

Philippe Aïm

Écouter, parler : soigner

La communication soignant-soigné
au cœur de la pratique



Vuibert

Dr Philippe Aïm

Écouter, parler : soigner

**La communication
soignant/soigné
au cœur de la pratique**

Vuibert

Livres du même auteur :

Avec Alicia Sandon, Je désature (éditions Marabout, 2018)

Face au harcèlement scolaire : La méthode pour aider l'enfant à s'en sortir (éditions Marabout, 2021)

Retrouver le sommeil dans se prendre la tête (Livre audio Lizzie et First éditions, 2021)

L'hypnose en situation d'urgence (éditions Vuibert, 2021)

L'hypnose, ça marche vraiment ? (éditions Marabout, 2017)

Adaptation de la maquette et mise en pages : Camille Carlos

Couverture : Primo & Primo

ISBN : 978-2-311-66548-2

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit aux ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

© Octobre 2025, Éditions Vuibert –
5, allée de la 2^e DB, 75015 Paris

www.vuibert.fr

Vuibert s'engage
durablement
pour l'environnement



Le Dr Philippe Aïm est psychiatre et psychothérapeute.

Après des études à Lyon, un internat en Lorraine et un début de carrière hospitalo-universitaire comme chef de clinique au CHU et à la faculté de médecine de Nancy, il a exercé comme praticien hospitalier dans différents milieux de psychiatrie : unités d'hospitalisations ouvertes ou fermées, psychiatrie de liaison, psychiatrie pénitentiaire, centre médico-psychologique, centre de ressources sur les violences sexuelles, consultations de psychothérapie, etc. Il consulte maintenant en ville à Paris.

Spécialisé en hypnose et en thérapies brèves, formateur et conférencier, il est le fondateur de l'Institut UTHyL (Institut pour l'Utilisation des Thérapies brèves et de l'Hypnose en Lorraine) au sein duquel il forme chaque année dans toute la France de nombreux soignants à ces approches, ainsi qu'à d'autres sujets : psycho-traumatisme, crise suicidaire et bien sûr harcèlement scolaire avec la méthode qu'il promeut dans ses ouvrages et formations. Former les soignants à toujours mieux communiquer avec les patients est son premier objectif en tant que formateur : assez naturellement « Ecouter, parler : soigner » est son premier ouvrage dont la première édition date de 2015.

REMERCIEMENTS

Merci aux éditeurs Vuibert (que m'avait présentées Joëlle Mignot), pour leur confiance et notamment à Nissa Bernard qui m'a accompagné dans l'aventure. Grâce à vous, ces quelques pages ont trouvé des lecteurs depuis 10 ans déjà et je suis très reconnaissant de cette opportunité d'une seconde édition.

À Samuel, petit au moment de la première édition, devenu bien plus grand et qui éclaire mon existence de la lumière du sens.

À Léa et Benjamin : la preuve que le temps passe vite, c'est que vous n'étiez pas là (hier matin?) quand ce livre est sorti pour la première fois.

Merci à ma famille qui a cru toujours en mes ressources.

Merci à celles et ceux, amis ou famille, qui ont relu ces chapitres pour m'éclairer de leurs corrections et suggestions.

Merci à mes maîtres, ceux à l'écrit et ceux à l'oral, qui, en plus de leur présence en bibliographie, se seront sûrement reconnus dans certains propos du livre, voire auront eu l'impression de s'entendre ! Vous m'avez appris l'hypnose et les thérapies brèves, ce qui a tout changé dans ma pratique. Je vous dois l'essentiel de ce que j'ai rassemblé ici et la base de ce qui y est nouveau.

Merci aux étudiants ou élèves passés, présents, futurs à qui j'ai eu l'honneur de causer, des amphithéâtres de la fac aux écoles de formation, des hôpitaux aux salles de cours et de réunion. Merci bien sûr à tous ceux de l'institut UTHyL. C'est particulièrement pour vous, et suite à nos échanges, que j'ai décidé d'écrire et vos retours m'ont constamment encouragé. Merci aux formateurs de l'institut UTHyL qui se sont appropriés ces notions et les transmettent à leur tour !

Merci bien sûr à toi, lecteur. Quoi que tu penses de ce livre, si tu as décidé de te le procurer et le lire, c'est qu'il t'importe d'améliorer la qualité de la relation avec le patient pour mieux l'aider. Merci donc de partager cet horizon avec moi.

Merci enfin à mes patient(e)s, car c'est vous qui m'apprenez mon métier chaque jour. Vous avez aussi, sans le savoir, écrit une bonne partie de ces textes, car comme le disait Erickson : « *Vous savez toujours plus que vous savez que vous savez.* »

« *Ce qui est simple est faux, ce qui est complexe est inutilisable.* »

Paul Valéry

« *Whatever works.* »

Woody Allen

« אבראכדברא »

(*Abracadabra*)

Talmud de Babylone

LE MOT DE L'AUTEUR

« Seul le savoir que vous utilisez reste gravé dans votre esprit. »

Dale Carnegie

On considère qu'un des premiers livres de ce qui allait devenir « le développement personnel » (ce domaine où l'on trouve du bon et du pire) a été écrit il y a quasiment un siècle. Ce livre est réédité régulièrement et se vend encore. Et ce n'est pas tant qu'à chaque réimpression il occuperait toute la place dans la presse ou les salons littéraires : il n'est pas l'objet d'une immense promotion. Son auteur, Dale Carnegie, est décédé depuis longtemps, mais de façon régulière, des lecteurs se lancent dans sa lecture. C'est un best-seller du 20^e siècle cumulant ses ventes avec le temps.

Pourquoi ? Probablement parce que ce livre s'intitule « *Comment se faire des amis ?* ». S'il y a bien une chose que j'ai comprise en m'intéressant aux soins, puis à l'hypnose, au harcèlement et plus généralement aux relations en période scolaire, c'est que c'est un sujet fondamental pour les humains en général, depuis leur enfance et toute leur vie : comment avoir de bonnes relations et les maintenir ? Comment être fiable et compter sur les autres ? Comment connaître et profiter de cette merveilleuse capacité humaine qu'est l'amitié et qui apporte tant dans une vie ? Le livre – ou au moins le sujet abordé par Carnegie – ne pouvait que plaire, et avec régularité...

Je n'écris pas de développement personnel, et mon livre ne s'est évidemment pas vendu à des millions d'exemplaires. Mais, modestement, à une toute petite échelle – celle d'un guide de communication écrit pour les soignants qui, lui aussi, vise à améliorer les relations... mais entre soignant et soigné, pour qu'elles soient plus simples et profitables pour tous les protagonistes – le phénomène a été aussi une vente régulière.

Les ventes de la première édition de ce livre n'ont pas explosé à la parution avant de se tarir. Mais, modestement et avec régularité, ce livre s'est diffusé de manière à peu près identique chaque année auprès de lecteurs qui en ont trouvé un usage dans leur pratique soignante et qui le conseillent à des collègues.

Il est devenu un « ouvrage de référence » pour certains de ses lecteurs, non pas au sens d'une source unique, ou qui s'impose de façon absolue dans le domaine – ce n'en est aucunement la prétention ! – mais plutôt au sens d'un livre « auquel on se réfère », que l'on consulte de temps à autre, ici ou là, pour en prendre une information et surtout l'appliquer concrètement à la relation de soin.

Chaque année, depuis 10 ans, je partage donc régulièrement par ces mots, avec des soignants de tous horizons, cette envie de communiquer et soigner toujours le mieux possible. J'en suis infiniment reconnaissant.

La possibilité d'une seconde édition, revue et corrigée, me donne la merveilleuse opportunité de continuer ce partage, et même de tenter de l'améliorer un peu.

Je ne pouvais espérer mieux.

Dr Philippe Aïm

« Le moment le plus redoutable est celui qui précède celui où on s'y met. »

Stephen King

Pourquoi ce livre ?

« Avez-vous un livre à nous conseiller qui reprendrait de façon synthétique les notions de communication dont vous avez parlé ? » Question que l'on m'a posée à la fin de nombreux cours ou formations. Et à chaque fois la même réponse : « À ma connaissance, hélas, non. »

Depuis quelques années, je suis psychiatre et psychothérapeute et exerce de nombreuses fonctions d'enseignement. Au sein de l'Institut UTHyL¹ et dans d'autres institutions, j'enseigne l'hypnose et les thérapies brèves, à des soignants de tout horizon et de toutes pratiques. J'ai enseigné la psychiatrie, des notions les plus générales aux plus spécialisées, au sein de la fac de médecine, dans des écoles de soins infirmiers, d'ergothérapie, de sages-femmes, etc.

En tant qu'enseignant, je vis cette expérience récurrente : ma pratique des thérapies brèves (thérapies qui mettent la qualité de la communication au centre de leurs préoccupations et dont nous parlerons dans les premiers chapitres) m'a toujours poussé à inclure dans mes cours des notions sur une *communication plus efficace* entre soignant et soigné.

Par communication, j'entends tous ces moments d'échange avec le patient, toute cette part *non technique* du soin, tout ce qui sert de support à la relation soignant-soigné dans le but de la rendre la plus aidante, la plus bienveillante possible. La communication, c'est aussi parfois l'unique moyen thérapeutique quand sont abordées les souffrances psychologiques.

Comment écouter et parler afin de soulager ? Comment rendre la relation efficiente et porteuse d'espoir ? Comment écouter sans passivité ? Créer une relation de confiance ? Voire mener une thérapie de soutien ?

Une communication efficace facilite l'observance thérapeutique, la confiance envers le soignant, l'apaisement de l'anxiété, la gestion des crises et des patients dits « difficiles », le déroulement des soins dans un cadre plus serein... et donc, pour le thérapeute, la réduction du stress et davantage de confort.

J'apprécie toujours constater à quel point ces outils d'écoute, de parole et de relation thérapeutique suscitent intérêt et questions. Et autant, voire peut-être plus, auprès

1. Institut de formation à l'hypnose et aux thérapies brèves dont je m'occupe depuis 2012.

des « non-psys ». Néanmoins, je suis toujours navré de ne pas pouvoir donner *une* source.

Il n'existe pas vraiment à ce jour, je crois, d'ouvrage accessible à tout soignant qui expliciterait de façon simple et pratique ces outils de communication efficaces et utilisables en de nombreuses circonstances afin d'améliorer la relation soignant-patient.

Certains ouvrages sont très riches sur le plan théorique mais s'avèrent un peu indigestes, notamment pour les lecteurs en recherche d'outils pratiques. Ils en tireraient donc seulement quelques principes utiles.

D'autres, plus pragmatiques, restent néanmoins des manuels de psychothérapie dans lesquels certains auront des réticences à se pencher ou ne trouveront d'utilité que dans quelques pages. D'autres encore sont rédigés dans un but ou sur un modèle psychothérapeutique précis, tels les livres sur l'entretien motivationnel, l'entretien en psychiatrie, l'entretien en TCC (thérapies cognitives et comportementales) D'autres enfin sont extrêmement généralistes pour donner de grandes notions sur l'empathie ou la qualité relationnelle aux soignants en herbe, mais ne donnent pas de mode d'emploi.

Il n'est ni facile ni forcément pertinent, pour la plupart des soignants, de se pencher dans de nombreux ouvrages pour n'en piocher que quelques extraits ou extrapoler leur outil spécifique à une autre situation, lire des milliers de pages pour n'en garder que quelques dizaines. Et il n'est pas non plus question que tout le monde devienne psychothérapeute à plein-temps.

Et pourtant, il existe des outils simples, efficaces, adaptables afin de mieux savoir communiquer. Et si ces outils étaient regroupés au sein d'un seul ouvrage ?

Il est alors vraisemblable que la relation soignant-soigné (dont les enseignants parlent aux futurs soignants pendant leurs études sans presque jamais leur donner d'outils concrets pour y faire face) y gagnerait en confort et en qualité.

Il me semblait donc important et même urgent de commencer ce travail d'écriture.

Ces outils, ces concepts, ces *simplifications utiles* ont été glanées dans divers livres et, par transmission orale, au sein de mes formations reçues. Ils ont été mis en pratique auprès de mes patients, parfois corrigés, affinés. Ils ont été enseignés, plusieurs fois, encore et encore, avec la conviction qu'il est possible de les transmettre de façon accessible.

Il serait important et précieux d'en savoir davantage sur la manière de mieux gérer la relation humaine dans les métiers du soin. La demande des étudiants, avides d'en savoir plus à ce sujet est d'autant plus criante qu'elle n'est pas prise en compte par le système d'enseignement.

Dans les études de santé, il nous est enseigné l'exigence déontologique de tout faire pour communiquer et entrer en relation avec empathie, informer avec éthique, créer une relation humaine, il nous est dit parfois que le thérapeute ne soigne *pas un organe mais un patient*, que le corps *et* la dimension psychologique doivent être pris en compte tant ils interagissent, qu'il faut pratiquer l'écoute active, etc. Oui, mais comment ? Combien d'heures passe-t-on à nous donner des cours de communication ? Combien de temps passe-t-on à nous expliquer comment se comporter face

à quelqu'un en souffrance ? Combien de cours sur la façon d'entendre la souffrance sans s'y noyer, sur la possibilité de redonner espoir, motiver, apaiser, etc. ? Un peu plus qu'auparavant... mais trop peu.

Parfois sont transmises tout au plus quelques notions. Depuis quelques années dans les facultés, des efforts plus importants ont été faits de la part des enseignants.

Mais les étudiants ont tendance à trouver les généralités trop peu pragmatiques et parfois bien impératives. Du genre *il faut* être empathique, *il faut* reformuler le propos du patient, *il faut* écouter la souffrance, *il faut* l'informer de façon *claire, loyale et appropriée*, *il faut* garder une *juste distance*...

Oui, mais comment ?

Pour les « psys », même histoire... en pire peut-être. Ils apprennent à *décrire et comprendre* le fonctionnement des individus, parfois même, des méthodes et des protocoles, mais rien, ou si peu, sur la façon d'aborder la personne, d'installer la confiance et la relation.

Les jeunes générations de soignants ont, je crois, de mieux en mieux entendu le message de la nécessité de soins respectueux et holistiques au détriment du paternalisme et de la *chosification* du patient et de son organe. Mais il existe une vraie demande sur l'attitude concrète à adopter, au-delà des principes bienveillants, bien traitants, bien-pensants.

En résumé, tout se passe mieux quand :

1. Je considère et écoute correctement le patient ;
2. Et surtout, j'ai *les moyens de lui faire passer le message* que je le considère et l'écoute correctement !

Écouter ET parler est le préalable à tout changement possible.

Ceux qui en savent plus sur la question l'ont souvent appris en se formant à la thérapie, de façon longue et coûteuse, mais ô combien profitable.

Les difficultés dans la relation soignant-soigné peuvent même être un sujet un peu honteux, et certains étudiants n'osent pas toujours dire leurs interrogations et embarras. Si la relation avec le patient est source de questionnements et parfois de souffrance est-ce *normal* ? *Suis-je normal* ? se demandent-ils.

Parfois, les étudiants rencontrent dans ce domaine des ressources auprès d'un ancien ou d'un enseignant attentif à la relation et en possession d'outils en plus des principes qui les ont inspirés. Mais, ils le savent aussi, c'est une exception qui confirme la règle.

En apprenant les thérapies HTB (hypnose et thérapies brèves), je me rendais compte que celles-ci avaient non seulement des *outils spécifiques* à proposer pour soulager, comme toute thérapie, mais qu'elles développaient également des *outils non spécifiques*, c'est-à-dire utilisables hors de leur champ théorique, visant à aider le thérapeute à *savoir quoi dire au patient*, des outils aidant à créer un cadre chaleureux et sûr et facilitant le changement. Et surtout des outils également utilisables en dehors des thérapies brèves ou de l'hypnose, des outils de thérapie utiles aux « psys » et tout autant aux autres !

À qui s'adresse ce livre ?

Le but de cet écrit est donc de permettre :

- aux **soignants « non-psys »** de savoir communiquer plus efficacement dans les situations, ordinaires ou moins faciles, de soin au quotidien, mieux gérer la part relationnelle, non technique de leur métier ; et/ou de savoir faire face à des situations jusqu'ici difficiles à aborder car en lien avec la souffrance psychique (qui leur semble parfois un peu *hors-champ* par rapport au travail technique habituel) ;
- aux **soignants « psys »** d'apprendre un peu de ce qu'ils auraient aimé savoir avant même toute idée de compréhension du psychisme ou de techniques de thérapie : Comment écouter ? Comment parler ? Comment communiquer et questionner ? Comment finalement *préparer le terrain et installer le cadre* pour que *quelque chose se passe* ?

Ce livre s'adresse donc (liste non exhaustive) :

- aux **étudiants en santé** qui découvrent dans leurs stages la relation humaine et son importance et voudraient apprendre à mieux la gérer ;
- aux **médecins généralistes** qui aimeraient mieux communiquer, même au-delà de la sphère « psy », et, sans psychiatriser, sans devenir un psychothérapeute à temps plein, mener une thérapie dite « de soutien » afin d'accompagner et apaiser les souffrances psychiques et psychosomatiques qu'ils rencontrent si fréquemment ;
- aux **médecins spécialistes** qui désirent, de la même façon, améliorer cette part non technique de son métier ;
- aux « **psys** » (-chologues/-chiatres/-chothérapeutes) désireux de connaître un peu mieux ce modèle de thérapie ainsi que les outils non spécifiques sur la relation intégrables à leur pratique quel qu'en soit le cadre théorique ;
- aux **infirmier(e)s** dans les blocs opératoires, salles de réveil, urgences, services hospitaliers et non hospitaliers ou en pratique libérale, qui veulent en peu de temps mettre le patient en confiance et éviter contre-attitudes et propos potentiellement stressants.

En somme **aux soignants en général**, (médecins, infirmières, kiné, ergo, sages-femmes, orthophonistes, etc.) intéressés par la relation humaine et la psychologie du patient, qui souhaitent découvrir des notions accessibles et pragmatiques sur le sujet.

J'ajouterai que des professionnels **non soignants travaillant au quotidien dans la relation d'aide** (travailleurs sociaux, éducateurs ou enseignants, par exemple) peuvent également bénéficier de ces techniques de communication efficace.

Deux catégories encore :

- **le soignant que la psychologie n'intéresse pas trop**, qui n'a pas forcément l'envie ni le temps pour s'y intéresser, qui voudrait bien que les psys s'adressent enfin à lui dans des mots compréhensibles, qui voudrait que cette dimension relationnelle soit plus simple et pas, comme parfois c'est le cas, encombrante et compliquée... ou qui n'est pas certain de percevoir ce que mieux communiquer peut amener !

Je relève le défi. J'aimerais lui dire, s'il en vient à lire ces lignes, que je suis d'accord : trop souvent le langage des psys est inaccessible. Or, « *ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement* » (Nicolas Boileau). Les formulations floues servent parfois à garder un privilège, voire à prendre une position de supériorité. Cette attitude exclut les

non-initiés d'une connaissance qui devrait être accessible à tous les soignants (tous ont affaire à la relation). Mais surtout un psy qui *sait* ou *croit savoir*, qui parle un langage inaccessible, exclut lui-même son patient et ce qu'il est venu lui apporter en le consultant¹.

Je fais donc le pari de rendre ces connaissances intéressantes, ludiques, accessibles et pragmatiques car, comme je l'affirme dans le chapitre suivant, elles appartiennent à tout le monde ;

- enfin **ceux qui pensent que la thérapie ou la communication interhumaine est une affaire de talent**, de charisme, de *don* naturel.

D'une part il y a **ceux qui pensent en être pourvu** et n'auraient pas besoin de plus, ils *savent y faire*. À ceux-là, je voudrais citer Georges Brassens : « *Sans technique, un don n'est rien qu'une sale manie.* » Être un meilleur communicant s'apprend également. Ainsi, ceux sachant déjà faire apprendront à mieux le faire (voir la métaphore de l'équipe de basket dans les chapitres suivants).

Et d'autre part il y a **ceux qui pensent, à l'opposé, n'être pas très bon en la matière** ou pas fait pour ça, ce n'est *pas leur truc*. Pour ce que ça vaut, je ne crois pas avoir un talent particulier. Pour savoir faire, j'ai appris et accumulé, et surtout je me suis entraîné auprès des patients. Je voudrais montrer que la communication thérapeutique s'apprend, comme le reste. Il n'y a rien de magique. Le prochain chapitre est donc aussi pour lui puisqu'il y est dit que la psychothérapie appartient à tout le monde et peut s'apprendre.

Bien sûr, la relation est à chaque fois unique, à chaque fois différente. Bien sûr, si chaque individu a une personnalité absolument singulière alors la rencontre de deux humains est toujours exceptionnelle. Bien sûr, la communication ne peut pas être faite uniquement de « recettes » rationnelles. Mais **ce n'est pas pour autant qu'il n'y a rien à en dire, rien à apprendre et rien de concret à mettre en pratique**. Même l'art, même l'improvisation, est l'apanage de ceux qui connaissent la technique et s'entraînent. Demandez à Picasso ou à Charlie Parker.

Comment est conçu ce livre ?

Les chapitres sont préférentiellement courts et émaillés autant que possible d'exemples et de dialogues qui illustrent les outils. Un récapitulatif termine chaque chapitre.

La **première partie** du livre permet de comprendre l'état d'esprit et la modalité relationnelle dans laquelle le thérapeute doit se placer pour que la relation se crée et que la confiance permette l'alliance. Avant d'agir, il est nécessaire de préparer le terrain. Vous apprendrez donc un certain nombre de principes nécessaires à l'application des outils.

La **deuxième partie** du livre présente des outils pratiques et utilisables, surtout si le lecteur s'est saisi de l'état d'esprit présenté en première partie. Le meilleur moyen

1. Je n'exclus pas la nécessité de la précision du langage psychologique mais insiste sur la nécessité de vulgarisation de certaines notions utiles.

de les appréhender est évidemment de les mettre immédiatement en pratique un par un après lecture.

Dans la **troisième partie**, sont présentés certains outils un peu plus avancés ou *stratégiques*, qui permettent d'aller plus loin, y compris quelques bases sur des problématiques plus psychologiques ou des situations dites « de crise ».

Enfin, la **quatrième partie** propose aux intéressés une vue psychologique d'ensemble de quelques tenants et aboutissants de ce travail de relation thérapeutique, j'y décris notamment le « modèle CRAI ».

Pour ne pas alourdir le texte, il n'y a aucune référence bibliographique récurrente entre parenthèses ou dans de multiples notes. Les chapitres dans lesquels j'ai puisé sont trop nombreux pour pouvoir les citer individuellement à chaque concept ou outil présenté. Mais, croyez-moi, si j'ai récolté, rassemblé, synthétisé, reformulé, beaucoup de ce livre n'est pas une invention sur le fond : je ne revendique que la forme... et encore, ma mémoire inconsciente aurait pu me jouer des tours et me faire réécrire une phrase déjà lue ou entendue ailleurs !

En revanche, je donnerai à la fin de l'ouvrage certaines des références bibliographiques qui m'ont été utiles selon leur thématique et qui regroupent l'essentiel (et même plus) des notions qui ont inspiré ce livre. Elles permettront au lecteur intéressé d'approfondir ces sujets. Je crois plus à la bibliographie guidée et commentée qu'à la bibliographie exhaustive. Bien évidemment, j'assume l'entière responsabilité de toute éventuelle incompréhension, référence inadéquate, utilisation détournée ou erreur de lecture de ces textes et enseignements.

Tous les concepts clés seront écrits **en gras**. À la fin de l'ouvrage, leurs occurrences seront indexées. Ils sont généralement définis lors de leur première apparition ou précisés au fur et à mesure.

J'espère que ce livre apportera du confort aux thérapeutes et aux patients dans leurs relations, en rendant la communication efficace et utile. Et pour cela, ne me croyez pas sur parole ! Essayez et observez ; notez les différences sur la qualité de la relation et de l'alliance thérapeutique.

Bonne lecture !

Dr Philippe AïM

SOMMAIRE

Partie 1 – États d'esprit

INTRODUCTION	19
CHAPITRE 1 - Psychothérapies et thérapies brèves	21
1. La thérapie appartient à tout le monde !.....	21
2. Les thérapies brèves ?	27
3. Intermède : coincé sur un mur d'escalade.....	35
CHAPITRE 2 - Principes de base et cadre de travail	41
1. Les quatre principes qui font la différence : héritage des thérapies brèves.....	41
2. Sous la surface : résumé global des quatre principes.....	52
CHAPITRE 3 - Changer le patient. Construction et invention	59
1. La construction de la réalité.....	59
2. L'invention du patient	67
CHAPITRE 4 - Changer le thérapeute. Communication, positionnement, collaboration	75
1. Les communications : observez, observé, observer.....	75
2. Fausse position basse : jouons à qui-perd-gagne.....	78
3. Enracinement collaboratif	87

Partie 2 – Outils

INTRODUCTION	95
CHAPITRE 1 - Où en est-il ? Le patient et le problème	97
1. Client, plaignant, touriste.....	97
2. Acceptation et changement	106
3. Accepter pour utiliser : parler du problème pour créer la confiance.....	113
4. Redonner espoir : parler du problème pour amorcer le changement	119
5. Résumé : l'os à ronger.....	127
CHAPITRE 2 - Dans quelle direction aller ? Conversation et communication centrée sur les ressources	131
1. Écouter efficacement : outils concrets	131
2. L'asepsie du langage. Pas de mais, ni de si, ni de non !	142
3. Le patient est dans les détails	147
4. Détournement d'attention	152
CHAPITRE 3 - Emmener le patient plus loin	157
1. Pas de côté : recadrages utiles face aux résistances	157
2. Pour une utilisation efficace des échelles	162
3. Pourquoi accepterait-il ? Chacun selon SONCAS	169

Partie 3 – Stratégie

INTRODUCTION	175
CHAPITRE 1 - Cadre de thérapie	177
1. Outils, éthique et manipulation.....	177
2. Faire naître la motivation.....	180
3. Avoir un objectif	184
4. Objectifs, désirs et besoins	190
5. Recadrages d'objectifs	194
6. La question des tâches.....	202
CHAPITRE 2 - Difficultés de thérapeute	209
1. Impasses communicationnelles	209
2. Crise psychique.....	214
3. Crise et suicide.....	219
4. Crise et contrainte.....	225
5. Crise et agressivité	228

Partie 4 – Psychologie

INTRODUCTION	239
CHAPITRE 1 - Narration de l'identité	241
1. Le monde du patient ou du problème ?.....	241
2. La norme.....	242
3. Quelle identité ? Les souvenirs et le passé	244
4. La carte n'est pas le territoire	246
CHAPITRE 2 - Le fond et la surface : le modèle CRAI	249
1. Corps : le rapport à soi.....	249
2. Relations : le rapport aux autres	250
3. Action : le rapport au monde.....	250
4. Intentions : le rapport à l'identité	251
CHAPITRE 3 - Exemple du traumatisme	253
1. Attaque par le haut	253
2. Remaillage par le bas	256
3. La sécurisation aiguë.....	257
4. Sécurité et autonomie.....	258
CONCLUSION	271
BIBLIOGRAPHIE	275
INDEX	283

Partie 1

États d'esprit

« Pour commencer, je pense que vous serez soulagée d'apprendre que je n'ai pas l'intention de vous indiquer ce que vous devez faire. »

D. W. Winnicott

Le terrain, le cadre et l'accordage sont des métaphores bien utiles pour illustrer qu'avant de passer à l'action, il faut s'y préparer.

Préparer le terrain, cette métaphore aurait plu à Milton Erickson¹, lui qui a grandi à la ferme. Elle est très kinesthésique (elle implique le toucher) : préparer le terrain pour ensuite mettre *les mains dedans* et semer.

Poser un cadre, celle-ci, plus visuelle, conviendra-t-elle aux amateurs de peinture ou de photographie ?

Pour les auditifs j'utiliserai : *s'accorder*, étape préalable indépassable entre les musiciens avant l'ouverture d'un morceau.

L'idée étant toujours la même : la communication est d'abord s'installer dans un contexte dans lequel *quelque chose* peut survenir. Si ce *quelque chose* doit émaner du patient (confiance, espoir, observance, changement, etc.), il faut qu'il survienne, favorisé par le contexte, on ne pourra le faire à sa place. Si la thérapie, le soin que vous faites ou n'importe quelle intervention est ce *quelque chose*, vous ne pourrez bien le faire qu'en situation adéquate. Quoi que vous mettiez dans ce cadre, quel que soit le genre de musique que vous jouez ou quel que soit ce que vous faites pousser sur ce terrain, bref, quelle que soit votre pratique, il sera plus facile de le faire dans un contexte favorable.

Nous pourrions aussi parler d'installation... Je me souviens, étudiant, d'un stage de chirurgie d'urgence, particulièrement impressionnant. Des opérations sur des cas souvent graves, pour lesquelles il n'y avait que peu de temps et où les chirurgiens faisaient preuve de ce qui me semblait une immense dextérité. J'avais été très surpris quand l'un d'eux m'avait dit : « 80 % de la réussite d'un geste dépend de l'installation. » Donc, être bien installé, avec le bon angle de vue, à la bonne hauteur, avec les bons instruments, c'est l'essentiel. Absolument stupéfiant, puisque j'étais convaincu que toute la réussite était dans l'adresse des mains du chirurgien artiste...

En préparant ce livre, des années plus tard, je me suis rendu compte qu'il en allait de même pour la relation. *Psychiquement positionné*, votre intervention communicationnelle se déroulera beaucoup plus facilement, les outils seront efficaces, vous serez bien plus adroit et juste. Cette première partie vise donc à vous aider à vous installer.

1. Psychiatre américain (1901-1980), dont l'influence fut essentielle dans l'élaboration de l'hypnothérapie et des thérapies brèves pratiquées de nos jours.

Dans cette partie, le premier chapitre s'attache donc à définir simplement les thérapies brèves dans le paysage des psychothérapies, puisque la plupart des outils de communication que vous allez apprendre viennent de ces modèles thérapeutiques.

Puis le deuxième chapitre développe les grands principes de ces thérapies brèves et leurs capacités à créer des contextes de soin.

Le chapitre suivant expose le changement d'état d'esprit pour le patient, nécessaire à de nouvelles possibilités d'appréhender la réalité vécue.

Enfin, le quatrième chapitre aborde en miroir le changement de posture du thérapeute et sa manière d'entrer en relation.

Certains outils de base, parfois très concrets, émergeront d'eux-mêmes, ils sont les fondations de cette construction appelée *relation thérapeutique*.

Psychothérapies et thérapies brèves

« La première chose à faire en psychothérapie est de ne pas essayer de contraindre un être humain à modifier sa manière de penser ; il est préférable de créer des situations dans lesquelles l'individu modifiera lui-même sa façon de penser. »

Milton H. Erickson

1. La thérapie appartient à tout le monde !

*« Les gens oublieront ce que vous avez dit,
Les gens oublieront ce que vous avez fait...
Mais ils n'oublieront jamais comment vous les avez fait se sentir. »*

Maya Angelou

1.1. Qu'est-ce que la psychothérapie ?

Des livres entiers pourraient être consacrés à cette question, voici juste quelques éléments. Le mot psychothérapie est inventé par le Pr Bernheim, interniste nancéien et praticien en hypnose¹, il y a environ cent vingt ans. Il s'était opposé point par point au Pr Charcot sur la nature du phénomène hypnotique.

Car toute cette histoire commence avec l'**hypnose**. Pour Charcot, elle est un état de conscience, expérimental et quasi-pathologique, et pathognomonique (c'est-à-dire caractéristique) de l'hystérie. Pour Bernheim, l'hypnose est au contraire physiologique, un état naturel dans lequel le sujet est plus accessible aux suggestions. Ainsi l'hypnose qui *suggère* la guérison est-elle même, selon lui, une méthode *thérapeutique*.

Si aujourd'hui nous avons de bonnes raisons de penser que l'hypnose est bien un état de conscience particulier, sur tout le reste, l'histoire et la science donnent plutôt raison à Bernheim. Ce dernier poursuit ses recherches mais abandonne l'idée de la nécessité d'un *état*. Et quand il utilise des suggestions sans hypnose, quand en somme il communique afin d'aider un patient à changer, il dit pratiquer la *psychothérapie*. Par la suite, l'hypnose et la psychothérapie plus largement seront davantage rattachées à une pratique relationnelle et communicationnelle plutôt que suggestive ou prescriptive. Les diverses **psychothérapies** peuvent se différencier avant tout par une conception différente de la relation. En somme,

1. Quand on fait de l'hypnose et qu'on pratique à Nancy, on peut donc être fier de cette ascendance !

soigner en parlant et en entrant en relation avec un autre devient le dénominateur commun des psychothérapies.

Au ^{xx} siècle, cette discipline, malgré sa courte histoire (puisque'elle n'a officiellement qu'à peine plus d'un siècle), connaît divers rebondissements et courants de pensée (hypnose, psychanalyse, gestalt, analyse transactionnelle, systémie, thérapie cognitive, comportementale, etc.). Mais la psychothérapie souffre de problèmes récurrents de définition et notamment d'une confusion assez fréquente qui est d'imaginer que la psychothérapie serait *le soin du psychisme*. Raccourci étymologique malheureux ! La pharmacothérapie est-elle le soin des médicaments malades ? Et la phytothérapie soigne-t-elle les plantes ? Non, elle soigne *par* les plantes. La kinésithérapie soigne *par* le mouvement et la chimiothérapie soigne *par* des moyens chimiques.

La psychothérapie est donc *le soin par des moyens psychiques*, par la communication, support de la relation humaine. La psychothérapie ne soigne pas le psychisme. D'une part, ce dernier est bien mal défini, voire flou, en tout cas, de définition variable selon les auteurs. D'autre part, imaginer soigner le psychisme serait commettre un malheureux « découpage » : séparer l'individu entre un corps et un esprit, bien distincts. Au contraire, ces derniers sont intriqués au point que le psychisme peut être considéré simplement comme l'une des fonctions du corps. Il s'agit donc bien d'un individu global que le thérapeute soigne avec les moyens de la psychothérapie. Pour éviter la confusion induite par le préfixe *psycho*, l'usage dans de nombreux courants de pensée contemporains est tout simplement de l'ôter, et d'utiliser le mot *thérapie*.

1.2. Devenir experts du placebo !

La (psycho) thérapie consiste donc à *aider quelqu'un par des moyens relationnels et communicationnels*. Cette définition, plutôt large, montre qu'à tout moment, un soignant est susceptible d'être confronté, sans forcément le savoir, à sa capacité d'*entrer en relation de façon thérapeutique*. Même sans soigner une maladie psychique, le soignant apporte par la relation des éléments qui rejaillissent sur tout le soin. Sans même être thérapeute « à plein-temps », il mène des conversations qui peuvent être thérapeutiques... ou au moins s'abstenir d'être délétères ! La communication est la part commune à tous les soins et elle est un soin. Raison principale pour l'apprendre et tenter de la perfectionner.

Améliorer la relation (donc la communication) change l'efficacité du soin : il s'agit bien d'une définition de l'effet **placebo**. Au départ utilisé pour désigner l'effet d'une substance pharmacologiquement inerte, l'effet placebo désigne globalement l'action que l'esprit a sur la guérison à l'occasion d'un soin, hors de l'efficacité purement technique ou chimique de ce soin.

Le placebo est partout. S'il est présent évidemment pour tous les traitements des difficultés psychiques ou à fort impact psychique, comme la douleur ou les troubles fonctionnels, tout médicament, y compris les chimiothérapies des cancers, les antibiotiques ou les cardiotropes, et même la chirurgie, doivent au moins une part de leur effet au placebo. Celui-ci n'est pas qu'un *processus psychologique*, il a une action tout à fait tangible physiquement, nous rappelant une fois de plus l'intrication corps-esprit.

L'effet **nocebo** (la capacité d'une substance pharmacologiquement inerte à avoir, à l'opposé, des effets néfastes) est tout aussi puissant : un placebo de chimiothérapie peut faire chuter les cheveux, tandis qu'un placebo de neuroleptique provoquer un syndrome extrapyramidal...

Le **placebo** est un médicament puissant au point que toute nouvelle molécule doit s'y confronter avant d'être validée ! C'est ce qui se joue dans ces études pharmacologiques dites « de phase 3 », souvent assimilées au summum de la recherche appliquée. Le principe en est le suivant.

Tout traitement doit son efficacité :

- à une part *spécifique*, sa molécule active ;
- et à l'**effet placebo**.

Pour observer l'effet de la molécule elle-même, il faudrait donc diminuer l'effet placebo. Le médicament est donc testé dans des conditions strictes : la moitié des patients reçoivent le traitement et l'autre un placebo. Les comprimés sont, bien sûr, impossibles à distinguer et le test est en *double aveugle*, ni le patient ni le soignant n'ont la possibilité de savoir s'ils ont reçu ou donné une molécule active ou du placebo, pour éviter tout effet d'attente ou d'influence. S'il est montré statistiquement dans de telles conditions que le groupe « médicament » est mieux soigné que le groupe « placebo » (et dans certaines indications le différentiel est très ténu, notamment dans la dépression) alors *preuve est faite*. L'effet de la molécule est bien dû à la molécule.

L'élégance du raisonnement de ces études, leur légitimation de nos prescriptions nous ont rendus, il me semble, assez méfiants avec le placebo. Or, s'il peut perturber les résultats d'une étude et que, dans ce cadre, il faut tout faire pour le faire disparaître ; il semble raisonnable de penser que, dans la clinique quotidienne, au contraire, il faille faire tout notre possible pour tenter d'augmenter l'effet placebo, et donc l'efficacité de tout soin !

Parler de médicament placebo est presque un non-sens, ce n'est pas la molécule qui agit mais la relation qui donne l'effet placebo. Le placebo est donc partout où l'on est en lien, il convient de savoir le manipuler avec précaution pour ne pas qu'il se transforme en son double, tout aussi puissant et bien surnois, le **nocebo**. Il s'agit de l'objet de ce livre et de son lien avec les thérapies : améliorer et augmenter l'effet placebo par une communication efficace. Devenez donc des experts du placebo !

1.3. L'effet dodo

Que nous apprennent les études sur l'efficacité des thérapies (brèves ou non) et les ingrédients de leur succès ?¹

L'idée d'un *dodo effect* est apparue dans les années 1970. La dénomination provient du livre *Alice au pays des merveilles*, de Lewis Carroll. Rappelez-vous, Alice, échouant sur une plage, trempée, se met à participer à une drôle de course. Elle en ignore le but et se renseigne sur qui gagne auprès du dodo, oiseau mythique, ici juge de la

1. En plus des études citées en bibliographie (de Lambert, Luborsky, Wampold, Roten, Despland...), on peut voir aussi tout simplement la page wikipedia sur la « Common Factors Theory » qui contient d'autres références encore.

course. Il lui fait alors cette réponse : « *Everybody has won and all must have prizes !¹* » Tout le monde a donc gagné ! Le nom d'**effet dodo** fut donné à ces situations où *tout le monde a raison*.

La thérapie fonctionne un peu de cette manière. Chacun dans son *courant de pensée* prétend que son modèle fonctionne, que ses thérapies ont de l'effet. Demandez aux analystes, aux cognitivistes, aux systémiciens, aux solutionnistes, etc., tous vous le diront : *leur* thérapie marche !

Est-il donc vrai que tout le monde gagne ?

En effet, la majorité des thérapies bien menées, avec un thérapeute qualifié, se basant sur un modèle suffisamment cohérent, donnent de bons résultats. Il n'existe pas de différence majeure et significative en termes d'efficacité entre les différentes psychothérapies. Si tant de thérapies fonctionnent, ne serait-ce donc pas ce qu'elles partagent, plutôt que leurs différences, qui serait efficace ?

1.4. Quels sont les facteurs d'efficacité de la thérapie ?

Attention, toutes les psychothérapies n'ont pas le même effet sur tous les patients, ni sur toutes les situations, mais de façon générale, quelle que soit l'école théorique à laquelle le thérapeute se réfère, certains éléments primordiaux sont non spécifiques.

Ainsi, les études les plus frappantes sur la question (études à la méthodologie particulière dont vous trouverez les références dans la bibliographie) montrent que 85 % au moins du succès thérapeutique repose sur des **facteurs communs**, indépendants de toute théorie.

L'implication et la détermination du patient comptent pour 40 %, à savoir l'engagement, la motivation, la participation.

La qualité de l'alliance thérapeutique est centrale et fondamentale, elle compte pour 30 % environ de l'efficacité mais influe sur tous les autres facteurs. Le rôle du patient est déterminant, ainsi que la confiance et l'esprit de collaboration démontrés par le thérapeute. Plus l'alliance est forte, meilleurs sont les résultats.

La confiance en l'efficacité du traitement (15 %) dépend en partie de l'alliance thérapeutique mais également d'une bonne compréhension de l'approche thérapeutique. Elle concerne aussi la croyance du thérapeute dans sa thérapie.

La spécificité de l'approche thérapeutique privilégiée ne compte donc que pour 15 %. Les chiffres dans des études similaires sont encore plus impressionnants avec parfois une spécificité technique ne comptant que pour 2 % de l'efficacité !

Dans l'état actuel des recherches, il est difficile d'associer une approche thérapeutique à une affection spécifique. Dans une synthèse d'études sur les liens thérapeute-alliance thérapeutique, les principales qualités que devrait démontrer un thérapeute pour susciter une solide alliance seraient d'être souple, honnête, respectueux, digne de confiance, chaleureux, intéressé et ouvert. En somme, rien de spécifique à une approche !

1. « Tout le monde a gagné et tous auront un prix ! »

Le pédiatre D.W. Winnicott parlait d'une mère non pas parfaite mais « suffisamment bonne » pour qu'un enfant puisse se développer. Être un thérapeute « suffisamment bon », ou simplement faire de la *thérapie de soutien*, de l'*écoute active* ou de la communication thérapeutique, n'est donc pas reproduire un modèle ou un protocole compliqué, mais améliorer le cadre relationnel et permettre au patient de s'y mouvoir, de créer, d'évoluer et de se libérer.

Notez que des facteurs comme la motivation du patient, les qualités du thérapeute, l'empathie, l'engagement, la confiance, l'espoir dans le traitement, sont bien superposables aux facteurs d'efficacité... du placebo. Voilà de quoi rendre modeste... et efficace !

Risquons donc un comparatif : la part spécifique d'une thérapie (c'est-à-dire le modèle de thérapie utilisé) est équivalente au principe actif d'un médicament. La part non spécifique, l'amélioration de la relation thérapeutique, est l'équivalent de l'effet **placebo**. L'efficacité de la thérapie serait, dans cette optique, très largement imputable à l'effet placebo, et donc à la qualité de la relation. Dit dans le sens inverse, *si vous devenez un expert de la communication thérapeutique, vous deviendrez en vérité un expert du placebo et donc de l'efficacité de la thérapie*.

Néanmoins le choix de la technique garde son importance. En effet, s'il ne correspond pas aux attentes du patient, il pourrait avoir une incidence négative sur son implication personnelle, sur la qualité de l'alliance thérapeutique et sur la confiance ressentie, réduisant d'autant les chances de succès. De même la technique est plus efficace si elle entraîne l'adhésion et la croyance du thérapeute. Il se peut donc qu'au lieu de choisir une approche en fonction d'un problème spécifique, il soit préférable d'en rechercher une qui correspond davantage à qui il est, à ses attentes, et même à ses convictions et à ses valeurs. Idée peut-être *provocatrice*, valable à la fois pour le patient et le thérapeute.

Si la théorisation et l'apprentissage font le thérapeute, se défaire du formalisme dans la pratique fait l'efficacité de la démarche. L'apprentissage d'une procédure de traitement est en vérité fondamental pour que les facteurs communs opèrent. Pour se défaire de la théorie au gré de la relation thérapeutique, il faut donc commencer par apprendre les outils, liens nécessaires pour libérer la créativité.

1.5. Se professionnaliser ?

Quand dans un but de soin (c'est-à-dire d'aider quelqu'un à aller mieux) le soignant parle, écoute, est en relation, il fait alors de la psychothérapie parfois sans le savoir ; tel Monsieur Jourdain faisant de la prose. Ne serait-il pas possible pour autant d'améliorer le talent inné du dénommé Jourdain ?

Je ne prétends pas que tous les soignants doivent soigner des dépressions et des troubles psychotraumatiques caractérisés, mais ils peuvent tous améliorer leur communication, y compris pour des traitements dits « physiques » ou « somatiques ». Si le psychisme n'est qu'une des fonctions du corps, les soignants doivent appréhender les patients selon l'entière personne et non simplement leurs organes.

Pour certains, la communication thérapeutique repose sur certaines données floues, abstraites ou obsolètes. Je crois au contraire qu'il s'agit d'éléments concrets, utiles

dans le quotidien relationnel. Pour d'autres, la communication thérapeutique est une affaire de talent, de don naturel. Pour ma part, je suis convaincu qu'elle s'apprend, même à ceux qui pensent « ne pas avoir ça dans le sang ». Et ceux qui auraient un intérêt naturel (voire une certaine aptitude instinctive) à mener des relations efficaces peuvent également y gagner.

Prenons un exemple : sur mon lieu de travail, je choisis cinq psychiatres, formant une équipe A, à qui j'apprends à pratiquer le **basket**. Je sais ce qu'il faut leur enseigner. Courir, passer, dribbler, tirer au panier. Je prends cinq autres psychiatres, totalement comparables, notamment en termes de condition physique et d'entraînement préalable, et je confie cette équipe B à un entraîneur professionnel de basket. Celui-ci leur apprendra également à courir, passer, dribbler, tirer au panier. Mais au moment du match, je suis convaincu que l'équipe B gagnera. Pourquoi ? Car l'entraîneur leur aura appris les mêmes techniques mais avec de petites différences, des changements minimes qui rendront son entraînement plus efficace, plus professionnel et qui permettront de tirer le meilleur de chaque joueur.

Cette différence est similaire entre être un bon communicant, un bon *thérapeute*, et connaître la thérapie. Ainsi, si au long de cette lecture vous vous dites que *vous faisiez déjà un peu comme ça*, que *vous avez déjà fait de la thérapie brève, de la communication thérapeutique efficace sans le savoir* : bravo, c'est parfait ! Vous voilà en train de vous professionnaliser et de peaufiner votre technique.

1.6. Thérapie et thérapeutes

Deux éléments encore :

- n'agissez qu'en accord avec vous-même. Si vous possédez des outils opérants et vous correspondant, continuez à les utiliser et même davantage ! Ma défense de principes, essentiellement issus de l'hypnose et des thérapies brèves, provient de ma conviction, constatée dans ma pratique et celle de nombreux collègues, qu'ils sont efficaces et même applicables au-delà de ces thérapies. Néanmoins bien des choses marchent par ailleurs, bien des thérapeutes possèdent leur propre style, et leur « boîte à outils » est loin d'être vide. Donc faites ce que vous faites déjà bien, et ajoutez-y les outils de ce livre qui vous intéressent et vous *parlent*. J'espère vous amener de quoi améliorer un peu l'ordinaire et vous aider dans des situations difficiles ;
- ces lignes ne sont pas un livre de recettes. Il n'existe aucun « truc universel » qui permettrait de se sortir des impasses de communication. En revanche, des canevas, des guides, voire des exemples pour s'inspirer, permettent non seulement au patient mais aussi au thérapeute de tirer le meilleur de lui-même, y compris sa créativité dans des situations critiques.

Dans les soins psychiques, la thérapie est au centre du travail, dans les soins non psychiques, la thérapie concerne toute la partie relationnelle, tout le contexte de communication, elle est donc aussi indispensable.

Les **psychothérapeutes** (et autres « psys »), nommés ainsi par l'usage, à l'aide de la psychothérapie, soignent plutôt des difficultés psychiques. Mais, en plus d'un aspect technique, tout soignant qui aide son prochain par le biais d'une communication

efficace ou d'une relation chaleureuse ou porteuse d'espoir peut prétendre user de **psychothérapie**.

Cette nuance est peut-être subtile mais fondamentale. Je ne compte pas faire de chacun un **psychothérapeute** professionnel, mais je maintiens que la **psychothérapie** appartient à tout le monde.

Ainsi au cours de la lecture, les mots *thérapie* ou *thérapeutes* s'adressent donc bien à tous. Que votre domaine de travail soit les soins psychiques ou non, vous pouvez utiliser des outils de thérapie et être thérapeutique dès lors que la communication entre dans votre champ d'intervention.

Puissent donc les chapitres suivants vous apporter de quoi développer et enrichir vos propres ressources de soignant.

2. Les thérapies brèves ?

« «Bref» est un mauvais terme. La brièveté est plutôt une conséquence du modèle. »

Marie-Christine Cabié

Ce chapitre vise à :

- aider à « cartographier » en quelques pages et avoir des repères sur les différentes psychothérapies, ce qui les rapproche et les distingue ;
- comprendre en quoi les thérapies brèves peuvent être intéressantes pour apprendre à communiquer avec le patient.

Les principes de communication eux-mêmes commencent dans le chapitre suivant.

Les thérapies brèves sont un ensemble très large de thérapies apparues dans la seconde moitié du xx^e siècle.

2.1. Retour rapide

Passons sur les différends qui précèdent le xx^e siècle. Retenons simplement que, depuis l'Antiquité jusqu'aux Lumières en passant par le Moyen-Âge, la place du lien corps-esprit, la relation humaine, la guérison des phénomènes psychiques ou psychosomatiques ont été l'objet de controverses importantes, avant de convenir de l'existence de la *psychothérapie*, c'est-à-dire du soin par des moyens relationnels.

Dans les années qui suivent l'invention du mot psychothérapie en 1891 par Bernheim, un praticien révolutionne durablement et profondément le monde de la psychiatrie et de la psychologie : Sigmund Freud. Ses découvertes et la méthode qu'il crée, la **psychanalyse** connaissent une renommée internationale. Sa théorie « sexuelle » attire, provoque. Ses explications séduisent, d'autant qu'il écrit très bien à la fois les cas cliniques et les spéculations théoriques ; ses livres deviennent vite des références. Au point que dans la première moitié du xx^e siècle, toute démarche psychothérapeutique est fondamentalement psychanalytique.

Comment favoriser la confiance, l'observance et l'implication dans les soins ? Comment aider les patients à trouver en eux des ressources pour avancer ? Comment s'investir sans se sentir envahi ? Comment nouer le dialogue avec des patients dits « difficiles », plaintifs, agressifs ou... qui n'avaient pas envie de venir ?

Voici des questions au cœur de la **relation de soin sur le terrain**. C'est d'ailleurs souvent là, sur les aspects relationnels, que des difficultés sont rencontrées. Pour autant, dans nos métiers, on apprend à soigner, beaucoup moins à communiquer. Mais est-il possible d'apprendre, concrètement, **comment écouter et parler, pour mieux soigner** ?

C'est précisément l'objectif de ce livre : proposer, simplement et avec de nombreux **exemples réalistes**, des **clés de compréhension** et **outils pratiques**, éclairés par les **concepts psychologiques fondamentaux** nécessaires à leur maniement.

L'auteur s'appuie sur les **thérapies « brèves »**, connues pour avoir développé des outils de communication et de relation comme éléments centraux de leur pratique.

Riche de ce contenu, ce livre s'adresse à **tous les professionnels du soin** (médecins, psychologues, infirmier.e.s, sage-femmes...) mais aussi à **tous ceux qui œuvrent dans le champ de la relation d'aide** pour les encourager à renforcer le lien humain et favoriser la dynamique de soin.

Le **Dr Philippe Aïm** est psychiatre, psychothérapeute et formateur en hypnose et thérapies brèves à l'institut UTHyL au sein duquel il enseigne l'hypnose et la communication thérapeutique depuis plus de 15 ans. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages et anime la chaîne YouTube « CommPsy » dans laquelle il partage sa passion pour ces sujets.

ISBN : 978-2-311-66548-2



9 782311 665482



25,00 €

Vuibert.fr 