

*que  
sais-je?*

# LE COUNSELING

**CATHERINE TOURETTE-TURGIS**



**PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

QUE SAIS-JE ?

# *Le counseling*

*Théorie et pratique*

CATHERINE TOURETTE-TURGIS

Maître de Conférences à l'Université de Rouen  
en Sciences de l'Éducation



ISBN 2 13 047750 X

Dépôt légal — 1<sup>re</sup> édition : 1996, juillet

© Presses Universitaires de France, 1996  
108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris



## INTRODUCTION

Notre intérêt pour le counseling tient à plusieurs raisons. Pour parler de la première, nous pourrions faire référence à notre expérience subjective de la relation d'aide dont nous n'avons jamais cessé d'interroger le sens, les fondements, les attendus et les effets relatifs. Pour parler de la deuxième, nous pouvons nous référer à notre expérience de thérapeute engagée dans les mouvements sociaux. Cela ne pouvait que nous amener à réinterroger non seulement les fondements théoriques de certains courants dans la relation d'aide mais aussi à remettre en question les modalités concrètes de son exercice traditionnel dans certaines situations inadéquates aux besoins de personnes confrontées à des situations de détresse requérant un autre type de réponse thérapeutique. La troisième raison tient aux modifications que nous n'avons cessé d'introduire dans notre pratique clinique et qui, ce faisant, nous ont amenée à nous intéresser à d'autres pratiques comme le counseling plus centrées sur la prise en compte de l'environnement et de certains contextes spécifiques de vie qui sont en eux-mêmes causes de souffrances pour des individus voire des communautés tout entières. Notre pratique de la formation d'adultes nous a aussi par ailleurs soutenue dans ce désir de rendre compte sous une forme volontairement informative et didactique de la multiplicité des aspects théoriques et pratiques du counseling. En effet, son introduction hâtive, morcelée ou partielle dans certains programmes de for-

mation nous a convaincue qu'il fallait donner au moins aux étudiants ou aux personnes qui s'intéressaient au counseling une présentation approfondie de celui-ci.

Cet ouvrage se propose, au-delà d'une présentation générale du counseling, d'en présenter les principaux courants, ses champs d'application et de s'interroger sur son avenir. En effet, si le public français a découvert le counseling dans les années 70, notamment grâce à la traduction et la diffusion de l'œuvre de Carl Rogers, on peut dire que cette première génération de praticiens d'un counseling humaniste s'est éteinte en même temps que s'ouvrait une ère de récession économique qui entraîna avec elle la fin des mouvements sociaux et la mort des utopies.

Vingt ans plus tard, c'est-à-dire dans les années 90, la génération des praticiens de la relation d'aide, à laquelle nous appartenons, ayant eu les premiers comme maîtres ou formateurs, s'est vue confrontée à une situation et un contexte social tout à fait différents. La montée des phénomènes d'exclusion, l'accroissement de la pauvreté et la stigmatisation sociale à l'égard de certaines personnes comme les personnes séropositives, les jeunes toxicomanes, ou les migrants ont eu des répercussions concrètes dans le champ de la pratique de la relation d'aide.

Les types de clientèle ont changé; la situation concrète de clients de plus en plus nombreux a obligé les praticiens à apprendre à gérer des situations de crise, d'urgence, de danger, de précarité voire de clandestinité pour lesquelles ils n'avaient jamais été formés. Surtout la demande s'est modifiée: à l'heure actuelle, des personnes arrivent en urgence dans un groupe, une association ou chez un thérapeute pour demander à ceux-ci de les aider à survivre, à faire face à des situations d'immense détresse consécutive à la cumulation

d'événements comme l'annonce d'une séropositivité, la perte d'un emploi, le décès d'un proche, la suppression de toute ressource, la notification de l'expulsion du territoire. L'urgence concrète des situations l'emporte sur le temps psychique nécessaire à leur élaboration. Par ailleurs, de nombreux praticiens de la relation d'aide ont entamé une réflexion sur les fondements théoriques et cliniques de leur pratique.

En effet, qu'y a-t-il de commun entre l'environnement de la souffrance des patients qui faisaient appel à Freud, le désir d'évolution personnelle des participants des groupes de rencontre rogériens des années 70 et les malaises existentiels multiples de personnes qui dérogent à toutes les classifications et catégories psychopathologiques existantes ?

Ainsi confrontés à un nouvel objet de la demande, les praticiens de la relation d'aide ne peuvent tenter que d'élaborer de nouvelles formes de traitement et de soutien. En ce sens, le counseling peut constituer une réponse centrée sur la mobilisation des ressources et des capacités de la personne à faire face et à résoudre les problèmes qui la concernent grâce à l'établissement d'une relation de type thérapeutique particulière n'ayant rien à voir avec les dispositifs d'aide et d'assistance traditionnels.

En France, un certain type de counseling est réapparu dans le contexte de l'infection à VIH et ce pour plusieurs raisons que nous exposerons au cours de cet ouvrage. Nous ne manquerons pas de nous interroger sur les nouvelles zones d'élection spontanée du counseling ; les situations compassionnelles et les situations traumatiques.

De même nous envisagerons l'intérêt du counseling dans des champs d'application qui révèlent combien l'absence de soutien dans certains contextes non seulement représente un coût psychique et social pour l'in-

dividu mais aussi pour la société tout entière qui ne peut plus se décharger de la question en s'en tenant à de simples injonctions ou prescriptions comportementales individuelles dont l'effet de répétition n'a d'égal non seulement leur inefficacité mais qui plus est le développement de contre-attitudes envers la vie

*Nous tenons vivement à remercier Maryline Rébillon pour sa collaboration active à la réorganisation critique de cet ouvrage, Dominique Rolland pour ses suggestions méthodologiques, nos collègues des universités de Californie et de l'École de Santé publique de Berkeley pour les contacts et ressources qu'ils ont mis à notre disposition tout au long de ces cinq dernières années et enfin toute l'équipe de Comment dire qui, en s'engageant dans la pratique du counseling, a soutenu notre désir d'en rendre compte. Nous remercions par ailleurs toutes les associations de lutte contre le Sida, la Direction générale de la santé, le Centre régional d'information et de prévention du Sida, la Ville de Paris, Médecins du Monde, Solensi, Arcat-Sida, Sida-Info-Service, Aides, l'Association confédérale de formation des médecins qui tentent tous les jours de faire reconnaître l'importance du counseling dans la prévention et l'accompagnement des malades.*



## Chapitre I

### INTRODUCTION AU COUNSELING

#### I. — Origine et développement du counseling

Le counseling s'origine aux États-Unis et va connaître un développement en Europe. Nous nous attacherons à présenter pour l'Europe deux exemples : la Grande-Bretagne et la France.

1. **Aux États-Unis.** — Le counseling s'est développé aux États-Unis à un moment où la société américaine découvre que l'idéal sur lequel elle s'est fondée (concept d'individualisme, idéal rousseauiste sur la dignité humaine, éthique puritaine, principe de Locke sur la liberté) s'effondre face à la pauvreté et à la délinquance conséquentes à l'industrialisation massive.

La crise que traverse le rêve américain au début du vingtième siècle va donner naissance à un mouvement de réforme sociale. Les réformistes (J. Riss, I. Tarbel, D. G. Phillips, U. Sinclair, J. Spargo) analysent et critiquent sévèrement le fonctionnement de la société américaine productrice d'inégalités, d'injustices, de corruption. Ils dénoncent l'exploitation des enfants au travail. L'opinion publique est émue et exige des solutions. On assiste alors à la création d'organisations

caritatives, d'associations philanthropiques et de centres de sauvegarde de l'enfance.

Ce climat va faciliter l'émergence du counseling qui, selon B. Shertzer et S. C. Stone<sup>1</sup>, peut être considéré historiquement comme le produit d'une interaction entre la tradition puritaine, la philosophie des Lumières et le libéralisme économique. Les puritains de la Nouvelle-Angleterre avaient mis l'accent sur la singularité de l'individu, son autonomie personnelle et son indépendance. L'influence de Locke et des philosophes de l'âge des Lumières, en pénétrant aux États-Unis, avait préparé un terrain propice à l'émergence du counseling. Par ailleurs, des concepts séculaires comme la liberté, l'égalité et l'indépendance dans la sphère gouvernementale et économique, combinés avec un humanisme religieux fondé sur la valeur et la dignité de l'être humain, donnèrent des bases solides au counseling.

**Frank Parsons et «l'exemple de Boston».** — En 1908, grâce à l'appui de notables du mouvement réformateur et à des contributions philanthropiques, Frank Parsons va ouvrir à Boston le premier service d'orientation professionnelle dans des locaux municipaux (Centre de guidance juvénile). Il y développe une méthodologie de counseling individuel auprès des jeunes dans laquelle il s'agit « non pas d'essayer en quoi que ce soit d'influencer la personne dans son orientation professionnelle mais de l'aider à trouver par elle-même la profession qui correspond le mieux à ses aspirations ». En 1909, il publie le premier ouvrage de counseling *Choisir un métier*, où il expose sa méthode. Sa démarche comprend trois phases d'entre-

1. B. Shertzer, C. Stone Shelley, *Fundamentals of counseling*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1968.

tien donnant lieu à un recueil de données concernant les liens entre la personne et l'activité professionnelle choisie. C'est l'ouvrage fondateur du mouvement d'orientation même si le modèle de Parsons s'est enrichi depuis de théorisations et de modèles qui tendent à travailler, plus qu'à l'époque, sur les interactions entre la carrière professionnelle des individus et l'importance des autres rôles de leur vie dans leur choix professionnel. L'innovation de Parsons aura été de faire reposer le conseil d'orientation sur un dispositif psychologique complexe requérant de la part des conseillers des aptitudes comme l'écoute, l'aide au développement personnel, notions habituellement inexistantes dans le cadre de l'orientation professionnelle. Même si d'autres que lui avaient établi la nécessité de la congruence entre l'être humain et son travail, il a été le premier à institutionnaliser ce postulat.

**Stanley Hall et le mouvement de l'enfance.** — Au moment où les professionnels de la jeunesse sont sensibilisés à la nécessité de se mettre à l'écoute des jeunes, Stanley Hall, fondateur en 1888 de la Clark University, mène dans le cadre académique de l'université un travail de pionnier de la psychologie de l'enfant. Il milite pour l'amélioration des conditions de vie de l'enfant et introduit la vision freudienne de l'importance des premières années dans le développement. Son appartenance universitaire et ses prises de position dans l'espace public et auprès de ses pairs vont donner du poids au mouvement de réforme en faveur de l'amélioration des conditions de vie des enfants et des jeunes. Grâce à lui, l'enfant est désormais considéré comme une personne et on voit apparaître plusieurs centaines d'études de l'enfant dans plusieurs états ainsi que des revues scientifiques et des associations en faveur du bien-être de l'enfant. Le développement de

ces études contribua au développement du counseling dans la mesure où la plupart montraient l'importance du respect des différences individuelles chez les enfants, la nécessaire connaissance des différentes phases de développement chez l'enfant, l'impact des premières années dans la construction de la personnalité adulte.

**Clifford Beers et le mouvement de la santé mentale.** — Un autre mouvement, celui de l'hygiène mentale, va être décisif dans l'essor du counseling. Lancé par Clifford Beers qui témoigna dans un livre qui eut un grand retentissement, de son expérience de malade hospitalisé dans un service psychiatrique, ce mouvement donne lieu à la création d'un comité national pour l'hygiène mentale en 1909. Cette association est à l'origine d'importantes réformes législatives, d'innovations dans les soins et la création de cliniques autonomes. Au départ, ayant initialisé un programme humanitaire pour améliorer les conditions de vie et de prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, elle se mobilisa pour la réhabilitation des malades et attira l'attention des pouvoirs publics sur la prévention, l'intérêt d'un diagnostic et de soins précoces. Ses membres intervinrent directement auprès des familles, des éducateurs et des soignants pour les sensibiliser aux besoins spécifiques et aux souffrances supplémentaires infligées aux malades par l'environnement asilaire. A ce titre, l'association promut et anima des programmes counseling dans les cliniques et multiplia les interventions dans les écoles au titre de la prévention.

**L'extension de la psychométrie.** — On assiste à un vaste mouvement de la psychométrie juste avant et pendant la première guerre mondiale. La pratique des tests est censée apporter un statut scientifique à la psy-

chologie. Les laboratoires de psychologie expérimentale se multiplient au rythme des marchés que ceux-ci concluent avec l'armée, les grandes entreprises et les écoles. La psychométrie va avoir un impact sur le développement du counseling au sens où elle va être à l'origine de l'étude objective des différences individuelles à partir d'items comme l'appartenance communautaire, l'identité sexuelle ou le statut social. Elle va attirer l'attention des praticiens du counseling sur la nécessité d'un diagnostic et d'une évaluation des aptitudes. Par ailleurs, les abus de la pratique des tests vont être à l'origine de l'établissement de règles déontologiques et de la formulation d'un code éthique dont se pourvoiront les praticiens du counseling.

**La thérapie centrée sur le client.** — La psychologie clinique jusque dans les années 30 est centrée exclusivement sur les tests d'intelligence et l'évaluation de la personnalité. C'est Carl Rogers qui va permettre que s'opère le tournant conduisant de la psychométrie à la thérapie. Il élabore au centre de guidance infantile de Rochester une méthode d'aide psychologique en rupture avec les techniques coercitives ou interprétatives fondées sur la pratique des diagnostics systématiques dont il met en doute autant la valeur que la légitimité. En fait, Rogers opère un renversement total de la place de la personne dans le dispositif d'aide. La connaissance de soi que donnaient les tests restait une connaissance extérieure à la personne. Rogers replace la personne au centre du dispositif d'aide qu'il reconstruit au profit d'une relation. Par ailleurs, la connaissance en jeu dans la relation d'aide est une connaissance de soi saisie de l'intérieur et ce d'autant plus que la personne est posée d'emblée comme un sujet possédant en lui la totalité des connaissances sur lui-même. On va donc voir naître un courant impor-

tant dans le counseling : l'approche centrée sur la personne que Rogers développera dans son ouvrage *Counseling and Psychotherapy* paru en 1942.

**La professionnalisation du counseling.** — D'autres événements ont joué un rôle important dans l'essor du counseling et il est évident que l'action gouvernementale et la législation vont avoir un impact sur le développement de la profession de counselor.

Au nombre de ces événements, il faut noter, en 1944, la mise en place de services de counseling destinés aux vétérans. Ces services incluaient des actions d'aide et de prise en charge directe, des actions de formation et de réhabilitation professionnelle et un ensemble d'actions d'aide de proximité. Les Services de l'emploi, à eux seuls, ouvrirent plus de 500 bureaux en 1944 et furent à l'origine de nombreuses créations de postes de counselors.

En 1946, l'Acte George-Barden établit officiellement des programmes de formation pour les counselors et surtout mit en place un fonds de formation pour assurer ces programmes. Le titre V de cette loi, non seulement autorisait les instituts supérieurs d'éducation à former des counselors pour les écoles, mais soulignait l'importance du rôle du counseling. Le counseling avait pour fonction d'aider les publics scolaires à explorer leurs capacités, leurs options et leurs intérêts en lien avec le choix d'une profession.

En 1963, la Community Mental Health Centers Act créa plus de 2 000 centres d'hygiène mentale pouvant fournir des services de counseling directement au public. En 1964, un amendement de la National Defense and Education Act augmenta le nombre de counselors dans les écoles en promulguant un *Student ratio*. Il va de soi que la reconnaissance officielle du counseling par l'état eut un impact important sur l'essor de la profession..

Certains virent dans l'appropriation du counseling par l'état un danger encore plus grand de contrôle social et psychologique des individus, d'autres virent là le reflet de l'*american way of life*, c'est-à-dire un intérêt de la société américaine pour l'amélioration et le bien-être de tous. Il y avait bien sûr pour l'état la nécessité de réussir une réforme de la société pour répondre aux besoins des entreprises. Pour progresser vers ces buts, la société américaine ne pouvait pas valider des courants de pensée qui mettaient seulement l'accent sur le déterminisme des comportements. Il fallait croire au changement et le faciliter chez les individus.

De fait, tout le monde s'intéressait au counseling et la société attendait beaucoup de cette approche, notamment en matière de changement.

**Les années 60 : évolution du counseling.** — En fait, au même moment dans la société américaine plusieurs mouvements convergent : un mouvement social et académique en faveur de l'enfance, un mouvement en faveur de l'amélioration des conditions de vie des malades mentaux. Dans ce contexte, le counseling est un mouvement en lui-même : il est l'ébauche d'une aide psychosociale individualisée dont les valeurs s'accordent à celles de la démocratie : respect de l'individu, croyance que l'individu est capable de progrès et d'autodétermination, conviction qu'il détient en lui-même une part des réponses aux difficultés qu'il rencontre. Par ailleurs, l'accent mis sur le dialogue et la relation comme instruments majeurs de l'aide constituent une rupture avec les pratiques de l'aide souvent réduites à une prestation d'assistance matérielle directe.

Mais ce type de relation d'aide va lui aussi être sujet à caution quand, dans les années 60, la société américaine va être interpellée par les mouvements de lutte pour la libération identitaire et culturelle (lutte pour

l'émancipation des femmes, lutte contre la discrimination des minorités sexuelles, mouvements contre le racisme). A partir de cette époque, on va voir se développer dans le champ du counseling une nouvelle philosophie de la relation d'aide en rupture avec le mouvement libéral qui fait de celle-ci une alliée du bien social légal et moral ne se pratiquant que dans le cadre des lois et valeurs fondamentales de la société.

Ainsi, des minorités actives vont se doter de centres de counseling et intégrer la relation d'aide dans des programmes plus larges de promotion des personnes en inscrivant la demande individuelle dans le registre du droit.

**Les années 70-80 : Les forces innovantes du counseling.** — Malgré la pression énorme qu'exerce la société pour amener les individus à se conformer au modèle général, non seulement des minorités lui résistent mais celles-ci parviennent à créer de nouvelles façons de vivre, de penser, d'agir. On voit émerger des mouvements collectifs qui refusent de se définir par rapport au code social dominant et qui développent leur propres codes.

C'est dans cette mouvance qu'en 1969, pour la première fois aux États-Unis, s'ouvre à Seattle le premier service de counseling pour les minorités sexuelles<sup>1</sup>.

Ce service a été créé à l'issue du constat d'un médecin travaillant à l'Université de Washington alors qu'il menait une étude auprès de prostitués masculins. Il découvrit que plusieurs jeunes homosexuels prostitués, cherchant un emploi, avaient besoin d'un soutien psychologique et social spécifiques, d'autant que la plupart avaient une expérience d'aide catastrophique avec des services de santé mentale. En effet, plusieurs homosexuels lui

1. Appelé initialement Dorian Counseling Service, puis Seattle Counseling Service for Homosexuals, ce n'est qu'en 1973 qu'il prit pour nom Seattle Counseling Service for Sexual Minorities (SCS)



firent part des attitudes moralisantes et rejetantes auxquelles ils avaient été confrontés de la part de psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux. Confronté à des demandes d'aide croissantes et à l'homophobie des institutions, ce médecin ouvrit un service de counseling grâce à l'aide financière de la Erikson Foundation of Baton Rouge (Louisiane), au soutien du département de psychiatrie de l'Université de Washington, et au soutien financier et au partenariat avec la Dorian Society, une organisation homosexuelle fondée en 1967 et regroupant des professionnels et hommes d'affaires. Il recruta des volontaires, des psychiatres bénévoles, des étudiants en psychologie, médecine et du travail social.

Ce service était fondé sur l'hypothèse suivante : l'orientation sexuelle des individus n'est pas un problème qui relève de la thérapie, mais c'est l'intensité de l'homophobie dans la société qui constitue en soi un problème et nécessite un changement à tous les niveaux de la société. C'est en ce sens, qu'outre l'accueil des clients, le Service de counseling de Seattle développa des programmes de formation pour des professionnels de la santé et du travail social. Il publia également un ensemble d'études mettant en évidence, d'une part, le niveau de souffrance spécifique produit par l'homophobie des institutions, d'autre part, les besoins d'aide spécifique des homosexuels et de leurs proches.

**Les années 80-90 : Le counseling, une force de changement social ?** — Confrontée à la nécessité de faire le deuil d'une société majoritaire où la décision publique devrait dépendre de la formulation de l'avis du plus grand nombre, la société va se confronter à la multiplicité des phénomènes d'exclusion et à l'émergence des conflits raciaux. Durant ces années 80-90, on assiste en effet dans les pays anglo-saxons à une critique de l'an historicisme de la plupart des approches conventionnelles dans le counseling qui propose un travail sur la personne sans aucune réflexion critique sur le

modèle intrinsèque dominant (blanc, occidental, masculin). Le counseling ne peut pas être une voie facilitante du développement de la personne dans une culture qui ramène l'échec ou la souffrance à seulement une motivation individuelle plutôt qu'à des causes politiques, économiques et sociales. Il s'agit plus de modifier les structures sociales qui sont causes de souffrances pour les individus que de caractériser des individus comme non socialisés, instables, non intégrés. Force est d'admettre que la théorie et la pratique du counseling ne sont pas statiques et que celui-ci se développe en réponses aux forces sociales dominantes. Il devient mal aisé, dans les années difficiles que la plupart des sociétés traversent, de séparer, sans se poser de questions, les problèmes d'une personne du contexte social dans lequel elle vit. On peut même se demander à quelle efficacité peuvent prétendre les formes d'aide qui se prévalent de cette coupure. Le counseling à ce titre nous amène à une interrogation critique sur le statut que les praticiens de la relation d'aide accordent à la réalité.

Les forces innovantes du counseling vont être très vite repérables dans la sphère d'espaces vides laissés par la société comme par exemple la gestion de l'épidémie de l'infection à VIH. Un véritable mouvement de counseling, celui-ci à retentissement mondial, va émerger à partir de l'épidémie et donner lieu à une force agissante : le counseling de proximité. C'est en ce sens qu'on peut lire la tendance à l'orientation communautaire dans le counseling comme une tendance préconditionnant au changement social. Les féministes praticiennes du counseling ont déjà elles-mêmes ouvert la voie en montrant le danger qu'il y aurait à aider les femmes à s'adapter à la société ou au système familial alors que ceux-ci les désavantagent et les oppriment en première intention.

**2. En Grande-Bretagne.** — Le counseling s'est implanté au milieu des années 60 et les premiers praticiens ont été influencés à l'origine par les idées de Carl Rogers et les courants de counseling nord-américains dont les représentants assurèrent les premières formations sur le territoire britannique. Il a connu un essor important au cours des deux dernières décades avec l'extension de ses champs d'application dans des secteurs d'activité professionnelle comme la santé, les services sociaux d'entreprises, et surtout les associations et les communautés qui l'intègrent comme prestation généralement gratuite et accessible à leurs publics. Ainsi, il existe des centres de ressources proposant des programmes spécifiques de soutien pour les personnes victimes d'inceste et de viol, les personnes victimes d'attentats, les personnes séropositives et malades, les personnes victimes du racisme, les personnes toxicomanes.

La pratique du counseling dans les associations est en progression constante car celles-ci suppléent à la carence et à la réduction des budgets publics. Cela a redonné un essor au counseling qui, au-delà d'une simple pratique, peut être réassimilé, comme à son origine, à un mouvement au sens où il est pratiqué à l'intérieur d'organisations qui se battent pour la promotion des droits et le bien-être des personnes confrontées à l'inégalité sociale, au racisme, à l'exclusion et aux discriminations liées à leur mode de vie, leur orientation sexuelle, leur état de santé, leur origine culturelle. Par ailleurs, on observe aussi une multiplication des groupes d'autosupport (*self-help*), notamment dans les régions ayant une tradition de travail communautaire comme l'Ecosse.

L'association anglaise pour le counselling (British Association for Counselling), créée en 1977, compte plus de 4 000 membres à titre individuel et 250 au titre

d'organismes affiliés. Elle comprend six sections : counselling en milieu pastoral, counselling auprès de l'étudiant, counselling dans les entreprises, counselling en éducation, counselling dans la pratique médicale, counselling familial et conjugal.

A titre d'exemple, des entreprises comme le Times, Shell, la Poste, ou encore des syndicats comme le syndicat des infirmières (Royal College of Nurses) emploient un conseiller à plein temps. D'autres encore font appel à des services de counselling spécialisés dans certains problèmes comme l'alcool, la drogue, le cancer, la prévention de l'infection à VIH, afin qu'ils assurent des permanences sur le lieu de travail en direction des employés et souvent de leurs familles.

Intégré comme pratique de base dans les soins de santé primaire, le counseling est de plus en plus pratiqué par les infirmières et les médecins qui suivent des formations complémentaires pour pouvoir le pratiquer avec leurs patients. Il est obligatoire lors de la demande d'avortement et il doit être systématiquement proposé à toute personne désirant effectuer un test de dépistage dans le cadre de l'infection à VIH.

Les religieux anglicans non seulement pratiquent le counseling dans le cadre pastoral depuis très longtemps mais, depuis 1975, les centres théologiques ont démultiplié leurs programmes de formation à l'intention de personnes désirant travailler dans le domaine de la santé et dans les associations de service social.

L'existence du counseling dans l'enseignement supérieur tient historiquement à deux faits : une tradition de tutorat depuis le Moyen Age et l'importance des fondations religieuses à l'origine de la création des universités anglaises centrées sur la prise en compte de tous les aspects de la vie de l'étudiant.

**3. En France.** — Le counseling fut introduit en France en 1928 sous la forme du conseil d'orientation professionnelle. L'Institut national d'étude du travail et d'orientation professionnelle (INETOP) avait pour tâche de former et d'habiliter des conseillers d'orientation qui devaient ensuite informer et aider les jeunes à choisir leurs propres orientations scolaires. La formation s'étendait sur deux années. Elle comprenait, d'une part, des cours théoriques en psychologie, sociologie, écono-

mie et un entraînement intensif à la pratique des tests, d'autre part, des stages en entreprises et dans des services de l'enfance. Donald E. Super, qui participa en France durant une année à la formation des conseillers d'orientation, entreprit une comparaison entre les programmes français (Paris, Bordeaux, Marseille) et les programmes américains. Il note que « les Français étudient la psychologie et l'économie, ils ont une bonne maîtrise de la pratique des tests, mais ils ont un manque de connaissances des méthodes de counseling »<sup>1</sup>.

Dans les années 1950, on voit apparaître dans le travail social une méthode de service élaborée aux États-Unis : le *case work* ou aide psychosociale individualisée. On retrouve dans le *case work* des notions rogériennes comme le droit pour le client d'être considéré et traité comme une personne, son besoin d'être respecté, de ne pas être jugé et d'établir lui-même ses propres choix. Malheureusement, comme l'observe Jeanine Verdès-Leroux<sup>2</sup>, en France, le *case work* va être psychologisé et coupé des fondements théoriques et politiques sur lesquels l'avaient promu les Américains : le respect de la personne et de son autonomie et la conviction que l'individu est capable de progrès et d'autodétermination. Le *case work* en France, au lieu de glisser du côté du politique va glisser du côté de la psychanalyse, ce d'autant plus que l'un de ses grands relais est constitué par l'Union catholique des services sociaux qui avait organisé dès avril 1949 une réunion visant à promouvoir « une attitude chrétienne en psychothérapie ». En fait, les notions psychanalytiques vont être de plus en plus aplaties et donner lieu à l'éla-

1. Donald E. Super, *Personnel and Guidance Journal*, vol. 40, 1961, p. 271.

2. J. Verdès-Leroux, *Le travail social*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1978.

laboration de schémas explicatifs du développement servant essentiellement à construire des normes et à s'appuyer sur les réalités de l'enfance pour établir des diagnostics. La méthode dans sa forme idéale est délaissée progressivement au profit de l'utilisation de grilles d'interprétation dans lesquelles on tend à transformer les difficultés matérielles de la personne en difficultés d'être, méthode à laquelle s'opposeront vivement les assistantes sociales qui appartiennent au Parti communiste.

En 1961, l'Association française des centres de consultation conjugale (AFCCC), qui regroupe, autour du psychiatre et psychanalyste Jean Lemaire, des praticiens de la santé et du travail social, va élaborer une forme de conseil conjugal fondé tout d'abord sur les conceptions psychanalytiques freudiennes, puis sur l'approche systémique. Le groupe familial doit être considéré et appréhendé comme un ensemble structuré différent de la somme de ses éléments. J. Lemaire formalise un courant de counseling dans lequel il intègre des éléments issus de la psychanalyse et de la psychosociologie des groupes, comme ceux de Moreno, de Rogers et de Lewin. L'AFCC, reconnue d'utilité publique en 1968, est agréée en 1977 comme organisme de formation en matière de conseil conjugal et familial. Les centres de consultation conjugale vont s'insérer dans le réseau des acteurs sociaux et les conseillers conjugaux être présents dans les services sociaux (mairies, protection maternelle et infantile, hôpitaux...).

Le counseling au milieu des années 60 va également faire une entrée en France par une autre voie que celle de la guidance, du travail social ou des couples : la voie de la psychosociologie des groupes. En effet, des pionniers du counseling aux États-Unis, comme Rogers, avaient entre-temps avancé et découvert l'intérêt de

pratiquer le counseling dans les groupes. En 1946, l'Association des anciens combattants avait commandité à Rogers et à ses collègues, *via* l'Université de Chicago, une formation intensive de conseillers chargés de la prise en charge et de la réintégration sociale des GI's. Dans la mesure où ce programme s'adressait à de futurs praticiens de la relation d'aide, l'équipe de formation se centra exclusivement sur l'évolution personnelle des participants. Ainsi naquirent les groupes de rencontre. En 1955, des psychosociologues français, missionnés aux États-Unis par le Commissariat à la productivité, vont assister au séminaire international des groupes de diagnostic (T. Group) et diffuser en France cette méthode. Au même moment, une nouvelle école de psychosociologie voit le jour et plusieurs organismes vont se créer : ANDSHA, ARIP, CEFFRAP. Par ailleurs, Max Pagès rencontre Carl Rogers dont il va être l'étudiant en 1951 à l'Université de Chicago et présente les fondements de l'orientation non directive et la démarche rogérienne au public français. En 1959, un numéro spécial du *Bulletin de Psychologie* va être consacré aux groupes et constituer le point de départ théorique de tout le mouvement de la dynamique des groupes, développé ensuite sous une forme académique dans les disciplines à caractère progressif comme par exemple les départements de Sciences de l'Éducation des universités (Vincennes, Nanterre...).

En 1962 la psychothérapie institutionnelle rencontre le mouvement de la dynamique de groupe et différents courants politiques. Cela va donner lieu à l'émergence de l'analyse institutionnelle dont le dispositif de base n'est plus le groupe de formation, mais le groupe auto-géré. La dynamique des groupes va alors éclater en deux directions opposées : une direction biopsychologique (bioénergie, gestalt-thérapie, coconseil, groupes de rencontre) et une direction sociopolitique (groupes

autogérés, pédagogie et psychothérapie institutionnelle, analyse institutionnelle et socioanalyse). Max Pagès a développé dans ses séminaires d'expression une conception des groupes de rencontre dans l'esprit de Carl Rogers, mettant l'accent sur plusieurs points à la fois au niveau méthodologique et au niveau clinique. Le groupe est centré sur la personne et non sur lui-même. Il est le support et l'amplificateur des émotions individuelles. On y travaille pour soi à l'aide des autres. L'animateur ne pratique pas d'interprétation au niveau groupal, il intervient au niveau individuel.

Parmi les différents courants de counseling, c'est le courant rogérien qui va s'implanter en France et Rogers lui-même va être invité en France (Colloque de Dourdan en 1966). Il surprend son public par la présentation qu'il fait de lui-même : « Je suis Carl Rogers, je suis ici et maintenant. Je ne suis pas une autorité, un nom, un livre, une théorie, une doctrine [...]. Je suis une personne très imparfaite qui essaie de trouver la vérité dans ce domaine difficile des relations humaines. [...]. Allons-nous pouvoir nous parler, nous rencontrer en toute vérité, partager quelque chose ensemble ? »

En fait, Rogers va avoir une influence à la fois sur le mouvement de la psychosociologie française<sup>1</sup> – en proposant un modèle d'intervention psychosociologique propre à faciliter le changement non seulement des individus mais des groupes et des organisations – et dans le champ de l'éducation par le biais de la non-directivité. L'orientation non directive en thérapie et en pédagogie va être facilitée par le climat de contestation des années 70 dans la mesure où l'intervention psychosociologique et la pratique de la non-directivité

1. Ce courant sera représenté par M. J. Dardelin, D. Le Bon, G. Ferry, D. Hameline, M. Lobrot, R. Lourau, G. Lapassade, M. Pagès, A. de Peretti.



vont être promues par des personnes ou des organisations engagées dans des mouvements de lutte ou de contestation issus de Mai 68. Rogers va être le relais naturel de courants comme l'antipsychiatrie, l'analyse institutionnelle, la pédagogie nouvelle, non pas pour les promoteurs de ces courants qui s'essaient chacun à une conceptualisation personnelle ou différenciée, mais pour les publics en formation qui vont se nourrir de manière éclectique de tous ces courants qui fondent leur pratique et leur discours sur un thème commun : la rupture et la contestation de l'ordre établi.

L'atmosphère dans laquelle émerge le counseling dans ces années-là et sa réduction à essentiellement l'œuvre de Rogers vont faciliter son ère de gloire mais aussi sa mort. Le mouvement de counseling rogérien va s'éteindre en France, selon nous, pour plusieurs raisons : la mésinterprétation de certains concepts rogériens, comme par exemple la non-directivité qui va être associée par manque de formation rigoureuse au laisser faire, la réduction de Rogers à une idéologie personnaliste et à une prophétie au détriment de la rigueur de son apport thérapeutique.

Par ailleurs, le counseling rogérien va payer le prix du conflit existant entre le mouvement de la psychosociologie et les institutions psychanalytiques qui vont rester étanches au mouvement de contestation des années 70.

Les travailleurs sociaux vont reprendre de Rogers des éléments de techniques d'entretien mais là encore en réduisant l'œuvre de Rogers à l'adoption d'attitudes facilitantes, comme l'empathie, la congruence, la sollicitude, l'authenticité, sans les articuler aux fondements mêmes et aux postulats à partir desquels Rogers développe ces attitudes, comme l'existence d'une tendance à la réalisation de soi en chaque individu, la nature sociale de l'être humain, sa capacité d'être libre, la connaissance intérieure que le sujet a de lui-même. Le

counseling va être dénaturé et peu à peu tomber en désuétude.

En fait, il va falloir attendre le milieu des années 80 pour voir réapparaître en France le counseling et ce dans un climat social tout à fait particulier, celui d'une épidémie où la personne ne constitue plus l'objet d'un discours prophétique mais plutôt est mise à mal par l'émergence d'un discours collectif dans lequel le sujet disparaît au profit d'un impératif sanitaire.

## II. — Définition

Dans la culture anglo-saxonne, le terme de « counseling » est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. H. B. et A. C. English définissent le counseling comme « une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face »<sup>1</sup>.

Il existe de nombreuses définitions du counseling d'autant plus que, comme nous le verrons, il existe aussi de nombreux courants de pensée dans ce domaine. Mais toutes les définitions insistent sur les aspects suivants :

- le counseling est un processus qui nécessite une certaine durée même si celle-ci est brève. Il se déroule sur plusieurs séquences et ne peut être réduit à une intervention unique ;
- il a des effets, notamment le changement ou l'amélioration de l'état psychologique du client ;
- il ne se réduit pas à une relation duelle mais peut être étendu aux groupes.

1. H. B. et A. C. English, *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*, New York, Éd. David Mac Kay & Co., Inc., 1958, p. 127.

En France, le terme anglo-saxon « counseling » dérange et constitue un obstacle à sa définition, d'autant que sa traduction en français par « conseil » appelle d'autres connotations et fait disparaître l'importance attribuée à la désignation de l'action marquée dans la langue anglaise par le suffixe *ing*. Par ailleurs, la transversalité de la démarche gêne le public français plutôt usager d'un point de vue classificatoire, monodisciplinaire et monoréférentiel. Alors que chez les Anglo-Saxons le counseling s'apparente à une démarche thérapeutique, pour les Français, notamment pour les freudo-lacaniens, le counseling n'est en rien assimilable à une démarche thérapeutique, celle-ci requérant une durée conséquente si ce n'est longue, là où le counseling, obéissant à la fonction sociale qui le caractérise également, s'en tient à une intervention brève. Mais il n'en demeure pas moins que le counseling constitue une approche explicitement clinique notamment par l'écoute qu'elle suppose et mobilise. A ce titre, il subsiste des liens de parenté entre certains aspects présents dans la relation thérapeutique et dans le counseling.

Selon nous, le counseling est une forme de « psychologie situationniste » : c'est la situation qui est cause du symptôme et non l'inverse. En ce sens, le counseling, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concernent. De notre avis, l'expression « accompagnement psychologique » serait insuffisante dans la mesure où les champs d'application du counseling, auxquels nous consacrons tout un chapitre, désignent souvent des réalités sociales productrices à elles seules chez les individus d'un ensemble de troubles ou de difficultés.

**Counseling et psychothérapie.** — Il est plus facile pour les Français de distinguer le counseling et la psychothérapie que pour les auteurs anglo-saxons dont certains utilisent d'ailleurs indifféremment les deux termes comme des synonymes. En France, exceptés les courants de thérapie nouvelle, la psychothérapie est largement dominée par l'influence psychanalytique. *A priori* le counseling est loin de la psychanalyse de par son cadre, sa technique et ses méthodes. Si la psychanalyse se veut une méthode de traitement des névroses, le counseling se veut plutôt une démarche de résolution des problèmes à l'intention de toute personne confrontée à une situation à laquelle elle doit faire face.

L'intégration de la réalité dans la demande de counseling met le consultant dans une autre position qu'une stricte position analytique. Ainsi on exigera souvent de ce dernier des connaissances préalables ou une formation complémentaire dans le domaine spécifique dans lequel il intervient tout simplement parce qu'il est amené à travailler non pas seulement au niveau de l'imaginaire mais tout autant au niveau de la réalité. Le praticien en counseling doit être à même d'informer, d'orienter, c'est-à-dire en fait de remplir une fonction d'accompagnement psychologique et social.

On voit bien là à quel point le counseling a peu à voir avec le cadre de la cure analytique classique. Néanmoins, quand il est pratiqué par des analystes ou des consultants ayant une formation analytique, il peut constituer, sous certaines conditions théoriques, cliniques et organisationnelles, une extension de la pratique de la psychanalyse au sens où l'entendait Serge Leclaire, c'est-à-dire « un ensemble de pratiques qui s'estiment toujours en connexion avec la cure... »<sup>1</sup>.

1. S. Leclaire, *État des lieux de la psychanalyse*, Paris, Éd. Albin Michel, 1991, p. 138.

Dans l'histoire française du counseling, la psychanalyse occupe une place dans la mesure où c'est un psychanalyste<sup>1</sup>, J. G. Lemaire, qui a fondé en 1961 l'Association française des centres de consultation conjugale (AFCCC). Cette association a élaboré une forme de conseil conjugal fondée sur les conceptions psychanalytiques freudiennes.

1. J. G. Lemaire appartenait alors à la Société Psychanalytique de Paris.

## Chapitre II

### FONDEMENTS DU COUNSELING

#### I. — Fondements philosophiques

Toute méthode scientifique s'appuie sur des présupposés philosophiques, implicites ou explicites, qui déterminent non seulement de quel type de réalité le chercheur peut rendre compte avec sa méthode mais aussi si ce qui est observé relève de problèmes réels et alors si un travail scientifique peut se poursuivre. Dans toute la littérature anglo-saxonne concernant la philosophie du counseling un thème prédomine : la croyance en la dignité et la valeur de l'individu dans la reconnaissance de sa liberté à déterminer ses propres valeurs et objectifs et dans son droit à poursuivre son style de vie. L'individu a une valeur en soi en dehors de ce qu'il peut accomplir. Souvent il n'en a pas conscience et ignore son potentiel de développement, aussi le counseling vise-t-il à l'aider à développer sa singularité et à accentuer son individualité.

Au-delà d'une philosophie qui, à première vue, pourrait se lire comme une forme d'individualisme sauvage, les grands textes du counseling font tous référence à la responsabilité de la personne vis-à-vis d'elle-même, d'autrui et de son environnement. L'individu n'est ni bon, ni mauvais par nature ou par hérédité. Il possède en lui un potentiel d'évolution et de change-

ment. De la même manière, le counselor prend en compte le sens et les valeurs que le client attribue à la vie, à ses propres attitudes et comportements dans la mesure où un changement nécessité par l'environnement peut venir se heurter aux options philosophiques de la personne et être en soi une cause de difficulté (ex. : changement d'attitudes face au travail, à la famille, à la sexualité, à la mort...).

## II. — Fondements psychologiques

Bien que le counseling soit souvent identifié lui-même à la psychologie, cette dernière regroupe un domaine plus large. Elle est composée d'unités spécifiques comme la psychologie clinique, la psychosociologie, la psychologie expérimentale, la psychologie sociale, qui ont influencé le counseling.

**La psychologie sociale.** — Les théoriciens du counseling ont accordé une attention particulière à la théorie de la construction de la perception. L'idée de base est que le comportement est un produit de la perception elle-même du monde de l'individu. Celle-ci se construit non seulement au cours de ses expériences mais varie en fonction de situations et de facteurs comme l'identité sexuelle, les attitudes, les valeurs et les besoins de la personne. La manière dont nous percevons le monde est aussi influencée par des traits personnels, par notre tendance à créer ou à maintenir une structure stable, par notre expérience passée, notre condition physiologique, nos besoins et nos valeurs.

En termes de counseling, cela implique que le counselor doit créer les conditions qui facilitent le changement, ce qui suppose sa capacité à satisfaire les besoins de son client. L'individu perçoit ce qu'il a besoin de

percevoir et lorsque ses besoins ne sont pas satisfaits, sa perception devient étroite et rigide.

**Le concept de soi.** — La psychologie a influencé le counseling en révélant non seulement la complexité de l'être humain mais aussi la complexité de la relation qu'il entretient avec lui-même. Le concept de soi a été mis en évidence par les psychologues qui ont montré à quel point la manière dont les individus se perçoivent influence fortement leur comportement. La manière dont une personne perçoit la réalité constitue la réalité pour elle. Les raisons pour lesquelles les individus agissent sont très difficiles à décrire et toute tentative de généralisation des comportements est fautive et incomplète.

**La psychologie du développement.** — Tous les courants de counseling posent comme l'un des principaux objectifs la facilitation du développement humain, aussi est-il important de repérer les modèles princeps en usage. On peut classer ces modèles selon trois catégories : ceux fondés sur la maturation physique (développement cognitif), ceux fondés sur l'environnement (développement psychosocial), et ceux fondés sur la personnalité (développement personnel). Nous verrons combien la référence à l'un ou plusieurs de ces modèles va déterminer l'émergence et le développement de différents courants dans le champ du counseling.

### III. — Fondements sociologiques

La sociologie met en évidence les fonctions qui influencent les interactions de groupe aussi bien que les conditions qui contrôlent la vie sociale. Un des principes de la sociologie réside dans le fait que le comportement des individus est largement déterminé par leurs



interactions sociales, leurs relations comme individus et comme membres d'un groupe.

Les praticiens du counseling doivent être conscients des modes d'organisation sociale dans lesquels les individus se développent et interagissent. Ils doivent analyser comment ces modes exercent un contrôle social et ont un impact sur les individus. Les processus de contrôle social sont à l'œuvre autant dans le monde du travail que dans le champ de la famille, de l'école et des pairs, aussi chaque individu doit-il composer avec ces influences de diverses manières : conformisme, innovations, ritualisations, retrait, rejet.

**Le processus de socialisation.** — C'est en tant qu'il affecte le développement de l'individu qu'il doit être pris en compte par le counselor dans la compréhension des choix individuels ou la nature du développement de la personne. La socialisation n'a pas seulement comme effet la régulation des conduites et des comportements, elle participe aussi au contexte dans lequel une personne développe son identité et la conscience de soi. Dans ses effets, le processus de socialisation vise souvent plus à réaliser les objectifs du groupe social que ceux de l'individu.

Les counselors doivent être particulièrement attentifs au poids des valeurs imposées et au risque pour la personne d'avoir à faire face à des objectifs inconciliables. La tendance première du counseling ne consiste pas à aider les individus à s'adapter ou à résister aux formes de socialisation mais plutôt à les aider à utiliser ces formes dans un sens qui contribue à leur développement maximum dans le contexte humanisant d'une société ouverte et plurielle.

**Les aspects socioculturels.** — Plusieurs disciplines des sciences humaines, dont la sociologie, mettent en

évidence la manière dont la culture influence la construction des valeurs et comment les conflits entre les valeurs individuelles et culturelles influencent le développement de la personne. Des conflits très importants peuvent survenir lorsque l'individu, ou la subculture du groupe auquel il appartient, résiste à la culture dominante. Ces conflits peuvent en eux-mêmes être à l'origine de problèmes graves.

Les counselors doivent être capables de concevoir les modes selon lesquels les valeurs culturelles empiètent sur la liberté individuelle (capacité/volonté des individus à réussir leur développement individuel).

## Chapitre III

### LES GRANDS COURANTS

Il existe une diversité de courants théoriques dans le counseling. Ceux-ci diffèrent en fonction des conceptions que ses représentants se font de l'être humain, de la nature de sa souffrance, des fondements théoriques auxquels il se réfère, des objectifs de la relation d'aide, des techniques employées, de la nature de la relation thérapeutique et des types de clients auxquels ce type d'aide est particulièrement adapté.

On peut d'emblée définir deux grandes orientations : celle qui a trait aux théories du comportement et celle qui a trait aux théories de la personnalité.

Dans la mesure où le counseling s'intéresse à la manière dont l'individu agit et interagit, il était inévitable et logique que des courants de counseling intègrent ou se fondent sur une théorie du comportement.

De la même manière, comme il existe plusieurs théories de la personnalité, il était inévitable que celles-ci donnent naissance à plusieurs courants dont les principaux sont le courant psychanalytique, le courant rogérien, le courant existentiel.

#### I. — L'approche cognitivo-comportementale

L'approche comportementale, si vivement déclamée dans les années 70 parce qu'on voyait en elle un outil

de contrôle et de normalisation sociale, s'est redéployée différemment ces dix dernières années non seulement en modifiant son discours emblématique, mais surtout, pour ce qui concerne le counseling, en orientant ses domaines d'intervention vers des publics souffrant, si l'on peut dire ainsi, d'une perte ou d'un déficit dans leur acquis (publics en difficultés, classes d'âge fragilisées, publics du soin et de la prévention, publics en situation de précarité).

Le counseling cognitivo-comportemental est en plein essor dans les domaines de la santé, de la prévention et de l'éducation. Il s'est enrichi de modèles issus des théories de l'apprentissage social, des théories du traitement de l'information et d'une conception d'emblée environnementaliste dans laquelle les relations individu-milieu peuvent être remodelées au bénéfice de l'individu.

**Les auteurs de référence.** — Les principaux auteurs de référence des praticiens du counseling cognitivo-comportemental sont Beck, Bandura et Ellis.

*La théorie cognitive* s'est développée à partir des travaux de Beck (1959) qui, d'abord psychanalyste, conduisit des études sur le rôle des cognitions conscientes puis préconscientes chez les sujets dépressifs. Il en déduisit que les désordres émotionnels étaient la conséquence de pensées automatiques négatives et irréalistes et d'un dialogue interne dont les postulats étaient dépressogènes. L'intervention thérapeutique ne doit donc pas chercher à agir sur le comportement mais à modifier des pensées, des systèmes de croyances et les attentes du sujet.

*La théorie de l'apprentissage social* s'est développée à partir des travaux de Bandura (1969, 1977). Bandura postule l'interaction entre le comportement externe, la personne et l'environnement. Par ailleurs, il postule

que l'individu apprend par l'intermédiaire de l'observation et d'imitation de modèles qui peuvent être réels, symboliques ou imaginaires. En mettant l'accent sur la régulation du comportement voire l'autorégulation par l'individu de ses comportements, l'approche de Bandura, réintroduisant la réalité du choix et de la liberté dont dispose l'être humain, met fin à un vieux débat idéologique de laboratoire autour de Skinner qui réfute toute idée de liberté.

*La thérapie émotionnelle rationnelle* (Rational Emotive Therapy) a été développée par Albert Ellis (1962) qui pose que toute perturbation émotionnelle est le résultat d'une pensée irrationnelle et illogique qui advient sous la forme de sentences intériorisées ou de symboles verbaux. Selon Ellis, ce sont les pensées qui créent les sentiments. Les interprétations que nous faisons de nos expériences sont plus de l'ordre de l'hypothèse ou de la croyance que des faits et donc en tant que telles peuvent être validées ou invalidées à des degrés variés.

Ellis (1977) a identifié trois grandes croyances irrationnelles : *a)* je dois faire bien les choses et recueillir l'approbation des autres sinon je ne vauds rien ; *b)* les autres doivent me traiter avec considération et de la manière dont je le désire ; *c)* la vie doit m'apporter tout ce que je veux rapidement et facilement et ne rien me donner que je ne désire. Ces trois croyances sont souvent sous-jacentes aux trois plaintes les plus communément exprimées par les personnes qui souffrent de désordres émotionnels et qui s'expriment de la manière suivante : « Je ne vauds rien parce que... » – « C'est insupportable... » – « Je ne peux pas accepter que... »

**Quelles conceptions de l'être humain ?** – Ellis critique les approches humanistes qui, selon lui, occultent le fait que les individus peuvent virtuellement s'autodétruire au moyen de pensées irrationnelles et confuses. En ce sens, l'objectif de l'approche émotive-rationnelle consiste à libérer le client de ses pensées irrationnelles

et en même temps de lui permettre d'explorer et de tester la possibilité et l'efficacité d'un autre mode de penser. En fait, les individus ont tendance à penser que ce sont les faits et les événements qui sont la source de leurs émotions. Ellis renverse ce qu'il définit comme une équation naïve en démontrant que c'est essentiellement la manière dont les individus considèrent les faits qui déterminent ce qu'ils ressentent. Il s'agit donc dans ce type d'approche « d'attaquer » le système de croyances de la personne, ce que nous ne sommes pas habitués à faire dans notre société. En effet, nous sommes plutôt enclins à nous fier à ce que nous ressentons et remettons rarement en question nos opinions sur les événements et les choses.

Le point de vue cognitivo-comportemental a souvent été décrit comme une tentative d'intégration de trois grandes traditions philosophiques : l'idéalisme, le réalisme et l'existentialisme et ce d'autant plus que plusieurs des fondateurs de cette approche firent eux-mêmes un détour par la psychanalyse, la thérapie existentielle, furent ensuite remarqués par leurs travaux par les tenants de la psychologie comportementale et enfin formalisèrent une approche spécifique comme le fit Albert Ellis pour la thérapie rationnelle émotive.

En fait, l'objectif central des thérapies cognitivo-comportementales peut se résumer ainsi : il s'agit de comprendre comment l'individu construit sa perception et sa connaissance de la réalité, comment il prend des décisions à partir de choix multiples, et comment il agit et se comporte face à la réalité.

**Les champs d'applications.** — Les principaux champs d'application du counseling cognitivo-comportemental sont le traitement de l'anxiété, des phobies, des réactions post-traumatiques, des problèmes sexuels, des toxicomanies, des dépendances et surtout, son terrain d'élection dans les pays anglo-saxons est

devenu majoritairement la psychologie de la santé et la médecine comportementale.

En France, c'est un psychiatre des hôpitaux, Jean Cottraux<sup>1</sup>, ancien président de l'Association française et de l'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive, qui est responsable du diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive de l'Université de Lyon I et directeur de l'Unité de traitement de l'anxiété de l'hôpital neurologique (CHU de Lyon).

**Incidences sur la pratique.** — L'approche comportementale est centrée sur les capacités du client à produire le changement. En général, les praticiens de cette approche travaillent avec un programme découpé en phases de la manière suivante :

— Établissement d'une relation et création d'une alliance thérapeutique.

— Évaluation du problème en prenant en compte autant ses conséquences comportementales concrètes que l'ensemble des éléments cognitifs en jeu dans les comportements décrits comme problématiques par le client.

— Définition de buts ou d'objectifs de changement. Ceux-ci doivent être définis par le client, être clairs, précis et réalisables.

— Utilisation de techniques cognitives et comportementales.

— Pilotage du programme et évaluation progressive de chaque phase du travail.

— Fin du programme et établissement d'un suivi pour renforcer les acquis et prévenir l'effet rebond.

Les techniques utilisées dans le counseling cogni-

1. J. Cottraux, *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, 1995.

tivo-comportemental interviennent à trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel et ceci à partir d'un postulat : l'existence d'interactions entre les émotions, les comportements et les pensées ainsi que leurs relations avec l'environnement. La prise en compte de l'environnement connaît d'ailleurs une importante croissance depuis quelques années, notamment en ce qui concerne le développement du counseling cognitivo-comportemental dans le champ de la santé publique et plus généralement de la prévention des conduites à risque.

*Les modèles cognitifs.* — Ce sont les modes de traitement de l'information qui sont cause de perturbations et à l'origine d'anxiété chez de nombreux individus. Par exemple, les théories cognitives postulent chez les phobiques l'existence d'un déficit de signaux de sécurité. Ils ont tendance à sélectionner prioritairement les signaux de danger dans l'environnement. Les attaques de panique sont le fait d'individus qui ont tendance à répondre à des symptômes d'anxiété par une surinterprétation de type catastrophique. En fait, l'approche cognitive élargit considérablement le modèle comportemental classique qui conceptualise tout dysfonctionnement en termes de stimulus, réponses, de conditionnement et de renforcement.

*L'apprentissage vicariant par imitation.* — Selon ce principe un comportement peut être appris ou modifié par l'observation d'un modèle. Les modèles incluent les modèles réels (montrant à l'individu le comportement), les modèles symboliques (notamment les films) et les modèles imaginaires (qui sont des représentations imagées suggérées par l'aidant).

Ce type d'apprentissage vise à désinhiber un comportement, acquérir un nouveau comportement, ou réduire l'angoisse liée à un comportement adopté par le sujet.

Dans la pratique les praticiens de ce type de counseling travaillent souvent avec la vidéo et utilisent aussi le jeu de rôle visant à permettre au sujet la répétition d'une attitude qu'il trouve positive.

*Principes de modification cognitive.* — Les modifications des pensées, des sentiments, des affects entraînent une modification du comportement externe et inversement les changements de comportements externes entraînent une modification des sentiments, des affects, des pensées ou l'internalisation, par exemple



d'émotions désapprises – suite à des échecs – ou de certains sentiments comme la confiance en soi encore jamais acquise. Bandura (1977) a ajouté une dimension spécifique aux théories cognitives du changement : l'efficacité personnelle perçue (*self-efficacy*). La perception que le sujet a de lui-même joue un rôle déterminant dans le changement dans la mesure où celui-ci se considère ou non comme capable d'adopter un comportement qui lui-même aboutira ou non au résultat attendu. Il s'agit donc de travailler sur les attentes d'efficacité perçues et de lutter contre l'inefficacité personnelle perçue en jeu dans la perte totale de capacités d'autorégulation dans les situations de stress, de dépression et d'anxiété.

*L'affirmation de soi.* — Cette notion, pour des raisons que nous aimerions éclaircir ultérieurement, a connu un grand succès ces deux dernières décennies notamment dans les sociétés occidentales qui valorisent l'individualisme. Ainsi, on a vu progressivement, pour ne prendre que le cas de la France, éclore des stages sur les techniques d'affirmation de soi et d'assertivité dans les grandes entreprises, puis progressivement ces mêmes thèmes se sont déplacés pour devenir, avec d'autres concepts comme l'estime de soi, les concepts emblématiques de référence dans les dispositifs de soutien proposés aux publics défavorisés et aux jeunes en difficulté. En fait, l'affirmation de soi fait partie des techniques de modification comportementale utilisées par les praticiens du counseling cognitivo-comportemental. Il s'agit d'aider le client à agir au mieux dans son intérêt, à s'affirmer sans agressivité, à exprimer avec aisance ses sentiments, à exercer ses droits dans la limite du respect des droits d'autrui.

Les techniques de base utilisées pour développer l'affirmation de soi reposent essentiellement sur l'utilisation du jeu de rôle, le travail corporel, le renforcement positif. A l'origine, utilisées essentiellement dans le traitement des phobies sociales avec angoisse, du bégaiement, de la timidité, des dysfonctionnements sexuels et de certains types de dépression, les techniques d'affirmation de soi ont été intégrées par d'autres courants de counseling (courants d'affirmative action).

*Les affects.* — Les méthodes employées dans le counseling cognitivo-comportemental n'ont pas pour objectif immédiat que le client « se sente mieux » mais qu'il aille mieux. Autrement dit, les praticiens de ce type de counseling utilisent rarement des techniques faisant uniquement appel à l'affect pour provoquer un sentiment ou susciter une sensation. Quand ils recourent à l'affect pour aider le client à procéder à des reconstructions et des apprentissages, c'est en tant que partie d'un processus cognitif qu'ils l'abordent.

## II. — Le courant psychanalytique

**Les auteurs de référence.** — Ce courant est représenté par des praticiens qui se réfèrent autant aux néo-Freudiens ayant eu une grande influence aux États-Unis, comme Adler, Carl Jung, Otto Rank, Wilhelm Reich, Karen Horney, Harry Stack Sullivan, qu'à Freud lui-même. Ce courant s'est par ailleurs enrichi des apports de ceux qu'on a considérés comme les tenants de la psychologie du moi : Hartmann, Anna Freud, Rappaport, Erikson. Plus récemment, on observe l'influence d'auteurs comme Heinz Kohut, notamment pour ses travaux cliniques centrés sur le traitement psychanalytique des troubles narcissiques de la personnalité et les états traumatiques. En effet, les thèses de Kohut rendent mieux compte des observations cliniques des thérapeutes qui travaillent avec un type de clientèle n'entrant pas *a priori* dans la classification psychanalytique traditionnelle (personnes souffrant d'addictions, personnes co-dépendantes, personnes ayant souffert de traumatismes, d'abus sexuels, d'inceste...).

Si Freud attribuait à la rigidité de la société et à la répression sexuelle une part importante dans l'édification des névroses, Kohut attribue le malaise existentiel et les souffrances des individus à l'affaiblissement des forces sociales à assurer des fonctions de soutien. Il réhabilite le narcissisme et critique l'idée profondément ancrée qui consiste à privilégier l'amour d'objet à l'amour de soi... L'investissement de soi est d'autant plus condamné dans nos sociétés que les notions d'altruisme et de sacrifice de soi sont considérées comme des valeurs supérieures. Ainsi, de nombreux désordres de la personnalité relèvent selon Kohut d'une défaillance ou d'une atteinte du narcissisme primaire. L'estime de soi se régule dans les premières années de l'existence grâce à la construction graduelle et progressive de structures internes qui remplissent les fonctions accomplies par l'objet narcissique. Des thérapeutes et praticiens du counseling travaillant dans le domaine de l'infection à VIH s'appuient sur l'œuvre de Kohut pour approcher l'expérience subjective de profonde déstabilisation du soi provoquée par l'infection au VIH.

**Quelles conceptions de l'être humain?** — L'être humain est gouverné par deux principes : le principe de plaisir et le principe de réalité. Cette distinction correspond dans une large mesure à la distinction entre processus inconscient et processus conscient. Grâce à l'établissement du principe de réalité, l'être humain acquiert un moi organisé mais cette évolution ne se fait pas sans difficultés, sans renoncements.

La personnalité est composée de trois instances : le Ça, le Moi et le Surmoi.

Le Ça relève de l'inconscient et recherche la satisfaction des besoins instinctuels en accord avec le principe de plaisir. Il n'est affecté ni par le temps, ni par les contradictions, ni par la morale.

Sous l'influence du monde extérieur, une partie du ça se développe pour devenir le Moi. Le Moi coordonne – non sans les modifier –, organise et contrôle les tendances instinctuelles issues du Ça de manière à s'adapter à la réalité. Il utilise pour cela ce que Freud a théorisé comme les mécanismes de défense (identification, projection, régression, sublimation, déni...). C'est-à-dire que l'être humain non seulement s'adapte à la réalité mais pour ce faire et dans son intérêt la modifie sans cesse.

Mais, au cours du développement du Moi, naît une autre entité, le Surmoi. Ce dernier représente l'intériorisation des interdits parentaux et tire son origine de la dépendance de tout être humain durant son enfance au monde des adultes. Intégrant ensuite les influences de la société et de la culture, le Moi travaille pour lui en effectuant un ensemble de refoulements des tendances instinctuelles.

Ainsi, la personnalité de l'individu se compose d'un Moi tiraillé entre les exigences du Ça et les interdictions du Surmoi.

Tous ces mécanismes étant en partie inconscients, le développement psychique de la personne lui échappe en quelque sorte et l'emporte dans ses effets sur son développement réel. Tout se passerait bien si la partie psychique restait en quelque sorte lettre morte. Mais tel n'est pas le cas. Si la partie consciente de l'individu correspond à l'infime partie visible de l'iceberg, il

demeure néanmoins gouverné par la partie inconsciente qui correspond à la partie invisible de l'iceberg.

Enfin, la découverte de la sexualité infantile et la réduction des symptômes névrotiques à des composantes instinctives érotiques ont conduit Freud à une formalisation de la théorie des névroses. « Nous voyons que les hommes tombent malades quand, par suite d'obstacles extérieurs ou d'une adaptation insuffisante, la satisfaction de leurs besoins érotiques leur est refusée dans la réalité. Nous voyons alors qu'ils se réfugient dans la maladie afin de pouvoir, grâce à elle, obtenir les plaisirs que leur vie leur refuse. »<sup>1</sup> Ainsi la névrose prive l'individu de nombreuses sources d'énergie psychique et cette déprivation est préjudiciable à son développement, voire même peut arrêter totalement ce dernier à un stade infantile (fixation) et empêcher toute progression et tout déploiement de son activité.

### **Principaux concepts.**

*Le conflit intra-psychique.* — Tout individu est tiraillé entre la tendance à réaliser ses souhaits inconscients et la tendance à les réprimer au point de devoir en passer par le symptôme pour s'exprimer. Celui-ci est donc un compromis et le résultat d'un conflit. Parmi les compromis, certains peuvent être considérés comme des adaptations heureuses tandis que d'autres sont néfastes pour le développement de l'individu. Dans cette optique, tout dysfonctionnement, y compris d'ordre comportemental, représente un essai d'adaptation aux exigences contradictoires de la réalité interne et externe. Quand l'individu ne peut plus répondre aux exigences externes de la réalité, il peut aussi régresser à

1. Sigmund Freud, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Éd. PBP, n° 84, 1972, p. 58.

des formes d'adaptation qu'il a déjà utilisées lors d'événements antérieurs plus ou moins traumatiques.

*Les affects.* — Dans la théorie psychanalytique les représentations mentales sont liées à des affects. Lorsque la représentation ou l'affect sont douloureux, on assiste alors à un clivage qui a pour effet de détruire l'unité de l'expérience consciente. Ces représentations accompagnées d'affects pénibles sont dérivées des situations douloureuses anciennes, remontant à l'enfance et vécues au cours des différents stades du développement psychosexuel, comme la perte de l'amour, la peur de la perte de l'objet d'amour, la castration, la peur de la blessure, la peur de la punition, la culpabilité, le désir d'autopunition.

*Les mécanismes de défense.* — Pour faire face à la réalité, pour maintenir un équilibre entre ses exigences intérieures, l'individu utilise des défenses comme le déni, la projection, l'identification, la régression, le déplacement des formations réactionnelles.

Les perceptions, les attitudes, les traits de caractère, les habitudes de pensée ou tout autre aspect de la vie mentale peuvent fonctionner aussi comme une défense. Les défenses peuvent être centrées sur une ou plusieurs composantes du conflit intrapsychique ; en bloquant ou modifiant l'expression du désir, elles peuvent le ramener à l'état d'inconscient.

*Le transfert.* — C'est un phénomène intrapsychique par lequel la personne transfère sur quelqu'un d'important pour elle des idées et des sentiments vécus lors de relations antérieures dans le passé. Il s'agit la plupart du temps de la réédification d'expériences anciennes douloureuses vécues dans l'enfance. Le conseiller s'appuie sur la répétition de ces situations infantiles pour permettre cette fois-ci au client de les analyser et de s'en libérer sous la forme la plus acceptable pour lui, comme par exemple le deuil d'un désir,

la tentative de réalisation d'un souhait, la modification d'une demande, la satisfaction d'un besoin, l'acceptation d'un manque ou d'une frustration.

*Le contre-transfert.* — C'est l'ensemble des pensées, sentiments et idées qui surviennent au cours des entretiens chez le counselor. Celui-ci doit pouvoir s'appuyer sur ces éléments pour saisir les aspects conscients et inconscients des conflits intrapsychiques de son client. Parallèlement, tous les éléments de la relation interpersonnelle qui émergent au cours des entretiens doivent être utilisés par le conseiller comme partie inhérente du processus transférentiel et contre-transférentiel.

**Incidences sur la pratique.** — Michael J. Patton et Naomi M. Mean dans leur ouvrage *Le counseling psychanalytique* le définissent comme « l'adaptation libre et délibérée, par un praticien du counseling, des idées et des techniques psychanalytiques aux fins d'aider ses clients à faire face à des situations difficiles et à effectuer des aménagements dans la réalité dans laquelle ils vivent ».

Ce sont les besoins momentanés du client et son niveau de développement qui déterminent le nombre, la fréquence et la durée des entretiens conduits en face-à-face.

Le praticien du counseling pratique l'écoute analytique et intervient au cours des séances en se référant à la compréhension analytique du matériau qu'il recueille. Il travaille avec les résistances de son client qui veut à la fois coopérer avec lui et s'oppose au processus thérapeutique. Ainsi, une partie du matériau apporté par le client est manifeste alors qu'une autre partie est latente. C'est au clinicien de tenter de saisir l'ensemble de ces matériaux.

Le thème de la séance de counseling est amené par le client invité à faire part des événements de sa vie

quotidienne et à travailler par associations libres. Ces événements sont analysés comme définissant « le contexte adaptatif » du client et il s'agit pour le thérapeute, en partant du sens que le client leur attribue, de saisir comment celui-ci les a interprétés au regard de son histoire personnelle et d'en évaluer les coûts psychiques.

*La compréhension empathique.* — Elle désigne la capacité du thérapeute à comprendre le message affectif inconscient que le client exprime. Elle produit chez ce dernier le sentiment d'être compris à un niveau plus profond que le strict niveau intellectuel. En ce sens, elle engage le thérapeute à plonger lui-même dans ses affects. Kohut la considère comme la capacité à entrer en contact et à identifier les « besoins du vrai self » du client. Il convient ensuite d'envisager la manière et le meilleur moment pour reprendre ce qu'il en a perçu ainsi que la demande exprimée sous-jacente.

*Le principe de non-intervention.* — L'intervention est plus réduite que dans les autres approches parce que le principe de la non-intervention fait partie des techniques du travail psychanalytique. La non-intervention est aussi conçue pour faciliter l'association libre et l'introspection. En même temps, celle-ci peut amener à la surface des sentiments de frustration et de colère chez le client confronté à une absence de gratification.

*L'interprétation.* — Construite à partir de l'assemblage des matériaux apportés au cours de plusieurs séances, de l'intuition du thérapeute, des éléments transférentiels et contre-transférentiels, l'interprétation consiste à révéler au client un ensemble de significations qui tout à coup viennent donner sens à des événements psychiques épars. Pratiquée avec économie et au bon moment, l'interprétation permet au client de faire des liens entre le passé et le présent et cela à soi seul a des effets résolutoires dans la réduction de la souffrance ou des symptômes.

### III. — Le Counseling existentialiste

L'histoire de l'existentialisme suit de près celle de la théorie psychanalytique, toutefois son origine précède les travaux de Freud. Le point de vue existentialiste est un ensemble composé de philosophie, de psychiatrie, de psychologie, voire de théologie visant à comprendre

et à saisir l'être humain dans ses façons d'être au monde et dans ses émotions. Toutefois, l'approche existentialiste tend à détrôner la psychiatrie et la psychologie de leur caractère scientifique dans la mesure où elle met en avant une conception philosophique de l'être humain. Opposée à toutes les approches statiques et structurales, elle met l'accent sur « l'expérience subjective que la personne fait de sa propre vie chaque jour et qui est différente de la réalité objective »<sup>1</sup>. En ce sens elle critique vivement l'apprentissage de techniques comme l'affirmation de soi ou l'encouragement à « s'occuper de soi » en laissant tomber tout le reste de ses obligations. Cela revient à « faire croire aux gens que d'autres vont les aider à tenir leur vie entre leurs mains à condition d'accepter que jusqu'ici celle-ci était fondée sur de multiples erreurs qui peuvent être facilement effacées »<sup>2</sup>. Toute méthode centrée sur la compulsion au développement de soi est dangereuse car à l'origine de désillusions, de l'augmentation de conflits intrapsychiques, de la création de nouvelles dépendances et de la perte de repères, aucune société ne rassemblant les conditions suffisantes au maintien de cet état.

Pour le conseiller s'inscrivant dans ce courant, il s'agit d'aider la personne à développer et à consolider ses capacités personnelles à affronter les épreuves de la vie et à l'encourager à vivre selon ses propres critères et valeurs en l'incitant à acquérir une compréhension claire des valeurs et des idéaux sur lesquels elle se fonde pour être et agir. Cela consiste à se centrer sur la vie de la personne plutôt que sur sa personnalité.

1. E. Van Deurzen-Smith, *Existential Counselling in Practice*, Londres, Sage Publications, 1988, p. 184.

2. *Ibid.*, p. 13.



**Les auteurs de référence.** — Les principaux auteurs de la pensée existentialiste sont Soeren A. Kierkegaard, Ludwig Binswanger, Eugène Minkowski, Paul Tillich, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Victor E. Frankl et Rollo May.

**Quelles conceptions de l'être humain ?** — L'être humain est responsable de ses actes et il peut parvenir à être plus heureux en se confrontant à la réalité. Le choix de sa position dans le monde lui appartient même si quelqu'un peut l'aider à la trouver. L'être humain a peu d'intérêt à ce que le culte du passé soit érigé en système car toutes les sociétés qui revendiquent le passé pour freiner l'évolution sociale le font souvent au mépris de l'individu. La seule réalité qui appartient aux individus c'est l'accomplissement de leurs projets. La condition de l'être humain c'est de dépasser l'existant même si ce stade une fois atteint laisse place à un vide qui constitue par lui-même un autre point à dépasser. Il ne peut jamais abdiquer sa liberté. Déjouant les ruses de la mauvaise foi, le psychologue propose à celui qui lui en fait la demande, un dévoilement des fins qui sont ses fins et qui pourtant sont le plus souvent d'une autre nature que celles que le client révèle comme étant les siennes.

Les tenants de ce courant, en mettant l'accent plus sur la vie que sur la personne, donnent une image de l'être humain comme celle d'un être qui peut faire face à la vie s'il accepte son insécurité ontologique et y puise le courage d'être pour se saisir en permanence du sens de sa vie.

### **Principaux concepts.**

*L'expérience subjective.* — Les conditions humaines sont déterminées par l'expérience subjective de l'individu et non pas par la culture et l'environnement, car,

quand bien même l'individu ne pourrait pas exercer un contrôle sur le monde dans lequel il vit, il lui reste une marge, celle qui consiste dans la liberté de se positionner par rapport aux conditions dans lesquelles il vit. Cette liberté qui lui reste, c'est aussi ce qui constitue sa responsabilité par rapport au monde, aux autres et à lui-même. L'homme se définit en situation et il ne peut se retrancher derrière des causes ou conditions prédéterminées.

*L'être et le non-être.* — La personne est en permanence en train d'advenir, on ne peut donc jamais obtenir ou produire des connaissances sur elle. Il n'y a pas d'essence de l'homme mais un « étant » (*being*) qui se définit par la conscience que l'homme a de lui-même mais aussi par la définition qu'il donne de lui-même et qu'il fait de lui-même. L'être sain est ouvert à la réalité et donne en permanence du sens à ce qu'il vit. La forme la plus extrême du « non-être » (*non-being*), c'est la mort. Ainsi, le travail thérapeutique met l'accent sur la redécouverte du sens et du vouloir être, le non-être se traduisant et étant produit par le conformisme le plus total, l'absorption de l'individu par la société, bref la perte de la singularité et de l'identité individuelle.

*L'anxiété et la culpabilité.* — C'est quand l'individu se confronte à la réalisation de ses potentialités qu'il expérimente l'anxiété. S'il dénie ses potentialités ou ne parvient pas à les réaliser, sa condition est la culpabilité. Les existentialistes révèlent l'existence d'une culpabilité ontologique qui diffère de la culpabilité névrotique au sens où elle fait partie de la condition humaine. Elle constitue une force qui participe à la construction de la personnalité et est à l'origine de notre sensibilité dans les relations interpersonnelles et de l'utilisation créative de nos potentialités.

*Le temps.* — Dans la mesure où l'être humain est toujours dans un allant-devenant, il ne peut être défini comme un point statique d'autant plus que l'anxiété s'installe quand celui-ci croît sans avenir. L'existentialisme dé-victimise l'homme par rapport à son passé. Même si le passé fait partie de la condition de l'être humain, il n'est intéressant que si ce dernier peut le reprendre à son compte à travers ses projets. Les attitudes discordantes envers le futur sont souvent à l'origine de désordres psychiques (par exemple les désillusions).

*La transcendance de la situation immédiate.* — L'être humain a la capacité de transcender sa situation. En ce sens, l'enfant est l'affirmation vivante de la transcendance humaine parce qu'il est le symbole parfait de la notion de projet. Renoncer à cette capacité de transcendance des situations revient à penser que notre destin nous échappe et que nous nous résignons à subir l'histoire du monde sans aucun espoir d'y contribuer en quoi que ce soit.

**Incidences sur la pratique.** — L'accent dans cette approche n'étant pas mis sur l'interaction entre l'aidant et le client mais sur la rencontre du client avec lui-même, l'aidant fonctionne plus comme un *alter ego* que comme un parent ou un conseiller. Il se comporte comme une personne présente dans un espace psychique où le client accède au fait d'être seul avec lui-même. Alors que d'autres approches en counseling affirment que le client réédifie ses relations antérieures ou aux autres dans la relation, l'approche existentielle considère que la relation que le client noue avec l'aidant est une expression de la relation qu'il entretient avec lui-même.

L'approche existentielle en counseling s'opposant assez vivement à l'utilisation de techniques, l'élément déterminant dans le travail de l'aidant est sa propre

capacité à clarifier ses conceptions sur la vie et la mort. « Un counselor peut appartenir au courant existentiel seulement s'il fait de la compréhension de la vie sa priorité. »<sup>1</sup>

Le processus de counseling consiste, au lieu de se centrer sur l'apprentissage d'une nouvelle compétence ou de tenter d'éradiquer un symptôme, à explorer avec le client le contexte existentiel plus large de sa situation afin qu'il puisse s'engager plus avant dans une certaine direction. Il est hors de question d'inciter le client au changement ou de lui faire croire qu'il va pouvoir résoudre un problème particulier de son existence sans toucher à l'ensemble des autres phénomènes qui régissent et définissent son existence. Le client est invité d'emblée à se confronter à lui-même et à sa vie et cela en soi requiert un profond engagement de sa part tout autant que de la part de l'aidant.

*La clarification du monde personnel.* — Il s'agit d'aider la personne à reconstituer la carte des différents territoires qu'elle a traversés jusqu'alors, autant pour faciliter la poursuite de son cheminement à travers la vie que pour encourager son entrée dans de nouveaux territoires jusqu'alors inconnus ou évités par elle-même. Pour ce faire, le praticien de ce type de counseling se réfère, dans la tradition de la philosophie existentialiste, aux trois dimensions de l'existence : physique, sociale et personnelle. Le client est donc invité à explorer les relations qu'il entretient avec « le monde naturel, le monde public, le monde privé, le monde idéal »<sup>2</sup>.

*Le monde naturel* désigne l'ancrage de la personne dans son environnement physique et biologique. L'aidant accorde une grande attention à des détails de la vie quotidienne de ses clients comme leur rythme de vie, leur modes alimentaires, leur rapport au climat, à la maladie, leur conscience corporelle, leur mode de loisirs, leur environnement d'habitation ; souvent, à cette occasion, l'aidant découvre que les difficultés de la vie quotidienne ont pour certaines personnes des conséquences dans d'autres domaines de leur existence. Ainsi un premier tra-

1. *Ibid.*, p. 3.

2. *Ibid.*, p. 69.

vail peut consister pour une personne à réenvisager le rapport qu'elle entretient avec son propre corps avant même d'entreprendre de modifier ses relations avec les autres à un niveau psychologique.

*La sphère sociale.* — Il s'agit des relations que nous entretenons avec les autres. Ces relations concernent nos rencontres de tous les jours et nos interactions sociales. La sphère sociale inclut les relations qu'entretient une personne avec son ethnie, sa classe sociale, son groupe de référence, son pays, sa langue maternelle, l'histoire de sa culture, sa famille, son environnement professionnel.

De nombreux individus éprouvent des difficultés dans la sphère sociale et la plupart des courants de counseling sont centrés exclusivement sur les problèmes de leurs clients dans cette sphère. L'approche existentielle critique « l'idéologie établie » de la majorité des courants de counseling qui dictent que les relations humaines doivent être modélisées sur l'acceptation totale et l'empathie alors que celles-ci ne représentent qu'un côté de l'inévitable polarité. Il est proposé au client de travailler sur l'ambivalence de ses sentiments, sur ses contradictions, sur les aspects négatifs dans l'adoption d'attitudes *a priori* considérées comme positives jusqu'à ce que celui-ci maîtrise les principaux aspects des dilemmes ainsi exposés un à un.

*L'univers intime.* — Il désigne la relation que le client entretient avec lui-même. C'est le monde de l'intimité, autant celle avec soi-même que celle avec les autres, le monde du « je » et du « nous ». Il comprend les émotions, les pensées, les traits de caractère, les idées, les aspirations, les objets, les autres.

L'objectif de l'exploration de cet univers est de permettre au client de mieux se saisir de son expérience profonde pour être capable de faire face aux ambiguïtés, aux incertitudes, aux contradictions auxquelles il a souvent évité de se confronter antérieurement ou qu'il a délibérément fuies ou niées.

La prise en compte de la sphère intime est d'autant plus importante qu'on observe, de par la pression sociale, un empiétement de la sphère sociale sur celle-ci. Les individus souffrent de plus en plus d'impossibilités à entrer en contact avec eux-mêmes, d'un évitement de l'intimité dans leur vie affective et sexuelle, d'un clivage entre leur vie sociale et leur vie privée, d'un retrait de la sphère privée. Privés du contact avec eux-mêmes, ils ne peuvent affronter la solitude et comblent le vide en créant des relations où ils deviennent dépendants ou co-dépendants de personnes de leur entourage ou adoptent des conduites addictives. A ce titre, le processus de counseling peut constituer une forme de réenracinement personnel.

*Le monde idéal.* — Il s'agit de permettre au client d'entrer en contact et de réévaluer les idéaux cachés derrière son mode d'adaptation à la société dans laquelle il vit pour s'y confronter, s'y tenir ou s'en éloigner. Entrer en contact avec le monde idéal d'une personne, c'est explorer avec elle le sens qu'elle donne à son existence, à la vie, à la mort. Formuler les valeurs qui fondent sa vie constitue souvent le premier pas de la direction à suivre dans la résolution des problèmes qui se posent *a priori* dans sa sphère publique, privée et naturelle. Quant il apparaît évident qu'une personne se trouve en conflit avec ses idéaux et ses valeurs, elle trouve alors de nouvelles forces pour modifier le cours de sa vie et ceci en passant outre les pressions externes ou internes. Ces dernières sont souvent si fortes que la tendance à la conformité sociale l'emporte souvent sur la vérité intérieure personnelle. Ce hiatus a pour conséquence un malaise existentiel, la construction d'un faux soi et l'impossibilité de se sentir bien avec soi-même.

On constate lorsqu'on s'occupe de grands malades ou de personnes en fin de vie à quel point ce monde est fondamental : il est souvent le seul, quand ils ont perdu la jouissance concrète de tous les autres, qui leur donne la force de survivre. C'est quand une personne est confrontée à l'adversité, à l'échec, à la finitude qu'elle s'agrippe à cet univers pour retrouver force et volonté, pour se confronter une nouvelle fois, mais autrement, au monde en s'étant débarrassée de l'illusion de sa toute-puissance.

Dans le processus de counseling l'accès à l'univers des valeurs se fait naturellement au cours des entretiens. Mais, comme E. Van Deurzen-Smith le note, la pression sociale est devenue si forte que peu de personnes, excepté lors de crises ou de graves malaises ou d'événement cruels, ont la force d'absorber cette partie d'eux-mêmes et préfèrent se raccrocher à de fausses sécurités. Ainsi, elles ont tendance à parler de leur réalisation sociale parce qu'elles acquièrent le sens d'elles-mêmes à travers ce type de réalisation et qu'elles sont obligées de confirmer leur valeur à travers de perpétuelles activités aux fins d'une reconnaissance sociale. La méthode de travail consiste donc, au fur et à mesure des entretiens, à rendre capable un client d'être conscient qu'il est lui-même au centre de son expérience personnelle et de ses actes. Il s'agit de lui donner « le courage d'être » (Tillich, 1952) et de lui permettre de se confronter à son insécurité ontologique (Laing, 1960). Aussi longtemps qu'on pense que notre sécurité de base est acquise, on attend toujours des autres qu'ils participent à son maintien et on se déresponsabilise soi-même face à cette question. A ce titre, dans ce type de counseling, les auteurs insistent sur la nécessité d'un travail approfondi de l'émotion. Il ne

s'agit pas d'en rester à une expérience passive de ses émotions mais de se saisir de celles-ci afin d'éviter un phénomène de plus en plus observable : quand une personne se retrouve seule avec ses émotions, elle est confuse ou se sent incapable de les analyser, ce qui lui occasionne souvent des troubles graves dans ses relations affectives.

#### IV. — Le counseling centré sur la personne

On a souvent qualifié le counseling centré sur la personne de « troisième force » en psychologie. Sa caractéristique principalement reconnue est d'avoir substitué une approche optimiste de l'être humain aux approches mécanistes, déterministes et pessimistes du comportementalisme et de la psychanalyse. L'accent mis sur la réalisation de soi et le développement personnel est à resituer dans le contexte des années 50 et 60 aux États-Unis.

**Les auteurs de référence.** — L'auteur de référence est incontestablement Carl Rogers. Lorsqu'il commence à développer la thérapie centrée sur le client, la croyance la plus partagée parmi les thérapeutes était que les individus étaient par nature irrationnels, asociaux, autodestructeurs et incapables de contrôler leur vie et leur destinée. *A contrario*, Rogers croit à la valeur et à la dignité de la personne. Il pense que les individus ont naturellement tendance à évoluer vers l'autonomie, la socialisation et la réalisation de soi. Dans cette optique, le counseling s'emploie à redonner à la personne ses capacités, ses forces et son potentiel existant. En ce sens, il ne peut être la seule méthode pour traiter les personnes psychotiques ou toute autre personne n'ayant pas la possibilité de résoudre ses propres difficultés même avec une aide.

Il qualifie la demande de conseils de « Waterloo des counselors », qui, confrontés à des clients qui exposent leurs problèmes et demandent ce qu'il faut faire, sont

tentés de leur répondre. Or, il critique précisément une certaine tradition de counseling antérieur, notamment la guidance qui consistait à donner des conseils et à faire des suggestions aux clients confrontés à des difficultés d'adaptation : « Il a été abondamment prouvé, autant par nos entretiens enregistrés que par notre expérience, que nos clients ne désirent pas une réponse. »

Pour traiter toutes ces situations bien humaines, le principe de Rogers est le suivant : reconnaître que le client aura une grande satisfaction à trouver une réponse à son problème « mais que la seule réponse réaliste possible est fonction de son pouvoir et de son désir d'affronter la situation ».

Cet ouvrage<sup>1</sup>, diffusé dans le monde entier et régulièrement réédité, constitue un événement majeur dans l'histoire du counseling et va être à l'origine de l'acceptation moderne du terme counseling dans sa dimension psychothérapeutique.

**Quelles conceptions de l'être humain ?** — Rogers pense que les individus ont une force motivante intérieure, un besoin de réalisation qui les rend capables de développer et réguler par eux-mêmes leur propre comportement. Au fond, pour Rogers, ce qui fait le malheur de l'être humain, c'est la distance qu'il entretient avec son propre soi et par là même l'inauthenticité dans laquelle il se trouve plongé dans ses relations avec les autres.

Face aux psychologies objectives comportementales, Rogers revendique une approche de la personne qui comporte une seule obligation : devenir soi-même, être soi-même pour laisser l'autre être lui-même. Pour se développer, l'être humain a besoin d'être accepté et compris ; il possède au fond de lui-même des capacités à l'autodéveloppement, mais encore faut-il qu'il soit dans un environnement qui lui donne les moyens, dès son plus jeune âge, de découvrir par lui-même ce qu'il cherche.

1. Carl Rogers, *Counseling and Psychotherapy*, 1942.



Développant son approche dans un contexte social, pédagogique et culturel marqué par Skinner, auquel Rogers s'oppose vivement, on ne peut que comprendre la lutte acharnée que ce dernier va mener notamment dans son *Manifeste personnaliste* pour promouvoir les principes d'une éducation centrée sur la liberté et le respect de la personne. Critiquant vivement l'intégration des découvertes de la psychologie comportementale dans l'apprentissage, Rogers voit dans les nouvelles méthodes d'éducation l'émergence d'un contrôle élitiste du comportement individuel dans lequel la démocratie et les valeurs qu'elle représente sont passées sous silence et méprisées dans la pratique scolaire.

**Principaux concepts.** — Rogers postule l'unité fondamentale de la personnalité. Celle-ci n'est jamais donnée et elle est en perpétuelle actualisation : elle ne peut se réduire à aucune structure, aucune fonction, aucun instinct. Il va développer et formaliser une relation d'aide spécifique totalement centrée sur la qualité de la relation entre le counselor et son client. L'hypothèse est la suivante : il existe au cœur de l'individu une tendance spontanée à la croissance, à la maturité, à la santé et à l'adaptation. En ce sens, Rogers réfute la thèse freudienne selon laquelle l'être humain serait à l'origine irrationnel, non socialisé, destructif et auto-destructif. La relation d'aide *psychologique* « est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rende capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation ». Le counseling rogérien, à la différence des autres approches, met l'accent sur l'aspect affectif des situations et leurs éléments vécus par la personne plus que sur le problème lui-même et son analyse intellectuelle. En ce sens, le savoir est jugé comme inefficace et sans effet dans l'analyse et la réduction des difficultés et des souffrances des individus. Il est souvent mis en avant pour masquer les réalités émotionnelles en jeu dans les diverses situations agréables ou désagréables vécues par la personne.

Le counselor doit donc travailler avec la perception du monde de son client et non sur une autre. Ce travail nécessite une empathie, c'est-à-dire un essai de compréhension intime du monde interne du client, en renonçant à toute notion de réalité objective.

*Le concept de soi.* — La plupart des comportements adoptés par l'individu sont en cohérence interne avec l'image qu'il a de lui-même. L'image de soi est une image organisée consistant dans la perception qu'un individu a de lui-même en tant que tel mais aussi de lui en relation avec les autres, avec les valeurs attachées à ces perceptions. Le concept de soi n'est pas une identité, c'est un processus susceptible d'altération et de changement.

*L'incongruence.* — L'anxiété résulte de l'incongruence entre l'image que l'individu a de lui et ses expériences, c'est-à-dire entre son Moi Idéal et son Moi Réel. L'anxiété croît avec le décalage de ces deux images. Aussi, pour réduire cette anxiété, la personne a besoin d'entrer en contact avec son monde intérieur et d'intérioriser, voire d'accepter et de s'approprier ce qu'elle vit et ressent. Il est important que cette prise de contact puisse être partagée avec une personne pouvant lui renvoyer sa valeur et sa croyance en ses capacités.

**Incidences sur la pratique.** — Le counselor doit établir les conditions thérapeutiques spécifiques permettant à son client d'entrer en contact avec lui-même et de dépasser les obstacles à ce moment d'actualisation de soi.

Les attitudes du counselor sont primordiales et plus importantes que les techniques. Le processus de counseling ne dépend pas de ce que le counselor fait mais de ce qu'il est en situation. En tant que telles, les techniques sont seulement des manières d'exprimer et de communiquer une présence, un regard inconditionnel, une compréhension empathique de telle manière à ce

que le client sente que l'aidant essaie de percevoir son monde intérieur.

Les seules techniques acceptables sont donc celles qui traduisent les attitudes du counselor en facilitant le développement personnel du client. Le Soi du counselor est l'instrument privilégié de la méthode. « L'un des buts significatifs de toute entreprise d'aide psychologique est d'amener à jour les pensées et les attitudes, les sentiments et les impulsions à charge émotionnelle qui sont au centre des problèmes et des conflits d'un individu. » Ce but se complique du fait que les attitudes superficielles, celles qui sont facilement exprimées, ne sont pas toujours significatives ni motivantes. En conséquence, l'aidant doit procurer au client une liberté qui lui permette l'expression la plus juste de sa situation.

### Les attitudes.

*La congruence.* — Elle peut être définie comme « l'état d'être » du praticien du counseling quand ses interventions au cours de l'entretien sont en accord avec les émotions et les réflexions suscitées en lui par le client. Elle suppose de la part du counselor une disponibilité à ses émotions intérieures et une acceptation de ces dernières. En effet, Rogers développe l'hypothèse que « le changement de la personne se trouve facilité lorsque le thérapeute est ce qu'il est »<sup>1</sup>, lorsque ses rapports avec son client sont authentiques, sans masque ni façade, exprimant ouvertement les sentiments et attitudes qui l'envahissent de l'intérieur à ce moment-là. « Nous avons forgé le mot "congruence" pour essayer de décrire cet état. Nous entendons par là que les sentiments éprouvés par le thérapeute lui sont disponibles, disponibles à sa conscience et qu'il est capable de les vivre, d'être ces sentiments, qu'il est capable de les communiquer au moment opportun. »<sup>2</sup>

La congruence du thérapeute va en quelque sorte autoriser celle du client. Par ailleurs, le praticien offre ainsi un miroir des possibles effets que peuvent provoquer l'attitude et le comporte-

1. Carl Rogers, *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, 1982, p. 48.

2. Carl Rogers, *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, 1982, p. 48.

ment du client dans une relation interpersonnelle où l'intégrité et le professionnalisme du counselor donnent une garantie que ce dernier n'y joue pas ses propres enjeux névrotiques. Cela favorise souvent en retour la possibilité pour le client d'entrer en contact avec ses propres sentiments. L'expression de soi – terme utilisé par certains courants du counseling – voire une certaine implication du counselor, donne au client une image de l'aidant plus humaine, dénuée de toute-puissance. Le counselor se révèle comme un être doué d'affects et de sentiments, pouvant constituer de fait un modèle d'identification positive pour son client. Parler de soi est peu commun dans les méthodes traditionnelles d'aide. En ce sens, ce counseling engage un type de relation particulière avec autrui.

*L'empathie.* – Elle consiste pour le counselor à exercer ses capacités à percevoir le monde du client du point de vue de son client, en faisant abstraction de son propre univers de référence mais sans perdre contact avec lui. Cette capacité à penser et à ressentir du point de vue de l'autre est difficile à acquérir et se définit plus comme une démarche que comme une technique dans la mesure où elle fait appel à une position psychologique. Elle est à distinguer clairement de l'identification du thérapeute à son client qui bloquerait le processus thérapeutique.

Quel est le rôle de l'empathie dans l'entretien ?

— Le client commence à s'éprouver comme une personne suffisamment importante pour que quelqu'un fasse l'effort de le comprendre. Ici l'empathie a pour effet de restaurer l'estime de soi.

— Le client peut accepter d'expérimenter l'abandon de quelques mécanismes défensifs dans une relation où quelqu'un s'efforce de comprendre son point de vue.

— Prendre conscience de certaines émotions, notamment celles peu valorisées socialement comme la colère, la peur, la détresse, et s'apercevoir qu'il ne perd pas l'estime du counselor permet au client de passer à d'autres niveaux de compréhension.

*L'acceptation ou le regard positif inconditionnel.* — « Lorsque le thérapeute fait l'expérience d'une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers son client, cela facilite le changement [...] Je veux dire par là que (le thérapeute) ne se contente pas d'accepter le client lorsqu'il a certains comportements et le désapprouve quand il en a d'autres. Il s'agit d'un sentiment positif qui s'exteriorise sans réserves ni jugements [...] le terme [...] est "considération positive inconditionnelle". »<sup>1</sup> « Le counselor qui a cette atti-

1. Carl Rogers, *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, 1982, p. 49.

tude valorise considérablement l'humanité du client et n'est pas altéré lui-même par les comportements de son patient<sup>1</sup> ».

C'est une attitude difficile à maintenir, par exemple lorsque les personnes reçues en entretien ont une image dévalorisée d'elles-mêmes et provoquent en nous un sentiment d'échec. Souvent les personnes en formation, lorsqu'on aborde ce concept rogérien, réagissent en disant : « Je ne peux pas aimer tous mes clients. » En fait le regard positif inconditionnel n'a rien à voir avec l'amour au sens où au contraire l'amour par nature est sélectif et la plupart du temps repose sur une forme de discrimination positive (ex. : partager les mêmes valeurs). L'accès au regard positif inconditionnel pour le praticien du counseling dépend de son degré de sécurité personnelle, de son degré d'acceptation de soi, ceci ayant pour effet d'amoinrir son besoin de se protéger ou de se défendre des autres.

*Redonner le pouvoir au client.* — Il ne s'agit pas tant pour l'aidant de tenter de réduire à tout prix ses propres tendances à intervenir mais plutôt de se centrer sur les tendances de son client à s'en remettre à lui et de résister à ce processus. Redonner le pouvoir au client, là est le vrai sens de l'orientation non directive qui, dans notre culture autoritaire et hiérarchique, a été falsifiée et associée au laisser-faire. En fait, réussir à ce que le client parvienne à se considérer comme le principal juge et arbitre de sa vie requiert un ensemble d'activités et d'interventions de la part de l'aidant.

**Les techniques.** — Chez Rogers, l'attitude prime sur la technique. La tâche centrale de l'aidant est de s'efforcer à une compréhension de type empathique de son client et toutes les techniques doivent découler de cette démarche qui ne doit en aucun cas être inversée. Aussi, utiliser une technique, aussi efficace soit-elle, avant d'avoir tenté cette tâche difficile de compréhension renforcera au mieux une attitude défensive, au pire causera une souffrance et un dommage supplémentaires au client. Les techniques utilisées par l'aidant n'ont d'effet qu'en tant qu'elles reflètent ses attitudes. En ce sens, sa forme et son style d'intervention sont

1. Dave Mearns et Brian Thorne, *Person-centered counselling in action*, Londres, Sage Publications, 1988, p. 59.

plus importants que leurs contenus. On a d'ailleurs trop souvent réduit la pratique du counseling rogérien à l'utilisation mécanique de piètres techniques comme l'utilisation de questions ouvertes, la reformulation des contenus et des sentiments exprimés par le client pour que nous choissions plutôt de tenter de décrire le processus de la relation d'aide.

*Le processus de la relation d'aide.* — La relation d'aide est un processus comportant une succession d'étapes par lesquelles le client passe d'un point situé près du pôle statique dans lequel il se trouve à un point situé près de son pôle en mouvement. On peut se représenter la vie du client comme un continuum de changement. Lors des premiers entretiens, le client se trouve souvent à un stade de rigidité qui l'amène à communiquer de manière impersonnelle en s'en tenant à des détails extérieurs. Il s'agit pour l'aidant de tenter de débloquent la communication interne entre le moi et l'expérience immédiate de son client. Cela ne peut s'établir que lorsque ce dernier éprouve qu'il est totalement accepté sans réserves, tel qu'il est. Alors seulement le client peut exprimer des sentiments plus intenses et envisager autant son expérience vécue de manière moins rigide que son expérience immédiate de manière moins défensive et vivre subjectivement ses problèmes sans considérer son moi comme un objet extérieur. Arrivé à ce stade, il est moins crucial pour le client de se sentir pleinement accepté par l'aidant parce qu'il est arrivé à un tel degré d'acceptation de soi qu'une confiance dans sa propre évolution se manifeste et qu'il vit mieux à l'intérieur de lui-même avec un besoin moindre de l'aide d'autrui.

## Chapitre IV

### **EXEMPLES DE CHAMPS D'APPLICATION**

Le principe de cohérence du counseling réside fondamentalement en ceci : beaucoup de situations de la vie sont causes à elles seules de souffrances psychologiques et sociales et nécessitent la conceptualisation et la mise à disposition de dispositifs de soutien auprès des publics concernés.

Le counseling répond aux besoins d'un public de plus en plus large qui cherche l'aide d'une personne pour résoudre, dans un temps relativement bref, des problèmes qui ne ressortissent pas forcément de sa propre pathologie mais tout autant des contraintes ou d'un contexte spécifique avec lequel il doit composer ou dans lequel il doit survivre et pour lesquels, la plupart du temps, la société ne l'a pas préparé (ex. : traumatisme de guerre, prévention du Sida, vécu de l'homosexualité...) ou n'assure pas les fonctions de soutien adéquates en temps réel.

#### **I. — Le counseling dans le champ de l'infection à VIH**

Le counseling spécifique développé au cœur de l'épidémie relève plus du contexte de son implantation dans les premières années de l'épidémie (années 80)

que de l'histoire de son développement. En effet, les premiers groupes de soutien de malades ont été initiés, aux États-Unis comme en Europe, par les malades eux-mêmes face aux carences des institutions qui n'étaient pas prêtes à mettre en place des unités mobiles de soutien accessibles sur les lieux de vie des personnes malades et n'étaient pas suffisamment solidaires et capables d'une profonde sollicitude à leur égard pour leur apporter un réel soutien.

Dans les pays anglo-saxons, la préexistence des services de counseling dans la communauté homosexuelle et la tradition du counseling de proximité auprès des usagers de drogue depuis les années 70 a facilité la rapidité de l'implantation de programmes de counseling.

En France, le counseling s'est d'abord implanté dans les associations d'aide et de défense des malades (association Aides en premier lieu), puis dans les associations et services de soin proposant une aide psychosociale individualisée dans le champ de l'infection à VIH. L'origine de son implantation, ses modalités d'exercice (personnes volontaires non rémunérées) ont fait du counseling, du moins jusqu'à la cinquième édition de la Conférence internationale sur le Sida qui s'est tenue en 1989 à Montréal, plus un mouvement qu'une pratique professionnelle institutionnalisée. Inscrits par exemple pour Aides dans un programme plus large de promotion du développement des personnes, les premiers groupes de soutien pouvaient assurer aux malades non seulement une écoute et une aide immédiates mais aussi répondaient à des besoins plus larges et tout aussi essentiels comme la continuité du sentiment d'appartenance à une communauté, le maintien de la dignité et de l'estime de soi, la protection contre la solitude, le soutien mutuel des pairs, la poursuite de la vie affective et amoureuse, l'intimité et la proximité. Les orientations de l'association participaient de fait



au rôle thérapeutique des groupes de soutien. Lors de la Conférence de Montréal, où pour la première fois les aspects sociaux ont été réellement abordés, le counseling a été introduit officiellement dans les dispositifs de prise en charge des personnes atteintes et de prévention. Au cours de cette conférence, Jacqueline Bonneau, alors Conseillère technique à la Direction de l'action sociale et nous-même, avons présenté les premiers programmes français de formation sur l'approche psychosociale de l'infection à VIH et du Sida. Ces programmes destinés aux travailleurs sociaux incluait une sensibilisation aux counseling.

De fait, l'entrée massive dans la maladie et le décès des personnes qui avaient été infectées dans les années 80 ont eu un impact sur les institutions et les professionnels et ont donné lieu à l'intégration du counseling dans la relation de soin et le suivi des patients. Par ailleurs, les avancées thérapeutiques et l'allongement de la vie des malades ont confronté non seulement les personnes concernées mais leur entourage à des besoins spécifiques en matière d'accompagnement psychologique et social. Cela a eu pour effet à la fois la multiplication des groupes de soutien et une offre et une demande de formation des professionnels de santé, ou d'autres secteurs, confrontés aux épreuves psychologiques et sociales engendrées par l'infection à VIH.

En France toujours, en 1992, le counseling en matière de prévention sera développé massivement, par le biais de formations financées par l'Agence française de lutte contre le Sida, puis par la Direction générale de la santé – division Sida, dans le domaine du dépistage.

**L'impact psychologique de l'infection à VIH.** — Le coût psychique et collectif de l'épidémie ne cesse de progresser : conditions de vie et de survie difficiles pour les personnes séropositives et malades au niveau médi-

cal, social et émotionnel, perte de l'espoir collectif, deuils multiples, peurs pour les proches, sentiment de vulnérabilité à une échelle massive, difficultés émotionnelles spécifiques pour les personnes séronégatives qui vivent au cœur de l'épidémie, syndrome de deuil, de culpabilité et d'anxiété pour l'entourage des malades en fin de vie, contraintes difficiles à intégrer pour les enfants et les adolescents au cours de leur développement, sentiments d'impuissance de la part des professionnels du soin et de l'aide, syndrome réactionnel lié à la blessure collective engendrée par l'épidémie : déni, rejet, exposition au risque sur le mode réactionnel, renoncement à la sexualité, retrait affectif.

Chez les personnes atteintes, l'infection à VIH attaque d'emblée la cohésion du moi corporel de par ses symptômes comme l'apparition de lésions, la perte de poids, la chute des lymphocytes, la survenue chronique d'infections. Les symptômes vagues et diffus causés par l'infection sont à l'origine d'une fragmentation du corps et un obstacle dans la relation que le « soi » peut construire avec la maladie (difficultés de conscientisation et d'appropriation). D'autres symptômes, comme l'amaigrissement, l'apparition de lésions cutanées (sarcome de Kaposi), les troubles de la vue constituent une attaque directe de l'image et des fonctions vitales du corps. Les troubles de la vision, voire la perte de la vue, pour une personne séropositive sont une épreuve désorganisatrice et déstabilisante. L'irruption d'une nouvelle attaque somatique comme la rétinite à CMV vient détruire les procédures d'autonomisation mises en place par la personne qui se trouve soudainement confrontée à des réorganisations dans ses modes et rythmes de vie habituels nécessitées autant par les symptômes de cette affection que par son mode de traitement (perfusion lente deux fois par jour pendant plusieurs semaines). A la différence

des problèmes de perte de vision dans un autre contexte que celui de l'infection à VIH, la survenue de la rétinite à CMV représente souvent le moment crucial où la personne en perdant le sens de l'espace et du temps est confrontée à l'irruption d'une angoisse de mort jusque-là minorée par la restauration, à l'issue des autres atteintes somatiques, des principales fonctions du moi. L'attaque des capacités visuelles constitue de plus une attaque narcissique majeure au sens où la survenue de ce symptôme a un lourd impact affectif sur la personne mais aussi sur son entourage entraînant de part et d'autre des ajustements dans les liens d'attachement mais aussi dans les modalités concrètes de la vie amoureuse et sexuelle. Les dommages neuropsychiatriques que peut causer le virus lui-même ont pour effet d'éventuelles expériences de désintégration.

L'infection à VIH compromet l'estime de soi au sens où elle remet en question l'intégrité structurale du corps, ses capacités d'attraction physique et sexuelle. Par ailleurs, les traitements curatifs des infections opportunistes de par leurs effets secondaires provoquent des dysfonctionnements internes du corps (diarrhées, vomissements) qui constituent en eux-mêmes une expérience déstabilisante pour l'organisation du moi.

La chronicité de l'infection à VIH perturbe le sens de la continuité temporelle par l'alternance d'attaques et de rémissions successives – obligeant la personne séropositive ou malade à des ajustements psychiques permanents – et endommage les relations au monde extérieur, voire est à l'origine du syndrome « du deuil anticipé de soi ». Celui-ci est attisé par la succession des pertes concrètes et abstraites occasionnées par l'évolution de l'état de santé vers l'état de maladie de la personne : perte de travail, perte de salaire, du pou-

voir d'attraction, perte de la sécurité de base, de l'espoir, de l'ambition, des capacités de contrôle, des idéaux. Souvent ces pertes enchevêtrées sont redoublées par la confrontation aux pertes d'amis parmi ses proches, voire la perte de la ou du partenaire aimé. De nombreuses personnes séropositives ou malades se trouvent dans l'incapacité d'effectuer un travail de deuil structurant parce que le décès d'un ou de plusieurs de leurs proches survient au moment où elles-mêmes sont confrontées dans le processus de leur maladie à un processus de deuil, c'est-à-dire à un moment d'extrême vulnérabilité où elles ont besoin avant tout de maintenir en action leurs fonctions vitales. Ces deuils impossibles provoquent un syndrome post-traumatique sans fin où, à la différence d'une catastrophe naturelle ou d'une guerre, il n'y a ni fin, ni reconstruction, ni renaissance, ni recommencement possibles. La personne touchée ne peut sans aide accéder à la phase d'après coup du traumatisme, essentielle à son élaboration. Chaque période de chagrin lié au deuil réactive les chagrins antérieurs et est parasitée par l'anticipation d'autres décès. Il n'y a pas assez de temps entre les traumatismes occasionnés par la maladie et les pertes successives pour résoudre et surmonter un quelconque processus de deuil. Cette impossibilité perturbe gravement la vie émotionnelle de la personne confrontée à cette situation et peut l'amener à adopter une attitude de détachement compassionnel aux fins de pouvoir continuer à prendre soin d'elle-même, c'est-à-dire à survivre dans un contexte de moindre danger et de continuer à suivre ses traitements sans être anéantie par la dépression, la peur et la projection dans l'anticipation de sa propre mort.

*Implication dans les stratégies de counseling.* — Il est fondamental que le praticien du counseling ait une connaissance approfondie de l'ensemble du processus

psychologique qui va de la séronégativité à la séropositivité puis à la maladie et à la mort pour mieux comprendre à la fois la complexité de la prévention et la nécessité d'un accompagnement adéquat des personnes. La barrière, en termes psychologiques, est parfois toute relative et quelquefois presque inexistante entre le statut de séronégativité et le statut de séropositivité : à la fin de la première décennie de l'épidémie, force est d'admettre non seulement l'inefficacité mais aussi le danger qu'il y a aurait à penser une forme d'apartheid sanitaire séparant ceux qui sont séronégatifs de ceux qui sont séropositifs. Le travail clinique dans le champ de l'infection à VIH a permis d'identifier les besoins psychologiques de ceux que Robert Bor et Riva Miller décrivent en 1992 comme « ceux qui vont bien mais qui s'inquiètent » (*The worried well*). La pratique du counseling au cours de la démarche volontaire de dépistage a ainsi permis d'identifier les besoins de ces personnes difficiles à toucher par les structures officielles de la prévention, excepté justement par les structures de dépistage, et qui pourtant peuvent de par leur vulnérabilité s'exposer au danger parce qu'aux prises avec d'intenses angoisses réactionnelles.

Ainsi une personne qui a eu un parcours de toxicomanie il y a une dizaine d'années peut à la fois être inquiète et être dans l'incapacité psychique de faire un test. Une autre peut se servir de la peur de l'infection à VIH pour justifier une incapacité d'attachement affectif et garder le contrôle dans toutes ses relations jusqu'au jour où à son insu elle perd le contrôle et se trouve alors dans l'incapacité de se protéger parce qu'alors aux prises avec un besoin d'amour plus fort que ses anciennes peurs. Les partenaires des personnes séropositives peuvent par besoin de fusion, par peur de l'abandon ou par surprotection à un moment fragile ou lors d'une période de crise dans la relation, s'exposer de manière plus ou moins volontaire à une possible contamination à l'intérieur ou à l'extérieur de leur couple. D'autres personnes se vivent comme séropositives et harcèlent par leur demande d'aide

les structures de dépistage ou d'écoute. Ces « séropositifs fictifs » souffrent d'angoisses intrusives menaçantes pour leur survie psychique et réelle. Pour échapper aux modes hallucinatoires du danger qui les menacent, elles peuvent se sentir exposées, dans la logique de leur fiction, de manière permanente au danger. Les résultats abstraits d'un test ne parviennent pas à jouer le rôle d'une instance de réalité et à rétablir une barrière entre l'imaginaire et la réalité. Une parole ou une série d'entretiens visant à infirmer leur point de vue est tout aussi inefficace et les mettent d'autant plus en danger que cette invalidation peut les amener à s'exposer réellement à une contamination pour ainsi avoir raison de leurs détracteurs et être confirmés dans leur vécu psychique.

**L'impact psychologique pour les personnes qui vivent ou travaillent au cœur de l'épidémie.** — Le choc, le désespoir et l'urgence dans laquelle l'épidémie a plongé l'ensemble des sociétés au début de son explosion n'a pas permis de voir d'emblée à quel point celle-ci aurait des conséquences psychologiques et sociales non seulement pour les personnes concernées mais aussi pour leur entourage, pour les soignants, pour les volontaires et plus globalement pour tout le monde y compris pour les personnes qui en dénie l'importance ou la gravité et en banalisent la prévention.

Une question d'importance ne peut être évitée. Comment survivre à un phénomène qui détruit des milliers de personnes ?

W. Odets, psychothérapeute exerçant à Berkeley (Californie), a découvert chez un nombre important de ses patients vivant dans la communauté gay un syndrome qu'il définit comme « la culpabilité du survivant ». Vivant dans un espace communautaire où environ la moitié des personnes sont séropositives ou malades, les personnes séronégatives sont confrontées à une forme de stress post-traumatique qui perturbe leur vie affective, leur vie sociale et leurs modes d'attachement. Confrontées à des multiples deuils, elles finis-

sent par vivre dans un état psychique de deuil anticipé et éprouvent un sentiment de perte à l'idée de toute rencontre possible avec un nouveau partenaire. Les processus de deuil sont inhibés et empêchés par les deuils multiples et cela a souvent pour conséquence une immense culpabilité face à tout nouvel attachement et une activation de l'angoisse de la perte : A quoi bon m'attacher à quelqu'un que je risque de perdre ? Comment puis-je m'attacher alors que je ne me suis pas encore séparé psychiquement de mon ami disparu ? Comment éviter une nouvelle perte ? Comment ne pas être envahi par le souvenir de tous ces morts quand je tombe amoureux ? Dans la mesure où les phases du processus de deuil sont perturbées et où les déconnexions d'avec l'être disparu n'ont pu être effectuées, la personne vit souvent une situation psychique où elle dépend encore du disparu et se sent dans l'obligation de répondre plus ou moins inconsciemment à son désir.

Par ailleurs, ce qui pourrait paraître comme un processus normal de deuil peut être empêché, par exemple, par une nouvelle rencontre avec une personne malade, par la peur de s'exposer soi-même à sa propre mort en ayant une nouvelle relation, par l'éventualité du décès d'un ex-partenaire dans le temps même du deuil, par la confrontation à une autre personne elle-même aux prises avec un deuil multiple. Dans sa pratique, W. Odets observe une forme de culpabilité non seulement d'avoir survécu mais tout autant celle d'avoir échoué dans l'aide qu'on aurait pu apporter. La personne s'interroge sur « Pourquoi lui et pas moi ? Aurai-je pu éviter à cet ami avec lequel j'étais au lycée cette contamination ? Aurai-je pu l'aider plus au cours de sa maladie ? Aurai-je dû être plus proche ? Pourquoi étais-je absent le jour de sa mort ? Cette culpabilité peut être d'une telle intensité qu'elle rend toute

joie, tout plaisir, tout bonheur, toute révélation de soi impossibles.

Les personnes volontaires dans les associations sont confrontées aux mêmes difficultés d'autant plus que quelquefois elles entreprennent un travail militant à l'issue d'un deuil et sont de ce fait exposées à des phénomènes proches du deuil multiple. Par ailleurs, la logique de proximité des structures associatives, essentielle à la qualité de leurs services, a des effets d'épuisement psychique à long terme sur les personnes qui y travaillent.

Ainsi l'exprime Jean François (25 ans) dans un des groupes de soutien que nous avons nous-mêmes animé : « Je suis arrivé ici après la mort de mon ami et depuis cinq ans j'ai l'impression de ne pas l'avoir quitté jusqu'à l'autre jour où dans notre association un volontaire est décédé et là tout d'un coup je me suis senti épuisé, vidé. Depuis je n'arrive plus à dormir et dans ma vie privée je n'ose plus entamer de nouvelles relations car j'ai peur de rencontrer une personne séropositive. J'ai l'impression que tous ces morts m'empêchent de vivre. Je me sens trop jeune pour penser à tout cela et je voudrais commencer à vivre mais en même temps c'est difficile parce que je me vis comme un témoin de quelque chose d'important. » Les volontaires ont donc besoin d'un soutien spécifique pour pouvoir à la fois occuper leurs fonctions essentielles dans la lutte contre l'épidémie et en même temps poursuivre leur développement personnel.

De même, les soignants sont également confrontés à l'impact psychologique de l'épidémie qui diffère de l'impact des autres pathologies, non seulement parce qu'elle mobilise les défenses des soignants contre la mort, mais aussi parce que son mode de transmission sexuelle, en associant la sexualité à la mort, les expose à une vulnérabilité psychique encore plus grande et entame souvent leurs certitudes affectives personnelles concernant les valeurs comme l'amour, la vie, la mort, la sexualité. L'exposition répétée des soignants à la mort de leurs patients a une influence dévitalisante sur eux et les confronte à une forme de blessure narcissique



les obligeant à renoncer à des idéaux de guérison ou de réparation incompatibles avec la réalité avec laquelle ils doivent composer.

**La place du counseling dans la démarche du test.** — L'Organisation mondiale de la santé et la plupart des pays du monde recommandent que toute prescription ou toute démarche volontaire du test soit accompagnée de counseling. A l'orée de la deuxième décennie de l'épidémie, nécessité est de discuter la diversité des pratiques en matière d'accompagnement de la démarche de test. En effet, le counseling se voit assigner des objectifs différents en fonction des choix stratégiques et des orientations de santé publique. Soit il a d'abord une fonction d'écoute, d'information, d'aide à la décision, d'orientation de la personne avec des attendus en matière de processus d'évolution et de réajustements personnels. Soit il a une fonction d'incitation directe à la modification de comportements, dans ce cas il comporte des injonctions et se déroule dans un cadre centré sur le contrôle sanitaire.

Comme nous l'avons à plusieurs reprises pointé dans plusieurs de nos articles et conférences, la démarche de test est une démarche à haute incidence psychologique : elle place la personne en situation d'acquérir un savoir sur elle-même sans qu'elle puisse pour autant en maîtriser les effets psychiques et les conséquences dans sa vie personnelle. La connaissance de son statut sérologique est une forme de connaissance de soi qui la confronte de manière particulière à la sphère de sa vie intime en la ramenant au statut de sujet biologique entamé ou non dans ses capacités d'être vivant. A la différence d'autres pathologies, la transmissibilité au cœur de l'infection à VIH déloge la personne de son intimité pour la placer au cœur de la sphère publique et pour l'amener à s'interroger de

plein fouet sur ce qui constitue le noyau de sa relation aux autres.

Les modes de transmission de cette infection et ses moyens de prévention ont ceci de particulier qu'ils exigent de la personne un temps d'élaboration sur ce qui constitue habituellement l'impensé ou l'indicible dans la sphère des échanges individuels ou collectifs (contacts corporels, modes d'échanges sexuels, représentation des produits biologiques).

Cette mise à jour brutale de ce qui constitue les modalités d'usage et d'échange des corps nécessite par ailleurs un travail analogue à un dévoilement en plusieurs étapes : corps perçu, corps affecté, corps maîtrisé. Le « corps idéal » de la prévention, dans la mesure où il se présente sous la forme d'un corps maîtrisé, renvoie la personne aux prises avec la prévention à sa faillibilité et est souvent à l'origine de réactions d'impuissance, de colère, d'aversion ou de peurs à l'origine de la demande ou de l'acceptation de la proposition de test. C'est là que le counseling, en tentant de renouer les affects et les représentations, peut proposer un espace psychique (acceptation, écoute, compréhension empathique) à la fois apaisant (réduction des peurs, de l'anxiété) et mobilisateur d'une attention à l'autre qui englobe autant le sujet aux prises avec le vivant qu'avec le vivable. La force des affects en jeu dans la démarche de dépistage, à la fois du côté de l'acteur de prévention et du côté du client, nécessite la mise en place d'un cadre qui assure une fonction de « contenant ». Les thèmes évoqués au cours des entretiens avant le test et lors de l'annonce des résultats, dans la mesure où ils opèrent des associations rationnelles entre la sexualité, la mort, le risque, le sang, la maladie, la temporalité (délai de séroconversion), provoquent un dérangement émotionnel évident qui se traduit par une anxiété pendant l'attente des résultats,

une inhibition (impossibilité de comprendre le délai de séroconversion), une indécision (face au test), par l'émergence de conduites phobiques (la peur de tout contact), par un trop plein d'excitation (sexualité pour lutter contre l'angoisse de mort), des conduites de répétition (multitests), des conduites ordaliques (prise de risque dans l'attente des résultats ou dès l'annonce de résultats négatifs). En ce sens, l'entretien qui a lieu lors de l'annonce des résultats est un moment résolutoire permettant à la personne de réunifier ce que la démarche même du test et la prévention ont clivé et dissocié.

Au niveau de la pratique de counseling, on comprend mieux l'importance des modes d'accueil dans les centres de dépistage d'autant plus que le climat d'accueil doit suppléer à l'anonymat garanti à la personne. L'organisation matérielle de l'attente avant les entretiens ou le prélèvement sont des éléments déterminants dans la construction de la relation d'écoute. La possibilité de visionner des films vidéo, la présence informelle ou formelle d'un aidant dans la salle d'attente participent de la nécessité de la mise en place d'un cadre facilitant l'expression.

La majorité des *guidelines* de counseling pré- et post-test invitent le praticien du counseling à traiter les points suivants dans le cadre d'une démarche volontaire ou de la proposition de prescription d'un test.

**Counseling pré-test.** — Circonstances de la prise de décision d'effectuer un test de dépistage à ce moment précis de sa propre vie. Évaluation des connaissances et niveaux de perception de la personne des modes de transmission de l'infection à VIH et de ses moyens de prévention. Perception subjective du risque. Prise en compte des connaissances de la personne sur les procédures de dépistage. Impact de la démarche de dépistage dans la vie et l'entourage de la personne. Avan-

tages et inconvénients du dépistage. Anticipation des émotions liées aux résultats. Prise de décision.

*Counseling post-test (entretien lors de l'annonce des résultats)* – Évaluation de la compréhension des résultats et prise en compte de leurs significations pour la personne. En cas de résultats positifs, identification des besoins immédiats de la personne et de ses premières inquiétudes. En cas de résultats négatifs, évaluation de l'impact des résultats dans la démarche de prévention de la personne. En cas de résultats positifs, examen des difficultés et des peurs de la personne. Évaluation des capacités de soutien de l'entourage. Informations sur la prévention et l'intérêt d'un suivi médical précoce. Réassurance et orientation éventuelle vers un groupe de soutien spécifique. Organisation immédiate d'un soutien concret et personnalisé pour les heures et les jours qui suivent l'annonce des résultats. En cas de résultats négatifs, évaluation de la vulnérabilité de la personne et de ses capacités à adopter une stratégie de réduction des risques. Prise en compte des obstacles et des capacités de soutien de l'entourage en matière de prévention. Orientation éventuelle vers un groupe de soutien pour personnes séronégatives ayant des difficultés de prévention.

**Les besoins spécifiques des personnes « affectées » par l'infection à VIH.** — L'infection à VIH affecte l'ensemble de la population, néanmoins sa gestion et sa prévention nécessitent la prise en compte de dimensions spécifiques comme les classes d'âge, les styles de vie, l'appartenance culturelle, l'identité et l'orientation sexuelles. Les praticiens du counseling doivent pouvoir bénéficier de formations spécifiques complémentaires pour pouvoir répondre aux défis existentiels que représentent le maintien de la santé et la qualité de vie des personnes confrontées à l'infection à VIH. Par exemple, l'aidant au-

delà du sujet abstrait de la prévention, s'adresse dans son écoute à un sujet concret qui a une histoire et qui au-delà de ses composantes universelles abstraites, au titre d'être humain, a besoin d'être entendu et accompagné par une autre personne qui l'accepte et la légitime dans son altérité, ses différences, son style de vie, son appartenance culturelle, bref dans ce qui la constitue comme une personne unique et singulière.

*Le counseling auprès de la communauté gay.* — De nombreux homosexuels ont eu à modifier leurs comportements sexuels et, ce faisant, se sont trouvés confrontés à des bouleversements dans leur vie affective quelquefois difficile à affronter. Par ailleurs, la découverte de la séropositivité fonctionne souvent comme un *coming out* et remet en question l'acceptation pour une personne séropositive de sa propre homosexualité, la confrontant soudain à une double stigmatisation : celle d'être homosexuelle et celle d'être séropositive. Dans le cas de couples infectés, les amis et les familles placent souvent l'un des partenaires du couple en position de bouc-émissaire, ce qui a des effets déstructurants sur le couple au moment même où les deux partenaires ont besoin de s'apporter un soutien mutuel. De plus, dans la mesure où les relations homosexuelles ne sont pas institutionnalisées, le deuil du partenaire dans un couple homosexuel n'est pas validé par la société. Il représente donc un coût psychique énorme pour la personne endeuillée non seulement confrontée à un deuil qui n'est pas reconnu mais qui la plupart du temps doit rester secret.

*Le counseling auprès des enfants infectés ou affectés par l'infection à VIH* — L'Organisation mondiale de la santé estime qu'en l'an 2000 l'infection à VIH sera la cause de dix millions d'orphelins dans le monde. Nous manquons crucialement de services de counseling susceptibles d'apporter une aide aux enfants concernés

directement ou indirectement par l'épidémie. Des thérapeutes spécialisés dans le soutien auprès des enfants victimes de guerre ont mis en évidence les similarités et les différences entre les effets de la guerre et ceux de l'infection à VIH sur les enfants. On retrouve chez les enfants une intense culpabilité et une expérience douloureuse du secret et de l'isolement. Confrontés à de multiples pertes, ils sont privés de leur propre enfance à laquelle ils sont souvent obligés de renoncer pour survivre dans un monde d'adultes qui ne leur assure plus une protection inconditionnelle. Cela renforce souvent leur tendance à protéger leurs parents et de ce fait, limite l'expression de leurs propres besoins émotionnels. Pour les enfants qui perdent les membres de leur famille lors de guerres ethniques ou religieuses, la communauté souvent assure une fonction de soutien auprès des enfants survivants. A la différence, les enfants confrontés au décès de leurs parents des suites de l'infection à VIH sont renvoyés à une absence de discours social valorisant la mort de leurs parents. Ces enfants ne peuvent pas maintenir une image idéalisée de leurs parents parce que la plupart du temps la cause de leur décès ne peut être révélée dans l'environnement dans lequel ils doivent continuer à vivre. Par ailleurs, la chronicité de la maladie perturbe le sens de la continuité temporelle chez les enfants. Les familles elles-mêmes sont confrontées à l'incertitude, à la culpabilité, à la peur, à une intense inquiétude. Les épisodes chroniques les empêchent d'assurer une continuité dans leur fonction parentale et les confrontent à l'introduction de personnes tierces dans la relation parentale comme les soignants et les aidants qui peuvent être ressentis comme menaçants surtout dans les familles qui craignent de perdre la garde de leurs enfants. La stigmatisation sociale liée à l'infection à VIH représente donc un surcoût psychique et social pouvant affecter le

développement des enfants et le maintien de l'équilibre familial. Aussi ceux-ci doivent bénéficier de programmes de counseling accessibles et adaptés à leurs besoins spécifiques pour éviter qu'ils n'aient à souffrir d'une deuxième épidémie : l'épidémie d'indifférence.

*Le counseling de prévention auprès des femmes.* — Il existe peu de services de counseling de prévention dans le monde à l'intention des femmes alors que près de 50 % des adultes séropositifs dans le monde seront des femmes en l'an 2000. Les modèles théoriques de prévention ne prennent pas en compte la manière dont l'identité de genre, le statut social des femmes et leurs rôles affectent leur degré d'exposition sexuelle au risque et leurs capacités à adopter des stratégies de réduction des risques. Dans la plupart des études sur les comportements sexuels on fait passer des questionnaires identiques aux hommes et aux femmes concernant l'utilisation des préservatifs alors que les stratégies d'utilisation de celui-ci nécessitent un travail supplémentaire de la part des femmes envers les hommes ayant trait notamment à la négociation. Par ailleurs, le rapport sexuel entre les hommes et les femmes est aussi une construction sociale complexe devant prendre en compte les représentations qui en déterminent les modes comme celles ayant trait à la masculinité, à la féminité, au plaisir, à la jouissance, bref toutes les composantes de la différence sexuelle. Ainsi, les femmes sont confrontées à une absence de congruence entre le contrôle exercé sur les images externes de leur corps et l'absence d'image voire de connaissance de leur corps intérieur. Or la prévention suppose une conscientisation de la part non visible du corps des femmes en jeu dans leur accès au plaisir. Permettre aux femmes d'accéder à la prévention nécessite la mise en place d'espaces d'écoute et de dialogue prenant en compte les moyens dont les femmes peuvent

disposer pour exercer un contrôle sur leur propre corps. Ceci est d'autant plus préoccupant que des études psychologiques révèlent que l'abus sexuel ou la peur de la violence constituent un des obstacles à l'adoption de stratégies de réduction des risques (perte des capacités à se protéger). La médicalisation du corps de la femme et sa réduction à ses fonctions reproductrices qui caractérise le discours dominant en éducation ne préparent en rien les adolescentes à assurer par elles-mêmes leur sécurité sexuelle dans la décennie à venir.

## II. — Le counseling dans les situations post-traumatiques

L'incidence d'un syndrome post-traumatique dans la population générale est selon nos collègues anglais approximativement le même que la schizophrénie, c'est-à-dire qu'il affecte 1 % de la population. Pour la moitié, nous sommes en présence non pas d'un désordre temporaire mais d'un syndrome chronique. Ce syndrome a été officiellement reconnu en 1980 quand l'American Psychiatric Association (APA) l'a inclus dans sa troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des désordres mentaux* (DSM 3).

Les critères retenus pour établir le diagnostic sont les suivants :

- Avoir été témoin ou victime d'un préjudice grave mettant en jeu la vie de personnes ;
- Revivre l'événement au cours d'un flash back, d'hallucinations, de rêves nocturnes ;
- Éprouver une détresse intense lors des dates anniversaires de l'événement. Avoir des conduites réactionnelles incontrôlées dans les situations qui en rappellent certains éléments ;



- Avoir des conduites d'évitement à l'égard de toute situation associée au traumatisme (perte d'émotions et de sentiments) ;
- Éprouver des symptômes persistants d'excitation intense comme l'insomnie, l'instabilité, des éclats de colère, des difficultés de concentration, une hypervigilance ;
- Les symptômes doivent avoir persisté plus d'un mois.

Toute personne qui a expérimenté un danger mortel modifie de fait son point de vue sur le monde. Le monde lui apparaît comme dépourvu de sécurité et tout phénomène naturel en arrive à être interprété comme un signal de danger. L'image de soi change et, la plupart du temps, la personne ayant été victime d'une catastrophe en vient à se sentir impuissante en face des dangers qu'elle perçoit. Cette perte de confiance dans le monde et dans soi-même est le symptôme majeur qu'on retrouve chez toutes les personnes ayant été confrontées à des situations extrêmes. Au fond, chacun d'entre nous vit dans une illusion d'invulnérabilité et cette illusion est la pierre de touche de notre santé mentale : elle nous protège de l'anxiété et du stress.

Pour les personnes confrontées à une situation traumatique, l'illusion de sécurité disparaît et, disparaissant, elle donne lieu à l'émergence de peurs, d'anxiétés et d'angoisses répétitives. Le désastre peut survenir à nouveau à n'importe quel moment et les surprendre dans leur impuissance.

Les représentations communes du monde mettent l'accent sur le fait que les événements qui surviennent dans le monde ont un sens et que le malheur peut être évité si l'on sait adopter un certain nombre de précautions. Pour les « victimes » de situations extrêmes, ces

représentations communes ne fonctionnent plus. Ce sur quoi les personnes confrontées à un danger réel avaient fondé le renouvellement quotidien de leur existence et la concrétisation de leurs projets s'effondre et donne lieu à des questions sans réponse, comme : pourquoi cela s'est-il passé? qu'est-ce qu'il m'est arrivé? pourquoi cela m'est-il arrivé à moi? Se poser cette question à un moment où l'image de soi est en partie détériorée crée un sentiment d'impuissance, de faiblesse, d'inutilité et renvoie une image de soi blessée ou mutilée.

Pour pouvoir fonctionner à nouveau selon ses capacités, la personne victime a besoin d'intégrer son expérience traumatique dans un nouvel ordre de représentations du monde et d'élaborer une nouvelle image d'elle-même. Le rôle de l'environnement dans ce processus de réhabilitation est fondamental d'autant plus que l'entourage d'une personne ayant vécu une catastrophe est souvent défaillant pour la bonne raison que, face à la catastrophe, il a besoin de maintenir l'illusion de sa propre invulnérabilité. L'entourage a souvent tendance à fuir le contact avec la personne victime de la catastrophe. Dans maintes situations, les victimes finissent même par être considérées comme responsables en partie ou totalement de ce qu'il leur est arrivé.

A l'évidence, si un soutien affectif est apporté d'emblée par l'environnement proche de la victime, les effets désorganisateur sont réduits pour la plupart, plus encore si la personne peut s'exprimer librement sur ce qui s'est passé pour elle. A défaut, le counseling remplit cette fonction d'écoute et de soutien à condition que le praticien du counseling sache appréhender la complexité de ce type de situation. Formés traditionnellement à l'approche du traumatisme dans l'après-coup et plus familiarisés avec le trauma infantile que le

trauma adulte, les psychothérapeutes sont souvent démunis par ce type d'intervention.

**Type d'entretien lors d'un syndrome post-traumatique aigu.** — Les praticiens du counseling qui reçoivent des personnes dans les premières semaines qui suivent le traumatisme ont intérêt à utiliser un modèle d'intervention de crise. L'intervenant en situation de crise ne voit souvent la personne qu'une seule fois. Il assure un rôle de soutien immédiat, d'information et d'orientation.

L'entretien tourne autour des quatre grandes questions suivantes :

a / *Que m'est-il arrivé?* — La personne ne peut pas forcément décrire exactement ce qui lui est arrivé : dans certains cas, notamment dans les cas de viol, elle peut en donner une description adoucie et omettre des éléments de la situation. Ce mode de présentation est une forme de protection temporaire qui a pour fonction de protéger la personne de l'horreur de la situation afin de lui permettre ensuite son assimilation progressive. Dans cette situation l'aidant peut être un auxiliaire efficace et intervenir, dans l'intérêt de la personne et avec son accord, auprès des autorités légales qui l'accablent de demande de détails. Un deuxième entretien doit être proposé à l'issue des démarches administratives de la personne pour lui offrir un espace psychique de reconstruction de ses représentations.

b / *Qu'est-ce qu'il va m'arriver?* — On observe chez la majorité des personnes exposées à un phénomène traumatique une disparition spontanée des troubles au bout de trois mois. L'intervenant doit donc se préoccuper au cours du premier entretien de détecter les 40 % de personnes qui requièrent un traitement à long terme et dont les troubles persistent voire s'aggraveront dans le temps.

Trois éléments doivent être pris en compte pour évaluer le niveau de vulnérabilité des personnes exposées à un événement traumatique : le degré, l'intensité ou le niveau d'exposition, la préexistence de troubles ou de désordres de la personnalité, l'histoire familiale.

Par ailleurs deux éléments sont à prendre en compte pour évaluer les capacités d'autoprotection de la personne : la façon dont la personne a réagi et le soutien apporté par son environnement dans le temps qui a suivi immédiatement la situation.

Par exemple, Gleser rapporte que le meilleur prédicteur du risque d'exposition à un désordre pathologique était l'incapacité des victimes de l'inondation de Buffalo Creej à réparer et repeindre leur maison et à apporter de l'aide aux autres. Une personne ne bénéficiant pas d'un entourage affectif solide est plus vulnérable qu'une autre aux effets traumatiques.

c / *Qu'est-ce qui va se passer si je ne vais pas mieux ?* — Cette question en soulève une autre : celle de la capacité à se projeter sous une nouvelle forme dans l'avenir. La personne a besoin de reconstruire un pont entre le passé et l'avenir. A la limite, envisager le futur, y compris en éprouvant un sentiment d'impuissance et de désarroi, est un premier pas pour la personne dans l'exercice de ses capacités à se projeter dans l'avenir. Elle est aussi l'occasion pour le praticien du counseling d'informer la personne sur les ressources existantes en matière de suivi.

d / *Est-ce que je suis normal ?* — Dans la mesure où la personne à l'issue d'un événement traumatique modifie son point de vue habituel sur les choses, elle en vient à modifier des routines de sa vie quotidienne voire même à être envahie par des sentiments peu connus d'elle, comme par exemple une irritabilité répétitive, une peur inappropriée à des situations banales. La disparition ou l'amenuisement de ces réactions peut

être à l'origine d'une interrogation de la personne sur sa normalité.

L'aidant a une fonction importante à assurer lorsque surgit cette question : il valide les sentiments que la personne éprouve, il l'aide à se réenraciner dans le monde physique et concret de la vie quotidienne et il assure la fonction de pare-excitation.

### **III. — Le counseling auprès des réfugiés et des victimes de la guerre, de la torture et de la répression**

Militer pour la mise en place de centres de counseling pour les réfugiés politiques et les personnes en attente d'asile, à un moment où dans la plupart des pays, notamment d'Europe, les politiques d'immigration deviennent restrictives, pourra paraître impertinent. Par ailleurs, attirer l'attention sur l'impact traumatique des phénomènes de dénégaration dans l'espace transgénérationnel, à une époque où on voit çà et là émerger les percées du négationnisme, tantôt à propos de l'holocauste juif, plus récemment à propos du génocide arménien, pourra être considéré comme une provocation.

Ce que des psychologues peuvent essayer de faire entendre, c'est que le négationnisme a des effets nocifs au niveau individuel et collectif. En effet, si on considère la dynamique de la pérennité de la mémoire à travers les générations, l'alternance, voire le dosage douloureux et subtil entre l'oubli, le déni et la réparation, peuvent être brutalement brisés et réduits à néant si la dénégaration s'introduit au cours d'une génération qui se trouve alors bouleversée et profondément blessée dans son processus de deuil qui déjà est difficile à mener parce qu'il se déroule souvent dans des conditions particulières.

Par ailleurs l'absence de sépultures, l'impossibilité

de rites funéraires, la destruction violente ou la disparition des corps désorganisent en soi les processus individuels et communautaires de deuil auxquels aucune commémoration ou hommages funèbres ne peuvent suppléer, même si ces derniers sont importants au sens où ils assurent une fonction de validation du chagrin et de la douleur.

**Type d'entretien.** — Ce type de counseling vise à prévenir les désordres psychiques graves inévitablement conséquents à la situation des réfugiés ou des victimes de guerre, de torture ou de répression. Il s'agit d'aider la personne à restructurer son monde tout en y intégrant les événements traumatiques qu'elle a dû affronter et cela à son propre rythme.

Le diagnostic, dès les premiers entretiens, vise à :

- Retracer les grandes étapes de développement de la personne ;
- Réinscrire les événements traumatiques dans l'évolution psycho-affective de la personne ;
- Évaluer les mécanismes de défense et définir ceux qui ont été utilisés pour affronter le traumatisme ;
- Évaluer les niveaux de destruction des liens familiaux ;
- Explorer les relations entre la culture d'origine et la culture d'accueil ;
- Évaluer les capacités de la personne à affronter les difficultés dans sa situation présente ;
- Définir ses besoins immédiats et mettre à sa disposition toutes les ressources concrètes existantes.

Ce premier diagnostic va permettre au praticien d'évaluer si la personne peut réévoquer sans danger ce qui s'est passé pour elle et de voir sur qui elle peut s'appuyer dans son entourage pour partager sa vie et son histoire.

## Les techniques utilisées.

a / *La méthode du témoignage.* — Cette méthode se compose de 12 à 15 séances en moyenne sous forme individuelle ou par petits groupes. Elle est souvent complétée par d'autres approches mettant l'accent, en fonction des séances, sur la vie quotidienne du réfugié et en se centrant sur les événements dominants et les émotions en jeu, ceci afin de délester un peu l'appareil psychique du client de ses trop-plein d'émotions et de respecter ses capacités d'élaboration psychique.

Le témoignage permet l'intégration émotionnelle des expériences vécues. Comme Mollica<sup>1</sup> l'a établi à la suite de ses travaux sur les réfugiés d'Indochine aux États-Unis, « lorsque le patient est prêt à raconter son histoire, le récit commence à donner forme à de nouvelles possibilités... L'interprétation antérieure de son histoire, comme une perte de contrôle sans espoir, se modifie. Le récit commence à donner une flexibilité à ce qui s'était rigidifié dans le temps ». Il s'agit alors pour le clinicien de permettre à son client de faire un pont entre une histoire sans espoir et une nouvelle histoire mobilisée par la survie et la réhabilitation.

En ce sens le témoignage peut être considéré comme « une expérience émotionnelle correctrice ». De Wind<sup>2</sup> (1970) insiste sur la justesse de cette expression en révélant à quel point c'est une expérience émotionnelle de haute intensité pour une personne traumatisée que de réaliser que quelqu'un d'autre peut comprendre ses angoisses et ses pensées sans être rejetée ou mise à distance.

La plupart du temps, la personne traumatisée a peur d'être débordée par ses colères et le fait de découvrir

1. R. F. Mollica, *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence*, New York, Bruner Mazel, 1987, p. 295-314.

2. E. De Wind, *Psychotherapie van vervolgden*, Inval, 1970, p 99-107.

qu'en évoquant son histoire, elle peut ne pas être débordée par la peur et l'angoisse est en soi une expérience correctrice. Toute la difficulté pour le praticien de ce type de counseling est de trouver pour lui la bonne position psychique car le témoignage le met en quelque sorte en place de témoin d'horreurs vécues, de crimes commis, de violences insoutenables perpétrées sur la personne de son client.

b/ *Le transfert et le contre-transfert.* — Si la situation d'aide constitue en elle-même l'instrument majeur du soutien qui peut être apporté à la personne, celle-ci n'est pas évidente car elle soulève un ensemble de réactions vives dont la prise en compte constitue le noyau même du processus de counseling.

D'une part, le client en étant invité à s'exprimer à propos de ses expériences traumatiques peut en vouloir à l'aidant d'avoir réactivé les souffrances profondément enfouies au fond de lui. Il peut par ailleurs se sentir l'objet d'une « seconde torture ». La personne qui veut confier quelque chose de ce qui lui est arrivé peut penser que l'horreur est telle que l'aidant ne la croira pas. Si tel est effectivement le cas, comme le montrent toutes les thérapies conduites auprès de personnes ayant survécu aux génocides, à la torture, à la répression, le déni de la réalité par le thérapeute cause au client qui effectue une tentative de demande d'aide un préjudice supplémentaire.

D'autre part, l'aidant peut se sentir coupable de provoquer pareilles souffrances chez son client. Il peut tout autant se sentir coupable de l'assentiment silencieux du pays auquel il appartient face à l'existence de tortures totalement répréhensibles. Il peut être horrifié de ce que le réfugié lui confie et être confronté aux limites de ses capacités d'écoute. Le sentiment d'impuissance de l'aidant peut se transformer en rejet passif de son client.



En ce sens, de nombreux auteurs anglo-saxons attirent l'attention sur les difficultés contre-transférentielles spécifiques rencontrées par les thérapeutes. Il n'est pas rare que ces thérapeutes en contact prolongé avec des victimes de situations traumatiques manifestent eux-mêmes des symptômes comme des cauchemars, des souvenirs intrusifs, l'évitement de certaines situations, la remise en question des valeurs liées à leur vie ou à leur fonction d'aidant, voire l'entrée dans la dépression ou l'épuisement professionnel (*burn-out*). En effet, comment continuer à vivre et à penser comme avant lorsque l'on est confronté quotidiennement par le biais de ses clients aux formes suprêmes d'injustice et de répression, aux formes ultimes de la cruauté et de la violence, aux situations les plus extrêmes qui dépassent les seuils de l'humainement acceptable ?

Un des premiers effets sur l'aidant est l'émergence d'un sentiment d'impuissance à l'égard de ses clients. Ce sentiment s'exprime souvent par l'impression de ne disposer d'aucun moyen valable pour aider la personne qui est en face de lui. Mais éprouvant ce sentiment si l'aidant ne peut disposer d'aucun espace psychique pour élaborer sur ce qu'il ressent, il risque, et on l'observe souvent, d'abandonner son client, de prendre ses distances par rapport à lui et de le considérer comme un « client intraitable » pour lequel personne ne peut rien faire. Cette situation bien évidemment est hautement préjudiciable à la personne qui, venant demander de l'aide, se voit ainsi rejetée et blessée une deuxième fois pour ce précisément pourquoi elle venait tenter de se repérer.

Les éléments contre-transférentiels sont tels que souvent le praticien de la relation d'aide va les masquer et tenter de les refouler pour se protéger au détriment de la relation thérapeutique. Éprouvant un sentiment de colère ou d'impuissance, se sentant aux bords des

larmes ou de la mélancolie pessimiste, étant aux prises avec la peur ou risquant d'être menacé lui-même, l'aïdant peut se trouver entamé gravement dans ses assises narcissiques et ses capacités, s'il ne dispose pas lui-même d'un ensemble de moyens pour affronter les difficultés qu'il rencontre.

De telles rencontres thérapeutiques exigent une adaptation des méthodes de travail aux situations particulières engendrées par la prise en charge de personnes qui sont souvent encore exposées à la terreur, aux menaces, à la privation de leurs droits et de soins. L'appel criant de la détresse de personnes réfugiées politiques peut déclencher chez le thérapeute des impulsions telles que prendre dans ses bras son client, pleurer lui-même, bref, un ensemble d'attitudes non codées *a priori* comme étant professionnelles. Là encore, si le thérapeute peut traverser et accepter d'élaborer sur ce que cela a ouvert en lui, il peut en s'acceptant lui-même élargir ses capacités à l'acceptation de la détresse extrême de son client. Ce premier pas de l'acceptation franchi, le client peut alors lui aussi à son tour trouver les capacités à répondre à ses propres besoins en cas de détresse active.

#### **IV. — Le counseling auprès des enfants des réfugiés et des enfants victimes d'expériences traumatiques**

Une étude danoise portant sur 85 enfants chiliens de parents arrêtés et torturés avant leur exil (Cohn, 1982) révèle que la plupart d'entre eux souffrent de troubles psychologiques et notamment sont l'objet de peurs et de frayeurs chroniques. Ils réagissent anormalement aux bruits de sirènes, aux voix fortes, aux sons des armes à la télévision. Ils souffrent d'insomnies, font des cauchemars, redeviennent énurétiques, ont des difficul-

tés de concentration et de mémorisation. L'absence ou la disparition d'un des parents comme conséquence de la violence politique provoque chez l'enfant la perte de son sentiment de sécurité d'autant plus que le parent qui a survécu est lui-même aux prises avec son propre processus de deuil et ses propres émotions. Cela ne lui donne pas toujours la possibilité de prendre soin de ses enfants comme il le souhaiterait. A la différence des adultes qui sont victimes d'images et de souvenirs intrusifs au cours de leurs activités, les enfants sont envahis par des images intrusives lors de leur moment de détente ou de loisir comme l'a observé Terr chez de nombreux enfants exposés à des explosions nucléaires, des désastres naturels, la guerre ou le meurtre d'un de leurs parents.

Pour faire face à l'irruption de tels phénomènes psychiques ils en sont réduits à une hypervigilance, une hyperactivité et sont conduits à éviter à tout prix tout état ou toute activité favorisant la détente et le laisser-aller.

Les enfants qui ont été confrontés à un événement traumatique non prédictible réagissent au choc causé par une forme spécifique de rationalisation secondaire observée par Terr (1983). Celui-ci, ayant assuré le suivi pendant cinq ans de 26 enfants impliqués dans le détournement d'un autobus scolaire, nota que 19 enfants croyaient *a posteriori* avoir été informés par des signes anticipatoires de l'événement. Cinq d'entre eux reprochaient même à leurs parents de ne pas avoir pris en compte ces signes. Dix enfants pensaient être dorénavant capables de prédire le futur et huit pensaient que leur rêves avaient une valeur prédictive. Terr explique le rapport des enfants à la prédiction comme suit : des enfants qui ont été placés dans une situation effrayante les rendant impuissants essaient plus tard de rendre ses expériences contrôlables.

Les réactions des enfants à l'issue d'une expérience traumatique s'étendent sur une durée trois fois plus longue que pour les adultes. Yule et Williams (1989) observèrent des troubles psychologiques chez la majorité des enfants plus d'un an après l'accident du ferry-boat du Herald of Free Enterprise. Il est important de penser à intégrer les enfants dans les programmes de counseling post-traumatique d'autant plus que les parents déniaient souvent leurs réactions émotionnelles et ont tendance à vouloir les exclure non seulement des rites funéraires mais de tous les protocoles y compris les procédures administratives ayant trait au sinistre pensant par là les protéger.

**Les enfants de l'holocauste.** — Bruno Bettelheim a décrit le traumatisme spécifique qu'ont dû subir les enfants dont les parents ont été victimes de l'holocauste.

« Ces enfants... n'ont jamais reçu la preuve tangible du décès de leurs parents : il n'y avait pas de corps à enterrer, pas de tombe à visiter. Il n'y avait pas de rituel marquant le début du deuil, il n'était pas possible de l'organiser selon la tradition. »<sup>1</sup>

Les enfants de l'holocauste, dans la mesure où ils ne connaissent pas la date de la mort de leurs parents, voire la certitude de leur mort, sont confrontés à ce qu'on peut qualifier d'un deuil sans limite.

La situation de ces enfants est différente des autres enfants orphelins ou victimes de catastrophes naturelles dans la mesure où le corps social ne les soutient pas dans leur deuil. Pire, ces enfants finissent par découvrir tôt ou tard que les instances sociales qui auraient dû les protéger et assurer leurs survies comme à l'occasion de n'importe quelle catastrophe ont été plus ou moins complices sur le mode actif ou passif du meurtre de leurs parents.

Au décours des thérapies, ils découvrent qu'eux aussi étaient condamnés à mort et qu'ils ne doivent leur survie qu'à eux-mêmes ou aux quelques personnes qui ont tenté de les cacher à leurs risques et périls.

Il est difficile pour ces enfants, même une fois devenus adultes, de pleurer la mort de leurs parents sans être renvoyés à ce qu'ils

1. B. Bettelheim, *Le poids d'une vie*, Paris, Robert Laffont.

revivent de la propre tentative de mort à leur égard à laquelle ils ont pu échapper. Souvent le refoulement des émotions l'emporte sur le chagrin car celui-ci serait trop déstructurant.

Le 16 janvier 1995, France 2 lors d'une émission sur ce thème interviewait le D<sup>r</sup> Klafter à propos de la mise en place d'une ligne verte et d'un service de counseling à l'Amcha Center en Israël.

Celui-ci révélait l'extension du traumatisme jusqu'aux enfants de la deuxième génération, qui souffrent de troubles post-traumatiques. L'ouverture d'une ligne verte a révélé à quel point de nombreuses personnes souffrent encore de l'holocauste et les responsables du centre ont été submergés par de si nombreux appels qu'ils craignent déjà de ne pas pouvoir répondre à tous les besoins des appelants.

## V. — Le counseling auprès des femmes

Dans les pays anglo-saxons, il existe un important courant féministe dans le champ du counseling et chaque ouvrage théorique ou pratique sur le counseling consacre toujours un chapitre au counseling auprès des femmes.

**Le courant féministe en counseling.** — Jocelyn Chaplin<sup>1</sup> définit ce courant comme étant porteur d'un profond changement de société. Le counseling féministe revient « à préparer les hommes comme les femmes pour une société qui n'existe pas encore ; une société dans laquelle les valeurs qualifiées de féminines comme les manières de penser seraient autant valorisées que les valeurs qualifiées de masculines ».

Le counseling féministe s'oppose au modèle hiérarchique prédominant dans les modes de pensée. Au niveau psychologique, il s'oppose à une représentation de l'être humain divisé où une part de lui-même devrait forcément l'emporter sur l'autre comme par exemple la partie forte sur la partie faible, la partie

1. J. Chaplin, *Feminist counseling in action*, Londres, Sage Publications, 1988.

saine sur la partie malade, la partie masculine sur la partie féminine, la partie active sur la partie inactive, la partie éclairée sur la partie sombre, la partie qui réussit sur celle qui échoue.

Les femmes souffrent, y compris celles qui réussissent, sur le plan social et économique de l'impact de ce qu'elles intériorisent comme « un statut de seconde classe ».

**Le counseling féministe en pratique.** — Si la plupart des hommes satisfont leurs besoins de dépendance dans les relations qu'ils entretiennent avec leur mère, leurs épouses, leurs amies, leurs sœurs, lesquelles spontanément assurent la plupart du temps à leur égard des fonctions de maternage et d'assistance nourricière, les femmes pour leur part n'ont pas l'équivalent de ces satisfactions dans les relations qu'elles nouent avec leur entourage. Elles sont censées s'automatner toutes seules et s'occuper des autres. Si elles se préoccupent trop de leurs besoins, elles se voient accusées de penchants narcissiques.

**Une vision féministe du monde.** — Dans la mesure où les structures patriarcales dominent dans nos sociétés, le counseling féministe est limité dans son efficacité. Dans une société hiérarchisée sur le plan économique où les femmes occupent le bas de la pyramide, comment les aider à réussir leur indépendance ?

En revanche, on peut considérer que la plupart des attitudes névrotiques sont l'équivalent de stratégies de survie dans une société malade. Et la névrose touche d'autant plus les femmes que leurs forces sont labellisées comme des faiblesses par la société patriarcale. Celles-ci en sont réduites à maîtriser une double schizophrénie. Elles doivent être fortes et faire preuve de force dans une société qui associe la féminité à la passivité et la fragilité.

## Les thèmes clés à explorer dans la pratique.

*Être en contrôle ou dans un chaos complet.* — A l'image de la société où les classes supérieures contrôlent les masses inorganisées, nos esprits sont censés contrôler nos corps définis comme des objets inférieurs. L'aspect extérieur des femmes est devenu la source majeure de leur image de soi et un déterminant majeur de leur identité. Celles-ci sont obligées d'exercer en permanence un contrôle sévère sur leur corps jusqu'à en ignorer les besoins fondamentaux.

Dès qu'elles perdent le contrôle sur leur corps, elles se retrouvent dans un chaos complet où elles sont totalement coupées de leurs émotions corporelles. Seul un travail de soutien peut leur réapprendre à être à l'écoute de leurs besoins fondamentaux souvent sacrifiés aux nécessités de leur image dans une société où elles sont appréhendées par leur corps en place d'identité.

*Dépendance et indépendance.* — Nous avons besoin d'être dépendants à certains moments et indépendants à d'autres mais dans la mesure où la société a fait de la dépendance une valeur inférieure et l'a associée à l'univers féminin, celle-ci est considérée comme une faiblesse grave.

Les hommes vivent leur dépendance dans les relations qu'ils entretiennent avec leur mère et leur épouse et sont ainsi capables de ne montrer aucune faiblesse dans le monde extérieur. D'un autre côté, on enseigne aux femmes à tirer partie de cette dépendance à tel point que souvent le seul pouvoir qu'elles s'autorisent c'est celui des soins maternels et domestiques. Ainsi, jouant les soignantes tout le temps, leurs besoins de petite fille ne sont jamais satisfaits, voire même sont rejetés par elles-mêmes.

Dépendantes des autres pour leur sécurité et l'estime d'elles-mêmes, les femmes souffrent d'une organisation sociale qui répartit les membres qui la constituent en deux groupes, le groupe des producteurs et le groupe des dépendants. Tout désir d'indépendance de la femme est accompagné de la peur d'être rejetée par son entourage et nécessite pour sa réalisation un accompagnement spécifique.

*Puissance et impuissance.* — Tout sentiment d'impuissance nous renvoie aux peurs de la petite enfance, période au cours de laquelle nous étions très dépendants et ne pouvions contrôler ni nos parents, ni nos propres désirs, ni nos peurs.

Pour lutter contre ces peurs et sentiments d'impuissance, en général on utilise toutes sortes de stratégies comme celle qui consiste à être toujours totalement en situation de contrôle. Malheureusement, dans nos sociétés hiérarchisées, de nombreuses personnes finissent par penser que la seule manière de se

sentir puissant est d'avoir le pouvoir sur les autres. Ils se mettent à contrôler les autres pour se sentir bien. Expérimenter et accepter l'impuissance est souvent le premier pas vers une réintégration saine des côtés opposés de nous-mêmes.

*Perfection et sentiment de nullité.* — Dans le même ordre d'idées, beaucoup de personnes pensent qu'elles doivent toujours être « au top » sinon elles sont « nulles ». Ainsi, on doit toujours gagner à n'importe quel prix. La recherche de la perfection est d'un coût psychique dévastateur pour des millions d'hommes et de femmes. Sous le succès fier, se cache la terreur de l'échec. Le côté perfection est exploité par l'industrie publicitaire et valorisé par la sphère matérielle. Il faut avoir tout parfait : le partenaire, la famille, la voiture, les enfants, le travail. Cette recherche monolithique laisse derrière elle des wagons de déception, d'insatisfaction, de sentiments d'inadaptation.

Le modèle féministe alternatif ne critique pas le succès et l'excellence mais les considère comme seulement un des buts de la vie insuffisants à eux seuls.

*Identifier et comprendre les opposés.* — Le processus de counseling consiste à identifier tous les thèmes précédents et à aider la personne à découvrir les grandes oppositions sur lesquelles elle s'est structurée et les manières dont elle a organisé sa vie autour. Par exemple, si le thème de la puissance est essentielle dans la vie d'une personne, son clivage peut prendre la forme d'une oscillation dans sa vie entre des sentiments de toute-puissance qui fait que dans sa tête tout se passe bien et dans son corps tout révèle les traces d'un enfant terrorisé et vulnérable.

Pour une autre personne, le clivage consiste à vivre en permanence sous la double domination d'un parent contrôleur et d'un enfant qui prend souvent le contrôle de lui-même.

Pour beaucoup de femmes, les premières phases du counseling consistent à tâcher de trouver ce qu'elles veulent vraiment, ce qu'elles ressentent vraiment et ce dont elles ont réellement besoin.

Dans la mesure où toutes les fonctions liées au maternage n'ont plus aucune valeur ni reconnaissance sociale dans les sociétés occidentales qui privilégient les valeurs masculines, les thérapeutes sont de plus en plus confrontés à des individus qui ne possèdent aucune sécurité de base et se comportent comme des enfants sans mère incapables de se protéger, d'être en contact avec leurs besoins profonds, de se reposer, toujours en manque et insatisfaits.



## Chapitre V

### LES FORMATIONS AU COUNSELING

L'histoire de la formation des praticiens du counseling suit celle de son évolution, de sa professionnalisation et de l'extension de ses champs d'application.

#### I. — Les formations longues

1. **La formation des counselors aux États-Unis.** — En 1913, naît la première association de counseling dans le Michigan, présidée par Frank Leavitt de l'Université de Chicago. On voit ensuite émerger plusieurs associations dans la plupart des États qui vont finalement se regrouper en 1951 pour former l'APGA (American Personnel and Guidance Association). Cette association se donne pour objectif la promotion de la pratique de la guidance, l'établissement d'un label académique et scientifique, la conduite de recherches, d'études et de publications, la reconnaissance professionnelle de la guidance et la formation des praticiens.

L'APGA se dote d'un *Bulletin d'information*, publié sept fois par an, qui informe ses membres sur les avancées pratiques et publie la liste des postes offerts ainsi que la création de nouveaux services.

En 1953, l'American Psychological Association (APA) transforme la division 17, initialement intitulée Division of Counseling and Guidance, en Division of

Counseling Psychology. Cette division regroupe plus de 1 500 membres et représente une des divisions les plus importantes de l'APA. Les formations initiales se multiplient : en 1966 plus de 5 500 praticiens auront été formés sur deux années complètes rien que pour l'enseignement secondaire. Au même moment (1965), on voit aussi apparaître des formations courtes, sur huit à dix semaines, pour des professionnels désirant pratiquer le counseling dans le cadre ou à l'extérieur de leurs fonctions auprès de jeunes déscolarisés.

Ainsi, comme actuellement, les professionnels vont occuper pour certains une double position, comme par exemple être enseignant, infirmière, travailleur social et counselor, soit dans l'institution dont ils dépendent, soit à l'extérieur au sein d'agences ou d'organisations de type caritatif.

Cet état de fait va souvent rendre difficile la position du counselor et le confronter à des contradictions. Par exemple, la pratique du counseling est difficile à l'intérieur du service public car le praticien dépend d'une autorité qui définit sa fonction et en même temps il défend un idéal de dignité, de valeur et d'indépendance qui quelquefois y déroge. totalement de par les valeurs d'assujettissement des individus propres à son fonctionnement institutionnel.

**Les programmes de formation des counselors.** — La formation des counselors est un processus interdisciplinaire qui relève au niveau académique de plusieurs disciplines. C'est la raison pour laquelle, outre les associations regroupant des counselors qui proposent elles-mêmes une formation, celle-ci peut aussi bien être assurée par les universités au sein des départements de psychologie, des sciences de l'éducation ou de travail social. La plupart des formations académiques sont assurées par les universités.

De nombreuses organisations ont établi des critères à observer dans les programmes de formation au counseling. On retrouve parmi ces organisations l'American Association for Counseling and Development (AACD), l'American Association of Marriage and Family Therapists, l'American Association of Pastoral Counselors, l'American Health Counselors Association, l'American Psychological Association et National of Social Workers.

Chacune de ces associations développe ses propres cursus même si on y retrouve de nombreuses bases communes. L'American Association of Counseling and Development est néanmoins le modèle de référence pour la formation du plus grand nombre de counselors.

Nous présentons ici le contenu de la formation standard que cette association préconise. Le *curriculum* est divisé en deux sections : un tronc commun et des sections spécialisées en fonction du champ d'application auquel se destine le futur praticien<sup>1</sup>.

*Tronc commun.* — La connaissance et le développement de la personne : Études et compréhension générale de la nature et des besoins des individus à chaque phase de développement (Approche psychologique, sociologique et physiologique) ; Le comportement humain ; Les théories de la personnalité ; Les théories de l'apprentissage.

*Fondements sociaux et culturels.* — Le changement ; Les groupes ethniques ; Les subcultures ; Les rôles sexuels ; Le sexisme ; Les sociétés rurales et urbaines ; Les mœurs culturelles ; Les modes de loisirs ; Les styles de vie ; Contribution des sciences du comportement, de l'économie et des sciences politiques.

*La relation d'aide.* — Les fondements philosophiques de la relation d'aide ; Théorie du counseling ; Pratique de supervision et application ; Théorie de la consultation ; Développement personnel du counselor ; Conscience de soi et compréhension de soi du client.

1. Leroy G. Baruth et Edward H. Robinson, *An introduction to the counseling profession*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1987.

*Les groupes.* — Théories et types de groupe ; Styles d'animation et méthodes ; Dynamique des groupes ; Supervision.

*Les styles de vie et l'orientation professionnelle.* — Théorie de l'orientation professionnelle ; Relation entre choix professionnel et style de vie ; Approche des processus d'aide à la décision ; Technique d'exploration du développement professionnel.

*Appréciation de la personne.* — Mode de compréhension de la personne ; Techniques de recueil des données, analyse et interprétation ; La méthode des cas ; Etudes des différences sexuelles, culturelles, identitaires.

*Recherche et évaluation.* — Sensibilisation aux méthodes de recherche ; Droit et éthique de la recherche en sciences humaines ; Définition et évaluation des objectifs de recherche.

*Orientation professionnelle.* — Buts et objectifs des organisations professionnelles ; Déontologies professionnelles, diplômes, code éthique, critères de recrutement ; Rôle et identité des conseillers.

**2. La formation des praticiens du counseling en Grande-Bretagne.** — Jusqu'en janvier 1985, leur formation était assurée par des formateurs qui n'étaient pas eux-mêmes des « conseillers » mais plutôt des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des psychanalystes. Ils avaient donc tendance à développer des modèles de formation calqués sur leur expérience et leur identité professionnelle. Selon Dryden, les psychologues et psychanalystes renforçaient souvent le préjugé négatif existant à l'égard du counseling considéré comme une pratique ancillaire de seconde catégorie. Par chance, l'invitation de grandes figures des courants de counseling américains apportèrent de solides contributions dans des universités anglaises et valut à certains des étudiants qui suivirent leurs formations de devenir à leur tour des pionniers dans la pratique et la formation.

En dehors des universités, les plus grands dispensateurs de formation étaient les centres de conseil conjugal et les fondations pastorales. Aussi, en janvier 1985, l'association anglaise de counseling mit en place un

groupe de travail essentiellement consacré à la formation. Elle réunit les organisations qui dispensaient le plus de formations et leur demanda de rédiger ensemble malgré leur diversité une série de recommandations concernant les principes d'une formation au counseling. En 1988, furent ainsi établis les principes de base de toute formation sollicitant la reconnaissance officielle par l'association anglaise de counseling : le travail sur soi, la pratique directe avec des clients accompagnée d'une supervision, l'acquisition des techniques de counseling, et un travail académique personnel.

**Un exemple de cursus de formation au counseling centré sur la personne.** — Il s'agit d'un cursus proposé par l'Institut du Développement Personnel (Facilitator Development Institute)<sup>1</sup>.

La formation se déroule à temps partiel sur deux années et demie comprenant six semaines en résidentiel, huit heures par mois de travail de supervision en petits groupes et un travail de supervision individuelle ou de thérapie personnelle de cinquante heures réparties sur l'ensemble de la formation. Dès l'entrée en formation, les stagiaires doivent trouver par eux-mêmes un lieu de stage ou d'exercice leur permettant de travailler avec trois clients.

L'accès à la formation se fait à l'issue d'une sélection comprenant un examen écrit et un entretien approfondi. Pour la forme écrite, les candidats disposent d'un *guidelines* à questions ouvertes visant à évaluer leur degré de motivation, leur niveau de connaissances du counseling centré sur la personne, leur expérience et leurs capacités acquises dans la relation d'aide. Les candidats sont aussi invités à rendre compte sous forme d'une autoévaluation de leurs points forts et de leurs points faibles dans la relation d'aide. L'entretien avec deux membres de l'équipe de formateurs pendant une heure est conduit sous la forme d'un dialogue visant à sensibiliser d'emblée le candidat au climat induit par la non-directivité. Cet entretien a pour objectifs de lui permettre de se faire le point de vue le plus juste sur la formation, ses attendus et son impact éventuel dans sa vie personnelle. Par ailleurs il vise à mesurer les capacités d'empathie du

1. W. Dryden, B. Thorne, *Training and Supervision for counseling in Action*, Londres, Sage Publications, 1991.

candidat, ses capacités d'analyse et de théorisation, son degré de conscience de soi au cours d'un échange chaleureux permettant l'expression de soi de part et d'autre.

Des extraits du journal de formation<sup>1</sup> d'une ancienne stagiaire du FDI rendent ainsi compte des séminaires en résidentiel : « C'est au cours de ces six semaines que je me suis vraiment formée. D'abord, le fait de me retrouver loin de mon environnement quotidien m'a permis d'éprouver des sentiments et des émotions étrangères à moi-même. Les trois premiers jours étaient consacrés à des ateliers structurés autour d'un thème que nous explorions à partir de jeux de rôles dans lesquels nous faisons beaucoup appel à nos expériences personnelles. Ensuite dans la deuxième partie de la semaine, nous devions nous-mêmes, en choisissant parmi des ateliers à thèmes, organiser notre emploi du temps. Je me souviens de la colère et de la panique que j'ai éprouvées lorsque j'ai vu les espaces blancs sur le programme. On pouvait se répartir en petits groupes et travailler sur un thème que l'un d'entre nous connaissait bien, on pouvait aussi aller dans un atelier de psychodrame ou dans un séminaire de présentation des différents courants dans la relation d'aide : c'était à nous de prendre la décision. J'étais libre d'assister ou non à la séance plénière, de sauter un repas, je devais choisir avec qui et sur quoi travailler en l'absence de toute directive. Nous disposions de matériel audiovisuel pour nous entraîner à la maîtrise de certaines techniques ou pour mieux analyser notre style de communication verbale et non verbale. Le plus difficile pour moi, c'était de choisir ce à quoi je devais renoncer ; à l'atelier sur la sexualité, sur l'enfant en nous, sur la mort, sur nos limites ou à une activité qui m'attirait. Par chance, les thèmes étaient proposés à nouveau au cours des semaines ultérieures de regroupement. Tous les jours, nous nous retrouvions lors d'une séance plénière et le grand groupe a été pour moi l'occasion de me confronter à la difficulté d'entendre, d'écouter, de me faire entendre. C'est là que j'ai pris conscience et que j'ai compris, parce que je les ai vécus, les phénomènes de projection, d'introjection, de transfert. »

Les groupes de supervision sont l'occasion pour les personnes en formation d'aborder une difficulté dans leur pratique mais aussi, si l'ensemble du groupe est d'accord, une difficulté ayant trait à la vie personnelle d'un membre du groupe. Souvent organisé sous la forme d'une journée complète de regroupement, le

1. R. Battye, *On being a trainee*, op. cit., chap. 5, p. 74-86.

groupe a l'occasion au cours de la journée d'aborder, à l'aide d'un superviseur, plusieurs situations.

La supervision individuelle, telle qu'elle est conçue dans ce type d'approche centrée sur la personne, est l'occasion pour le futur praticien d'opérer des liens entre sa propre personnalité et son style personnel de travail avec ses clients. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une thérapie personnelle, il n'existe pas pour autant de barrière rigide comme il en existe dans d'autres courants entre ce qui ressort de sa propre histoire et du travail d'élaboration qu'elle suppose et ce qui ressort de sa pratique de travail avec des clients. La prise en compte de soi et un certain échange émotionnel avec le superviseur, qui lui aussi associe sur le matériel présenté pendant la séance, est le meilleur gage de l'apprentissage dans la mesure où celui-ci n'est pas appris mais vécu de l'intérieur.

L'évaluation est une forme d'évaluation continue qui se déroule tout au long de la formation de manière informelle. Elle est souvent conduite par les pairs au cours des activités. Par ailleurs, chaque participant est invité à se construire lui-même « son porte-folio » d'éléments sur lesquels il s'appuiera pour rendre compte de son évolution en fin de la formation. Il collecte ainsi des séquences d'entretiens enregistrés, des notes personnelles, des comptes rendus de jeux de rôles, des notes de lecture réorganisés aux fins d'une autoévaluation retraçant son évolution personnelle au cours de la formation. Le dernier séminaire résidentiel est consacré à l'évaluation de la formation et requiert de la part des participants un écrit d'une vingtaine de pages qu'ils échangent, commentent et critiquent entre eux. Les participants se font part entre eux de leurs observations mutuelles sur leurs progrès et leurs difficultés respectives. Le dossier présenté en plénière inclut la description de leur travail thérapeutique, la découverte de leurs compétences et de leur savoir-faire, leur choix d'orientation de travail auprès d'un type particulier de clientèle, la nature de leurs projets et les progrès qu'ils estiment devoir effectuer.

**3. La formation des praticiens du counseling en France.** — La pratique du counseling n'étant pas associée en France à un statut défini et reconnu en tant que tel, les formations longues sont la plupart du temps considérées comme complémentaires d'une formation de base et s'adressent en conséquence à des professionnels souhaitant développer une approche en ce sens. Ainsi, certaines universités développent dans le cadre

de la formation continue des programmes sur la relation d'aide et des organismes comme l'École des parents ou l'AFCCC proposent des formations au Conseil conjugal et familial.

**Un exemple de programme de formation au Conseil Conjugal et Familial.** — Il s'agit du programme proposé par l'AFCCC<sup>1</sup>. Cette formation, considérée comme complémentaire, s'adresse aux personnes titulaires d'un diplôme d'état médical, paramédical, social, éducatif, juridique, psychologique ou d'animation, exerçant dans des institutions publiques ou privées et aux personnes ayant suivi la formation à l'Accueil et à l'information (160 h) et ayant effectué deux cents heures d'activité d'accueil. L'inscription nécessite en préalable pour chaque candidat un entretien avec un formateur de l'organisme.

La formation d'une durée de quatre cents heures, dont le programme est conforme à l'arrêté du 23 mars 1993 du ministère des Affaires sociales, comporte une formation personnelle en séminaire résidentiel, une formation pratique et une formation théorique réparties en trois unités. Elle se déroule sur une période de dix-huit mois.

La première unité d'approfondissement dans le domaine de la vie conjugale et familiale recoupe deux cent seize heures. Elle comprend plusieurs sessions et un stage pratique de quarante heures en institution ou dans un centre de planification. La première session de formation personnelle en résidentiel (56 h) est centrée sur les participants en vue de les sensibiliser aux aspects relationnels de leur vie personnelle, sociale et professionnelle. Les cinq autres sessions de formation théorique et pratique (160 h) sont consacrées à l'approche de thèmes intéressant le développement psycho-affectif de l'enfant, la psychologie du couple, la vie sexuelle, la naissance et le désir d'enfant, le groupe familial, etc. Ces thèmes donnent lieu à une approche pluridisciplinaire et à des apports psychologiques, psychanalytiques, médicaux, sociologiques et juridiques.

La seconde unité d'adaptation à la fonction de Conseiller conjugal et familial recoupe cent vingt-huit heures consacrées à la pratique et à la méthodologie de l'entretien de conseil conjugal et familial, de contraception, d'IVG, à la conduite de réunions et à l'animation de groupe. Les méthodologies de formation utilisées sont notamment les mises en situations et les études de cas.

La troisième et dernière unité de cinquante-six heures est

1. Cf. Brochure 1994-1995 de l'Institut de formation de l'AFCCC.



consacrée à l'identité professionnelle, permettant ainsi aux participants non seulement de prendre en compte l'incidence de l'environnement social et institutionnel sur la famille, mais aussi de mieux définir l'identité du conseiller conjugal et familial, sa position et sa place dans les réseaux institutionnels. Un stage de réflexion institutionnelle de quarante heures autour des enjeux idéologiques, statuts et pouvoirs représente la fin de ce cursus.

Tout au long de leur formation, les participants sont invités à la rédaction de travaux écrits (fiches de lecture, comptes rendus de stages, mémoire), lesquels seront présentés à la Commission pédagogique qui délivrera alors soit une attestation d'aptitude à l'exercice du Conseil, conjugal et familial, soit une attestation de suivi de formation.

A l'issue de leur formation, les participants pourront exercer en tant que Conseillers conjugal et familial vacataires dans des services publics (mairie, services de Protection Maternelle et Infantile, hôpitaux...), ou encore auprès de centres de consultation conjugale et familiale développés par plusieurs organismes, dont l'AFCCC.

Les conseillers conjugaux et familiaux peuvent par la suite, dans le cadre de la formation continue, participer à des sessions d'approfondissement autour de la pratique, organisées régulièrement sur trois jours par l'AFCCC pour une meilleure adaptation à la fonction et aux demandes nouvelles.

## II. — Les formations courtes au counseling

La pratique du counseling n'est pas restreinte à des professionnels ayant bénéficié d'une formation académique. Le counseling est une pratique qui doit être largement accessible et continuer à se développer chaque jour, là où est requis un besoin d'écoute et de soutien. En ce sens, le counseling ne peut être la seule prérogative des aidants professionnels.

Ainsi, il existe de nombreux professionnels ou volontaires associatifs pratiquant le counseling auprès des publics auxquels s'adressent l'institution ou l'association dans laquelle ils interviennent. La plupart du temps, les organismes proposant des prestations de counseling centrées sur les besoins spécifiques d'une clientèle préfèrent assurer par eux-mêmes la

formation de leurs intervenants salariés ou bénévoles. Des organismes de formation peuvent être également sollicités pour dispenser ces formations courtes. Celles-ci se déroulent souvent sur une période de cinq à dix jours au cours desquels les participants sont sensibilisés aux techniques de bases du counseling, aux problèmes spécifiques des clients auprès desquels ils interviennent et à la philosophie générale de la relation d'aide. Les formations internes assurées par les associations elles-mêmes développent également l'orientation et l'engagement sur lesquels se fonde leur action.

En Grande-Bretagne, les associations souvent mettent en place des partenariats avec les universités afin de délivrer à leurs membres une formation modulaire diplômante. Ainsi, la Lantern Trust à Londres propose un ensemble de formations certifiantes courtes de cinq jours ou plus longues sur plusieurs semaines en partenariat avec l'Université de Greenwich, pour les soignants et les volontaires qui désirent être formés aux soins palliatifs, au counseling de deuil et à l'accompagnement de personnes malades du Sida en phase terminale.

En France, des associations comme AIDES développent leur propre programme de formation à destination des volontaires. Par ailleurs, des organismes de formation comme l'AFCCC, Aides formation, Comment dire, le CRIPS, Prémis, l'École des parents, et plusieurs organismes de formation de la profession médicale, organisent des formations sur le Conseil pré et post test dans le cadre du dépistage du VIH, et/ou de l'accompagnement et du suivi de personnes séropositives ou malades du Sida. Ces formations sont réalisées dans le cadre d'un dispositif national de formation financé par la Direction générale de la santé-division Sida et géré par la Fonds d'assurance formation de la

profession médicale. Plusieurs hôpitaux organisent avec le concours d'organismes de formation des stages d'environ cinq à six jours sur le counseling et/ou relation d'aide à destination de leurs personnels paramédicaux.

Pourquoi veut-on devenir praticien du counseling ? Comment le devient-on ? Quelle formation entreprendre ? Si on examine en détail le parcours des praticiens du counseling, on s'aperçoit qu'ils ont souvent entrepris cette formation en complément d'une autre activité professionnelle. Cela pose d'emblée une contrainte spécifique à ce type de formation : la prise en compte de la maturité des publics demandeurs, de leurs parcours professionnels antérieurs et de leur expérience acquise.

Par ailleurs, ce type de formation mobilise chez la personne plusieurs niveaux psychiques de par les capacités qu'elle requiert :

- un minimum de travail sur soi ;
- l'acquisition de connaissances et de compétences techniques ;
- l'acceptation d'une supervision ;
- l'apprentissage ou le développement d'un ensemble d'attitudes quasi inexistantes dans l'environnement familial, professionnel et social des stagiaires comme par exemple l'empathie, la congruence... ;
- une réflexion approfondie sur des thèmes sensibles ayant trait à l'individu et à la société ;
- une activité d'écriture, de synthèse et de compte rendu de cas ;
- l'acceptation de la confrontation à des clients ou à des situations qui affectent ses croyances et ses valeurs ;
- l'adhésion à une éthique et à un code de déontologie.

La consultation d'écrits sous forme de témoignages d'anciens stagiaires en formation montrent la difficulté à appréhender certaines attitudes comme l'empathie, la congruence et l'absence de jugement et à faire part des sentiments négatifs qu'ils éprouvent (hostilité, conflits, désir d'agression, colère). Il est difficile de faire le deuil en soi de la figure idéale de l'aidant comme bon parent tout-puissant.

C'est la raison pour laquelle certaines approches non directives centrées sur la personne, si elles ne sont pas conduites dans de bonnes conditions, produisent sur les stagiaires l'effet inverse à l'effet recherché, c'est-à-dire mobilisent un Idéal du Moi tout-puissant, augmentent leurs défenses et renforcent le développement d'un faux self.

### III. — Les critères d'évaluation du counseling

Maxwell a identifié six éléments qui peuvent être définis et ensuite utilisés pour évaluer un service de counseling : l'adéquation, l'équité, l'accessibilité, l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience.

Évaluer l'adéquation d'un service de counseling consiste à mettre en rapport l'offre de counseling et les besoins des publics visés par ce service. Mesurer l'équité d'un service de counseling revient à se demander s'il n'existe pas un sous-groupe de clients potentiels *a priori* exclu du service proposé. L'accessibilité d'un service s'évalue par une étude de situation géographique et la longueur de la liste d'attente. L'acceptabilité se mesure par une étude de qualité du service rendu conduite auprès des clients. L'efficacité et l'efficience ne peuvent pas être dissociées en tant que critères d'évaluation même si chacune de ces dimensions peut être isolée.

Qu'évalue-t-on dans le counseling ? Les changements intervenus dans la vie du client ? L'augmenta-

tion de sa qualité de vie psychologique, professionnelle, sociale ?

Les outils d'évaluation doivent-ils être pré-construits par les praticiens du counseling qui eux-mêmes les reçoivent de leurs associations professionnelles ou doivent-ils être construits par les clients eux-mêmes en mettant à leur disposition des questionnaires personnalisés ? Par exemple, Mulhall invite ses clients à identifier les items les plus significatifs pour eux. Ces items sont pris en compte à l'exclusion de toute autre mesure standardisée et tenue par le conseiller comme la préoccupation principale de son client.

Si dans les *check-lists* des associations de professionnels, les items portent sur des symptômes comme la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'approche par questionnaire personnel centré sur la préoccupation du client est d'une tout autre nature *a priori* et plus difficilement exploitable sous forme standardisée.

Quoi de commun entre un client qui vient dans un service de counseling parce qu'il est préoccupé par son prochain licenciement, un autre qui vient d'apprendre qu'il a un cancer et encore un autre qui vient parce qu'il n'arrive plus à faire face à la démence de son père ?

#### IV. — Les méthodes de recherche

1. **La recherche descriptive.** — Ce type de recherche est centré sur l'obtention d'informations factuelles et des données concernant les techniques de counseling, les attitudes, les valeurs et les orientations de la clientèle.

Les outils de recherche privilégiés sont le questionnaire ou l'interview d'un échantillon de personnes ou de groupes spécifiques afin d'aider les counselors à mettre en place des services de counseling appropriés ou de les évaluer au regard des besoins des clients.

L'étude de cas est une des formes les plus anciennes de la recherche en counseling. Elle permet de voir comment évolue le client à travers le processus de counseling et de comprendre les techniques employées par le counseling. L'analyse de contenu à partir de séances de counseling enregistrées et retranscrites constitue aussi une excellente base pour la formation.

Dans la pratique du counseling de groupe, la recherche utilise souvent la méthode de l'observateur-participant.

D'autres types de recherche comprennent des études de suivi consistant à conduire des interviewes à intervalles réguliers pendant plusieurs années afin d'évaluer l'impact du counseling.

**2. La recherche expérimentale.** — A l'origine la pratique du counseling et la recherche constituaient deux domaines distincts relevant de différentes professions. Mais, progressivement, on a demandé aux counselors de devenir des praticiens-chercheurs, ce qui ne va pas sans poser nombre de problèmes.

D'abord, de nombreux praticiens du counseling pensent que la recherche n'a rien à voir avec la pratique et qu'elle doit être conduite par des professionnels de la recherche. Les counselors pensent que leur rôle consiste prioritairement à aider les individus et qu'on peut être un excellent praticien et ne pas savoir écrire des articles et des livres. Enfin et surtout, les praticiens pensent que les méthodes de recherche traditionnelle sont en totale opposition avec le système de valeurs au cœur de la pratique de counseling. Quelques chercheurs comme Goldman (1976), Elmore (1984), Howard (1985) ont essayé de pallier l'incohérence des méthodes de recherche traditionnelle utilisées comme l'usage de méthodes quantitatives, le choix de l'échantillon, d'échelles de réponses, en initialisant un mouve-

ment de recherche en counseling plus approprié à sa nature et à sa spécificité. Si l'évaluation des résultats en matière de counseling intéresse les administrateurs et les financeurs des services de counseling, les composantes du processus de counseling sont tout aussi importants à prendre en compte. Par exemple, la capacité d'un client à développer une relation thérapeutique avec son conseiller peut être un moyen plus approprié pour mesurer l'efficacité du counseling qu'une simple batterie de tests à l'entrée et à la sortie du service.

**Counseling : service public ou pratique privée** — A la différence des autres pratiques de soin, le counseling a souvent tendance à se référer au modèle de la psychothérapie qui postule que le paiement par le client des honoraires du praticien constitue une partie intégrante du traitement, voire même que l'absence de paiement prive le client d'une possibilité d'accès à certains aspects de lui-même. En effet, l'argent mobilise dans la relation thérapeutique des affects particuliers d'amour et de haine et il est généralement admis que l'analyse des enjeux psychiques de ce paiement constitue un outil thérapeutique en soi.

Malheureusement, selon Pilgrim, malgré la vaste étendue des recherches et des évaluations dans le domaine de la psychothérapie et de ses résultats, il n'en existe aucune qui démontre un lien non ambigu de cause à effet entre le paiement et l'efficacité thérapeutique. Par ailleurs, la pénurie de littérature sur le sujet particulier de l'argent est peut être à mettre en rapport avec la culpabilité intériorisée des thérapeutes.

La pratique privée est particulièrement exposée à un manque de régulation. Dans le secteur public, il existe des mécanismes institutionnels de fait qui ont des effets régulateurs sur l'exercice des praticiens.

## Chapitre VI

### **LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION ET DE DÉVELOPPEMENT DU COUNSELING**

Y a-t-il place en France pour une forme de counseling ? Dans sa réhabilitation quelque chose subsistera dans la mémoire collective, son association avec un événement d'exception : une épidémie douloureuse, tragique, fatale. On pourra mettre le counseling au placard des vieux objets dont on ne veut plus se servir mais il y a quelque chose qu'on devra à ceux qui ont prêté attention au counseling et ont tenté de le pratiquer avec les seuls moyens de formation dont ils disposaient à l'origine : la formation mutuelle par les pairs et une présence assidue auprès de personnes qui, du fait d'une maladie dont tout le monde avait peur, se retrouvaient isolés, rejetés par leur entourage et le corps social.

On pourrait se demander pourquoi les professionnels de l'aide comme les psychologues, les psychothérapeutes, les psychanalystes et les travailleurs sociaux ne se sont pas précipités au lit des malades. D'abord, beaucoup l'ont fait mais à titre individuel et bénévole par le biais le plus souvent d'associations comme l'association AIDES. C'est donc en tant que bénévoles qu'ils intervenaient et non en se référant à leur statut professionnel. Dans la mesure où nous-mêmes faisons



partie de ces psychothérapeutes engagés, nous pouvons nous-mêmes témoigner de ce fait surprenant *a priori* qui consiste à se dé-professionnaliser pour agir. En fait, nous avons besoin en quelque sorte de nous mettre à nu de tous nos titres et statuts pour être et agir. Ce qui se passait là et se jouait pour nous était trop intense, trop fort pour que nous puissions accepter d'être guidés dans nos actions par les instances surmoïques de nos statuts professionnels mutuels.

Les dispositifs traditionnels de la cure analytique voire même ceux plus souples de la psychothérapie ne convenaient pas à la situation pour plusieurs raisons. Les personnes qui par ailleurs étaient nos proches, tant au niveau de l'âge que de la proximité de leur cadre de vie, n'étaient pas demandeuses de thérapies mais d'une présence vraie, proche et vivante. Dans la demande, il y avait là quelque chose qui nous percutait directement. C'était la demande d'une certaine forme de présence pour survivre. Être là, continuer à être là et encore être là... ne pas disparaître derrière nos statuts et surtout ne pas faire disparaître l'autre derrière sa maladie.

Enfin, les premiers malades du Sida, qui par ailleurs étaient homosexuels, entretenaient une suspicion légitime à l'égard de la psychanalyse. Celle-ci considérait l'homosexualité masculine comme une perversion. Alors, que pouvaient-ils attendre de la psychanalyse ?

Le point primordial concerne vraisemblablement le cadre. Si le counseling l'a remporté si vivement sur les méthodes traditionnelles de la psychothérapie, c'est parce qu'il ne s'est pas embarrassé du cadre et des règles classiques de l'aide psychothérapeutique et qu'il s'est d'emblée adapté à ses publics. Dispositif léger, c'est le counseling qui est venu aux malades et on le verra ensuite aux publics de la prévention.

Prestation souple, mobile, adaptable en perma-

nence, le counseling ne tiendra peut-être pas dans le paysage français de l'aide mais il aura su montrer ses qualités essentielles au moment où l'histoire le requérait. Alors, le counseling, forme de psychologie des catastrophes, dispositif des tragédies ? Reste que les auteurs anglo-saxons sont déjà en train de montrer en quoi le Sida aura modifié et fait évoluer le counseling au moment où en France nous découvrons en quoi le Sida aura réhabilité le counseling ;

### I. — Les nouveaux champs d'investigation

Quel est l'avenir de la relation d'aide et peut-on en prévoir les modifications futures ? Est-ce que le type de relation d'aide apporté par le counseling a un avenir ? Quel avenir ?

Les années 80, aux États-Unis, ont été marquées dans de nombreux États par d'importantes modifications législatives concernant la profession de conseiller, notamment en ce qui concerne les processus de certification professionnelle et d'accréditation.

Si la législation des années 60 concernant le counseling était centrée sur la protection des droits des clients, on peut dire que la législation des années 80 était centrée sur la légitimation professionnelle des conseillers. Les procédures d'État diplômantes ont eu un autre impact sur le counseling, la répartition des champs d'activité à l'intérieur du counseling et la spécialisation des conseillers. La reconnaissance des conseillers par les assurances a accru la clientèle en permettant un accès gratuit pour la plupart des clients à ce type de service d'aide.

Tout programme de formation au counseling inclut dorénavant un ensemble d'informations juridiques dans la mesure où la société devient de plus en plus litigieuse. On observe une montée du juridisme dans la

culture américaine, ce qui a pour effet une multiplication des poursuites judiciaires à l'égard des professionnels, des institutions, des entreprises et des gouvernements fédéraux. Les counselors ne sont pas épargnés par cette tendance. Ils sont poursuivis sur des questions de confidentialité, du respect du droit à la vie privée ou du droit des personnes dans des domaines très sensibles comme les tests de dépistage, la contraception et le contrôle des naissances (notamment dans les services de counseling auprès des adolescents).

Par ailleurs, des membres de l'American Health Counseling Association ont suggéré que des counselors, au nom de la corporation, conduisent des actions juridiques contre les associations, les groupes ou les institutions qui empêchent l'accès de segments de clientèle au counseling, qui œuvrent contre la professionnalisation du counseling, qui restreignent les possibilités de tiers-payant ou qui agissent dans toute autre voie préjudiciable à l'exercice du counseling et à son développement. Cette question est importante car elle détermine la création ou non de services appropriés.

Même si les counselors sont formés et préparés à travailler avec des populations appartenant à d'autres cultures, il reste encore un certain nombre d'obstacles à franchir tels que la mise en place de centres de counseling dans des aires géographiques inaccessibles.

Un autre obstacle à considérer est celui de la concurrence sur le terrain de l'aide. En effet, les travailleurs sociaux, les psychologues, les éducateurs et les professionnels du champ médical et para-médical drainent souvent la même clientèle en pratique libérale ou institutionnelle que le counseling.

La différence se fait donc sur des critères comme l'accessibilité, les services supplémentaires offerts à la clientèle, l'organisation administrative de la prise en

charge par les assurances, la spécialisation pointue et la connaissance éventuelle des résultats obtenus, la réponse aux besoins.

Il semble qu'il y ait des champs d'investigation à promouvoir en urgence dans le champ de la relation d'aide mais ceux-ci nécessitent une critique radicale de l'épistémologie dominante dans ce domaine accreditant un unique paradigme, celui d'un être masculin adulte, blanc, masculin, hétérosexuel, d'âge moyen et plutôt en bonne santé physique. Au nom de l'universalité, ce type d'épistémologie ancrée dans les fondements de la plupart des approches thérapeutiques tend à promouvoir l'expression et les besoins d'un client virtuel qui n'est pas précisément celui qui manifeste le plus sa souffrance. En revanche quand celles ou ceux qui dérogent au modèle universaliste de la relation d'aide font entendre leurs souffrances d'une manière qui parfois passe par la transgression de l'ordre établi, les aidants se retranchent alors derrière une épistémologie silencieuse intériorisée qui tend à associer curabilité et normativité, préférant aborder la personne par le biais de catégories préétablies abstraites plutôt que se risquer à une approche directe et environnementale. Cette approche n'est pas sans effet sur l'aidant et c'est en ce sens que c'est dans le champ du counseling qu'on voit le plus de programmes de soutien des aidants et d'études sur l'impact et la vulnérabilité d'un certain type de relation d'aide auprès de publics particulièrement exposés à des situations où l'invivable l'emporte sur le vivant.

## **II. — Le counseling auprès de la communauté homosexuelle**

Depuis les années 1970, aux États-Unis et dans les pays anglo-saxons, il existe un courant théorique et clinique constitué sur l'homosexualité élaboré à l'inté-

rieur des courants « d'affirmation positive » de la communauté homosexuelle.

A cause de l'inadéquation et de la discrimination des services offerts par la société, les minorités et les communautés ont développé leurs propres services. L'émergence des services de counseling gay pendant les années 70 a été suivie par la création des services de counseling spécialisés dans l'infection à VIH dans les années 80. Ces services se sont développés pour la même raison que les services de santé mentale pour les gays dix années auparavant : un besoin d'aide non satisfait par les institutions existantes. En effet, la communauté gay a été amenée à prendre soin d'elle-même, à reconnaître et à faire quelque chose pour remédier à sa vulnérabilité. Au moment où de nombreux gays voulaient commencer à profiter des fruits de ces luttes, l'épidémie survint et le mouvement, y compris la communauté lesbienne, se mobilisa immédiatement dans la lutte contre le Sida.

L'étude de la littérature anglo-saxonne sur le counseling auprès des gays et des lesbiennes met en évidence un certain nombre de questions que nous pouvons résumer ainsi.

Le travail thérapeutique avec des homosexuels nécessite-t-il un cadre spécifique, une formation particulière des thérapeutes et une connaissance approfondie des thèmes liés à l'homosexualité ? A quoi faut-il attribuer le manque ou la précarité des recherches dans le domaine de l'homosexualité ? Comment désarticuler l'homosexualité du modèle pathologique auquel celle-ci a été assignée à résidence par la médecine, les sciences psychologiques et une majorité des courants psychanalytiques ? Pourquoi les responsables de la santé publique n'ont pas pris la commune mesure des besoins spécifiques de la population homosexuelle en matière de santé, d'accès aux soins et de prévention

des troubles liés aux conditions d'existence de ses membres, souvent confrontés à l'exclusion, à l'hostilité sociale, à la privation de certains droits, à la discrimination active ou passive ?

**Le coming-out.** — Les cliniciens anglo-saxons font du coming-out, c'est-à-dire de la révélation de son homosexualité un processus thérapeutique en tant que tel.

En effet, la confrontation de la personne à son homosexualité peut être à l'origine de graves décompensations suivies d'incidents psychotiques ou suicidaires. C'est un processus psychique s'effectuant en plusieurs temps. L'acceptation totale de son homosexualité est un mythe thérapeutique. Pour certaines personnes, elle est impossible sauf à prendre le risque de déconstruire tout un système de défenses et un ensemble d'aménagements pulsionnels sur lesquelles elle s'est organisée jusqu'alors, y compris dans sa manière de vivre son homosexualité

*L'homosexualité, une théorie du développement :* Le processus de développement identitaire pour une personne homosexuelle est appelé « coming-out », qu'on peut définir comme une forme de découverte, de révélation, d'affirmation et d'acceptation de soi en tant que gay ou lesbienne. L'identification de soi en tant qu'homosexuel passe par différentes étapes psychologiques. « Le coming out » peut survenir à n'importe quel âge. Si la révélation de son homosexualité survient à l'adolescence, le développement de l'identité sexuelle est alors congruent avec le développement adolescent. Mais en revanche, une telle découverte à l'adolescence peut être particulièrement difficile, en partie à cause du contexte de dépendance qui surdétermine l'adolescence. Quand cette révélation identitaire survient à l'âge adulte, elle replonge souvent l'adulte homme ou femme dans une problématique adolescente avec la

nécessité de résoudre certains éléments résiduels du stade de l'adolescence. La découverte de son identité homosexuelle est difficile parce que les homosexuels ne sont pas nés dans des familles homosexuelles. Ils souffrent seuls d'une certaine oppression, sans soutien émotionnel de la part de leur famille ou de leurs amis. Ils ne disposent pas d'une culture visible et autovalidente sur laquelle se modéliser.

**Les étapes du coming out** (Coleman, 1985 - Lewis, 1984 ; Cass, 1984 ; Sophie, 1987) :

*Prédécouverte* : Être différent, confusion d'identité.

Expérience du client : Sentiment d'être différent. Attitudes dépressives et confuses. Premières interrogations sur l'éventualité d'être gay.

Rôle du counselor : Aider le client à identifier ses pensées et ses sentiments sans jugement ou classification. Aider le client à comprendre que ses sentiments et ses pensées sont acceptables.

*Découverte* : Dissonance. Comparaison identitaire. Découverte spontanée.

Expérience du client : Prend connaissance de ses sentiments homoérotiques. Fait face et s'adapte de manière conflictuelle au style de vie hétérosexuel dominant. S'interroge sur les valeurs, les rôles et le concept de soi. Éprouve une alliance forte envers les personnes du même sexe. Risque de perdre des amis et sa famille.

Rôle du conseiller : Aider le client à traverser le déni, la honte, l'anxiété, l'angoisse, la peur et les problèmes d'estime de soi. Encourager le client à repérer ses attitudes et ses buts et à valoriser sa personnalité. Orienter le client vers les ressources communautaires homosexuelles (publications, groupes de support, associations).

Préparer le client à envisager les réactions de son entourage : comment les autres vont-ils réagir à cette

révélation ? Qui dans votre vie va être affecté par votre coming out ?

*Expérimentation* : Relations sexuelles homosexuelles. Tolérance. Révélation aux autres.

Expérience du client : Fait l'expérience de relations sexuelles et sociales satisfaisantes. Décide à qui en parler, dans quel cadre et quoi dire. Est mal assuré dans ses compétences sociales. A besoin d'être en contact avec la communauté homosexuelle. Acquiert une image de soi positive.

Rôle du conseiller : Aider le client à prendre la décision de révéler son homosexualité et à en maîtriser les conséquences. Aider le client à développer son estime de soi et ses compétences interpersonnelles. Accompagner la personne dans la compréhension de l'intensité de ses sentiments et à développer un modèle d'établissement de relations incluant la rencontre, la séduction et le comportement sexuel.

*Développement de l'identité* : Premières relations. Identité stable. Acceptation.

Expérience du client : Développe et apprend à vivre des relations homosexuelles. Commence à attribuer une valeur au fait d'être gay en prenant part à la subculture gay. Éprouve des sentiments plus positifs face au fait d'être gay. Développe des compétences consistant à passer pour hétérosexuel quand c'est approprié.

Rôle du conseiller : Aider le client à faire face à la frustration et à la peur d'être rejeté. Soutenir et accompagner le client dans ses relations. L'aider à communiquer et à développer son rôle dans les relations. L'aider aussi à comprendre que les relations peuvent ne pas durer et à faire face à la séparation.

*La fierté identitaire* :

Expérience du client : Se révèle à plus de personnes. Expérimente le rejet de la part de certains membres de la société mais maintient une image de soi positive.



Rôle du conseiller : Accompagner le client dans l'ensemble des décisions concernant la révélation de son homosexualité. L'aider à exprimer ses pensées, ses sentiments. Trouver les façons d'aider le client à maintenir une bonne image de soi en dépit du rejet social.

Notre expérience clinique dans le domaine de la prévention de l'infection à VIH et notamment dans les centres de dépistage nous a montré en quoi certaines questions sur les pratiques sexuelles mettaient les homosexuels en situation psychologique de « coming out obligé ». Un jour un jeune homme nous confia : « C'est si triste de parler ici pour la première fois de ma vie homosexuelle ; j'aurais tant voulu dire à ma mère ce que je suis en train de vous dire. »

### III. — Le counseling auprès de personnes d'une autre culture

Les théories et modèles occidentaux de counseling touchent les valeurs d'un certain type de société et abordent encore très peu souvent la question de la différence culturelle. Ainsi, le counseling dans les pays occidentaux privilégie des notions comme la concentration sur soi, la révélation de soi, l'autodétermination, l'exploration intérieure. La relation thérapeutique tend souvent à renvoyer le client à lui-même, à faire émerger la perception qu'il a de lui-même pour en faire le support du changement. Cette manière de travailler, typiquement occidentale, où le conseiller considère que la relation thérapeutique doit être réduite à une relation duelle entre lui-même et son client, est inadaptée et inefficace dans des cultures où, par exemple, il n'existe pas un soi en dehors de la relation à la famille, à la communauté, à la culture.

Ainsi, dans une perspective transculturelle, le client ne peut être accueilli comme une personne coupée de

sa lignée, de son village ou de ses appartenances culturelles. Le praticien doit prendre en compte les problèmes de génération, et être capable de remettre en question les valeurs qu'il attribue lui-même au temps, à la vie, à la mort, au corps, au plaisir, à la souffrance, à la maladie. Ainsi, ce ne sont pas les habitudes culturelles c'est-à-dire les origines qui sont cause d'inadaptation mais bien plutôt la plupart du temps, la précarité de la situation sociale dans laquelle se trouvent les personnes et les familles au cours de leur parcours migratoire.

De la même manière, un conseiller qui n'est pas conscient des difficultés économiques, médicales, juridiques de la personne dont il s'occupe et qui de plus ne peut accepter d'être le support de l'hostilité de la peur que doit traverser chaque jour son client ne peut être d'aucune aide pour une personne confrontée aux souffrances supplémentaires ou premières engendrées par le racisme et le conflit des civilisations.

Concernant l'impact pour le counselor, Romera propose à ce sujet (1985) la notion de contre-transfert transculturel. Celui-ci opère à notre insu et touche à nos peurs les plus archaïques, voire renvoie à l'existence d'attitudes tribales à l'intérieur de nous-mêmes.

Par ailleurs la mise en place de services de counseling adaptés aux besoins de clients ou de communautés d'origine non occidentale suppose la mise en place d'un cadre technique prenant en compte les règles qui régissent la communication verbale et non verbale des clients (postures, gestes, modes de présentation de soi, distance corporelle, intégration dans la séance d'un ou de plusieurs tiers) pour faciliter la rencontre et le processus de counseling. Le counseling de prévention dans le champ de la santé nous a appris à quel point les frontières entre le privé et le public, l'intime et le rituel, le corps et l'esprit, l'humain et le non-humain, le soi et

l'autre différaient d'une culture à l'autre. Le counseling se doit donc d'évoluer et de remettre en question les propres logiques culturelles qui ont présidé à son émergence. Cela exige que chacun d'entre nous ait pu traverser en lui-même les espaces de l'étrangeté à soi-même pour pouvoir accueillir et comprendre les clivages identitaires d'un client qui souffre parce qu'il est perdu dans le cercle de ses multiples appartenances et qu'il se sent contraint en permanence de trahir une de ses appartenances au profit ou au détriment d'une autre.

#### IV. — Le counseling auprès des personnes dépendantes d'un produit (*alcool, drogues*)

Il existe encore des controverses dans le champ du counseling auprès des personnes dépendantes d'un produit comme l'alcool ou la drogue mais malheureusement la tragédie de l'infection à VIH a amené tous les intervenants dans ce domaine à élaborer ensemble un consensus. Longtemps l'alcool et la drogue ont été sous l'influence du modèle médical de l'addiction qui ne voyait qu'une seule réponse au problème : la prescription de l'abstinence et ne prenait pas en compte l'environnement et les problèmes inhérents ou conséquents à l'usage des produits. Ensuite, on a vu apparaître dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie une notion, celle de l'« usage contrôlé », visant à aider les personnes à se déprendre progressivement de l'usage de produits tout en bénéficiant d'une aide appropriée à chaque étape de ce processus.

Ce sont les services de counseling qui travaillaient dans ce cadre qui ont vu tout de suite la gravité du problème de l'infection à VIH et qui ont promu le concept de stratégie de réduction de risque (promotion d'échanges de seringues, promotion du *safer-sex*).

Par ailleurs, les programmes de réduction des risques ont mis en évidence une autre nécessité, celle de la mise en place de programmes de prévention de l'effet rebond (*relapse*). Des programmes de plus en plus nombreux existent pour les familles et l'entourage : « counseling pour adultes enfants de parents alcooliques », « counseling pour adultes enfants de parents toxicomanes ». En effet, en dehors des souffrances spécifiques des enfants qui grandissent dans des familles souffrant des problèmes de dépendance (dysfonctionnement relationnel, peur de l'échec, absence de confiance en soi, culpabilité, ressentiment), le risque de devenir eux-mêmes dépendants est de 80 %. Si les Anglo-Saxons en sont maintenant à traiter la troisième génération (les petits enfants des grands parents dépendants), remarquons que nous manquons crucialement en France de services de counseling accessibles, mobiles, démedicalisés à l'intention des personnes ou de leur entourage confrontées à des problèmes de dépendance à l'alcool ou à la drogue. L'infection à VIH a obligé les pouvoirs publics à se confronter à la réalité de la toxicomanie mais, dans la mesure où la parole sur ce sujet a été confisquée par la médecine et le champ politique, il faudra encore des années pour que des réponses comme le counseling fassent naturellement partie de la prise en charge et de la prévention de ce type de problème. Reste qu'on observe en France une montée en compétence des groupes d'autosupport des usagers de drogue et un début d'adhésion des acteurs de terrain à l'idée d'introduire du counseling dans les programmes de méthadone et d'échanges de seringues.

Dans l'histoire des pratiques de la relation d'aide, peu d'auteurs avaient prévu à quel point les méthodes de domination des sociétés sur les individus et les communautés se transformeraient. Elles sont devenues plus

insidieuses et surtout ont produit une illusion majeure : celle de se présenter comme profitables pour ceux-là mêmes qui en sont l'objet. Il est notable que la majorité des courants psychologiques se complaisent dans l'établissement silencieux ou le maintien d'une alliance secrète plus ou moins à l'insu avec les représentants de la domination et de l'oppression généralisée des systèmes économiques et politiques sur les individus. Ainsi il est devenu commun face aux personnes les plus démunies dans nos sociétés de leur prescrire le sacrosaint principe de réalité et d'exiger d'elles de surcroît des capacités d'adaptation que les défaillances de leur environnement ont précisément détruites en elles. En ce sens, et nous y reviendrons, les zones d'élection du counseling dans le monde entier sur les terrains compassionnels n'ont cessé de nous interroger sur un possible effet pervers si les praticiens du counseling n'opèrent pas une rupture épistémologique avec les modèles traditionnels des sciences cliniques et sociales. Le retrait du counseling du champ de l'éducation, sa faible représentativité dans le champ des préventions nous inquiètent d'autant plus qu'il serait regrettable qu'une fois de plus, l'aide soit présente du côté de l'impensé de la pulsion de mort et soit inexistante dans le champ du soutien des pulsions de vie. Recevoir une aide en fin de vie ou lors d'une catastrophe de la part de ses pairs est le minimum qu'un être humain puisse attendre d'une société qui l'a conduit jusqu'à ce moment-là de sa vie. Mais nous ne pouvons pas oublier ce que des personnes ayant pu avoir accès gratuitement à des services de counseling nous ont confié sur le mode du regret, de la colère ou de la tristesse : « Pourquoi a-t-il fallu cette catastrophe pour qu'un jour, je me sente écouté ! »

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

- Balmer D. H., *HIV/AIDS group counseling : theory and practice*, Nairobi, Naresa.
- Bor R., Miller R., Goldman E., *Theory and practice of HIV counselling*, Londres, Cassell, 1992.
- Brearley J., *Counselling and social work*, Buckingham, Open University Press, 1995.
- Capuzzi D., Gross Douglas R. (sous la direction de), *Introduction to counseling perspectives for the 1990s*, Boston, Allyn & Bacon, 1991.
- Chaplin J., *Feminist counselling in action*, Londres, Sage Publications, 1988.
- D'Ardenne P., Mahtani A., *Transcultural counselling in action*, Londres, Sage Publications, 1989.
- Der Veer G. Van., *Counselling and therapy with refugees*, Chichester, Wiley-New York, 1992.
- Deurzen-Smith E. Van., *Existential counselling in practice*, Londres, Sage Publications, 1988.
- Dilley James W., Pies C., Helquist M., *Face to face a guide to AIDS counseling*, San Francisco, CA, AIDS Health Project, 1989.
- Dryden W., Charles-Edouard D., Woolfe R. (sous la dir. de), *Handbook of counselling in Britain*, Londres, Routledge, 1989.
- Dryden W., Thorne B. (sous la dir. de), *Training and supervision for counselling in action*, Londres, Sage Publications, 1991.
- Dryden W. (sous la dir. de), *Questions and answers on counselling in action*, Londres, Sage Publications, 1993.
- Dryden W., Feltham C., *Developing counsellor training*, Londres, Sage Publications, 1994.
- Ellis A. et Harper R., *L'approche émotivo-rationnelle*, Montréal, Les Éditions de l'Homme, 1992.
- George R. L., Dustin D., *Group counseling theory and practice*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1988.
- George R. L., *Counseling, The chemically dependent*, Boston, Allyn & Bacon, 1990.
- Gregory S., Sanjek R. (sous la dir. de), *Race*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1994.
- Héru J. L., *La relation d'aide. éléments de base et guide de perfectionnement*, Québec, Gaëtan Morin, 1994.
- Ivey Allen E., Bradford Ivey M., Simek-Downing L., *Counseling and psy-*

- chotherapy integrating skills, theory and practice*, Boston, Allyn & Bacon, 1987.
- Jacobs M., *Psychodynamic counselling in action*, Londres, Sage Publications, 1988.
- Kaschak E., *Engendered Lives, a new psychology of women's experience*, Basic Books, New York, 1992.
- Klein C., *Counseling our own, the lesbian/gay subculture meets the mental health system*, Renton, WA, Design and production (1<sup>re</sup> éd., 1986), 1991.
- McLeod J., *An introduction to counselling*, Buckingham, Open University Press, 1993.
- Mearns D., *Developing person-centred counselling*, Londres, Sage Publications, 1994.
- Miller R., Bor R., *Aids, A guide to clinical counselling*, Londres, Sciences Press, 1991.
- Odets W., *In the shadow of the epidemic, being HIV negative in the age of AIDS*, Durham, Duke University Press, 1995.
- Patton Michael J., Meara Naomi M., *Psychoanalytic counseling*, Chichester, Wiley, 1992.
- Pagès Max, *L'orientation non directive en psychothérapie et en psychologie sociale*, Paris, Donod, 1965.
- Powell T. J., *Understanding the self-help organization, Frameworks and findings*, Londres, Sage Publications, 1994.
- Rogers Carl R., *Les groupes de rencontres*, Paris, Dunod (trad. franç. de D. Le Bon), 1973.
- *Le développement de la personne*, préface de M. Pagès, Paris, Bordas (trad. franç. de E. L. Herbert), 1968.
- *Relation d'aide et psychothérapie*, Paris, ESF, 1970.
- Schneider Berth E., Stoller Nancy E., *Women resisting AIDS, feminist strategies of empowerment*, Philadelphia, Temple University Press, 1995.
- Scott Michael J., Stradling Stephen G., *Counselling for post-traumatic stress disorder*, Londres, Sage Publications.
- Shertzer B., Stone Shelley C., *Fundamentals of counseling*, Boston, Houghton Mifflin Company, 1968.
- Skovholt Thomas M., Ronnestad M. H., *The evolving professional self*, Chichester, Wiley-New York, 1992.
- Trower P., Casey A., Dryden W., *Cognitive-behavioural counselling in action*, Londres, Sage Publications, 1988.

#### ARTICLES

- Bernard E., *Décryptage de l'angoisse en deux temps et trois exemples*, in Dossier dépistage et counselling, *Le journal du Sida*, n° 59, février 1994, p. 30-31.
- Cavelier-Alzoubi A., *Rendu d'un test négatif les questions posées par un possible effet inducteur de comportements à risque*, in *Transcriptase*, n° 19, octobre 1993, p. 19-21.
- Geismar D., *Le sens symbolique du test*, in Dossier dépistage et counselling, *Le journal du Sida*, n° 59, février 1994, p. 29-30.
- Rébillon M., *Déplacer la question*, in Dossier dépistage et counselling, *Le journal du Sida*, n° 59, février 1994, p. 35.

- Régnier-Aeberhard F., Stephan I., *A l'écoute du consultant*, in Dossier dépistage et counselling, *Le journal du Sida*, n° 59, février 1994, p. 27-28.
- Rolland D., *Préservatif derrière un oui, les raisons de dire non*, in Dossier dépistage et counselling, *Le journal du Sida*, n° 59, février 1994, p. 32-34.
- Tourette-Turgis C., *Le counseling, un outil, un courant d'idées, un ensemble de pratiques*, in Dossier counseling, *Sida 90*, n° 20, septembre 1990, p. 24-28.
- *Le counseling et l'OMS, le conseil psychosocial*, in Dossier counseling, *Sida 90*, n° 20, septembre 1990, p. 29.
- *Le Shanti Project, counseling en pratique*, in Dossier counseling, *Sida 90*, n° 20, septembre 1990, p. 30-33, biblio.
- *Sida, un guide de counseling appliqué à chaque phase de l'infection à VIH*, in *Transcriptase*, n° 2, janvier 1992, p. 30-31.
- *L'essor des pratiques de counseling*, in *Transcriptase*, n° 8, août-septembre 1992, p. 42-43.
- *L'émergence de courants de pensée dans le counseling*, in *Transcriptase*, n° 17, juillet-août 1993, p. 35-36.
- *Étendre le champ d'action du counselling*, in Dossier dépistage et counselling, *Le journal du Sida*, n° 59, février 1994, p. 35.

#### REVUES ET GUIDES

- Emotional support volunteer manual*, Shanti Project, Kara & San Francisco AIDS Foundation, 1989.
- Guide pour le conseil dans l'infection à VIH et le Sida*, Organisation mondiale de la santé, série OMS Sida n° 8, 1991.



## TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
<b>Chapitre I — Introduction au counseling</b>	<b>7</b>
I. Origine et développement du counseling, 7 — II. Définition, 24.	
<b>Chapitre II — Fondements du counseling</b>	<b>28</b>
I. Fondements philosophiques, 28 — II. Fondements psychologiques, 29 — III. Fondements sociologiques, 30.	
<b>Chapitre III — Les grands courants</b>	<b>33</b>
I. L'approche cognitivo-comportementale, 33 — II. Le courant psychanalytique, 40 — III. Le counseling existentialiste, 45 — IV. Le counseling centré sur la personne, 53.	
<b>Chapitre IV — Exemples de champs d'application</b>	<b>61</b>
I. L'infection à VIH, 61 — II. Les situations post-traumatiques, 78 — III. Le counseling auprès des réfugiés et des victimes de la guerre, de la torture et de la répression, 83 — IV. Le counseling auprès des enfants des réfugiés et des enfants victimes d'expériences traumatiques, 88 — V. Le counseling auprès des femmes, 91.	
<b>Chapitre V — Les formations au counseling</b>	<b>95</b>
I. Les formations longues, 95 — II. Les formations courtes, 103 — III. Les critères d'évaluation du counseling, 106 — IV. Les méthodes de recherche, 107.	
<b>Chapitre VI — Les perspectives d'évolution et de développement du counseling</b>	<b>110</b>
I. Les nouveaux champs d'investigation, 112 — II. Le counseling auprès de la communauté homosexuelle, 114 — III. Le counseling auprès des personnes d'une autre culture, 119 — IV. Le counseling auprès des personnes dépendantes d'un produit (alcool, drogues), 121.	
Bibliographie	124

Imprimé en France  
Imprimerie des Presses Universitaires de France  
73, avenue Ronsard, 41100 Vendôme  
Juillet 1996 — N° 42 634



# que sais-je?

COLLECTION ENCYCLOPÉDIQUE  
*fondée par Paul Angoulvent*

## *Derniers titres parus*

- |      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 3071 | <b>Les origines de l'école laïque en France</b><br>L. MAURY              | 3088 | <b>L'indigénisme</b><br>H. FAVRE   |
| 3072 | <b>La politique de la concurrence en Allemagne fédérale</b><br>F. SOUTY  | 3089 | <b>La peinture italienne du Moyen Age</b><br>F. LEROY                    |
| 3073 | <b>Internet</b><br>A. DUFOUR   | 3090 | <b>Histoire du droit international public</b><br>H. LEGOHÉREL            |
| 3074 | <b>Histoire des bains</b><br>D. LATY                                     | 3091 | <b>Les Stuarts</b><br>G. MINOIS  |
| 3075 | <b>Les politiques linguistiques</b><br>L.-J. CALVET                      | 3092 | <b>La Russie ancienne</b><br>T. KONDRATIEVA                              |
| 3076 | <b>Les techniques audiovisuelles</b><br>J. GUYOT                         | 3093 | <b>L'illusion</b><br>R. QUILLIOT   |
| 3077 | <b>L'exclusion</b><br>G. LAMARQUE  | 3094 | <b>La communication locale</b><br>M. OGRIZEK, M. GUILLERY et C. MIRABAUD |
| 3078 | <b>La métaphysique</b><br>L. MILLET                                      | 3095 | <b>Le modèle de production flexible</b><br>P. BARDELLI                   |
| 3079 | <b>L'éducation sexuelle</b><br>P. BRENOT                                 | 3096 | <b>La pharmacochimie</b><br>M. ADENOT                                    |
| 3080 | <b>Les musées dans le monde</b><br>J. SALLOIS                            | 3097 | <b>Les autoroutes de l'information</b><br>A. IRIS                        |
| 3081 | <b>Histoire de la Shoah</b><br>G. BENSOUSSAN                             | 3098 | <b>La nourriture cachée</b><br>J. BAUER                                  |
| 3082 | <b>La prévention des risques professionnels</b><br>P. GOGUELIN           | 3099 | <b>Le recrutement</b><br>D. JOUVE et D. MASSONI                          |
| 3083 | <b>Le sport européen</b><br>C. MIÈGE                                     | 3100 | <b>Le tango</b><br>R. HESS   |
| 3084 | <b>Le cannabis</b><br>D. RICHARD et J.-L. SENON                          |      |  |
| 3085 | <b>Les nationalismes européens</b><br>P. SABOURIN                        |      |  |
| 3086 | <b>La veille technologique et l'intelligence économique</b><br>D. ROUACH |      |  |
| 3087 | <b>La gestion électronique de documents</b><br>J. CHAUMIER               |      |  |



9 782130 477501