'élève et la parole n'est que commentaire) et le *maternage* (le maître – ou les pairs – se contente[n]t d'être là, de soutenir et de protéger celui qui apprend en situation). Au cours du XIX<sup>e</sup>, c'est le souci de l'égalité des destinataires recevant ces messages qui prédomine (Freinet), avant d'être eux-mêmes considérés aujourd'hui comme *autogestionnaires* de leur pédagogie (l'élève propose le contenu et, sur la base de ses conceptions, le maître accompagne de façon non directive). Héritières de ces différentes tendances, les pratiques pédagogiques contemporaines sont égale-

ment confrontées au pluralisme des méthodes et des savoirs théoriques. Ainsi, dans le domaine de la pédagogie des *savoirs pratiques* ou *en action* qui nous intéresse ici, on voit s'opposer ou se superposer les modèles, *stratégique* (apprendre à apprendre), *sociocritique* (*empowerment*) ou *réflexif* (réflexion sur l'expérience personnelle par l'étude de cas) (Tochon, 1998, p. 257).

La formation à la psychothérapie vise essentiellement et prioritairement l'acquisition d'un *savoir pratique*, qui, par opposition à une formation aux savoirs théoriques, est complexe, interactive, longue et coûteuse. Elle se développe presque exclusivement dans le cadre d'une relation pédagogique qui s'établit entre des praticiens expérimentés et des élèves en formation. Comme l'exprime Bernadou (1998, p. 35), cette relation « *est faite de tutorat, de compagnonnage, d'échanges et de communications dans lesquels va jouer un mélange d'objectivité et de relationnel...* ». Mais à ce stade, et pour les mêmes raisons que celles qui ont requis une redéfinition de la psychothérapie, il nous faut définir plus précisément les termes et les enjeux de la notion de formation à laquelle nous nous référons :

**La formation pratique est une pratique relationnelle visant la transmission et l'acquisition de connaissances et d'habiletés dans une technique ou un métier directement dans l'instant de la pratique (savoir en action).**

Sa *légitimité sociale et culturelle* repose sur celle de la perpétuation de connaissances et d'habiletés ayant un intérêt pour la collectivité.

Elle est une *relation d'influence* mettant en jeu le comportement d'*apprentissage* de la personne formée et les *moyens*, mis en œuvre par les formateurs et les institutions, visant à la fois son développement professionnel et la perpétuation de la pratique.

## LA THÉRAPIE, UNE PRATIQUE EFFICACE À PERPÉTUER

C'est sur la base de cet état des lieux et des définitions génériques, tant de la thérapie que de la formation, qu'il nous est maintenant possible de penser la

pratique de la thérapie et de sa transmission. Considérés comme des repères plutôt que comme des fondements, différents niveaux peuvent nous aider : le contexte, la relation, la pratique et, enfin, la transmission.

## Se positionner dans le contexte

Ramener les définitions de la thérapie et de la formation à leurs expressions génériques revient à les situer dans les contextes socioculturels, respectivement du soin et de la formation pratique, qui leur assurent une légitimité anthropologique « naturelle ». Comprenons par *contexte* le sens que lui attribue l'anthropologue Bateson (1972, fr. p. 262) : « *Un terme collectif désignant tous les événements qui indiquent à l'organisme à l'intérieur de quel ensemble de possibilités il doit faire un prochain choix* ». En l'occurrence, il s'agit ici de l'ensemble des événements qui indiquent aux acteurs (patient-thérapeute/élève-maître) l'ensemble des possibilités leur permettant d'opérer un choix, vers le soulagement pour celui du soin, vers le développement d'habiletés pour celui de la formation. Les comportements et les modalités d'influence relationnelle exprimés par les acteurs qui entrent en relation dans un contexte donné sont entièrement conditionnés par la nature de celui-ci (Goffman, 1974). Mais ces acteurs, par leur présence et par leurs actes, entretiennent également la définition et les limites de ce contexte en y opérant comme ses *indicateurs*<sup>2</sup>. Le thérapeute indique au patient qu'il s'implique dans un processus visant le soulagement de sa souffrance, alors que le patient indique au thérapeute qu'il propose son habileté à une personne souffrante en quête de soulagement. Le maître indique à l'élève qu'il s'implique dans un processus visant le développement de ses habiletés et l'élève indique au maître qu'il les transmet. Le *curriculum de formation professionnelle* légitime la *position* (statut et fonction) des uns alors que l'*itinéraire thérapeutique* et le *cursus d'acquisition des habiletés* légitiment celle des autres. C'est donc le contexte qui définit, le plus souvent implicitement, le *contrat relationnel* qui s'établit entre les acteurs d'un même contexte. Dans le contexte thérapeutique, par sa *position*, le thérapeute rend accessible l'espace dans

lequel le patient trouve son propre *itinéraire thérapeutique*, il l'accompagne et le maintient sur le chemin de son soulagement. Le contexte de la formation est tout autre, puisque la *position* du formateur accompagne son élève en formation sur l'itinéraire de l'acquisition d'habiletés (thérapeutiques). En d'autres termes, enseigner le soin n'est pas soigner, et apprendre le soin n'est pas être soulagé ; les contextes et donc les orientations comme les choix possibles sont bien différents. En l'occurrence, la confusion des contextes peut rapidement conduire à des dérives inadéquates, par exemple lorsque la thérapie est utilisée comme espace de « *développement personnel* » (Ehrenberg, 1998) ou que la « *thérapie didactique* » est pratiquée sans qu'il y ait de souffrance à soulager. Autant de distinctions que thérapeutes comme formateurs doivent apprendre à identifier.

## S'impliquer dans la relation

La *relation thérapeutique* est indiscutablement une *relation d'influence* mutuellement consentie par ses acteurs dans le cadre des valeurs autorisées par le contexte du soin. Mais, nous l'avons vu, aucune particularité relationnelle ne peut prétendre à une influence et à une efficacité spécifiques. Insaisissables, indiscernables, échappant à toute expérimentation, les leviers d'action de la relation thérapeutique restent, par absence d'autres qualificatifs possibles, *non spécifiques*. Humains par nature, ces *facteurs non spécifiques* constituent le *complexon* dans lequel « *se tissent et se défont tous les fils reliant entre eux les individus de cette espèce* » (Roustang, 2001, p. 413). La relation thérapeutique reposant exclusivement sur la relation humaine, ses acteurs doivent se reconnaître mutuellement comme êtres humains singuliers. Elle est la mise en œuvre de la singularité du patient, la prise en compte de la totalité de sa personne, au-delà de toute représentation ou théorie, aussi élaborée soit-elle. Roustang (2001, p. 410) écrit que « (du patient), *le thérapeute n'en voit pas tel ou tel trait, il n'écoute pas tel mot ou telle phrase, il ne sent pas tel émoi ou tel trouble ; il laisse advenir tout et rien de particulier sans privilégier quoi que ce soit, pour reconnaître par sa présence attentive que celui-là ou celle-là ne ressemble à personne, qu'il est donc à part* ». Dans le contexte du soin, c'est donc dans une relation attentive, dans laquelle s'exprime une rhétorique ajustée, ordinaire, et profane, que se trouve le plus haut potentiel d'influence relationnelle thérapeutique (Auchelin, 1996 ; Collins et

<sup>2</sup> « L'indicateur de contexte est défini comme une source d'information particulière qui permet à un organisme de saisir s'il évolue dans un contexte différent ou non. » (Bateson, 1977, fr. p. 264).

Markova, 1999). Cela ne signifie pas pour autant que la relation thérapeutique elle-même soit ordinaire ou banale mais, plus exactement, qu'elle est le substrat par lequel opère le potentiel d'influence du contexte thérapeutique (Hare-Mustin, 1994). Finalement, les habiletés relationnelles dont le thérapeute doit faire l'apprentissage se composent autant d'aptitudes à une disponibilité conviviale associées à une attention soutenue à l'autre et au soulagement de sa souffrance, qu'à une adaptabilité relationnelle posée et souple.

### L' instant de la pratique

Le cadre thérapeutique est maintenant défini: un *contexte* culturellement légitimé à déterminer la rencontre de deux êtres humains par leurs *positions* (patient – thérapeute), *leurs intentions* (soulagement de la souffrance) et *leurs actions* (relation d'influence). Et, dans ce cadre, la pratique thérapeutique est le lieu et le moment où se mettent en mouvement la relation et le contexte thérapeutiques. Si la délimitation socio-culturelle du contexte et du territoire relationnel peut être approchée et discutée par une intelligence conceptuelle ou théorique, les modalités relationnelles qui s'y déroulent ne peuvent être approchées que par une intelligence pratique. Les habiletés relationnelles et pratiques du thérapeute, ce que l'on nomme souvent son « *savoir-être* » et son « *savoir-faire* », échappent ainsi à toute conceptualisation – qui les réduirait et les figerait (Bonvin, 2003b) – ainsi qu'à toute technique – qui les automatiserait et les *objectifierait* (Malherbe, 2003). Ces habiletés se développent dans la vie, au fil de la diversité des rencontres thérapeutiques – chacune singulière – et par la diversité des *champs cliniques* dans lesquels évolue le thérapeute: individuel, groupe, systèmes soignants complexes, réseaux complexes, processus brèves, processus au long cours, etc. Pour évoluer dans sa pratique, le thérapeute doit apprendre à intégrer son *savoir-faire* et son *savoir-être* dans l'*instant* de la relation thérapeutique (Stern, 2005) et à « *bricoler* »<sup>3</sup> avec les modulations imprévisibles et singu-

lières de la relation, avec le champ clinique de la rencontre, avec ses représentations personnelles et savoirs théoriques, avec l'incertitude et avec les réponses auxquelles il ne s'attend pas.

### TRANSMETTRE/SE FORMER

Le domaine de la formation en psychothérapie est aujourd'hui confronté à la crise d'identité que traverse cette pratique thérapeutique et se trouve de ce fait face à un dilemme crucial: comment transmettre une pratique de soin, dont il a été établi qu'elle est efficace, mais dont l'efficacité repose essentiellement sur des aptitudes relationnelles ordinaires ou profanes qui sont irréductibles à l'analyse et au savoir théorique ou technique en particulier? L'enseignement classique de la psychothérapie découle des théories d'un modèle thérapeutique. Il s'agit d'une transmission de savoir *déductive* qui soutient implicitement que l'application de ce modèle serait universelle et généralisable à l'ensemble des thérapeutes et des patients. Toutes les formes de pratique sont ainsi interprétées à la lumière de ce savoir théorique. Toutefois, en vertu de leur visée généralisatrice, ces modèles théoriques manquent singulièrement d'adéquation avec la pratique thérapeutique qui est fondamentalement personnelle, idiosyncrasique, *inductive*, située et spécifique à un contexte (Tochon, 1998, p. 272). Imposer des savoirs théoriques sur l'action revient dès lors à gommer toute singularité pour amener l'apprenant à se modeler aux cadres conceptuels imposés. Ainsi s'agit-il de proposer une formation qui n'émane pas d'un modèle psychothérapeutique théorique spécifique, mais qui propose plutôt la transmission d'une *pratique humaine spécifique*, d'un *savoir en action* regroupant *savoir-faire* et *savoir-être*. S'il est relativement facile de transmettre le savoir théorique et notamment les bases de ce savoir, il est cependant plus difficile et complexe de transmettre un *savoir en action* qui est soumis à un grand nombre de paramètres irréductibles et aléatoires (Bernadou, 1998, p. 35). Pourtant, si la psychothérapie souhaite conserver à la fois sa légitimité scientifique et pratique, elle doit être à même d'intégrer les données dont nous disposons aujourd'hui sur sa nature et ses effets et de changer radicalement l'ordre des priorités pédagogiques qu'elle a soutenues jusqu'à ce jour. Elle doit, en définitive, être à même de proposer une *formation déduite de la pratique* apte à déve-

<sup>3</sup> Pour Lévi-Strauss (1962, p. 25), « *le bricoleur, confronté à une tâche, utilise les matériaux pour leur donner une autre signification que celle qu'ils tenaient de leur première destination.* » Il décrit plus loin (p. 35) le bricolage comme une « *incessante reconstruction à l'aide des mêmes matériaux, [...] d'anciennes fins [...] appelées à jouer le rôle de moyens: les signifiés se changent en signifiants, et inversement* ».

lopper ses propres référents et qui tente de penser les ressorts de son action, d'évaluer son efficacité et d'ajuster ses méthodes pour les utiliser à bon escient.

### Ajuster le cursus de formation

La légitimité et la position relationnelles dont est investi le thérapeute dans le contexte thérapeutique s'acquièrent au cours de son curriculum professionnel. En effet, comme l'affirment Duruz et ses collègues (2003), « *n'est pas psychothérapeute qui veut [...] la psychothérapie est une pratique complexe qui nécessite une formation appropriée* », et ces auteurs de citer « *une recherche menée par l'Institut universitaire de Lausanne [Curat et al., 2003] qui aurait permis de calculer qu'il fallait au minimum 4 à 5 ans de formation spécifique et intensive pour que des psychiatres psychothérapeutes en formation puissent atteindre le niveau de compétence des psychiatres psychothérapeutes expérimentés* ». S'étendant généralement dans ce laps de temps, les cursus officiels de formation en psychothérapie s'inscrivent le plus souvent dans une formation postgraduée en psychiatrie et/ou psychothérapie, pour les médecins et les psychologues. Ils sont généralement organisés en deux volets, celui de l'acquisition d'un *modèle thérapeutique*<sup>4</sup>, et celui de l'imprégnation dans la *pratique professionnelle* (dans un établissement de formation postgraduée). A la lumière de l'état actuel de nos connaissances en matière de psychothérapie, il apparaît cependant qu'il manque à ce cursus une *initiation* aux phénomènes relationnels non spécifiques et propres à l'itinéraire thérapeutique du patient qui opèrent dans la relation thérapeutique dans son sens le plus large. C'est, en fin de compte, une véritable *initiation propédeutique à la relation thérapeutique* qui mériterait d'être intégrée, non seulement dans le cursus de formation en psychothérapie, mais également dans celui, prégradué ou postgradué, d'autres spécialités médicales, notamment dans les modules de sensibilisation à la *médecine psychosociale* ou à la *psychologie médicale*. Cette formation devrait se dérouler essentiellement dans le contexte de la pratique thérapeutique, c'est-à-dire dans les *établissements de formation clinique*

*postgraduée* dont le rôle serait, en l'occurrence, appelé à être considérablement réévalué.

### Ajuster les modalités d'enseignement

Pour se perpétuer, la psychothérapie ne peut prendre appui que sur sa pratique, *savoir en action* qui intègre *savoir-faire* et *savoir-être*. C'est donc cette pratique qui doit constituer le pivot central de la formation permettant de l'acquérir. En l'absence de toute référence théorique, il importe dès lors que le thérapeute devienne *autogestionnaire* de sa formation en organisant son action selon les modalités qui sont fonctionnelles pour lui et en constituant sa propre *grammaire de l'expérience thérapeutique*. Il peut en cela être aidé par un ou plusieurs formateurs, pour autant que ceux-ci ne lui imposent pas une grammaire (ou un modèle) extrinsèque de l'expérience. Selon Tochon (1998, p. 273), dans cette dynamique, « *l'apprentissage de méthodes ne se distingue dès lors plus de l'apprentissage de sa propre logique d'expérience et de la planification de cette expérience dans l'action en train de s'accomplir* ». C'est donc accompagné et encadré par des praticiens aînés formateurs et par ses pairs, que le thérapeute en formation peut puiser à la fois dans les différents *champs cliniques*, les différentes situations pratiques et les savoirs théoriques contextualisés, les leviers nécessaires pour penser sa pratique et la faire évoluer. Il s'agit dès lors d'organiser les modalités de formation en champs d'apprentissage coopératif (*intervisions* dans une structure-cadre), de *travaux de groupe* réunissant les pairs en présence de praticiens aînés expérimentés, d'*activité en cothérapie* et de *supervisions* avec un ou plusieurs aînés référents.

### Sensibilisation à la pensée de la relation thérapeutique

Le fait que le savoir théorique semble n'avoir que peu d'importance dans l'efficacité de la thérapie, ne signifie pas pour autant qu'il doive être exclu du processus de formation. Il s'agit simplement de l'y insérer en tant qu'outil complémentaire contextualisé dans le processus d'acquisition des habiletés<sup>5</sup> comme de la

<sup>4</sup> Par exemple en Suisse, les modèles *officiellement reconnus* pour les médecins sont le psychodynamique, le systémique et le cognitivo-comportemental.

<sup>5</sup> Selon Bastien (1992), « l'évolution cognitive ne va pas vers la mise en place de connaissances de plus en plus abstraites mais, à l'inverse, vers la mise en contexte. [...] La contextualisation est une condition essentielle de l'efficacité ».

pratique de la thérapie. Les différents modèles ne peuvent plus prétendre à l'exclusivité du savoir théorique et pratique de la thérapie, mais constituent par contre tous un point de vue intéressant et parfois un point d'appui pertinent pour la pratique. Les bases du savoir théorique de la psychothérapie devraient par conséquent permettre au praticien en formation d'acquiescer des notions lui permettant de dynamiser sa pensée sur le processus thérapeutique dans son sens le plus large. Alors qu'il demeure légitime, à un certain moment, de suivre la direction proposée par un modèle, cette démarche ne devrait cependant pas prendre place dans un cursus de formation en thérapie avant que n'ait été proposée une initiation propédeutique à une pensée de l'*anthropologie de la relation thérapeutique* visant au développement de l'*intelligence inductive de la pratique* par :

- Une initiation **éthique** qui explore les valeurs philosophiques qui président aux conceptions de l'humain, de la relation à l'Autre, de la souffrance et du soin.
- Une sensibilisation **épistémologique** permettant non seulement d'aborder comparativement la construction et la déconstruction des différentes formes de savoir qui sous-tendent les différentes pratiques de soin, mais également de se sensibiliser aux limites, aux erreurs et aux illusions inhérentes aux savoirs théoriques et pratiques.
- Une **réflexion comparative entre les différentes méthodes de soin** sous-tendue par une *sensibilisation aux aspects organisationnels de la relation thérapeutique*: contextes et indicateurs de contexte, cadres, rites, communication, influences de la relation ordinaire / d'autorité / technique / des groupes, itinéraires thérapeutiques, attentes et ressources extra-thérapeutiques des patients, curriculum des soignants, etc.
- Une *initiation à une pensée inductive de la pratique relationnelle* qui prenne appui sur l'attention portée à la personne humaine qui est soignée, à ses attentes, aux indices de changement et de soulagement, aux instants, aux mouvements relationnels.

### Transmettre le *savoir-faire* thérapeutique

Depuis la nuit des temps autant que depuis le plus jeune âge, les habiletés humaines s'acquièrent par

l'imitation (Bruner, 1996). Il ne saurait en être autrement de l'acquisition des habiletés à la relation thérapeutique. Alors que les formations actuelles favorisent le plus souvent la formation par le contrôle *didactique* de la *supervision*, ce seraient plutôt la *transmission artisanale* et le *maternage* qui devraient être les pivots centraux (Barthes, 1974, p. 506). Ce sont ainsi la pratique de la *cothérapie* avec des praticiens aînés expérimentés dans les différents champs cliniques et l'*intervention* avec des pairs, qui devraient constituer les fondements de la transmission du *savoir-faire* thérapeutique. Dans la cothérapie comme dans l'intervention, le développement des habiletés à l'influence thérapeutique peut ainsi être soutenu par une attention particulière portée sur l'évolution des mouvements thérapeutiques (Stern, 2001), sur la dynamique de l'accompagnement au changement et sur le soulagement de la souffrance.

### Développer le *savoir-être* dans la relation thérapeutique

Le *savoir-être* ne peut être abordé que dans une *démarche éthique* portant attention aux valeurs et aux codes qui sous-tendent le comportement relationnel du thérapeute dans la relation thérapeutique. Sa disponibilité relationnelle à la singularité de l'autre, à la souffrance humaine et à son soulagement, l'amplitude de ses mouvements de sollicitude et d'attente du soulagement, sa capacité à naviguer dans l'incertitude... autant d'aspects qui peuvent être soumis à une attention particulière et singulière dans le cadre confidentiel de la *supervision* qui revêt ici la plus grande pertinence. Une pratique de la supervision qui ne soit pas subordonnée à une relation univoque de maître à élève (contrôle), mais à des rencontres empreintes de solidarité qui permettent de porter attention aux aspects les plus intimes des certitudes et des incertitudes des praticiens, ou, comme l'écrit Roustang (2001, p. 413), « *au souci de dire les certitudes formulées qui président à leur travail, de s'arrêter aux instants décisifs qui rendent effectif, dans une cure, le surgissement du renouveau. Chaque thérapeute y reconnaîtra des évidences. Il verra qu'il ne s'agit ni de sa personnalité, ni de ses caractéristiques propres, mais des dimensions humaines qu'il incarne : l'attente qui est provocation, le non-pouvoir qui est puissance, le vide de soi qui s'ouvre à la plénitude, la force de*

*l'existence dépouillée, l'indifférence au succès ou à l'échec. Car c'est cela sans doute le fondement du non-spécifique qui soigne. Il restera aux thérapeutes à confronter ces expériences personnelles le plus souvent méconnues et oubliées. Ainsi sera manifestée, non pas une théorie, mais la rigueur d'une intelligence de la pratique. »*

### Sensibilisation à la pensée de la relation pédagogique

La pédagogie de la thérapie vise à transmettre les habiletés de l'art d'influencer autrui afin de le soulager en intégrant toutes les incertitudes et la complexité liées à la vie et à la condition humaine (Morin, 1999). Cet apprentissage demande une implication humaine, relationnelle et personnelle du formateur comme de l'élève et, à l'exception de la cothérapie, un cadre explicite distinct de celui dans lequel se développe la relation thérapeutique. Le contexte de la formation est également celui de l'acquisition de la *position* professionnelle et des aptitudes aux changements adaptatifs nécessaires pour évoluer dans un monde professionnel en constante mutation : mobilité professionnelle, lois du marché, évolution des valeurs et des mœurs... Autant d'aspects qu'un formateur doit être à même d'aborder avec les professionnels en formation. Dans un champ professionnel aussi protéiforme, labile et aléatoire que celui de la psychothérapie, la transmission de son *savoir en action* – unique aspect qui fonde réellement sa légitimité – revêt une importance fondamentale pour sa pérennisation dans les années à venir. Le *développement des habiletés pédagogiques des praticiens aînés formateurs* revêt dès lors un caractère vital dans la survie de cette pratique professionnelle si bien qu'ils devraient, à cet égard, disposer d'un *cadre spécifique*.

### CONCLUSION

A ce point, toutes les données confirment le fait que la psychothérapie repose sur des habiletés pratiques enfouies dans une relation profane et ordinaire qui prend appui sur le contexte du soin. Ces habiletés ne peuvent se transmettre et s'acquérir que dans le creuset de la pratique. Ce n'est qu'en pratiquant que le thérapeute peut apprendre à naviguer dans l'incertain

et l'inconnu en y découvrant d'autres choses que celles qu'il attendait (*serendipity*), mêlant une disposition à l'attention soutenue, à l'ajustement et à la singularité de l'autre, tout en gardant le souci de son soulagement. Des espaces de formation plus adaptés au développement des habiletés à la relation thérapeutique et à leur enseignement sont aujourd'hui rendus nécessaires, non seulement dans le souci de la transmission qualitative, mais également pour assurer la pérennisation de cette pratique professionnelle aujourd'hui controversée.

### Bibliographie

- AUCHELIN A. (1996) : Bonheur conversationnel et qualité du discours : pour une approche expérientielle et systémique de la compétence discursive. *Langage et Pratiques*, 19 : 13-18.
- BARTHES R. (1974) : Au séminaire, in: *CŒuvres complètes. Tome IV*. Paris, Seuil, 2002.
- BASTIEN C. (1992) : Le décalage entre logique et connaissance. *Courrier du CNRS, Sciences cognitives*, n° 79.
- BATESON G. (1972) : *Pour une écologie de l'esprit* (tome 1). Paris, Seuil, 1977.
- BERNADOU A. (1998) : Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical, in: Barbier J-M. (dir.) : *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris, PUF (2<sup>e</sup> éd.), pp. 29-41.
- BONVIN E. (2003a) : Au sujet de l'introuvable objet de la psychiatrie contemporaine. *La Lettre de la Fondation Ling* : 25 : 12-15. Texte accessible en ligne : [www.ling.ch](http://www.ling.ch).
- BONVIN E. (2003b) : Des mirages de l'objet de soin à l'occultation du sujet soigné. *La Lettre de la Fondation Ling*, 25 : 15-16. Texte accessible en ligne : [www.ling.ch](http://www.ling.ch).
- BONVIN E. (2006) : *Réflexion sur l'état des lieux de la question du pluralisme médical*. Texte accessible en ligne : [www.ling.ch](http://www.ling.ch).
- BRUNER J. (1996) : *L'éducation, entrée dans la culture : les problèmes de l'école à la lumière de la psychologie culturelle*. Paris, Retz, 1997.
- CANGUILHEM G. (2002) : Qu'est-ce que la psychologie? in: *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris, Librairie philosophique J. Vrin, pp. 365-381.
- COLLINS S., MARKOVA I. (1999) : Interaction between impaired and unimpaired speakers : inter-subjectivity and the interplay of culturally shared and situation specific knowledge. *Brit. J. Soc. Psychol.*, 38/4 : 339-368.
- CURRAT T., BERETTA V., FISCHER M. et al. (2003) : *How many years are required for developing the competence of a therapist?* Paper presented at the 3<sup>rd</sup> European Conference on Psychotherapy, Association of European Psychiatrists, Heidelberg, 29 mai-3 juin 2003.
- DORTIER J.-F. (2006) : L'intelligence dispersée. *Sciences humaines*, 167 : 22-23.
- DURUZ N., DE ROTEN Y., POMINI V., DESPLAND J.-N. (2003) La recherche en psychothérapie : impact sur la clinique et sur la formation. *Médecine & Hygiène*, 61 : 1760-1764.

- EHRENBERG A. (1998) : *La fatigue d'être soi*. Paris, Odile Jacob.
- GOFFMAN E. (1974) : *Les cadres de l'expérience*. Paris, Minuit, 1991.
- HARE-MUSTIN R.T. (1994) : Discourses in the mirrored room: a post-modern analysis of therapy. *Family Process*, 33/1 : 19-15.
- HERINK R. (1980) : *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. New York, Amendian Books.
- HESS R., WEIGAND G. (1994) : *La relation pédagogique*. Paris, Armand Colin.
- JACKSON S.W. (1999) : *Care of the Psyche. A History of Psychological Healing*. New Haven & London, Yale University Press.
- KARASU T.B. (1986) : The specific versus non specific dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *Amer. J. Psychiat.*, 143: 687-695.
- LAMBERT M.J., SHAPIRO D.A., BERGIN A.E. (1986) : The Effectiveness of Psychotherapy, in: Garfield S.L., Bergin A.E. (Eds) : *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, Wiley (3<sup>rd</sup> ed.), pp.157-211.
- LAMBERT M.J. (1992) : La recherche sur les résultats, in: Norcross J.C., Goldfield M.R. (dir.) : *Psychothérapie intégrative*. Paris, Desclée de Brouwer, 1998, pp.105-140.
- LÉVI-STRAUSS C. (1962) : *La pensée sauvage*. Paris, Plon.
- LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L. (1975) : Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That « Everyone Has Won and All Must Have Prizes » ? *Arch. Gen. Psychiat.*, 32 : 995-1008.
- MALHERBE J.-F. (2003) : *Les ruses de la violence dans les arts du soin. Essai d'éthique critique II*. Montréal, Liber.
- MORIN E. (1999) : *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris, Seuil.
- NATHAN T. (1998) : Quel avenir pour la psychothérapie? in: Pichot P., Nathan T. (Eds) : *Quel avenir pour la psychiatrie et la psychothérapie?* Le Plessis Robinson, Institut Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, pp. 37-73.
- ROUSTANG F. (1990) : *Influence*. Paris, Minuit.
- ROUSTANG F. (2001) : Non specific therapeutic factor, in: Duruz N. (dir.) : *Traité de psychothérapie comparée*. Genève, Médecine et Hygiène, pp. 405-413.
- SALEM G. (2006) : *Le combat thérapeutique*. Paris, Armand Colin.
- STERN D.N. (2001) : Le processus de changement thérapeutique. Intérêt de l'observation du développement de l'enfant pour la psychothérapie de l'adulte. *La Lettre de la Fondation Ling*, 23 : 3-8. Texte accessible en ligne : [www.ling.ch](http://www.ling.ch).
- STERN D.N. (2005) : *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*. Paris, Odile Jacob.
- TOCHON F.-V. (1998) : Grammaires de l'expérience et savoirs-objets: le savoir focal dans la construction de nouveaux modèles de formation, in: Barbier J.-M. (dir.) : *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris, PUF (2<sup>e</sup> éd.), pp. 249-273.

Adresse de l'auteur :

Dr Eric Bonvin  
 Institutions Psychiatriques du Valais Romand  
 10, Route de Morgins  
 CH-1870 Monthey  
 E-mail : [eric.bonvin@bluewin.ch](mailto:eric.bonvin@bluewin.ch)