Chapitre 8

La relation psychothérapeutique

(preprint In Mikolajczak, M., Zech, E., Roskam, I. (Eds.). *Burn-out professionnel, parental et de l'aidant : Comprendre, prévenir et intervenir* (Chap. 8, pp.119-136). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Emmanuelle Zech
UCLouvain

S'il y a bien une compétence des intervenants d'aide qui est communément citée comme fondamentale ou essentielle, c'est l'écoute empathique. Il semble évident que savoir « bien écouter » et « être empathique » est une compétence qui permet de prendre soin et d'obtenir des résultats thérapeutiques positifs avec les personnes en souffrance. Les clients et patients sont en fait les premiers à identifier ce besoin de pouvoir être compris et acceptés tels qu'ils ou elles sont, sans jugement et dans toute leur complexité et individualité. Pour aider au mieux une personne souffrant de burnout, les compétences relationnelles de base sont communes à celles requises pour n'importe quel suivi à visée thérapeutique. L'intervenant doit apprendre à « écouter activement », établir et maintenir une relation psychothérapeutique de qualité et veiller à sa bonne clôture (Conseil Supérieur de la Santé, 2015). Si cela semble évident et simple a priori, cela nécessite pourtant de développer un ensemble de compétences et d'attitudes complexes qui sont fondamentalement en interaction lorsque l'on écoute une personne [1]. Développer des relations (psycho)thérapeutiques, c'est développer et maintenir une relation qui prend soin, est efficace en termes de symptomatologie et permet surtout aux clients (ou patients) d'évoluer personnellement dans le sens de leur meilleur développement personnel et interpersonnel [2-4]. L'apprentissage des compétences relationnelles implique un travail continu pendant et entre les séances de développement de compétences réflexives, de flexibilité et de mise au diapason des caractéristiques, réactions et processus du client.

Deux grandes perspectives peuvent être théoriquement distinguées quant à ces compétences et attitudes relationnelles de base. La première consiste à considérer les compétences relationnelles comme une manière d'établir un rapport et soutien empathique : l'intervenant(e) montre une attitude compatissante envers le client et essaie de démontrer qu'il ou elle comprend son vécu, souvent afin de mettre en place un contexte favorable au traitement efficace qui s'ensuit [5].. La deuxième consiste en un effort continu de rester à l'écoute, d'« être » au diapason, instant après instant aux communications verbales et non verbales et aux expériences du client qui se déroulent en séance. Cette mise au diapason du monde du client peut être exprimée de diverses manières mais souvent de manière explicite par les réponses empathiques. Elle peut aussi consister en un effort de comprendre les types d'expériences que le client a eues, tout au long de sa vie, et qui forment le background de ses

expériences actuelles. Il s'agit alors d'essayer de comprendre comment les expériences du client l'ont amené à se représenter, ressentir, penser et agir comme il le fait aujourd'hui. En fonction des thérapeutes, de leurs croyances et conception de l'homme, du développement des difficultés et des ressources du client ainsi que des manières d'intervenir et de leur approche psychothérapeutique, l'accent sera mis plutôt sur une perspective de l'aide ou une autre, bien que celles-ci ne soient pas forcément exclusives.

Dans ce chapitre, je rappellerai d'abord les éléments constitutifs de tout entretien d'aide ou psychothérapeutique et les facteurs explicatifs de l'efficacité thérapeutique qui ont été validés empiriquement. Ensuite, je développerai plus spécifiquement ceux relatifs à la relation psychothérapeutique. Nous verrons que les entretiens d'aide et psychothérapeutiques nécessitent un ensemble de compétences relationnelles d'aide, qui correspondent aux savoirs et savoir-faire qui devraient être intégrés au savoir-être du thérapeute.

1. Les entretiens d'aide et psychothérapeutiques : Eléments constitutifs

L'entretien d'aide est un échange discursif qui implique une « écoute active » de la part de l'intervenant. Cette écoute est « *active* » parce que l'on « utilise » des outils et techniques mais surtout parce que l'intervenant est « actif » au sens où il *est* présent et attentif à l'autre, accorde sa confiance et son respect, écoute et essaie de comprendre, identifie ce qui se passe en l'autre mais aussi en lui-même, essaie de reformuler ce qu'il a compris, veille à adapter ses interventions à l'autre pour son bénéfice à lui, vérifie ses propres limites ou ses préjugés et essaie de les dépasser, de les mettre de côté et régule ses propres émotions. Tout ceci implique d'être « actif », de « faire » beaucoup de choses lorsqu'on écoute et donc de développer un ensemble de compétences attentionnelles et d'observation, motivationnelles, cognitives, émotionnelles, communicationnelles, éthiques. Mais l'écoute active n'implique pas de « faire à la place de l'autre », de lui prendre sa responsabilité, il s'agit avant tout de l'accompagner de manière authentique, empathique, respectueuse et chaleureuse.

Avant toute chose, il m'apparaît utile de rappeler qu'un entretien d'aide ou psychothérapeutique entre un professionnel et un ou plusieurs clients se déroule dans un cadre. Le cadre thérapeutique ou *setting* constitue l'ensemble des règles explicites ou implicites qui définissent la rencontre entre le professionnel et son client. Les règles explicites concernent par exemple le lieu de la rencontre (cabinet, institution), sa forme (face à face, téléphone, internet, individuel, couple, familial, groupal), son horaire (heure de rendez-vous), sa durée, sa périodicité (fréquence et intervalle entre séances) et sa forme de paiement (que les consultations soient gratuites, à tarifs sociaux, légaux ou non). « Les règles implicites concernent tout ce qui se passe à l'intérieur du cadre explicite » [6, p. 80] Ainsi, par exemple, si le téléphone sonne lorsqu'il est en rendez-vous, l'intervenant répondra-t-il ? L'intervenant prend-il des notes pendant ou après l'entretien ? Comment le lieu de consultation est-il disposé (avec un bureau, des fauteuils, des décorations personnelles…) ? Comment la parole circule-t-elle (niveau d'interactivité, place des silences) ?

En fonction du type de cadre qui est mis en place par l'intervenant, il s'agit d'un espace « potentiellement thérapeutique ». Ceci est le cas parce qu'il s'agit d'un espace où le seuil de responsabilité est abaissé [6]. En effet, le client « peut » livrer ce qu'il souhaite, « comme il l'entend ». Il peut insulter par procuration une personne, exprimer un fantasme, quel qu'il soit.

Tant que la parole est le véhicule du conditionnel et de la subjectivité de la personne, la notion de responsabilité passe au second plan. Le « secret professionnel » en est un principe protecteur fondamental. Cette loi du code pénal permet au client et à l'intervenant de se sentir en sécurité. Le client bénéficie alors d'une base de sécurité lui permettant d'être libre d'être qui il est et d'aller explorer ce qu'il veut de son monde, comme il veut et au moment où il le veut. Plus le client se sentira en sécurité, plus il pourra explorer des zones de sa personne plus « dangereuses », honteuses, difficilement acceptables pour lui. L'intervenant sera là pour l'écouter et l'aider sans jugement (à l'inverse de par exemple, « vous auriez (dû) pu réagir différemment face à cette règle absurde imposée par votre patron ») ou moralisation (par exemple, « c'est bien que vous vous soyez resté(s) calme lorsqu'il vous a insulté(e) », « ce n'est pas bien de lui dire qu'il n'est plus bon à rien »).

C'est l'intervenant qui est le garant du cadre thérapeutique. Il a le devoir de respecter la dignité du client, son intégrité et ses droits. C'est l'intervenant qui préservera ce lieu d'intimité, de sécurité et de liberté. Il est important que le cadre lui soit familier et bien identifié [6]. Il est aussi utile qu'il interroge ce qui, dans le cadre qu'il propose, peut mobiliser tel ou tel comportement chez le client. L'intervenant observera et s'interrogera sur les réactions qui surviennent, d'une part lors de la mise en place du cadre et, d'autre part lorsque celui-ci est modifié, dépassé ou rompu (par exemple, pourquoi avec cette personne, je dépasse à chaque fois la durée de séance habituelle ? Pourquoi ce client veut-il tout à coup me tutoyer ? Pourquoi me demande-t-il si j'ai des enfants ?). La manière avec laquelle les limites seront mises, respectées ou dépassées sera un excellent indicateur des modes de fonctionnement du client mais également de ceux de l'intervenant, de sa relation au client et du milieu d'intervention dans lequel il travaille [7].

Dans le cadre des recherches sur l'efficacité des interventions psychothérapeutiques, les travaux de la *Task Force* sur les relations psychothérapeutiques de la Division 29 – *Psychotherapy de l'American Psychological Association* ont marqué un tournant fondamental dans la manière d'envisager les facteurs démontrés comme efficaces [8]. Les résultats de ces travaux, consistant en des revues systématiques et méta-analytiques de la littérature sur des décennies de recherche, sont synthétisés dans les ouvrages édités par John Norcross [voir 2, 3, 9]. Les conclusions indiquent que quatre types de facteurs expliquent l'amélioration des résultats thérapeutiques ; (1) les facteurs extrathérapeutiques qui incluent la rémission spontanée, les événements fortuits de la vie, le soutien social, expliquent environ 40 % de l'efficacité ou la non-efficacité d'une thérapie, (2) les facteurs communs, c'est-à-dire les variables que l'on retrouve dans la plupart des thérapies, quelle que soit l'orientation théorique, comme l'empathie, la chaleur, l'acceptation, les caractéristiques du client et du thérapeute, la confidentialité de la relation client-thérapeute, l'alliance thérapeutique, expliquent probablement 30 % de l'efficacité ou la non-efficacité d'une thérapie, (3) les facteurs relatifs aux techniques qui sont spécifiques aux méthodes thérapeutiques comme par exemple l'utilisation du biofeedback, l'hypnose, la désensibilisation systématique ou encore le travail à deux chaises, expliquent 15 % de l'efficacité ou la non-efficacité d'une thérapie et (4) un facteur important qui explique également 15 % de l'efficacité ou la non-efficacité d'une thérapie est le niveau d'attentes et de motivation ou l'ambivalence au changement, l'effet placebo, la connaissance que le client sait qu'il est en thérapie et sa conviction dans le rationnel et la méthode utilisée. Bien que ces pourcentages soient des estimations grossières provenant de milliers d'études et non des chiffres exacts, il est clair qu'il est aujourd'hui

établi de manière consistante et robuste que la relation thérapeutique représente une contribution « vitale » et centrale des résultats psychothérapeutiques positifs. Je développe dans ce qui suit les éléments constitutifs d'une « bonne » relation, thérapeutique au sens propre, et les compétences que l'intervenant professionnel devra développer au long de sa carrière et des suivis avec ses clients.

2. La relation psychothérapeutique et les compétences relationnelles

2.1 Présence et profondeur de contact : développer son intérêt, son attention et sa motivation à la rencontre

Pour pouvoir développer une relation de qualité, la première composante, qui est un préalable censé se maintenir tout au long du suivi, est de pouvoir être attentif et présent à l'autre, pouvoir établir un contact à lui ainsi qu'être motivé à l'écouter. Il s'agit de s'intéresser authentiquement, réellement à l'autre, le prendre en considération dans toute son humanité, être présent et attentif à lui et le regarder ainsi que savoir se taire pour le laisser parler. Ceci implique donc une « disposition » à l'écoute et à l'observation de l'autre dans son ensemble. Ceci semble évident de prime abord, mais il y a de nombreux facteurs qui peuvent restreindre notre disposition à l'écoute et au contact à l'autre, comme par exemple nos problèmes personnels, notre agenda, notre fatigue, les informations que nous avons éventuellement reçues sur la personne avant de la rencontrer, comme par exemple le fait qu'une maman ait frappé violemment son enfant et qu'ils se sont retrouvés à l'hôpital ou encore un diagnostic trouvé dans un dossier. Ces facteurs diminuent potentiellement notre présence, la qualité et la profondeur de contact que nous pourrons établir avec le client. Un autre exemple assez fréquent pouvant encombrer notre écoute active est lorsque la personne qui effectue la demande n'est pas la personne concernée par le suivi ou que des personnes extérieures interviennent dans le suivi. Ceci peut être le cas par exemple lorsqu'un parent demande que son enfant change d'attitude ou de comportement ou lorsqu'un médecin nous réfère un patient. Dans ces deux cas, le demandeur n'est pas le récipiendaire désigné de l'aide et ce dernier pourrait ne pas être en demande d'aide psychologique. Il est donc utile de se centrer et de bien comprendre qu'au départ, la difficulté exprimée, le souci évoqué est celui du parent ou du médecin, c'est lui qui est *a minima* concerné, et potentiellement en demande d'un changement, même si la personne visée par le changement est l'enfant ou le patient. Le professionnel examinera avec les demandeurs et ensuite les personnes qui sont référées quelle est leur potentielle motivation intrinsèque au changement et quels objectifs personnels elles peuvent avoir pour recevoir une aide psychologique.

2.2 Attitudes psychothérapeutiques : l'empathie, l'authenticité et la considération positive inconditionnelle

Un deuxième ensemble de facteurs relationnels sont relatifs aux attitudes thérapeutiques d'empathie, d'authenticité et de considération (ou regard) positive inconditionnelle. C'est Carl Rogers qui les a formalisées dans son célèbre article de 1957 décrivant les conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique chez un client [10, 11]. Ces attitudes sont à la base du développement et du maintien de l'alliance positive, c'est-à-dire du « partenariat » entre le client et le thérapeute pour atteindre les objectifs du client. L'alliance thérapeutique a été démontrée comme efficace dans plusieurs cadres de consultation, que ce

soit avec des adultes [12, 13], des enfants ou des adolescents [14, 15], ou en consultation de couple et famille [16]. Les attitudes thérapeutiques sont largement, et de manière consistante, démontrées comme favorisant les résultats thérapeutiques positifs. Je les reprends une à une ci-après.

2.2.1 L'empathie

Selon Rogers, l'empathie est « la capacité sensible et la volonté du thérapeute à comprendre les pensées, les sentiments et les luttes du client à partir du point de vue du client. C'est cette capacité à voir complètement à travers les yeux de l'autre, à adopter son cadre de référence » [17].

> Cela signifie entrer dans le monde perceptuel privé de l'autre… être sensible, moment après moment, aux significations ressenties changeantes qui surviennent dans l'autre personne… Cela signifie ressentir les significations ou le sens de ce dont la personne est à peine consciente [17].

Il s'agit d'une attitude qui permet de « pénétrer l'univers intime du client comme s'il s'agissait du sien, mais sans jamais perdre de vue le « comme si » : telle est l'empathie, élément essentiel de l'intervention d'aide» [11, p. 260].

L'empathie comporte plusieurs facettes : la capacité empathique décomposée en deux composantes, l'identification et la prise de perspective, l'empathie exprimée, la précision empathique et l'empathie perçue. Pour beaucoup d'auteurs, l'empathie implique de développer notre « capacité empathique ». Dans la littérature, on décrit largement deux aspects de cette capacité qui pour certains serait phylogénétiquement et ontologiquement développée [e.g., 18]. La première composante implique d'essayer de « se mettre à la place de l'autre », il s'agit de percevoir, ressentir et identifier ce qui se passe pour l'autre, ce que l'autre ressent, vit de son propre point de vue. Il s'agit donc d'être suffisamment proche de l'autre. Cette composante de l'empathie implique l'activation des neurones miroirs, une forme de contagion émotionnelle et expérientielle et une capacité à s'identifier à l'autre. La deuxième composante implique de se remettre à sa propre place et « prendre perspective ». En effet, on n'est jamais l'autre, il s'agit de faire la différence entre soi et l'autre. Cela requiert donc une régulation émotionnelle personnelle et une désidentification à l'autre. Nous devons donc développer notre congruence, notre capacité à être conscient de ce qui se passe en nous, de nos propres cadres de référence afin de les distinguer de ceux de celui que nous écoutons, pour ne pas nous confondre à lui et agir en conséquence. Si nous ne procédons pas à cette deuxième composante, nous sommes alors sympathiques, nous « souffrons » avec l'autre, mais nous ne sommes pas empathiques et ne l'aidons pas [19]. Il s'agira donc de trouver la bonne distance, le bon ajustement à l'autre, ni trop loin, cela menant à ne pas pouvoir le comprendre et le respecter, ni trop proche, cela menant à être envahi par nos propres émotions, en souffrant avec lui, en compatissant et souvent en voulant alors le rassurer pour nous rassurer ou en proposant des solutions toutes faites pour éviter l'inconfort émotionnel.

Alors que beaucoup d'auteurs s'arrêtent à cette conception de l'empathie, l'attitude empathique implique encore d'autres facettes afin qu'elle puisse être thérapeutique. Pour « être » empathique, il faut également exprimer et montrer son empathie à l'autre (empathie exprimée). Ceci implique de restituer ce que j'ai compris du vécu de l'autre, que ce soit verbalement par des reformulations, des réponses compréhensives, c'est-à-dire des techniques qui permettent de faire savoir à l'autre ce que je comprends de ce qu'il vit, mais il faut aussi

que l'empathie se marque et s'exprime non verbalement, par mes comportements et attitudes corporelles, faciales, par le ton, les intonations ou le rythme de ma voix, par mon regard, sachant que la communication non verbale explique de 80 à 93 % des informations qui passent dans une communication entre deux personnes [20, 21]. Il est donc nécessaire de dire et exprimer ce que l'on a compris, qu'il y ait un contenu à ma compréhension car c'est ainsi que le client pourra confirmer, approfondir, expliciter ou infirmer, rectifier ma compréhension de ce qu'il vit. Les réponses empathiques permettent au client de rester centré et d'explorer plus avant son vécu, de mieux le conscientiser et se comprendre lui aussi. Dans la plupart des cas, nous aurons à chercher avec le client, à continuer à bien l'écouter et comprendre ses réactions à nos réponses et de vérifier auprès de lui si on est sur la même longueur d'ondes, qu'on a la même compréhension de l'expérience du client et qu'on s'approche, autant que faire se peut, pour le client du sentiment d'avoir été compris, d'avoir pu réellement partager avec quelqu'un d'autre son expérience intime et unique. C'est ce sentiment, cette perception par le client de l'empathie de l'intervenant qui est le meilleur indicateur que l'intervention sera efficace et produira des effets positifs (empathie perçue) [22]. En effet, des études ont montré que les intervenants pouvaient faire des reformulations parfaitement exactes ou précises (précision empathique) sans que cela ne soit efficace. Ce qui compte le plus, le meilleur indicateur d'efficacité, est le sentiment éprouvé par le client que l'intervenant l'a vraiment, respectueusement, chaleureusement et authentiquement compris [5, 22, 23]. L'intervenant peut croire avoir tout compris, mais il peut se tromper, et il ne peut en être sûr que lorsque le client aura ratifié sa compréhension, lui aura dit « oui, c'est exactement cela ! ». Ainsi, l'empathie thérapeutique n'est pas une capacité ou une compétence mais bien « une attitude relationnelle qui se construit petit-à-petit entre le client et le thérapeute ».

Il a été montré que l'empathie facilite la régulation des affects de plusieurs manières ; (1) elle stimule la conscience des réactions émotionnelles, (2) elle aide les clients à mettre des mots et symboliser leurs expériences intérieures, (3) elle permet de moduler les réactions émotionnelles du client par la représentation en mots, et (4) elle cultive la capacité réflexive des clients et implique que les perspectives des clients sont subjectives et qu'il y a d'autres manières d'envisager le monde [24]. La réponse empathique pourrait mener à des résultats positifs aussi parce que (1) elle augmente la satisfaction thérapeutique et donc l'adhérence aux interventions, (2) elle procure une expérience correctrice[1] au niveau émotionnel et permet au client de se sentir valable, respecté et compris, (3) elle produit l'exploration des sentiments et peut faciliter le traitement émotionnel et (4) elle peut mobiliser les efforts des clients au changement [23, 25]. L'empathie est sans aucun doute la compétence du thérapeute la plus étudiée, la plus connue et la mieux validée empiriquement. A elle seule, elle produit une grande et très significative augmentation des résultats positifs chez le client, presque aussi importante que toutes les interventions psychothérapeutiques dans leur globalité [22].

2.2.2 L'authenticité : la congruence et la transparence

Alors que l'empathie a reçu beaucoup d'attention et a été intégrée dans toutes les approches thérapeutiques, ce ne fut pas le cas du concept d'authenticité, bien qu'il s'agisse, selon Rogers et ce dès 1962, de l'attitude thérapeutique la plus fondamentale. L'authenticité ou la congruence équivaut selon Rogers à une cohérence interne.

[1] Le client expérimente en séance ses sentiments, tout en pouvant mieux les identifier, les symboliser, les reconnaître, les accepter, ce qui les modifie.

> Il apparaît essentiel que le thérapeute soit vrai, ou entier ou authentique dans la relation. Ceci signifie qu'il est important que le thérapeute soit ce qu'il est dans son contact avec le client. Dans la mesure où il présente une façade extérieure d'une attitude ou d'un sentiment, alors qu'il expérimente à l'intérieur ou à un niveau inconscient un autre sentiment, la probabilité de succès thérapeutique sera diminuée." [26, pp. 199-200].

La première facette de l'authenticité est relative à l'intégration personnelle du thérapeute dans la relation. Il s'agit de pouvoir être tout proche de ce qui se passe en soi, de pouvoir s'écouter, pouvoir être librement et profondément soi-même, sans façade, sans faux-fuyant. Cela consiste à savoir identifier exactement ce que l'on ressent au moment présent, moment après moment. Il s'agit donc par exemple d'être conscient de nos besoins et nos valeurs ainsi que pouvoir accepter nos qualités, forces tout autant que nos défauts, carences, faiblesses, pouvoir reconnaître nos préjugés et nos limites ainsi que nos sentiments éprouvés injustifiés par les circonstances. Cette première facette peut aussi être définie comme un processus de « conscientisation » et de représentation correcte de l'expérience que l'on vit, de notre vécu expérientiel dans toutes ses dimensions (physiques, cognitives, affectives, comportementales).

La deuxième facette de l'authenticité concerne la capacité du thérapeute à communiquer son expérience vécue avec le client au client. Le thérapeute doit « décider » d'être ou non « transparent » : se faire connaître à l'autre, être ouvert à lui, se révéler. Il s'agit également de pouvoir communiquer à autrui ce qu'on ressent au moment présent en relation avec le client. Cette autre dimension de l'authenticité réfère à une attitude de « transparence » de son propre vécu [27]. Ceci nécessite une réflexion et un jugement attentifs. Il n'est pas forcément utile d'être transparent dans toutes les situations ou tout le temps. Il ne s'agit pas de se révéler de manière indiscrète ou de se libérer de nos sentiments ou encore d'être un livre ouvert. Il s'agit surtout de ne pas tromper le client en prétendant avoir des sentiments ou pensées que l'on n'a pas. La congruence « pourrait » être exprimée ouvertement (transparence) dans plusieurs situations ; (1) lorsque l'intervenant ne parvient plus à être empathique ou à garder une considération positive inconditionnelle, (2) lorsque ses comportements verbaux et non verbaux deviennent discordants (incongruence), (3) lorsque ses attitudes non empathiques ou de jugement persistent, et (4) lorsque l'intervenant se force à maintenir des attitudes relationnelles (par exemple une façade) qui ne sont pas réellement vécues. Ces situations arrivent immanquablement, à des degrés divers, dans tous les suivis thérapeutiques. Il est donc essentiel de bien les reconnaître et de s'y adapter. Des illustrations seront données ci-après.

Dans toutes ces situations, il est toujours important de vérifier si la transparence sera ou non « utile et compréhensible pour le client ». S'ouvrir à l'autre dans ces quatre situations ne doit pas amener le thérapeute à se « soulager » mais à favoriser une relation de qualité avec le client. Lietaer [27] propose donc que l'intervenant se pose deux questions pour décider s'il est utile d'être transparent ou de se taire. La première question concerne l'évaluation suivante : « est-ce que la révélation de soi du thérapeute sert le processus de croissance du client ? ». Ainsi, l'intervenant peut révéler ses émotions ou sentiments dans l'ici et le maintenant et aussi en relation avec ce qui se passe entre l'intervenant et le client si c'est utile et bénéfique « pour le client ». Lietaer propose que l'intervenant doive rester « sobre » dans sa manière de s'exprimer parce que, si ce n'est pas le cas, cela risque d'encombrer plus qu'aider le client. La deuxième question est de savoir si « le client pourra utiliser et intégrer cette information ? ». Aussi, « seuls les sentiments persistants devraient compter » et de plus, l'intervenant devrait

se poser la question de savoir s'il s'agit du bon moment (un moment approprié) pour en parler. Il est donc important pour l'intervenant de savoir si ses « confidences » ou si l'ouverture à son monde qu'il révèle au client le servent lui-même –auquel cas, il vaudrait mieux qu'il aborde cela en thérapie personnelle ou en supervision (clinique) – ou servent au processus de changement du client. Ainsi, la première facette de l'authenticité, la congruence est plutôt orientée vers l'intérieur de la personne du thérapeute et la deuxième facette, la transparence, plutôt externe ou tournée vers extérieur, le client.

Aujourd'hui, la Task Force sur les relations psychothérapeutiques empiriquement fondées a établi que cette attitude était probablement efficace au vu des premiers résultats empiriques accumulés. Cette attitude est significativement associée à une amélioration modérée des résultats thérapeutiques [3, 28-30]. Ces résultats sont également corroborés par les études sur l'efficacité de l'établissement de relations vraies, authentiques, dites « réelles » entre clients et thérapeutes dans le cadre de référence psychanalytique [31].

2.2.3 Le regard positif inconditionnel

La considération positive inconditionnelle (CPI), aussi appelée regard inconditionnellement positif, est définie par Rogers [11] ainsi : « C'est dans la mesure où il s'ouvre avec chaleur et authenticité à toutes les dimensions constitutives du vécu de son client, que l'intervenant fait l'expérience d'un regard inconditionnellement positif » [11] ou encore

> Lorsque le thérapeute fait l'expérience d'une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce qui est dans son client, cela facilite le changement. Cela implique que l'intervenant admette réellement que le client soit le sentiment qui le traverse à ce moment-là – peur, confusion, douleur, orgueil, colère, haine, amour, courage ou terreur religieuse. Cela veut dire que l'intervenant se soucie de son client, mais pas de façon possessive, qu'il l'apprécie dans sa totalité plutôt que de façon conditionnelle. Je veux dire par là qu'il ne se contente pas d'accepter le client lorsqu'il a certains comportements et les désapprouve lorsqu'il en a d'autres. Il s'agit d'un sentiment positif qui s'extériorise sans réserve ni jugement [32, p. 45].

Plusieurs concepts proches les uns des autres sont donc inclus dans la CPI : la chaleur, l'acceptation, le respect, l'absence de jugement et l'inconditionnalité. Être chaleureux signifie être capable d'éprouver des sentiments positifs (attention, affection, intérêt, respect…) envers son client, quel que soit ce qu'il exprime ou vit, « sans possessivité ni égoïsme » [11, p. 259]. Il s'agit aussi d'accepter chaque aspect du client : « (…) une acceptation sans préalable, sans arrière-pensée tel que « Je ne vous aime que si vous êtes comme ci, et comme ça ». (…) [il s'agit d'une] forme d'ouverture à l'autre… » [11, p. 259].

> Il implique que les sentiments négatifs du client – le « mal », la douleur, la peur, le repli sur soi, l'anormalité – soient acceptés au même titre que ses sentiments positifs – le « bien », la maturité, la confiance, le sens social –, que ses contradictions internes le soient au même titre que ses témoignages d'équilibre » [11, p. 259].

Il est utile de noter qu'accepter ne signifie pas approuver. Dans l'acceptation, on signifie qu'on accepte le client comme il est, quels que soient ses valeurs, ses opinions, ses vécus ou ses expériences. *A contrario*, approuver est une attitude de jugement de valeur; on est

d'accord avec ce que l'autre exprime, dit, vit. Ainsi, l'acceptation est de l'ordre de la compréhension sans jugement d'ordre moral.

> Le rôle de la personne aidante n'est pas d'avoir un avis sur ce qui est dit, de penser qu'une situation est bien ou mal, mais plutôt de comprendre l'histoire du patient, son mode de comportement, son ressenti, et cela dans le but de l'accompagner et de favoriser son développement [6, p. 55].

Quant au respect, il s'agit d'un sentiment qui se manifeste à travers des comportements, des attitudes comme par exemple écouter, ne pas couper la parole ou encore utiliser un langage personnalisé, adapté au client. Le respect, c'est aussi croire en la dignité d'une personne, croire qu'elle est unique, qu'elle a le droit de choisir et qu'elle a les ressources, le potentiel pour surmonter ses difficultés [33]. En lisant cette définition, on se dit probablement qu'une telle forme de respect n'est pas réaliste, qu'on ne peut pas tout accepter du vécu d'une autre personne. Prenons l'exemple d'un homme qui vient d'être condamné parce qu'il a tué sa femme grabataire (ou son patron harceleur). On ne peut bien sûr pas approuver qu'un être humain exprime ses limites et sa colère de cette façon. On peut par contre reconnaître le(s) besoin(s) de cet homme sur le plan émotionnel (par exemple, besoin de contrôle dans une situation où il se sentait impuissant, en colère et épuisé) ; il s'agit d'un besoin fondamental que possède tout être humain. Le respect doit donc porter sur la personne, ses besoins et ses droits fondamentaux et non sur ses comportements et ses actes.

« L'absence de jugement » est similaire à l'acceptation. Ainsi Bioy et Maquet reprennent : « Nous passons notre vie à recevoir des évaluations. Le bébé, l'enfant, l'adolescent, entend des « c'est pas gentil », « ce n'est pas bien », « on ne t'a donc rien appris ? », « où avais-tu la tête ? », « tu aurais pu y penser », « tu aurais pu réfléchir », « tu es méchant », « tu peux mieux faire », « ça mérite un zéro », « tu n'es pas sage », « tu es ridicule » ; puis, adulte, « ce n'est rien », « arrête de dramatiser », « tais toi », « tu es nul ». L'adulte continue à recevoir des jugements dans un système professionnel [*ou familial*, ajouté par l'auteure] organisé sur l'évaluation des compétences, du comportement, de la conformité à la culture d'entreprise et de la société, de l'atteinte des objectifs, système finalement très proche du système scolaire. Nous prenons parfois nous-mêmes le relais de ce mode de pensée, à tout propos : « je suis nul », « je suis trop bête », « je suis c… », « je ne devrais pas », « je suis un raté », « quel imbécile », « comment j'ai pu », etc. Le jugement ne peut pourtant pas trouver place satisfaisante dans la pédagogie, la relation d'aide ou de soin et *a fortiori* dans le processus thérapeutique. Qu'il soit positif ou négatif, il représente une menace pour le client et entrave la possibilité de changement. » [6, pp. 54-55]. Lorsqu'on parle d'absence de jugement, il faut quand-même signaler qu'il est impossible de ne pas juger autrui. Ainsi par exemple, si un chirurgien en burnout m'avoue avoir bu le matin d'une grosse opération et avoir mis la vie de son patient en danger, je vais immanquablement en penser quelque chose. Vraisemblablement, je trouverai ce comportement *a minima* inadéquat, peut-être même criminel. Notre système perceptif fonctionne sur base de catégorisations et donc de jugements et de classements. La CPI implique donc de conscientiser les jugements que nous portons sur autrui et de veiller à les mettre de côté. En fait, il y a fort à penser que le chirurgien pense aussi que c'est « inadéquat », « non professionnel » etc. En effet, il me dit « m'avouer que », laissant suggérer qu'il se sent coupable. L'intervenant de l'aide n'est ni un juge ni un censeur moral ou religieux. Il est là pour comprendre le sens du comportement, ce qui le sous-tend, l'explique (sans excuser, ni approuver). Il peut donc se centrer sur la personne et le vécu

exprimé et tenter de reformuler quelque chose comme « si je comprends bien, vous avez eu *besoin* de boire avant cette opération (tentative d'explication) et *vous trouvez* en même temps cela inadéquat et dangereux (son cadre de référence) ». Petit à petit, il est possible qu'on découvre ensemble que s'alcooliser est devenu sa stratégie pour se calmer, gérer son stress, se donner « du courage », diminuer les tremblements… à défaut d'avoir trouvé d'autres solutions de régulation émotionnelle, que c'est devenu une habitude dont il est dépendant. On commence à identifier l'ambivalence et la complexité de ce qui sous-tend le comportement initialement jugé « dysfonctionnel ».

S'il nous arrive d'exprimer un jugement, de faire une évaluation ou donner une interprétation, nous devrions alors le faire de manière réfléchie, en toute conscience de l'impact que ces jugements auront sur le client et la relation entretenue avec lui et aussi de nous en attribuer la responsabilité de manière explicite, tout en laissant la liberté au client de se départir de ce jugement (par exemple, « Quand j'entends que vous avez réalisé cette opération sous l'influence de l'alcool, *je ressens* un inconfort, une crainte à la fois pour vous, mais aussi pour votre patient, à cause des conséquences possibles. Je sens que *j'ai besoin* de comprendre ce qui vous amène à boire dès le matin. » (voir donc la transparence du thérapeute et ses conditions d'utilité). Ces lignes de conduite correspondent aux principes de la communication non violente [e.g., 34].

Enfin, la CPI devrait être inconditionnelle, dans le sens que la personne aidante ne pose pas de limites à l'acceptation de l'autre. A l'instar des autres attitudes, la CPI n'est pas une affaire de tout ou de rien, même si l'expression « regard *inconditionnellement* positif » voudrait suggérer une idée d'absolu. En fait, au cours d'une relation, l'intervenant devrait être amené à porter le plus souvent possible une CPI de son client. Parfois, la considération sera positive et parfois elle sera négative et donc dans ces deux cas, elle sera « conditionnelle » [11]. L'important sera surtout de réaliser lorsque la CPI fait défaut et pourquoi.

Maintenir une CPI générera chez le client un sentiment de sécurité et de liberté d'expression, de pouvoir être ce qu'il est avec toutes ses facettes. Ceci implique que le thérapeute reflète de la même façon et avec le même poids les sentiments et vécus du client. Le thérapeute ne minimise pas et n'exagère pas les sentiments et les vécus. Par exemple, il fait clairement la différence entre les sentiments d'irritation, de colère ou de rage chez un client. Par ailleurs, le thérapeute distingue également les diverses tonalités et ne les confond pas (se sentir honteux est différent de se sentir coupable). La CPI répond au besoin universel de considération positive (chaleur, accueil, sympathie, amour) venant des autres et elle permet le développement de la considération positive de soi. En effet, lorsque la considération de l'autre est conditionnelle, on « aime » l'autre mais avec des conditions ; un jugement est donné par des personnes-critères, ce qui implique que celles-ci apprécient certains aspects et pas d'autres chez l'autre, l'amour et l'attention donnés procèdent donc à une sélectivité. C'est ainsi qu'une personne développera également une considération sélective d'elle-même et se constituera, sur base de critères extérieurs (par exemple, les parents, les lois, ce que les autres disent, le regard d'autrui) un self idéal particulièrement incongruent à son propre ressenti.

Les recherches ont aujourd'hui montré de manière consistante que le soutien et le regard positif sont des éléments essentiels de l'efficacité thérapeutique [35]. La chaleur exprimée par le thérapeute est substantiellement et de manière consistante associée aux effets positifs thérapeutiques (Norcross, 2002, cité dans Elliott & Freire, 2007). Il est donc établi qu'il est essentiel que le thérapeute soit chaleureux, patient et qu'il respecte le rythme du client (ni trop

vite ni trop lentement). Dans les cas contraires, la thérapie est contreproductive et on observe même une détérioration de la santé mentale du client. De même, chez les thérapeutes, les comportements critiques, contrôlants ou négligents sont significativement associés à de mauvais résultats thérapeutiques (Watson, 2007). Ne pas maintenir une CPI indique l'arrogance du thérapeute et une position hiérarchique qu'il considère supérieure, dévalorisant alors le client, ou signifiant qu'il serait un meilleur expert du client que le client lui-même.

3. Interdépendance des attitudes thérapeutiques et illustration

Les attitudes thérapeutiques centrées sur la personne sont interdépendantes. L'empathie et la considération positive inconditionnelle ne peuvent être vécues qu'en étant « vrai » ou « congruent » ou « authentique » et présent à l'autre. En effet, si un intervenant n'est pas conscient de l'expérience qu'il est en train de faire, ou s'il ne réalise pas qu'il n'est pas empathique ou qu'il n'accorde pas son attention à l'autre, ou encore s'il ne perçoit pas ce que le client suscite en lui (par exemple, des valeurs communes ou divergentes), sa communication contiendra inévitablement des messages contradictoires. Logiquement, en ce qui concerne l'empathie exprimée, l'intervenant pourrait, dès lors, dire ou prononcer des mots qui donnent un message (« je vous écoute, je comprends… »), mais en même temps communiquer par son attitude non verbale ou par des attitudes plus subtiles ou implicites par exemple qu'il s'ennuie ou ne s'intéresse pas à la personne. En ce qui concerne le respect ou la considération de l'autre, l'intervenant qui n'identifie pas ses propres valeurs et cadres de référence personnels, enverra le message explicite qu'il respecte le client mais communiquera aussi implicitement (sans s'en attribuer la propriété et responsabilité) ou explicitement (par exemple en invitant le client à suivre ses conseils) ses propres jugements de valeur. Ces doubles messages ne peuvent manquer de rendre le client confus et méfiant vis-à-vis de l'intervenant, même si le client ne réalise pas consciemment (lui non plus) que c'est dû à cela. Le client pourrait donc ne plus se sentir en sécurité et avoir tendance à ne plus se sentir libre de s'investir dans la relation d'aide et par exemple d'explorer les endroits (éventuellement difficiles) de sa personne.

La présence et les attitudes thérapeutiques sont des idéaux que le thérapeute n'atteint que partiellement. Leur interaction répond par exemple aux questions relatives à la gestion des émotions fortes ou de l'ennui du thérapeute en proposant qu'elles sont normales, habituelles, inévitables et même *une source d'information fondamentale sur le processus thérapeutique* [36]. Les émotions du thérapeute sont loin d'indiquer qu'il « a un problème » [36]. En fait, on a principalement appris depuis Rogers que les ratés dans le fait d'atteindre les standards décrits n'étaient pas seulement inévitables mais étaient probablement un des meilleurs moteurs du changement thérapeutique: ce sont les *réparations des ruptures relationnelles* qui semblent être les facteurs cruciaux du processus thérapeutique [37]. Etre un thérapeute efficace implique d'être bon aux réparations des ruptures relationnelles et veiller à ce qu'elles ne soient pas trop fréquentes ou trop sévères [36]. Ceci nécessite d'atteindre à un niveau minimum les trois attitudes thérapeutiques : l'empathie pour comprendre ce qui suscite chez le client la rupture, la congruence pour sentir et conscientiser chez le thérapeute si ses comportements, attitudes, valeurs ont généré une friction relationnelle en lui ou chez le client et la CPI afin que le thérapeute puisse accepter les changements, ambivalences et résistances du client.

4. Illustration concrète de l'interdépendance des attitudes thérapeutiques

Imaginons que je reçoive en consultation une maman. Elle est complètement épuisée et se sent impuissante face aux difficultés de son enfant (ayant par exemple une maladie chronique, des difficultés scolaires ou comportements agressifs, de l'inattention). Elle a négligé, voire giflé son enfant de 5 ans. Elle se sent vraiment coupable et n'en peut plus. Elle a des idées noires et très dévalorisantes sur elle-même, « je suis une mauvaise mère », « je n'y arriverai jamais », « je devrais aimer mon enfant, nous l'avons tellement voulu et pourtant je sens que je n'ai plus aucune patience, dès qu'il pleure, ses cris sont devenus insupportables et j'ai envie de l'envoyer valser par la fenêtre, il faut que cela cesse ! » ou encore « si j'étais morte, ce serait mieux pour lui, avec ce que je lui fais subir, il va sûrement en garder des traces toute sa vie et je serai responsable de son mal-être ; c'est maintenant que tout se construit pour son futur ».

Lorsque j'entends (ou que je relis) ces phrases, cela m'impacte. Lorsque j'examine ce qui se passe en moi (authenticité-composante de conscientisation), je me rends compte que j'ai des idées et des valeurs qui résonnent en moi pour chacune de ces phrases. Je ressens certains sentiments. Par exemple, j'ai peur, je ressens le danger à la fois pour elle, toute sa détresse et je m'imagine être à la place de l'enfant qui s'est fait gifler. Je me sens aussi impliquée de devoir *faire* quelque chose pour eux puisqu'on me demande de l'aide. Je me demande où est le père dans tout cela. Il est important que je sache « c'est quoi pour moi être une mauvaise mère, c'est quoi la négligence ou la violence pour moi ? » De manière évidente, si je suis ou ai été mère, mon expérience personnelle avec mon ou mes enfants, ma manière d'envisager ce rôle, ses tâches, les valeurs qui sous-tendent cette identité, vont résonner lors de l'écoute de cette maman-là et m'amener à juger, penser, ressentir des choses en comparaison à ce que cette mère-là vit, que ce soit divergent ou concordant. Même si je n'ai pas eu d'enfant, j'ai été un enfant et je sais ce qui m'a plu et déplu dans les relations avec mes parents, avec ma mère, comment ils ont interagi avec moi, ce qu'ils m'ont apporté ou aussi comment moi j'ai été leur fille. Les ai-je poussés à bout ? Ai-je été giflée ? J'ai aussi une opinion sur la gravité, pour moi, de formes de négligence. Est-ce que laisser un enfant pleurer 10 min sans aller voir et le prendre dans les bras est un signe de négligence ou non ? Est-ce que ne pas jouer avec lui à la demande ou encore est-ce que le laisser seul pendant 3 heures ou le punir en l'enfermant dans la cave dans l'obscurité est grave ? Comment je perçois une gifle ? Est-ce inacceptable de frapper un enfant ? Est-ce acceptable dans certaines conditions ? Est-ce même parfois utile pour contrôler ses fureurs ? Ce qui est violent pour moi, mes limites vis-à-vis de la violence physique ou psychologique sont très probablement différentes de celle de cette maman (prise de perspective). Si mes parents ont eu des attitudes et des gestes violents à mon égard, peut-être vais-je trouver qu'il faut absolument empêcher cette maman de faire du mal à son enfant, qu'il faut le sauver (que je le sauve). Si c'est le cas, je vais avoir tendance à quitter le mode de compréhension empathique de ce que la maman vit quand elle est dépassée et je deviens la protectrice de l'enfant (son sauveur). Si j'ai moi-même peur de la mort et crois que les idées noires sont un signe que la maman va passer à l'acte ou qu'elle est « folle », que je crains trop vite, trop fort que cette maman ne se suicide, je vais mettre en place très rapidement des solutions toutes faites qui ne tiendront pas compte du sens de sa détresse et sa demande d'aide. Ainsi, dans tous les cas, le vécu et les actes exprimés par la maman entrent en résonnance avec les miens. Lorsque je développe ma congruence, celle-ci me permet de me

différentier (voir prise de perspective de l'empathie) et de me centrer sur la maman en respectant et essayant de comprendre son propre vécu, sans jugement du bien ou du mal de ses perceptions et ressentis (CPI, non-jugement, respect). Je peux essayer de comprendre, reconnaître et accepter sans jugement ce qu'elle vit dans toute sa complexité. Ainsi, avant de pouvoir être vraiment empathique, nous avons besoin d'être congruent, ce qui nous permet d'être et rester respectueux, chaleureux, non jugeant (respect positif inconditionnel) et donc au plus proche d'une vraie empathie, qui pourra alors être exprimée au plus juste de l'expérience vécue par la maman (précision empathique) et aussi perçue par celle-ci (empathie perçue).

On ne peut être réellement empathique qu'en étant congruent, authentique, en développant notre considération, notre regard positif inconditionnel de l'autre. Il nous faut développer notre capacité à écouter mais aussi à nous écouter, à exprimer sans jugement, le nôtre, et donc respectueusement et chaleureusement ce que l'autre vit. Cela signifie aussi aller au rythme de l'autre, ni trop vite ni trop lentement. L'intervenant qui développe les trois attitudes thérapeutiques d'authenticité, de regard positif inconditionnel et d'empathie devra donc développer un ensemble de compétences qui impliquent des composantes motivationnelles, attentionnelles, observationnelles, de régulation émotionnelle, d'introspection, de verbalisation, de flexibilité cognitive et d'adaptation.

5. Conclusion pour le suivi des personnes souffrant d'épuisement et de burnout

Les attitudes relationnelles sont essentielles dans la prise en charge des personnes en souffrance en général et en particulier celles souffrant de burnout, notamment parce que ces dernières ont des attentes particulièrement élevées vis-à-vis d'elles-mêmes dans leur rôle professionnel, parental ou de proche aidant (voir chapitres 4 à 6 et 10). Elles veulent être de bons professionnels, les meilleurs parents pour leur enfant ou encore des proches soutenant sans réserve la personne dépendante. Elles assument ou essaient d'assumer leur rôle en pensant que les besoins de leur entreprise, enfant ou proche, doivent forcément être satisfaits et qu'elles sont « logiquement » les mieux placées pour y répondre : c'est leur rôle. Cela semble logique que les employés, parents ou proches jouent un rôle permettant aux entreprises, enfants et proches de se développer le mieux possible. Cependant, dans notre culture, les exigences qu'ils se mettent, cette manière d'envisager le soutien, l'investissement et l'aide, amènent certaines personnes à penser qu'il est tout à fait normal et logique de faire passer les besoins de leur entreprise, enfant ou proche avant les leurs (voir chapitre 10 sur le perfectionnisme). Ces croyances les amènent alors à concrètement, systématiquement, faire passer les besoins des autres avant les leurs pour être un « bon » employé, parent ou aidant. En d'autres termes, ils se sacrifient et se font passer après. Or, ce qui est le plus naturel, c'est d'abord de se préserver soi, prendre soin de soi avant de prendre soin des autres, fussent-ils dépendants [38]. Sans y porter une attention suffisante, les personnes s'épuisent en répondant à ce qu'ils croient être les besoins de leurs entreprise, enfant ou proche et se culpabilisent ou sont honteux lorsqu'ils disent « non » ou n'y répondent plus pour satisfaire leurs propres besoins de repos, de répit, d'accomplissement personnel.

Il est donc essentiel de bien comprendre les besoins fondamentaux qui sont remplis par les clients ayant ces exigences, vis-à-vis d'eux-mêmes, et qui s'y épuisent, les amenant à se désinvestir et se désengager pour se protéger, et se préserver. C'est en ayant une écoute

active, qui va au-delà des comportements posés ou observés ou encore des cognitions parfois étiquetées comme « dysfonctionnelles », que l'on peut réellement comprendre ce qui se joue pour une personne épuisée et quelles pistes de solution elle pourra trouver ou on pourra proposer pour sortir du burnout.

6. Références bibliographiques

1. Zech, E., *Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique? Une synthèse des évaluations critiques réalisées 50 ans après l'article de Carl Rogers publié en 1957.* Approche Centrée sur la Personne, 2008. **2**(8): p. 31-49.
2. Norcross, J.C., ed. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. 2002, Oxford University Press: New York.
3. Norcross, J.C., ed. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to clients*. 2nd ed. 2011, Oxford University Press: New York.
4. Norcross, J.C. and M.J. Lambert, *Psychotherapy relationships that work III.* Psychotherapy, 2018. **55**(4): p. 303-315.
5. Elliott, R., et al., *Empathy.* Psychotherapy, 2011. **48**(1): p. 43-49.
6. Bioy, A. and A. Maquet, *Se former à la relation d'aide*. 2003, Paris: Dunod.
7. Zech, E., *L'entretien d'aide: Apprentissage aux compétences d'aide relationnelles et communicationnelles de base (Syllabus de l'unité d'enseignement LPSP1308) (https://moodleucl.uclouvain.be/course/view.php?id=7786)*. 2018, Université catholique de Louvain Louvain-la-Neuve.
8. Jaeken, M., L.L. Verhofstadt, and N. Van Broeck, *Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie ? Brève mise à jour scientifique.* Bulletin de psychologie, 2015. **537**(3): p. 237-242.
9. Norcross, J.C. and M.J. Lambert, *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. 2019, New York, NJ: Oxford University Press.
10. Rogers, C.R., *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.* Journal of Consulting Psychology, 1957. **21**: p. 95-103.
11. Rogers, C.R., *Les conditions nécessaires et suffisantes d'une modification thérapeutique de la personnalité*, in *L'approche centrée sur la personne*, C.R. Rogers, Editor. 2001, Editions Randin: Lausanne. p. 253-269.
12. Horvath, A.O., et al., *Alliance in individual psychotherapy*, in *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.*, J.C. Norcross, Editor. 2011, Oxford University Press: Oxford. p. 25-69.
13. Fluckiger, C., et al., *The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis.* Psychotherapy (Chic), 2018. **55**(4): p. 316-340.
14. Shirk, S., R. and M. Karver, S., *Alliance in child and adolescent psychotherapy*, in *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.*, J.C. Norcross, Editor. 2011, Oxford University Press: Oxford. p. 70-91.
15. Karver, M.S., et al., *Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy.* Psychotherapy, 2018. **55**(4): p. 341-355.
16. Friedlander, M.L., et al., *Meta-analysis of the alliance–outcome relation in couple and family therapy.* Psychotherapy, 2018. **55**(4): p. 356-371.
17. Rogers, C.R., *A way of being*. 1980, Boston, MA: Houghton-Mifflin.
18. de Waal, F., *L'âge de l'empathie: Leçons de la nature pour une société solidaire*. 2009, Lonrai: Les liens qui libèrent.
19. Mucchielli, R., *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*. 20e ed. 2009, Issy-les-Moulineaux: ESF Editeur.
20. Guittet, A., *L'entretien. Techniques et pratiques* 7e ed. 2008, Paris: Armand Colin.

21. Halamish, L.D., *Dealing with death : Communication and body language workshop.*, in *Association for Death Education and Counseling (ADEC) 32nd conference : Dying, Death, and Bereavement : It's all about stories*. 2010, April: Kansas City, MI.
22. Elliott, R., et al., *Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis.* Psychotherapy, 2018. **55**(4): p. 399-410.
23. Bohart, A.C., et al., *Empathy*, in *Psychotherapy relationships that work: Therapist constibutions and responsiveness to patients*, J.C. Norcross, Editor. 2002, Oxford University Press: New York. p. 89-108.
24. Watson, J.C., *Reassessing Rogers' necessary and sufficient conditions of change.* Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 2007. **44**(3): p. 268-273.
25. Farber, B.A., *On the enduring and substantial influence of Carl Rogers' not-quite necessary nor sufficient conditions.* Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 2007. **44**: p. 289-294.
26. Rogers, C.R., *Client-Centered Therapy: A current view*, in *Progress in psychotherapy*, F. Fromm-Reichmann and J. Moreno, Editors. 1956, Grune and Stratton: New York. p. 199-209.
27. Lietaer, G., *Authenticity, congruence and transparency*, in *Beyond Carl Rogers*, D. Brazier, Editor. 1993, Constable and Company: London. p. 17-46.
28. Norcross, J.C. and B.E. Wampold, *Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices.* Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 2011. **48**(1): p. 98-102.
29. Kolden, G.G., et al., *Congruence/genuineness.* Psychotherapy, 2011. **48**(1): p. 65-71.
30. Kolden, G.G., et al., *Congruence/genuineness: A meta-analysis.* Psychotherapy, 2018. **55**(4): p. 424-433.
31. Gelso, C.J., D.M. Kivlighan Jr, and R.D. Markin, *The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis.* Psychotherapy, 2018. **55**(4): p. 434-444.
32. Rogers, C.R., *Le développement de la personne*. 1998, Paris: Dunod.
33. Tremblay, L., *La relation d'aide: Développer des compétences pour mieux aider*. 2008, Québec, Canada: Chronique Sociale.
34. Rosenberg, M.B., *La communication nonviolente au quotidien*. 1983/2003, Saint-Julien-en-Genevois, France: Jouvence éditions.
35. Farber, B.A., J.Y. Suzuki, and D.A. Lynch, *Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review.* Psychotherapy, 2018. **55**(4): p. 411-423.
36. Wachtel, P.L., *Carl Rogers and the larger context of therapeutic thought.* Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 2007. **44**: p. 279-284.
37. Safran, J.D. and J.C. Muran, *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. 2000, New York: Guilford Press.
38. Skovholt, T.M. and M. Trotter-Mathison, *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions*. 3rd ed. 2016, New York: Routledge.