

## Initiation à la thérapie centrée sur le client

### Initiation to client-centred therapy

Mekhzem Kahina<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>université Abderrahmane Mira de Béjaia (Algérie), [kahina.mekhzem@univ-bejaia.dz](mailto:kahina.mekhzem@univ-bejaia.dz)

Date de réception : 18-04-2023 Date d'acceptation: 02-02-2024 Date de publication: 30-07-2024

**Résumé :** La thérapie centrée sur le client considère la manière d'être du thérapeute avec le client comme des conditions nécessaires d'un processus psychothérapeutique qui améliore la qualité de vie de l'être en souffrance. L'objectif principal de cet article est de présenter la thérapie centrée sur le client, son objectif, ses conditions, ses hypothèses et philosophie, les attitudes et les techniques thérapeutiques. Ainsi, l'article vise à exposer le champ d'application, les conditions d'indications et les limites de cette thérapie. Cet article est particulièrement destiné **aux étudiants**, mais aussi aux débutants dans le domaine de la santé et vise à susciter la curiosité et l'intérêt qu'ils portent à la thérapie centrée sur le client.  
Mots clé : thérapie centrée sur le client, counseling, Rogers, attitudes thérapeutique, technique thérapeutique.

**Abstract:** Client-centred therapy considers the therapist's way of being with the client as necessary conditions for a psychotherapeutic process that improves the quality of life of the suffering individual. The main objective of this article is to present client-centered therapy, its objective, conditions, assumptions and philosophy, therapeutic attitudes and techniques. Thus, the article aims to outline the scope of application, indications and limitations of this therapy. This article is especially aimed at students of psychology, but also at beginners in the field of health and aims to arouse curiosity and interest in client-centred therapy.  
**Keywords:** client-centred therapy, counselling, Rogers, therapeutic attitudes, therapeutic technique.

\* Auteur correspondant.

### I- Introduction :

La thérapie centrée sur le client met l'accent sur la relation de compréhension empathique entre le thérapeute et le client. Elle considère la manière d'être du thérapeute et sa capacité d'être en contact avec les potentialités créatives du client comme des conditions nécessaires d'un processus psychothérapeutique qui améliore la qualité de vie de l'être en souffrance.

En effet, Elle représente une tentative originale de Rogers pour sortir des deux courants qui ont dominé à cette époque : la psychanalyse et le béhaviorisme. Elle est une approche thérapeutique qui se recentre sur les ressources psychologiques de l'être humain, plutôt que sur leurs faiblesses, dysfonctionnements et pathologies. Elle s'inscrit dans le vaste contexte du mouvement humaniste, mais adopte une position théorique distincte qui relève de la phénoménologie, plus précisément du courant de la psychologie existentielle.

L'objectif de cet article est de présenter la thérapie centrée sur le client, son objectif, ses conditions, ses hypothèses et philosophie, les attitudes et les techniques thérapeutiques. Ainsi, l'article vise à exposer le champ d'application, les conditions d'indications et les limites de cette thérapie. Dans ce cadre, le contenu de cet article permettra aux étudiants et les débutants dans le domaine de la santé d'acquérir les bases non spécifiques d'une bonne relation thérapeutique sur laquelle ils pourraient, au futur, se fonder des interventions plus sophistiquées.

Il est à noter que cet article est riche en références que je recommande aux étudiants et les intéressés par la psychologie pour approfondir leurs connaissances sur cette thérapie. Cependant, la contribution de l'auteure est présente sous la forme d'un résumé à la fin de chaque point abordé.

#### **1. Thérapie centrée sur le client : définitions, hypothèses et philosophie, conditions**

Dans ce point il s'agit d'une introduction à la thérapie centrée sur le client

##### **1.1. Définitions :**

On va présenter en premier lieu les termes « thérapie non-directive », « psychothérapie », « counseling » « la relation d'aide », « l'approche centrée sur la personne » que Rogers a utilisé pour décrire son travail, ensuite définir la thérapie centrée sur le client.

Au début de sa carrière, dans les années 1940, Rogers a dénommé sa méthode sous le terme de « **thérapie non-directive** », Cette appellation soulignait l'aspect novateur de l'approche, qui se distinguait des méthodes classiques de psychothérapie impliquant des suggestions ou des conseils prodigués par le thérapeute lors des entretiens. En effet, la thérapie non-directive se caractérisait par l'absence de directives et de jugements de la part du thérapeute. (Haudiquet- Lamarque, 2018, p 67).

Outre, Rogers a utilisé Simultanément les termes « counselling » et psychothérapie » pour décrire sa pratique. En effet, Rogers s'est fréquemment référé sans aucune distinction au counselling ou à la psychothérapie en les considérant comme une seule entité dont la caractéristique essentielle est la relation d'aide psychologique (Segrera, 2012, p 65). D'ailleurs, Rogers a publié, en 1942, un ouvrage intitulé « counselling and psychoterapy» (ou il a dénommé pour la première fois sa méthode par la thérapie non directive) traduit en langue française en « relation d'aide et la psychothérapie ». Il a défini la relation d'aide en 1961 dans son livre intitulé « le développement de la personne » comme :

*« Des relations dans lesquelles l'un au moins des protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement, et une plus grande capacité à affronter la vie. [...] On pourrait encore définir la relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre des parties ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ses ressources. » (Rogers, 1961, p. 27).*

Plus tard, dans les années 1950, Rogers a abandonné l'appellation « thérapie non-directive » au profit de celui de « thérapie centrée sur le client » et « approche centrée sur la personne ».

Ces deux appellations sont à l'origine de longs débats et de divergences sur l'évolution professionnelle de Rogers. Ce qui l'a incité à clarifier ces appellations. En effet, il a utilisé ***l'appellation thérapie centrée sur le client*** pour désigner le travail de counselling en tête-à-tête fondé sur les six conditions nécessaires et suffisantes, que nous présenterons plus tard, et que le terme « ***approche centrée sur la personne*** » est utilisé pour décrire les applications plus larges de la théorie et de la pratique centrées sur le client dans des contextes autres que la thérapie. Rogers a justifié l'utilisation de ces deux appellations par le fait que dans la thérapie en tête-à-tête, il peut s'efforcer de façon authentique de pénétrer respectueusement (comprendre avec empathie) le monde privé d'un client, mais dans un groupe, il ne peut pas respecter les mondes privés de tous les membres de la communauté et y pénétrer réellement aussi profondément, de façon individuelle, au même moment et en même temps (Vincent, 2001, p 60).

### **1.2. Objectifs de la thérapie centrée sur le client :**

La thérapie de Rogers a pour but de favoriser, par une relation et un climat positifs, l'émergence des ressources de la personne, lui permettant d'acquérir plus d'autonomie et de permettre sa croissance. Autrement dit, le but de la thérapie « n'est pas de résoudre un problème particulier, mais d'aider l'individu à atteindre la maturité qui lui permettra de faire face au problème actuel, et aux suivants, d'une manière mieux adaptée. S'il peut acquérir une intégration suffisante pour prendre en main un problème de manière plus indépendante, plus responsable, moins confuse, mieux organisée, alors il pourra aussi prendre en mains de cette façon de nouveaux problèmes (Rogers, 1942, p 42).

### **1.3. Philosophie et hypothèses de la thérapie centrée sur le client :**

1. Tout organisme est motivé par un instinct fondamental, celui d'actualiser ses potentialités, à un niveau biologique et physiologique. Rogers a formulé cette hypothèse de diverses manières, parlant de tendance à la croissance : « l'organisme a une tendance et une aspiration fondamentales : actualiser, maintenir et améliorer l'organisme en train de faire une expérience interne »

2. Certaines conditions environnementales doivent être présentes pour permettre à la tendance actualisante d'opérer. L'organisme biologique a besoin d'air, d'eau, de nourriture, et souvent de vêtements et d'un abri pour survivre. Cependant, la survie biologique nécessite une autre condition– les soins, la sollicitude et l'amour d'une autre personne.

3. Les personnes viennent en psychothérapie non par manque de satisfaction de leurs besoins biologiques, d'information ou de compétence (bien que cela puisse être le cas pour certaines). Elles viennent en raison de besoins socio-psychologiques – de carences émotionnelles et interpersonnelles.

4. Le but de la psychothérapie est de promouvoir l'actualisation de soi du client. Les conditions créées par le thérapeute dans la relation thérapeutique sont les conditions spécifiques à l'absence ou l'insuffisance de ces conditions dans l'environnement interpersonnel du client, passé et/ou présent.

5. La présence de la tendance actualisante chez le client permet au client de contrôler et de diriger le processus thérapeutique. Chaque client a de multiples potentialités et choisit celles qui seront actualisées, et la façon ou la manière dont elles le seront (Patterson, 2014, pp. 57-59).

### **1.4. Les conditions de la thérapie centrée sur le client :**

Dans ce point, il s'agit des six conditions nécessaires et suffisantes énoncées par Rogers qui permettent d'offrir au client un espace fertile au développement de sa nature, de son potentiel, qui lui permet d'exprimer ses émotions, de devenir lui-même et plus autonome dans les situations de la vie. Ces six conditions sont :

- a- que deux personnes soient en contact,
- b- que la première personne appelé "client", soit dans un état d'incongruence, vulnérable ou anxieux,
- c- que la deuxième personne appelé "thérapeute", soit congruent dans la relation,
- d- que le thérapeute soit pleinement dans ; l'expérience d'un regard positif inconditionnel vis-à-vis du client,
- e- que le thérapeute soit pleinement dans l'expérience d'une compréhension empathique du cadre de référence interne du client,
- f- que le client perçoive, à quelque degré que ce soit, si minime soit-il, les deux conditions précédentes, à savoir le regard positif inconditionnel du thérapeute et la compréhension empathique du thérapeute.

Sur ce dernier point, Rogers observe que l'empathie des thérapeutes envers les expériences des clients est généralement intériorisée par les clients comme un moyen d'être en relation avec leur propre expérience. Il s'agit pour le client d'une nouvelle forme de dialogue intérieur, d'écoute de soi-même (Santarpia, 2020, p 32).

**En résumé**, la thérapie centrée sur le client est le travail qui se fait en face à face entre un thérapeute Rogerien et son client en s'appuyant sur les six conditions nécessaires et suffisantes. Tant dis que, l'approche centrée sur la personne est les applications de la théorie et la pratique centrée sur le client dans d'autres contextes tels que l'enseignement, l'orientation scolaire, la santé et l'accompagnement social. Ainsi, l'appellation « relation d'aide » est la traduction française du terme « counselling » qui renvoi à l'approche centrée sur la personne. Alors que l'appellation psychothérapie désigne la thérapie centrée sur le client.

En outre, Rogers soutient que tout organisme a une tendance innée au développement et à l'auto-actualisation, mais a également besoin de conditions environnementales spécifiques pour y parvenir. De plus, il affirme que l'insatisfaction des besoins socio-psychologiques ainsi que les carences émotionnelles et interpersonnelles peuvent conduire à une demande de psychothérapie. Dans cette optique, le thérapeute doit adopter des attitudes spécifiques et créer des conditions favorables pour favoriser la tendance actualisante chez le client, qui pourra ainsi contrôler et diriger le processus thérapeutique. L'objectif de cette thérapie est donc d'actualiser les ressources d'un client et de favoriser son autonomie, tout en respectant les six conditions nécessaires et suffisantes pour le changement thérapeutique de la personnalité qui jouent un rôle primordial dans la relation thérapeutique en tant que facteur de guérison

### 2. Les attitudes thérapeutiques

Les attitudes thérapeutiques désignent la façon dont le thérapeute « est » en séance. Il s'agit d'une notion importante, puisque fondamentalement, c'est l'interaction entre les attitudes du praticien et celles du client qui va déterminer si ce dernier se sent en confiance, écouté, libre de dire son problème et ce qu'il est.

Un client qui consent à prendre un rendez-vous pour demander de l'aide le fait en général pour deux raisons majeures : il a acquis la conviction qu'il ne pourrait pas résoudre sa difficulté par lui-même et il n'a pas trouvé dans son entourage d'autre solution.

Cette demande le place dans une relation, inégale dès le départ, dans la position de client, c'est-à-dire, de personne qui a un problème qu'elle souhaite régler et place l'interlocuteur dans la position de professionnel de la psychologie qui est censé aider.

La mise en place d'attitudes, de capacités « d'être » d'une certaine façon, qui créeront ou faciliteront le développement de la personne et sa responsabilisation. Elles peuvent être décrites, illustrées d'exemples, mais restent à expérimenter par soi, et exprimées selon sa propre personnalité.

## 2.1. L'écoute :

Du latin *auscultare* « être attentif à, tenir compte de ce que quelqu'un dit, exprime, de sa volonté, de ses désirs » (*Petit Larousse*, 1995). Cette définition du *Larousse* indique déjà en soi plusieurs contenus implicites de l'écoute : quelqu'un qui est « attentif à » utilise sa vue et son ouïe, et « tenir compte de » implique la prise en compte, soit la notion de comprendre (prendre avec soi). La compréhension ne consiste pas à écouter, mais l'écoute est indispensable à la compréhension.

L'écoute thérapeutique est très différente de celle qu'on vit dans notre vie au quotidien. Cette dernière, souvent précipitée, empreinte de jugement, sans attention réelle, chargée de « il faut que », « tu n'as qu'à », « tu devrais », renvoie alors une solitude accentuée, chargée de frustration, de colère, d'image de soi négative et de l'impression de n'être pas comme les autres, enfin de n'être pas compris (Bioy, Maquet, 2003, p50).

Dès la première séance, la thérapie Rogerienne met l'accent sur la valeur et la qualité de l'écoute du thérapeute pour aider à résoudre des problèmes psychologiques et modifier des émotions négatives (Cottraux, 2004, p 248). En effet le thérapeute met en place une relation particulière avec le client ; une relation centrée sur la personne, sur son monde intérieur qui ne ressemble à aucun autre. Cependant le thérapeute ne peut être en écoute que s'il ne se sent pas lui-même en danger de ce qu'il va entendre, voir et sentir. De ce fait, l'anxiété et la dépression doivent normalement diminuer, de même que doit baisser l'impulsivité et les sentiments de colère et de frustration (Bioy, Maquet ; Cottraux, 2004).

Bioy et Maquet (2003) ont décrit trois niveaux de l'écoute qui sont :

### 2.1.1. Premier niveau :

A ce niveau, le thérapeute est calme, regarde et écoute le client silencieusement, ne fait pas autre chose, et met de côté ce qui le préoccupe. Son attention est centrée sur le client. Le thérapeute écoute quoiqu'il en soit, même s'il ne regarde pas le client à ce moment précis, car il n'est pas toujours possible de maintenir le regard lorsqu'une personne est en proie à de vives émotions, telles que la tristesse exprimée par des larmes, il est parfois préférable de ne la regarder que par séquences, comme pour respecter ce moment d'intimité. Dans ce cas, l'écoute du thérapeute se manifeste d'une façon plus subtile, par sa présence à la fois forte pour soutenir le client et discrète pour ne pas entraver son processus.

### 2.1.2. Deuxième niveau : l'attention flottante

Le thérapeute prend en compte, à ce niveau, le récit au-delà des mots, c'est-à-dire il va collecter toutes les informations qui arrivent à ses sens : il entend le récit, les mots utilisés, les changements dans la voix, ses niveaux sonores, les attitudes corporelles, les gestes, leur cadence, leur niveau d'amplitude, le mode respiratoire, l'expression du visage, l'habillement, etc. en d'autres termes, le thérapeute va s'intéresser à la communication non verbale qui comporte selon Mario von Granach trois fonctions distinctes : la *fonction expressive*, qui exprime nos émotions, l'estime de soi et l'opinion que nous avons d'autrui. Elle est indispensable à la compréhension de ce qui est exprimé. Elle permet parfois de sentir qu'un propos est infirmé, contredit par les gestes, ce qui indique que le client dit autre chose que ce qu'il ressent réellement.

### 2.1.3. Troisième niveau

Il concerne l'écoute du thérapeute de ce qui émerge chez lui pendant la thérapie. Que pense-t-il en écoutant son client, que ressent-il, quelles sont ses sensations corporelles?. Autrement dit, le thérapeute doit être attentif à ses pensées et à toutes les manifestations corporelles ou émotionnelles qu'il détecte chez lui lors de la thérapie pour les réutiliser dans la séance.

Prenons un exemple : si à l'écoute du client le thérapeute ressent de la colère, il prend le temps de vérifier que cette colère est bien liée à la situation du client. Si le thérapeute estime que l'élément qui a émergé « appartient » bien au client, le thérapeute pourra dire : « *Lorsque vous me parlez de votre situation, je ressens une forte colère. Est-ce que cela vous parle ?* » (Ammiar, Cohneh-Chahi, 2019, p26).

## 2.2. Congruence :

Dans sa théorie de la personnalité, Rogers considère la congruence comme un concept qui se rapporte à l'entièreté et à l'adaptation personnelle (par opposition à l'inadaptation), à savoir à l'absence relative de gêne et d'anxiété. Il en résulte un état d'ouverture à la distinction intra-personnelle entre prise de conscience et expérience et conséquemment à la distinction interpersonnelle entre prise de conscience, expérience et expression de soi (Moon, 2006, p 34).

D'après la théorie de la thérapie, Carl Rogers a développé l'hypothèse que « le changement de la personne se trouve facilité lorsque le thérapeute est ce qu'il est ». Il s'agit, pour le thérapeute, de vivre une relation authentique, correspondant à ce qu'il est vraiment, à ce qu'il ressent vraiment. C'est-à-dire, lorsque nous sommes capables de reconnaître et accepter nos propres sentiments, nous pouvons favoriser chez l'autre la croissance et le développement de l'authenticité.

En d'autres termes, un thérapeute congruent est celui qui se comporte de façon naturelle, sans essayer d'apparaître comme une autre personne qu'elle ne l'est vraiment ; ses paroles, ses gestes sont en cohérence avec ce qu'il ressent (Bioy, Maquet, 2003).

## 2.3. Empathie :

Rogers a défini, en 1959, l'empathie ou être empathique comme une attitude qui consiste à « percevoir le cadre interne de référence d'une autre personne avec précision et avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rapportent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre la condition « comme si ». Ainsi cela signifie sentir le mal ou le plaisir d'une autre personne comme elle le sent et percevoir les causes comme elle les perçoit, mais sans jamais perdre la reconnaissance que c'est comme si j'étais blessé ou heureux et ainsi de suite. Si cette qualité 'comme si' est perdue, alors l'état est celui de l'identification » (Rogers, 1975, p 3).

De son côté, Brunel (2014) considère que le terme « empathie » renvoi à trois qualités différentes :

- *connaître* ce qu'une personne ressent (facette cognitive de l'empathie) ;
- *ressentir* ce qu'un autre ressent (facette émotionnelle) ;
- *répondre* de façon compassionnelle à la détresse d'autrui (facette comportementale) (p56)

Donc, être empathique implique une attention de tout instant, centrée sur le ressenti du client, des émotions changeantes, qu'elles soient exprimées de façon claire ou à peine consciente, et de pouvoir sans crainte les communiquer en retour, sans peur de ce dont l'individu a peur (Bioy, Maquet, 2003, p 57).

Il est à noter que Haudiquet (2021) préfère que le thérapeute reste en silence quand il ne peut plus rentrer en empathie avec un client ou un participant d'un groupe de rencontre, car il risque d'intervenir en s'émanant de son propre cadre de référence du coup, pourrait être empreinte du jugement.

## 2.4. La considération (le regard) positive inconditionnelle :

Dans son livre « le développement de la personne », paru en 1961, Rogers considère le regard positif inconditionnel comme « une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce qui est dans son client [...]. Cela veut dire que le thérapeute se soucie de son client, mais pas de façon possessive, qu'il l'apprécie dans sa totalité plutôt que de façon conditionnelle » (pp. 48-49). Rogers veut dire, par ses propos, que le thérapeute ne se contente pas d'accepter le client lorsqu'il a présenté quelques comportements et le désapprouver lorsqu'il en a d'autres.

Je pense que pour y parvenir au regard positif inconditionnel, le thérapeute doit adopter l'attitude d'acceptation et l'attitude d'absence de jugement.

### 2.4.1. Acceptation :

Il s'agit d'accepter le sujet tel qu'il est, sans jugement, le respecter et l'accepter dans sa globalité, accepter ses paroles, ce qui les rend plus acceptables pour le sujet lui-même. La notion d'acceptation du client chez Rogers implique une acceptation de soi ; la perception de soi et la perception d'autrui étant deux choses liées. Cela implique chez le thérapeute de ne pas être directif et d'accepter ses propres angoisses pour pouvoir les percevoir chez autrui (Chahraoui & Reynaud, 2017, p 5).

Le thérapeute manifeste l'acceptation par un ensemble de signes verbaux ou non verbaux. Ces signes sont, par exemple, un signe d'acquiescement de la tête, la présence et le soutien du regard, un « oui » prononcé doucement, un « hum » qui encourage à poursuivre, une avancée du corps lorsque le désespoir recroqueville le client sur sa souffrance. Ces signes veulent dire que : « Je vous accepte exactement comme vous êtes. » Ceux-ci indiquent que le thérapeute consacre toute son attention, toute sa sensibilité à vouloir comprendre ce que ressent précisément la personne à ce moment-là (Bioy & Maquet, 2003).

L'acceptation du thérapeute peut porter à croire qu'il est d'accord avec ce que dit le client, ce qui n'est pas le cas, mais l'acceptation du client par le thérapeute veut dire qu'il le comprend sans jamais faire intervenir un jugement d'ordre moral sur ce qui est dit.

Dans leur livre « se former à la relation d'aide. Conceptions, méthodes, applications », paru en 2003, Bioy et Maquet considèrent que « le rôle du thérapeute n'est pas d'avoir un avis sur ce qui est dit, de penser qu'une situation est bien ou mal, mais plutôt et uniquement de comprendre l'histoire du client, son mode de comportement, son ressenti, et cela dans le but de l'accompagner et favoriser son développement » (p55).

Il est fréquent de percevoir un changement d'attitude une fois que le client ressent l'acceptation du thérapeute, donc au lieu de consacrer son énergie à observer les réactions de son thérapeute, il se concentrera davantage sur l'expression de ce qu'il ressent, ce sur quoi il s'interroge, car il sera dégagé de la peur d'être jugé (Bioy, Maquet, 2003).

#### **2.4.2. Absence de jugement :**

Le petit Larousse (1995) a défini le jugement ainsi : « Porter une appréciation sur quelque chose, se faire une idée, imaginer quelque chose ». Cette définition montre que le jugement est fondé sur une « idée », une « imagination », qui va de soi vers l'autre qui est une autre personne différente de soi. Il s'agit toujours de « sa » vision du monde, en relation à « son » vécu et non celui de l'autre. Le non jugement est une attitude essentielle pour que le climat de confiance soit présent dans la relation thérapeutique. En d'autres termes, qu'il soit, le jugement, positif ou négatif, il représente une menace pour le client et entrave la thérapie.

Prenons l'exemple de Bioy et Maquet (2003) sur un client qui souhaite partager sa joie d'avoir compris un mécanisme, dans ce cas le thérapeute peut le partager avec lui et de lui manifester son émotion sans jugement pour autant : « Je suis très heureuse de pouvoir partager avec vous votre joie », ce qui est très différent, selon les auteurs de : « C'est bien que vous ayez compris cela. ».

Il arrive que le client demande l'avis et le jugement de son thérapeute, de lui demander si « il est normal que ... ? », « que pensez-vous ? ». Dans cette situation, que doit faire le thérapeute sachant que Rogers incite à répondre aux questions des clients ? C'est en évitant le plus possible toute forme de jugement qu'une personne peut accéder à sa responsabilité, à la connaissance d'elle-même et à l'estime d'elle-même (Bioy & Maquet, 2003).

Selon ma modeste expérience en tant que psychologue clinicienne, je pense qu'il est difficile de garder un regard positif inconditionnel pour tout le monde et à tout moment. Par exemple, c'est très difficile que je maintienne mon regard positif inconditionnel face à une maman qui vient raconter comment son mari a abusé son enfant et qu'elle cherche à savoir si elle peut rester chez elle si elle demande le divorce. En effet, c'est ce que Haudiquet (2021) a souligné lorsqu'il s'est interrogé sur la capacité du thérapeute à garder un regard positif inconditionnel pour tout le monde et sur ce qui se passe lorsque le thérapeute perd son regard positif inconditionnel (RPI) vis-à-vis d'un client, ainsi ce qu'il peut faire concrètement pour le récupérer. L'auteur est persuadé que, un

jour ou l'autre, la plupart des thérapeutes rencontrent des difficultés à maintenir leur regard positif inconditionnel pour un client en raison de la métacommunication de ce dernier et ce n'est pas tant le contenu de la narration. L'auteur pense qu'une fois le thérapeute est congruent et empathique il peut parvenir à son regard inconditionnel. En terme simple, si un thérapeute trouve des difficultés à maintenir (RPI) il suffit de se baser sur son empathie et sa congruence pour le récupérer.

**En résumé**, les attitudes thérapeutiques sont primordiales dans la thérapie centrée sur le client. Elles offrent un grand bénéfice pour les deux parties impliquées. En adoptant ces attitudes le thérapeute acquiert une manière d'être avec le client qui est thérapeutique lui permettra de plus d'exercer son métier encore mieux et d'affiner en permanence sa sensibilité ce qui libère un espace fertile dans lequel le client est assuré de se développer selon sa nature, ses valeurs et ses choix.

### 3. Les techniques thérapeutiques

Les techniques thérapeutiques sont des outils précieux de l'entretien thérapeutique. Bien que nécessaire, elles ne sont pas une fin en soi. Le thérapeute les utilise pour le bien du client et pas pour se faire montrer. En effet, les techniques seules ne peuvent pas suffire malgré tout pour mener à bien une psychothérapie de manière satisfaisante et accompagner le client au soulagement de sa souffrance.

#### 3.1. Questions ouvertes et fermés :

Une question ouverte est une question qui donne la possibilité d'une large réponse. Par exemple : un client qui dit « j'en ai marre », le thérapeute peut poser une question ouverte « Que ressentez-vous précisément lorsque vous dites "j'en ai marre" ? » ou « Comment se manifeste cette sensation dans votre corps ? » ou bien encore : « Quelles sont les pensées qui traversent votre esprit dans ces moment-là ? ». Elle permet, comme vous voyez, au client de développer et d'approfondir une pensée ou une émotion et ouvre le champ de la discussion. À l'inverse, on définit une question fermée par le fait qu'elle engage une validation en « oui » ou « non » : « Ressentez-vous de la tristesse ? ». Elle permet néanmoins de valider une réponse ou une reformulation (Bioy, Maquet, 2003, p 62).

Il est à noter que le thérapeute doit être totalement guidé par le souci constant de comprendre et d'aider, sans chercher à satisfaire sa curiosité. Comme il est préférable de poser des questions fermées pour aider un client gêné, peu habitué à parler de lui à un « étranger », timide, ou peu enclin à exprimer librement ses émotions, notamment au cours des premiers entretiens (Bioy, Maquet, 2003 ; Ammiar, Cohneh-Chahri, 2019).

#### 3.2. Reformulation du contenu :

La reformulation consiste à reprendre les propos du client par d'autres mots, en tentant de rester le plus précis et complet possible. Elle est une caractéristique de l'écoute active. Elle transmet au client le sentiment qu'il est écouté et elle permet de vérifier et de s'assurer que l'on a bien compris ce que veut dire précisément le client

De leur côté, Bioy et Maquet (2003) considère que la reformulation provoque « un effet miroir » soulageant et sécurisant pour le client, qui est souvent très touché d'entendre parler de lui avec cette attention. C'est la plupart du temps ce type d'attention qu'il ne trouve pas dans son entourage.

Elle permet également de recentrer l'entretien quand celui-ci semble prendre plusieurs directions à la fois. Elle peut être introduite par une phrase telle que « si j'ai bien compris... ».

Voilà un exemple de Bioy et Maquet (2003) : *un client qui disait* : « J'en ai marre, je ne supporte plus rien, je suis fatigué, la secrétaire ne comprend rien, les clients s'impatientent, la banque me harcèle, je suis seul, je suis nul, nul pour tout, je me demande ce que je fais sur terre ; j'ai décidé de ne plus voir mes enfants le week-end, à chaque fois qu'ils viennent les pauvres, je dors ou je rattrape le travail que je n'ai pas eu le temps de faire dans la semaine.



*Le thérapeute lui répond en disant :* « Si j'ai bien compris, vous ressentez une très grande lassitude liée à votre surcharge de travail, et aux préoccupations liées à celui-ci, au point que vous n'avez plus le temps ni la force de consacrer les loisirs que vous souhaiteriez partager avec vos enfants.

*Le client confirme les dires du thérapeute en disant :* « Oui, c'est exactement cela, je suis surmené par mon travail, il faut que je trouve des solutions pour garder du temps pour faire des choses avec mes enfants, si ça s'est réglé, je vais pousser un grand ouf (p64).

Il est à noter que dans certains séances le client se trouve en situation de besoin de « vider son sac », alors Bioy et Maquet (2003) pensent que « ce n'est pas le moment de tenter de reformuler ses propos et qu'il est préférable que le thérapeute soit dans une écoute totale (écoute passive) et signifie sa présence et sa compréhension par des petits signes, tels qu'un léger mouvement de la tête, sans interrompre le client » (p64).

### 3.3. Reformulation des émotions :

Reformuler une émotion consiste à reprendre l'émotion et le sentiment que la personne éprouve ou tente d'exprimer à cet instant pour l'aider à se comprendre elle-même. Le répertoire des émotions est très riche, mais il existe cinq émotions de base :

- la peur, exprimée par l'inquiétude ou la méfiance ;
- la colère, par la frustration et l'agressivité ;
- la tristesse par l'abattement et la peine ;
- le dégoût par l'écœurement et la déception ;
- la surprise par l'étonnement et le saisissement.

La reformulation des émotions permet aux clients de s'identifier plus clairement à leurs émotions et à surmonter leurs difficultés à les exprimer librement.

Prenons exemple d'une personne âgée qui exprime l'envie de mourir par des expressions telles que « je voudrais que le dieu me reprenne », la tendance habituelle est de lui dire un « mais non, vous êtes encore jeune, ou *mazel elbaraka* il ne faut pas penser à ces choses-là », plutôt prédicateur, alors que la personne exprime peut-être son **sentiment de solitude** et non son envie de mourir.

La reformulation des émotions implique que le praticien se centre non seulement sur ce qui est dit, mais également sur la façon dont le client l'exprime ou le manifeste corporellement. Il arrive fréquemment qu'une personne exprime une émotion corporellement en exprimant le contraire de cette émotion verbalement.

Il arrive qu'un client attende les dernières minutes d'une séance pour exprimer son émotion, que doit faire le thérapeute dans cette situation délicate, sachant que la reformulation d'une émotion implique qu'il reste suffisamment de temps dans la séance pour que le client ait le temps de l'exprimer complètement ? La solution consiste peut-être à le laisser exprimer une partie de cette émotion sans chercher à aller plus avant, à mettre en évidence le fait que le client a choisi ce moment « ultime » de la séance et à revenir sur ce sujet lors de la séance qui suivra (Bioy, Maquet, 2003).

### 3.4. Technique du reflet :

La technique du reflet consiste à exprimer au client ce que le thérapeute perçoit du client à ce moment-là ou dans une situation passée. Il peut s'agir d'une émotion, d'un sentiment ou d'un état. Il s'appuie pour cela sur ce qui est dit verbalement, sur la façon dont cela est dit, et sur les expressions corporelles. Sont-elles cohérentes avec ce qui est dit ? Le thérapeute s'appuie aussi sur l'impression que lui laisse l'ensemble de ces paramètres, pour en déduire son propre ressenti, du ressenti du client : « Il me semble que vous ressentez de la tristesse dans cette situation », « Il me

semble que cela n'est pas aussi clair que vous le dites, à vous écouter, j'ai le sentiment que vous n'avez pas encore fait le deuil de cette situation, je ressens de la tristesse dans votre voix. » (Bioy, Maquet, 2003, p 67)

### 3.5. Echo

La technique de l'écho consiste à reprendre les derniers mots de la phrase qui viennent d'être prononcés par le client, ce qui lui permet de poursuivre son récit ou de développer les propos qu'il vient de dire. Cette technique est particulièrement efficace avec les jeunes enfants qui expriment alors réellement et naturellement leur ressenti.

### 3.6. Clarification :

La clarification est une technique fréquemment utilisée en thérapie, qui consiste à rendre plus clairs les propos d'un client, d'un objectif, ou d'éléments évoqués au cours de l'entretien.

Cette technique a comme objectif d'accroître la capacité d'analyse d'un client et la verbalisation concernant des situations ou des événements, l'amenant à une communication authentique, directe, à la fois corporelle, émotionnelle, et mentale. Le thérapeute encourage le client à rendre plus clair ce qu'il exprime, en lui posant des questions (Bioy, Maquet, 2003, p 68-69).

### 3.7. Focalisation (recentrage) :

La focalisation consiste à centrer l'échange sur l'exploration d'un problème. Elle facilite l'émergence des éléments du passé ou du présent en rapport avec le problème dans le but de trouver des liens de cause à effet et de faciliter sa résolution. Le client peut ainsi atteindre une émotion plus profonde, retrouver l'origine d'un trouble ou d'une émotion. Bioy et Maquet (2003) ont rapporté un exemple de la technique de la focalisation qui est facilitée par le questionnement, comme suite : « Pouvez-vous imaginer à qui s'adresse la colère que vous ressentez ? », « Si cette personne était ici dans cette pièce, qu'auriez-vous envie de lui dire ? », « Vous souvenez-vous avoir ressenti cette sensation dans votre enfance ? », « Que retenez-vous de tout cela ? », « Comment réagira votre entourage selon vous ? », « Que pouvez-vous faire dans cette situation ? », « Que ressentez-vous à cet instant ? » (p 70).

Il est à noter que dans certains cas le client manifeste un mode de défense particulièrement fort, alors il est de préférence que le thérapeute attend que le client soit moins défensif et qu'il se focalise lui-même sur un thème de son histoire lorsque le moment sera venu.

### 3.8. Confrontation :

La confrontation consiste à mettre en évidence certains éléments du discours ou du comportement du client, qu'il ne semble pas avoir perçus lui-même. Ce qui lui permet de faire découvrir son degré d'implication dans une situation ou de se rendre compte qu'il exprime des sentiments contradictoires, de l'ambivalence, ou du déni. Mais comme toute autre technique thérapeutique, la confrontation nécessite d'être conscient des mots que l'on choisit et du ton sur lequel les phrases sont exprimées, pour que le client se sente respecté et non jugé. Il n'est pas question de le « coincer », mais de l'aider à voir plus clair dans son problème. De ce fait, le thérapeute doit avoir suffisamment confiance en sa capacité d'aider et être confiant sur la capacité d'évolution de la personne (Bioy, Maquet, 2003, p72).

### 3.9. Silences :

Le silence du thérapeute consiste à ne pas interrompre les propos ou l'expression d'une émotion d'un client. Le respect du silence d'un client est une des clefs de l'accueil qui lui est fait, de la présence, et du non-savoir du thérapeute.

Les silences d'un client (et du thérapeute) au cours de l'entretien sont tout à fait riches. Ils sont alors encore très riches de ce qui vient d'être dit et ne sont qu'un pont de quelques secondes entre deux paroles. D'ailleurs, Haudiquet (2021) considère que le plus important dans la thérapie centrée sur le client n'est pas ce que l'on dit, mais ce que l'on ne dit pas (p 128).

Le silence du thérapeute permet au client de ressentir qu'il a le temps et l'espace nécessaires pour entrer en contact avec lui-même, et s'exprimer, à son rythme de pensée. Il se sent également autorisé à être ce qu'il est, confortable pour laisser venir ce qui lui vient à l'esprit et consacrer un moment d'élaboration en présence d'une autre personne. Ce qui lui permet alors de vivre une autre forme de présence au monde.

### 3.9.1. *Le sens du silence :*

- ***La pause douloureuse ou après l'expression d'un sentiment***

Ce type de silence intervient lorsque le client est plongé dans une émotion forte comme la tristesse. Lorsque le thérapeute ressent ce silence douloureux et le laisse vivre, la tristesse s'exprime alors véritablement. On peut citer l'exemple d'une jeune femme dans le silence, le visage recouvert de larmes qui éclate en sanglot durant plusieurs minutes, puis exprime clairement les raisons de sa tristesse : « Je me demande comment il est possible d'être aussi méchant avec son enfant, il est très douloureux pour moi de me rendre compte que ma mère ne m'a jamais aimée... »

Lorsque ce silence persiste, il arrive que le thérapeute le ponctue doucement par un « hum », ou un « oui », ou bien encore par « que ressentez-vous à cet instant ? », qui relance le discours du client. Il va alors souvent exprimer exactement ce qu'il ressentait qu'il ne verbalisait : « Je suis un peu perdu », « Je ne sais que penser », ou « J'étais en train de penser à... », « J'ai l'impression que je ne m'en sortirai jamais », etc. Le client peut aussi avoir besoin d'une pause après avoir exprimé un sentiment.

- ***Silence entre deux thèmes***

Le passage d'un thème à un autre thème se marque souvent par un silence de courte durée qui marque la transition.

- ***Lors d'une découverte ou après une découverte (prise de conscience)***

Le silence marque le temps de réaliser la découverte et permet le temps de la mettre en forme et en mots. Par exemple : « Je viens de réaliser qu'en fait, je n'ai jamais pu me sentir à l'aise durant ma scolarité, après un moment de silence, je pensais n'avoir eu des problèmes qu'au lycée, mais je me souviens qu'étant au primaire, j'avais des nausées et mal au ventre le matin à l'idée d'aller à l'école, je n'osais le dire car je savais que mes parents attendaient de moi que je sois très intelligente et forte je ne voulais pas risquer de les décevoir en me montrant faible... (*silence assez long*) Finalement un jour j'ai été incapable de passer la porte de la maison, fini, j'étais pliée en deux et ça a duré quatre mois... (*silence*).

- ***Silence de timidité***

En général, le client qui consulte pour la première fois ne sait pas trop par quoi commencer, il peut être déstabilisé par un environnement qu'il ne connaît pas. L'interruption des silences « timides » est alors au contraire favorable pour mettre à l'aise ce client « débutant ».

Le client peut être aussi silencieux face à un thème qui le gêne, tel que sa sexualité par exemple. Ce type de silence est en fait une demande de soutien qui s'exprime également par le regard et l'expression corporelle. Le client peut ainsi commencer par : « heu », suivi d'un silence et des mains qui se frottent l'une contre l'autre, le regard semblant implorer de l'aide pour oser continuer l'expression.

- ***Silence d'inhibition***

Le thérapeute utilise également la rupture du silence lorsqu'il sent que le client est inhibé et risque de se figer dans une impasse. Par cette interruption, il aide le client à reprendre son discours.

**En résumé,** Les techniques thérapeutiques sont indispensables à la thérapie centrée sur le client, mais elles ne doivent jamais être dissociées des attitudes thérapeutiques présentées ci-dessus. Ces dernières assurent le bon déroulement de la thérapie et l'auto-actualisation du client.

### 4. applications et limites

Dans ce point, on va revenir premièrement sur le champ d'application et les conditions d'indication puis présenter les limites de cette thérapie

#### 4.1. Champ d'application de la thérapie centrée sur le client

Les éléments essentiels de cette thérapie cités précédemment peuvent être mis en pratique dans beaucoup de services d'aide et à propos de problèmes divers : avec les parents et leurs enfants, même s'ils sont très jeunes ; dans des cas requérant la consultation matrimoniale, dans des cas de désadaptation et de comportement névrotiques chez les étudiants ; dans des situations de choix professionnel difficile ; en bref, dans les nombreux cas où l'individu est aux prises avec un sérieux problèmes d'adaptation (Rogers, 1942, p 56). Ainsi, elle peut être mis en pratique dans différents domaines tels que l'éducation, industrie, les soins palliatifs, marketing, communication, les programmes d'entraînement militaire.

#### 4.2. Les conditions indications de la thérapie centrée sur le client

Rogers (1942) pense qu'au cours du premier contact que l'aidant prend de ses plus importantes décisions, dont peuvent dépendre son succès ou son échec éventuel à aider l'individu. Il considère que l'indication du traitement par entretiens d'aide psychologique, impliquant des visites régulières et prolongées, soit recommandée lorsque sont réunies toutes les conditions suivantes :

1. L'individu est en proie à une certaine tension, provoquée par des désirs personnels incompatibles ou par le conflit entre les exigences sociales ou de l'environnement, et les besoins de l'individu. La pression et la tension ainsi créées sont plus grandes que la tension suscitée par l'expression de ses sentiments sur son problème.

2. L'individu possède une certaine capacité de faire face à la vie. Il a une capacité et une stabilité suffisantes pour exercer un certain contrôle sur les éléments de sa situation vécue. Les conditions d'existence qu'il a à affronter ne sont pas objectivement néfastes et inchangeables aux points qu'elles rendent impossible leur contrôle ou leur transformation.

3. L'individu a la possibilité matérielle d'exprimer ses tensions conflictuelles au cours d'entretiens fixés par le consultant.

4. Il est capable d'exprimer ses tensions et ses conflits soit verbalement, soit par d'autres moyens. Un désir conscient d'aide est utile, mais pas absolument nécessaire.

5. Il est relativement indépendant, soit affectivement, soit spatialement, d'un contrôle familial étroit.

6. Il est relativement exempt d'instabilité excessive, particulièrement de nature organique

7. Il possède une intelligence suffisante pour affronter ses situations existentielles, et son niveau est compris entre « légèrement au-dessous de la normale » et « au-dessus »

8. Il a un âge convenable : suffisamment âgé pour affronter la vie de façon assez indépendante, suffisamment jeune pour être capable d'une certaine plasticité adaptative. Du point de vue chronologique, on peut dire qu'en gros il a entre 10 et 60 ans (pp.84-85).

#### 4.3. Les limites de la thérapie centrée sur le client :

Comme toute thérapie, la thérapie centrée sur le client n'est pas à l'abri des critiques, dans son livre « Choisir une psychothérapie efficace », paru en 2011, Cottraux a soulevé les limites suivantes :

1. La thérapie de Carl Rogers ne fournit pas de tâches structurées pour affronter des situations anxiogènes. Elle ne confronte pas le client aux images et aux pensées reliées à des traumatismes ou à d'autres situations pénibles. Si le client demande, spontanément, à ce sujet ce qu'il doit faire vis-à-vis des images, des pensées ou des situations qui rappellent des relations

désagréables ou des traumatismes infantiles, dire que c'est à lui de décider en fonction de ce qu'il sent et l'assurer que tout pas vers la résolution de ses problèmes pourrait être bénéfique. Il vaut mieux exposer ses conflits que les fuir.

2. Elle ne permet pas de restructurer les pensées négatives : il suffit de les accepter et de les reformuler.

3. Elle ne cherche pas à modifier les postulats négatifs qui entraînent des dysfonctionnements relationnels.

4. Elle ne donne pas de conseils pour la vie de tous les jours, la vie professionnelle, la vie familiale et conjugale. Elle reste non directive et renvoie le client à une prise de décision personnelle.

5. Elle n'offre pas d'interprétations psychanalytiques sur l'enfance, les rêves, le trauma, le transfert, etc.

6. Elle ne tente pas d'agir sur le mode d'une thérapie de couple ou de famille ni ne propose de modèle interprétant les troubles en ce sens (Cottraux, 2011, p 186).

Pour ma part, je pense que son mode léger d'intervention ne permet pas d'aider les personnes dont les problèmes psychologiques sont trop envahissants, ainsi elle ne peut pas aider les personnes dans l'âge chronologique est moins de 10 ans ou plus de 60ans.

**En résumé**, la thérapie centrée sur le client traite de nombreux cas où l'individu est aux prises avec un sérieux problèmes d'adaptation. En outre, elle occupe, aujourd'hui, une place importante dans différents domaines tels que l'éducation, industrie, les soins palliatifs, marketing, communication, les programmes d'entraînement militaire, etc. et ce malgré la montée des critiques à son égard. En revanche, le succès ou l'échec de cette thérapie dépend du respect des conditions d'indication soulignées par Rogers.

## Conclusion

Carl Rogers a utilisé plusieurs termes tels que la thérapie centrée sur le client, l'approche centrée sur la personne, la psychothérapie, le counseling et la relation d'aide pour décrire son travail visant à favoriser la croissance et l'autonomie d'une personne. Bien que ses successeurs aient noté des nuances entre ces différents termes, l'auteure est convaincue que tous ces termes décrivent un travail d'aide visant à améliorer la qualité de vie des personnes souffrantes.

L'étudiant ou le lecteur peut avoir l'impression que la thérapie de Rogers est naïve ou simpliste. En réalité, il est beaucoup plus difficile qu'il ne semble toujours d'être positif, neutre, empathique et de porter un regard positif inconditionnel envers des clients qui souffrent des crises émotionnelles. L'adoption de cette thérapie exige en particulier une formation théorique particulièrement rigoureuse, un engagement éthique et une pratique supervisée approfondie. Rogers a lui-même souligné que l'apprentissage de sa thérapie ne pouvait se faire par la voie du cours magistral. Il doit se faire en groupe, à partir de l'étude de problèmes cliniques et des problèmes d'existence des élèves.

Enfin, nous espérons à travers cet article avoir contribué à éclairer l'étudiant en psychologie clinique sur cette thérapie, qui est sans doute, un socle d'une bonne éducation psychothérapique, et ce malgré les limites notées par Cottraux (2011).

## Références:

- Ammiar, B. & Cohné-Chahri, O. (2019). *La boîte à outils du coaching ed3*. Paris : Dunod.  
Bioy, A. & Maquet, A. (2003). *Se former à la relation d'aide*. Paris: Dunod.

- Brunel, M-L. (2014). Les trois composantes de l'empathie. In J. Lecomte (Ed). *Introduction à la psychologie positive* (pp. 153-166). Paris : Dunod.
- Chahraoui, Kh. & Reynaud, M. (2017). Différents types de techniques psychothérapeutiques. *La revue du praticien*, 67, 1-6.
- Cottraux, J. (2004). *Les visiteurs du soi. A quoi servent les psy ?*. Paris : Odile Jakob, 251.
- Cottraux, J. (2011). *Choisir une psychothérapie efficace*. Paris : Odile Jacob.
- Haudiquet, X. (2021). La considération positive inconditionnelle. In E. Zeth et al (Eds). *Psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle-fondement et développement contemporains* (pp. 119-134). Paris : Deboeck.
- Haudiquet-Lamarque, X. (2018). Repenser la non-directivité au regard du paradigme relationnel. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, (26), 64-89. DOI 10.3917/acp.026.0064
- Mehran, F. (2010). Psychologie positive et personnalité. Paris: Masson
- Moon, K. (2006). La congruence du thérapeute non directif : un paradoxe éthique, pas un conflit théorique (F. Ducroux-Biass, trans). *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche*, (3), 28-54. DOI 10.3917/acp.003.0028
- Patterson, C. (2014). Etre centré sur la personne (S. Dreyfus, trans). *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche*, (20), 53- 62. DOI 10.3917/acp.020.0053.
- Rogers, C. (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie* (J. P. Zigliara, Trans). Esf editeur.
- Rogers, C. (1961), *Le Développement de la personne* (E. L. Herbert. Trans). Paris : Dunod.
- Rogers, C. (1975). Empathic: an unappreciated way of being. *The counseling psychologist*, 5(No), 2-10.
- Santarpia, A. (2020). *Introduction aux psychothérapies humanistes*. Paris : Dunod.
- Segrera, A. (2012). La relation d'aide personnelle : counselling et psychothérapie (F. Ducroux-Biass, trans). *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche*, (16), 64-72. DOI 10.3917/acp.016.0064.
- Vincent, s. (2011). Centré sur le client ? centré sur la personne ? on ne peut pas être thérapeute centré sur la personne !. *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche*, (14), 52-76. DOI 10.3917/acp.014.0052.