UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

(UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

(DPSE)

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

SUJET

INFLUENCE DE LA RELATION THERAPEUTIQUE SUR LE RESULTAT DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE A LA POLYCLINIQUE COOPERATIVE D'ABOMEY-CALAVI

RÉALISÉ PAR :

GUIDIGAN Noncouyi Aniyédo Yollande

MAÎTRE DE STAGE

Monsieur Oscar ZOHOUNGBOGBO

Psychologue

TUTEUR DE STAGE

Dr. Michel MEHINTO

Enseignant-Chercheur

Année Académique 2016-2017

DEDICACE

A

- ✓ Ma mère Simone ADJIGUIDI
- ✓ Mon père Bernard C. GUIDIGAN

REMERCIEMENTS

Nos profondes gratitudes à :

- Dr Michel MEHINTO, Psychologue-Clinicien, Enseigneur-Chercheur, notre Tuteur de stage pour sa disponibilité et sa rigueur dans la conduite du présent travail ;
- Monsieur Oscar ZOHOUNGBOGBO, notre maître de stage pour nous avoir permis de partager avec lui, ses connaissances ;
- tous les enseignants du Département de Psychologie et des Sciences de l'Education pour les enseignements à nous donner ;
- Monsieur Raïmi AHMADOU, pour ses soutiens ;
- Nos frères et sœurs Charles, Darling et Judith, pour les nombreux soutiens jusque-là ;
- Notre neveu Auriol, pour sa présence à nos côtés ;
- Anne Joa FADINA, pour ses conseils ;
- monsieur Arnaud SEKA, notre compagnon pour nous avoir donné l'occasion de vivre une vie de mère ;
- tous les membres du jury, pour leur disponibilité à examiner le présent travail ;
- toutes les personnes qui de près ou de loin, ont contribué à réaliser ce travail par leurs divers apports. Merci infiniment !

Résumé

Le présent rapport porte sur l'influence de la relation thérapeutique sur le résultat de la prise en charge psychologique a la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi. Il fournit d'une part, des informations sur l'influence de la qualité de la relation thérapeutique. D'autre part, il aborde le résultat de la prise en charge psychologique à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi. De nature qualitative, il s'appuie sur une collecte de données réalisée avec l'entretien et l'observation auprès de 57 sujets sélectionnés grâce aux techniques du choix systématique et du choix aléatoire simple.

De l'analyse des résultats, il est à retenir que la qualité de la relation thérapeutique à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi influence la prise en charge psychologique. L'analyse souligne également que le soulagement du patient à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi dépend de la qualité de la relation thérapeutique dont elle bénéficie.

Mots-clés : influence ; relation thérapeutique ; résultat ; prise en charge psychologique polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi.

Abstract

The current research work focuses on the Influence of the therapeutical relationship between the patient and the psychotherapist on the result of the physychological …….

On the one hand, it gives deep information on the quality of the therapeutical relationship.

On the second hand, the research work displays the findings of the investigation which was conducted with a qualitative method. The data were obtained on a basis of interview and observation as research instruments. The instruments were addressed to 57 selected patients thanks to the Systematic and simple random choice techniques at Polyclinique Coopérative of Abomey-Calavi.

From the analyses of the data, it can be noted that the quality of the therapeutical relationship at Polyclinique Coopérative of Abomey-Calavi influences the …..

The findings also displays that the relief of the patient depends on the quality of the therapeutical relationship he/she benefits from the psychotherapist.

Key words: Influence ; Therapeutical relations; prise en charge psychologique polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi.

Sommaire

Dédicace.....**Erreur ! Signet non défini.**

Remerciements.....**Erreur ! Signet non défini.**

Résumé.....**Erreur ! Signet non défini.**

Abstract.....**Erreur ! Signet non défini.**

Sommaire.....**Erreur ! Signet non défini.**

Introduction.....**Erreur ! Signet non défini.**

Chapitre I : Cadre institutionnel et déroulement du stage ...**Erreur ! Signet non défini.**

CapitreII : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique adoptée .....**Erreur ! Signet non défini.**

Capitre III : Présentation et analyse des résultats .....**Erreur ! Signet non défini.**

Capitre IV : Discussion des résultats de la recherche.....**Erreur ! Signet non défini.**

Conclusion .....**Erreur ! Signet non défini.**

Références bibliographiques.....**Erreur ! Signet non défini.**

Annexes.....**Erreur ! Signet non défini.**

Table des matières.....**Erreur ! Signet non défini.**

Introduction

L'hôpital est un lieu d'accueil chaleureux et bienveillant ou les malades viennent soulager leurs peines et leurs souffrances corporelle voir psychologique. Ceci est d'autant plus convenable au regard des enjeux de la nécessité du psychologue et pour les malades que pour le corps médical dans un centre hospitalier. Malgré les besoins grandissants des psychologues cliniciens, dû notamment au développement des services de gérontologie ou de soins palliatif, la crise n'autorise pas, pour l'heure, un réel développement de cette fonction. Selon Thérizols (2011), les psychologues cliniciens se trouvent encore en minorité dans une institution qui pour sa suivie financière, centre ses dépenses en ressources humaines sur « l'essentiel » les médecins et les infirmiers. Il est donc impossible de connaitre le nombre exact de postes existants. Beaucoup de psychologues cliniciens exerçant à temps partiel et la direction des hôpitaux les comptabilisant en équivalent temps plein (ETP) (Thérizols, 2011). Le quotidien d'un psychologue clinicien ne saurait être schématisé en quelques lignes. Nous pourrions d'ailleurs estimer qu'il y a autant de scenarios possibles que de psychologues cliniciens. Les trois quarts d'entre eux travaillent en hôpitaux psychiatriques ou leur rôle semble incontestable et claire puisqu'entre psychiatre et psychologue, la frontière peut *a priori* paraitre mince, nécessitant que psychiatres et psychologues travaillent tout naturellement en cohabitation. Cependant, les choses ne paraissent pas si simples.

En psychiatrie comme ailleurs, les constats empiriques révèlent que le médical l'emporte sur le relationnel et que le psychologue peut avoir de la difficulté à démontrer en quoi le simple pouvoir de la parole, non scientifique pourrait faire des miracles. Le quart des psychologues cliniciens travaille dans des services regroupés sous le sigle MCO qui signifie Médecin, Chirurgie, Obstétrique (Zohoungbogbo, 2010). Les grands domaines où l'on trouve des psychologues sont la gérontologie où, population vieillissante oblige. En psychiatrie la présence d'un ou de plusieurs psychologue dépend toujours de la personnalité, des décisions et convictions des médecins. Or beaucoup sont encore réticents à intégrer dans leur service un non-médecin dont ils ne voient pas

l'utilité, estimant souvent qu'il suffit de se montrer sympathique à l'égard des patients pour pouvoir aisément se passer d'un psychologue. Le psychologue à l'hôpital se trouve alors assez isolé. Des données empiriques, le psychologue est le seul professionnel qui n'entre pas dans le système hiérarchique. Il est issu des sciences humaines, il ne vient pas de la médecine ! C'est aussi le seul soignant que le malade peut refuser de rencontrer parmi tant d'autre selon les travaux de Schwanse (2011). L'auteur rappelle que beaucoup de psychologues cliniciens travaillent dans une relative solitude, en marge des équipes soignantes. Là encore, il existe bien des configurations. Le psychologue peut être affecté dans un petit service d'une vingtaine de patients qu'il pourra suivre quasiment au jour le jour. Dans ce cas, il pourra aussi être appelé à intervenir plus ou moins régulièrement dans d'autres services qui n'avaient pourtant pas jugé utile d'avoir un psychologue. Il peut aussi se retrouver dans un service de plusieurs lits ou, faute de pouvoir voir tous les patients, il devra se fier au maximum aux signalements des équipes médicales qui lui feront part de leurs doutes et inquiétudes, afin qu'il rencontre tel ou tel patient (Schwanse, 2011). Toutes ses difficultés ne favorisent pas toujours une prise en charge efficace de ses patients. C'est au vue de ces constats que nous avons trouvé opportun d'investiguer sur ceux en quoi la qualité de la relation thérapeutique influence-t-elle les résultats d'une prise en charge psychologique.

C'est dans ce cadre que nous avons effectué un stage au sein de la polyclinique coopérative de santé d'Abomey-Calavi situé au cœur de la ville d'Abomey-Calavi, dans le département de l'Atlantique au sud du Bénin. Au cours de ce stage, nous avons pu en tant que stagiaire psychologue clinicien nous intéresser à ce que sera notre place et les fonctions dédiée à notre profession. Ce stage a été l'opportunité pour nous d'appréhender les réalités du milieu hospitalier en ce qui concerne la relation soignant-soigné, le rôle de psychologue et son apport au sein d'un hôpital et enfin les compétences qui lui sont propres en ces lieux. Au-delà d'enrichir nos connaissances sur les différentes réalités qu'on rencontre en ce milieu hospitalier, ce stage nous a permis de voir l'importance de la place du psychologue au sein de ce type de structure et combien il nous importe de lutter activement pour l'acquérir. Ainsi, le sujet sur lequel est portée notre attention tout au long de ce stage s'intitule : « *influence de la relation thérapeutique sur le résultat de la prise en charge psychologique à la polyclinique*

coopérative d'Abomey-Calavi. C'est donc sur ce sujet que nos réflexions tout au long du stage ont été menées. Le rapport qui en est fait, s'articule en quatre chapitres. Le premier aborde le cadre institutionnel du stage, les observations effectuées au cours de celui-ci ainsi que les activités effectuées et les acquis du stage. Le second s'intéresse au cadre théorique de la recherche et à la démarche méthodologique adoptée. Le troisième chapitre expose et analyse les résultats obtenus de la recherche tandis que le quatrième chapitre procède à leur discussion.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

La polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi est une institution installée dans la commune d'Abomey-Calavi pour résoudre les difficultés liées aux longues distances que parcourent les populations environnantes dans la quête d'un centre de santé. Il est procédé dans ce chapitre à sa présentation à travers son historique, sa mission, ses objectifs ainsi que sa structure organisationnelle. Il y est aussi fait l'état des lieux des observations du stage ainsi que les activités menées et les acquis y afférents.

1.1. Cadre institutionnel du stage

1.1.1. Présentation de la polyclinique d'Abomey-Calavi

1.1.1.1. Historique

La crise économique des années 80 qu'a connue le Bénin a paralysé plusieurs secteurs et a augmenté le chômage chez les jeunes. Le gouvernement s'est alors trouvé dans l'incapacité d'apporter des aides sanitaire à la population la plus démuni. Les jeunes médecins se sont ainsi misent ensemble pour créer la clinique coopérative de santé avec l'appui de l'OMS et le soutien financier du PNUD non seulement à Abomey-Calavi dans l'Atlantique mais aussi à Sikè-Codji et Minonkpo à Cotonou dans le Littoral pour ne citer que celles-ci. Cette clinique, notre lieu de stage se localise dans le quartier Sèmè et se situe au bord de la voie inter Etat Cotonou-Niamey à 300 mètres de la mairie d'Abomey-calavi. Elle a été créée le 04/02/1991 et est actuellement sous la direction du médecin chef, le Docteur François DEGBELO, le garant des activités de l'ensemble des unités qui composent la structure. Aussi, elle est sous la tutelle du ministère de la santé du BENIN grâce au projet 88/004/MS/OMS/PNUD. En outre, elle fait partie des cliniques PROFAM et a comme ressources humaines plusieurs spécialistes à son actif.

1.1.1.2. Missions

La clinique a pour mission d'assurer avec rapidité, fiabilité au plus grand nombre, des soins de santé aussi bien primaires que secondaires, aux populations environnantes. La mission principale de cette clinique, est de mettre à la disposition de ses usagers des soins de spécialité pour une réduction de la morbidité et de mortalité dans la zone sanitaire. De même, cette institution participe au développement de la communauté sous le volet de la santé et du bien-être.

1.1.1.3. Activités

Cette clinique est à vocation médico-sociale. Sous l'autorisation du ministre de la santé, elle participe à la cession des médicaments essentiels ; aux activités de la médecine préventive et promotionnelle ; au développement des activités socio-sanitaires dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/So-Ava suivant la stratégie des soins de santé primaire.

1.1.1.4. Structure organisationnelle

La polyclinique de santé d'Abomey-Calavi a en son sein plusieurs services.

- Le Service "accueil et dispensaire"

Le service d'accueil est le premier lieu où se rendent les malades, ce service se charge d'orienter ces malades vers les unités de nécessité selon la gravité du mal. Le dispensaire ; quant à lui, est un service de consultations médicales et des soins. C'est le service qui reçoit plus de monde dans la clinique. Il dispose de trois médecins de garde assistés par des infirmiers, une chargée d'accueil et un ou deux aide-soignant par équipe. Notons que les infirmiers de garde suivent scrupuleusement les prescriptions du médecin. Ils accueillent dans la salle de soin des malades de tout âge et de toute condition sociale, s'occupent de leurs installations en cas d'hospitalisation, des injections, de pose de perfusions, de veiller sur ceux qui sont hospitalisés.

- La chirurgie

Ce service est l'ensemble constitué du bloc opératoire et la chirurgie d'urgence de tout

genre et des locaux qui en dépendent dans un hôpital ou dans une clinique. Il compte deux infirmiers, un anesthésiste et un chirurgien. Elle pratique les opérations chirurgicales tels que : la césarienne ; l'appendicectomie ; la prostatectomie ; la cystectomie ; cure de la hernie ; la circoncision ; la myomectomie etc….

- Le laboratoire

Le service de laboratoire est le lieu où se font les différentes analyses biomédicales recommandé par le médecin. Il fonctionne 24h/24h et dispose de quatre techniciens qui font les tours de gardes et de quatre chargées d'appuis permanentent pour les aider dans leurs taches. Ici l'interaction soignant-patient se résume en ce que le technicien se contente juste de faire le prélèvement du sang, de prendre chez le malade l'urine, les excréments, etc… sur lesquels il travail et de remettre les résultats. Dans la plupart des cas le soignant apaise les patients sages par un soutien moral mais quand il s'agit d'un patient difficile il est verbalisé afin de réussir le prélèvement. Pour ce qui concerne les patients faible en hospitalisation, le soignant se déplace pour leur faire le prélèvement.

- La maternité et la gynécologie

Par définition c'est un établissement hospitalier ou s'effectuent la consultation prénatale, les accouchements, l'échographie et la planification familiale. Parlant de ressource humaine, elle dispose de trois sages-femmes qui fonctionnent de façon rotatoire. De plus elle bénéficie des services de gynécologie. La gynécologie s'occupe des femmes en ceinte, de l'échographie et des consultations gynécologiques.

- Le Service Social et de santé mentale

Le service social reçoit les nourrices et leur bébé pour les vaccinations, des femmes enceintes et des conseils aux mères et aux enfants. Cette unité est conduite par un assistant social, une infirmière et de deux aides-soignants. Le service de santé mental dispose d'un psychologue qui travaille tous les jours.il est dans son fonctionnement à cheval sur tous les autres services. Le psychologue est à l'écoute des patients, de leurs parents, et du personnel soignants face à leurs différents problèmes psychosocial. Il peut aider le patient à décentraliser sa souffrance, établir un diagnostic de ses capacités

psychiques, écouter son mal-être face à la maladie ou à son handicap, soutenir la personne malade chaque fois que nécessaire. Bref, il lui permet de s'accepter et de vivre au mieux sa nouvelle condition, au sein du centre de santé. Le rôle du psychologue est également important pour les familles souvent en désarroi. Par ailleurs il peut accompagner la famille tout au long du séjour, accompagner si nécessaire les familles au moment d'un décès.

Le travail du psychologue face au personnel : il est important pour le personnel de nécessité du soutien psychologique, compte tenu de l'état de dépendance physique et psychique de la population accueillie et du nombre de décès à l'hôpital. Le psychologue peut expliquer l'état mental de personnel soignant, l'aider à gérer ces états de stress quotidiens à l'hôpital et ses problèmes personnels, lui faire comprendre qu'il y a un grand sens à respecter sa dignité, ses besoins et ses désirs. L'aider surtout à prendre du recul sur ses problèmes quotidiens. Le personnel de la clinique fonctionne suivant un organigramme bien déterminé et consigné en annexe de ce document.

1.2. Déroulement du stage et observations

Notre stage s'est déroulé sur une période d'un mois cela dit, du 22 Mai 2017 au 31 Juin 2017.

1.2.1. Services parcourus et travaux effectués

Au cours de notre séjour, nous avons eu la chance de découvrir un métier sous toutes ces formes et nous avons vu les difficultés que peut rencontrer les psychologues cliniciens de façon générale dans l'exercice de leurs fonctions surtout en milieu hospitalier. A ce propos nous avons eu à mener des activités. Ainsi, afin de développer notre sens d'observation, ce qui est d'ailleurs notre premier outil de travail selon les enseignements reçus, nous avons été soumis à des exercices d'observation des comportements des soignants et des malades puis l'interaction entre ces deux acteurs. Les visites dans les salles d'hospitalisation ont consisté à aller vers les malades hospitalisés dans le centre de santé pour les écouter, découvrir et comprendre leurs situations personnelles, leurs craintes et peurs, leurs difficultés a surmonté leurs

problèmes de santé. Nous étions donc dans la relation d'écoute et de soutien avec les malades.

Nous avons eu également la chance de conduire des entretiens cliniques avec des patients et dans d'autres cas nous avons assisté à des entretiens avec notre maitre de stage, nous l'assistons et nous intervenons par moment. Ainsi, après nos différentes activités menées de la journée nous nous retrouvons avec notre encadreur dans les après-midi pour des séances d'études ou nous avons eu à étudier l'ennéagramme les types de personnalité qu'il y a, l'analyse transactionnelle, les comportements à adopter en milieu hospitalier en tant que stagiaire en psychologie clinique. Nous avons lu des documents qui abordent les réalités du milieu hospitalier et l'insertion du psychologue dans ce milieu.

Nous avons en outre, effectués des gardes de nuit vers la fin de notre stage. Au total nous avons fait trois gardes de nuit avec la même équipe de soignants. Ce qui nous a permis de voir ce qui se passe la nuit à la polyclinique coopérative de santé d'Abomey-Calavi. Notons que le soir nous découvrons tout autre visage des soignants, les visages complètement fatigués de ces dernières ne facilite plus la communication entre eux et les patients.

1.2.2. Synthèse des atouts et problèmes de la polyclinique

Au cours de ces un mois de stage nous avons beaucoup appris. Ce stage nous a permis d'acquérir d'autres compétences dans le domaine de la psychologie clinique à savoir : rencontres les patients et créer le contacte, réussir à créer une relation de confiance avec le patient en l'écoutant avec intérêt et attention, afin qu'il puisse se confier complètement, cela nous permet de choisir la méthode adéquat pour l'aider. Le stage nous a aussi permis de cerner ce qu'un psychologue doit faire ou ne doit pas faire au cours d'un entretien psychologique. Nous pouvons identifier le type de personnalité de chaque patient rencontré. Nous avons aussi développé notre sens d'observation et d'écoute attentive. La polyclinique coopérative de santé d'Abomey-Calavi à faire des efforts louable en faisant recours à un service psychologique au sein de son centre de santé. Néanmoins les efforts restent à fournir pour doter ce service d'un cadre adéquat,

cela permettra d'éviter les interruptions lors des séances de thérapies et d'études. Aussi l'indisponibilité de certains patients pour les séances de thérapie ne permet pas un bon suivi. Et notre niveau en connaissance psychologique ne nous permet pas de prendre certains cas complexes.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE

Cette partie du document est consacrée en un premier temps à l'énoncé du problème, la détermination des objectifs de recherche et l'émission des hypothèses ; ensuite, il est procédé au choix de l'approche méthodologique de la recherche.

2.1. Cadre théorique de la recherche

2.1.1. Enoncé du problème, hypothèses et objectifs

2.1.1.1. Enoncé du problème et question de recherche

Dans les services de santé en général et dans ceux de la santé mentale en particulier, la prise en charge médicale ou psychologique nécessite une relation thérapeutique (Schwanse, 2011). Cette nécessité émane du fait qu'elle est le lien qu'entretiennent deux acteurs : le thérapeute et le patient dans l'objectif d'aider la personne à trouver des solutions pour sa propre guérison. C'est aussi le rapport qui lie un objet ou une personne à une autre. Ce qui implique une notion de dépendance de l'un par rapport à l'autre (Berthoz et Jorland, 2004). C'est à travers cette relation que le thérapeute découvre le patient et ses problèmes, les comprend, mets des mots sur ses maux afin de faire un diagnostic pour déboucher sur un projet thérapeutique de prise en charge. Pour Freud (1913), la relation thérapeutique est un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute qui permet de développer avec le patient une communauté d'intérêts et une obligation réciproque. Ainsi, Pour la personne en demande d'aide psychologique, la relation thérapeutique est une occasion de se confier, d'extérioriser ses problèmes à un professionnel qu'il juge mieux placé pour l'aider. La mise en place de cette relation thérapeutique selon Freud (1913), doit respecter un minimum de conditions afin de confirmer son importance et sa qualité. Pour ce qui est des données empiriques, deux éléments essentiels sont caractéristiques d'une bonne relation thérapeutique. Il s'agit du lien relationnel qui est un facteur plutôt affectif et la collaboration des participants (alliance de travail) qui est un facteur cognitif et de

motivation et en plus les conditions peu dissociables qui est le partenariat, un élément important qui permet d'atténuer les consolidations du moi et de laisser aller son propre potentiel créatif dans le processus de guérison. Pour Gaston (1990), il en dénombre quatre caractéristiques que sont la relation affective du patient à son thérapeute qui est le transfert, la capacité du patient à poursuivre un objectif thérapeutique, la compréhension empathique et l'implication du thérapeute et enfin l'accord patient-thérapeute sur les objectifs et taches de la thérapie. La relation thérapeutique dépend de nombreux facteurs pour se développer et prendre sa valeur de soutien au processus de changement souhaité. Au nombre de ces conditions, nous avons : le thérapeute ayant une capacité d'écoute active, une neutralité bienveillante, une empathie et l'expression d'une demande d'aide venant d'une personne consciente de son problème. Il faut que les partenaires de cette relation se reconnaissent, le thérapeute doit se reconnaitre capable et disposé à s'engager avec la personne autour de l'objectif de celle-ci. Pour cet auteur, la personne doit se reconnaitre motivée à travailler à partir de son objectif avec ce thérapeute en commun accord sur le cadre du traitement, lequel cadre qui est une intimité requise pour l'expression émotionnelle, une neutralité accueillante selon les conclusions de l'auteur. Il doit donc être sécurisant et agréable, sans distraction. C'est du moins, un espace dans lequel le thérapeute met en place une écoute, une attention, des aptitudes de relances et de reflet et les attitudes.

Parlant d'aptitude, le code de déontologie infirmier (2016) nous révèle quelques-uns qui favorise une bonne qualité de la relation thérapeutique comme. Il s'agit entre autre de la confiance et de la sécurité qui prend du temps, c'est-à-dire que le patient teste le thérapeute, lui pose des questions et le thérapeute doit y répondre, ou promettre d'y répondre tout en explorant la motivation sous-jacente du patient. Ce qui implique donc attention et observation. Concernant les attitudes de base, Rogers (1990) souligne que la relation d'aide à trois éléments indispensables de la psychothérapie. Il parle de la compréhension empathique du patient, de la considération positive inconditionnelle, le degré d'authenticité (la congruence) dans la concordance paroles/sentiments. Ainsi, plus le thérapeute sait écouter et accepter ce qui se passe en lui, plus il sait reconnait la complexité de ses sentiments, sans crainte et plus haut sera son degré de confiance. Cependant, l'absence ou la défaillance d'un de ces aspects dans la relation thérapeutique

compromet la qualité de cette relation. Ainsi, au cours de notre stage, nous avons constaté que l'aspect relatif à la qualité du cadre fait défaut. Au de ces constats susmentionnés, on se demande en quoi la qualité de la relation thérapeutique influence-t-elle les résultats d'une prise en charge psychologique à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi ? Pour répondre à cette préoccupation, nous avons émis des hypothèses accompagnées respectivement des objectifs.

2.1.1.2. Hypothèses de la recherche

2.1.1.2.1. Hypothèse générale

Le résultat de la prise en charge psychologique à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi dépend de la qualité de la relation thérapeutique au sein de cette institution.

2.1.1.2.2. Hypothèses Spécifiques

- La qualité de la relation thérapeutique à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi influence la prise en charge psychologique ;

- Le soulagement du patient à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi dépend de la qualité de la relation thérapeutique dont elle bénéficie.

2.1.1.3. Objectifs de la recherche

2.1.1.3.1. Objectif général

L'objectif général de cette recherche est d'analyser l'influence de la qualité de la relation thérapeutique sur le résultat de la prise en charge psychologique à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi.

2.1.1.3.2. Objectifs spécifiques

- Analyser les qualités de la relation thérapeutique dans la prise en charge psychologique à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi.
- Montrer comment la qualité de la relation thérapeutique agit sur le résultat de prise en charge psychologique à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi.

2.1.1.4. Intérêts de la recherche

L'intérêt de ce travail réside dans le fait que la relation thérapeutique nous a toujours intéressé, parce qu'il s'agit d'un moment particulier, d'un acte délicat pour le patient, qui accepte de se soumettre à un savoir, une autorité médicale, paramédicale, qui s'exerce pour le bien de sa santé. Pour cette raison, le personnel soignant doit se comporter avec respect pour l'engagement du malade qui abandonne provisoirement ses repères, pour s'intégrer, s'adapter et s'en approprier d'autres.

Une autre raison du choix de cette thématique réside dans le cadre de la validation de notre formation en Licence de psychologie clinique, effectuée au Département de Psychologie et des Sciences de l'Education (DPSE) de l'université d'Abomey-Calavi, nous avons choisi de réaliser un travail sur ce sujet qui concerne autant les patients que le personnel soignant. Il s'agit d'un sujet dont l'approche affective est présente, puisque après avoir été patient et susceptible de le devenir à nouveau, l'expérience de notre angoisse, de notre ressenti, nous guiderons pour considérer les deux visions de la rencontre que représente cette étape de la prise en charge. Réfléchissant de manière plus approfondie sur la relation thérapeutique, il nous est apparu qu'il s'agissait, au niveau du personnel soignant, d'un acte isolé peu ou pas pris en compte. Il nous paraît utile et important d'investiguer les multiples facteurs qui conditionnent la réussite de cet acte. Nous comptons à cet effet, orienter cette recherche sur l'incidence de cet aspect. Ce travail entend contribuer à une révision des modalités et stratégies d'accueil et de relation, à travers les données objectives qu'elle tachera de rendre disponibles.

2.1.2. Revue de littérature

Avant d'aborder notre travail nous avons lu d'autres auteurs qui se sont intéressés à la thématique. Ainsi, un travail scientifique qui se veut crédible doit se construire dans la continuité des travaux déjà effectués. Pour donc mener à bien cette recherche, nous avons parcouru un certain nombre de documents qui nous ont permis de prendre connaissance sur la documentation existante sur l'influence de la relation thérapeutique

sur le résultat du traitement. Ainsi, Freud (1993) abordant la préoccupation, estime que le lien qui existe entre le patient et son thérapeute est aussi l'alliance thérapeutique et rappelle que ce concept a de l'âge. Il a d'abord été défini par Freud en 1913. Pour lui, ce terme signifiait un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute qui permettait de développer avec le client une communauté d'intérêts et une obligation réciproque. Il insistait en conséquence selon l'auteur, une relation forte entre le patient et son thérapeute. Mais c'est à Rogers (1990) que nous devons les principes qui rendent l'alliance thérapeutique facilement adaptable aux soins infirmiers psychiatriques, en toxicomanie et même dans le champ somatique. Par son approche centrée sur la personne où la qualité de la relation avec le malade est primordiale, il donnait naissance à la relation d'aide pour laquelle la présence, l'écoute, le non-jugement, la considération positive et surtout l'empathie sont devenus essentiels aux soins infirmiers. Rogers (1990) posait aussi les jalons de la responsabilité de la personne face à ses propres possibilités d'évolution et de collaboration pour y arriver. Il parlait d'auto-actualisation du client, ce qui lui faisait dire que tout individu possède le potentiel pour trouver sa propre réponse à ses difficultés. Mais la personne dont les forces sont diminuées et la volonté affaiblie par la maladie, la toxicomanie ou la douleur ne peut y arriver seule selon les conclusions d'Ackerman et *al.* (2001). Il lui faut donc la compréhension empathique, la force motivationnelle et le soutien de la soignante qui, dans une alliance bienveillante travaille avec elle à un devenir meilleur. L'alliance thérapeutique devient ainsi un lien qui s'établit entre la soignante et le soigné et qui favorise la mise en commun d'un projet de soins.

Le but de cette recherche est d'identifier les difficultés et les obstacles liés à la culture présente dans la relation soignant-soigné. Il s'agit en effet de mettre en évidence les connaissances acquises au sujet des soins culturellement adaptés ainsi que les besoins nécessaires dans une perspective de combler les lacunes présentes afin d'être efficace dans le domaine des relations d'aide. Ackerman et Hilsenroth (2003) réalisent un travail de recherche sur la thématique des différences culturelles et leurs répercussions sur la relation soignant-soigné lors d'une hospitalisation. Ces auteurs ont pu observer des patients issus de différentes cultures ne parlant parfois pas la langue du pays, dont l'offre en soins a été limitée par le manque de connaissances et les préjugés des soignants. Ces

expériences ont retenu l'intérêt des auteurs et ont suscité leur souhait de comprendre et d'acquérir des connaissances sur le sujet afin d'améliorer la relation dans la prise en charge de patients ayant des cultures différentes. Retenons que dans l'intention de fournir au monde scientifique, une meilleure compréhension sur le phénomène, Ackerman et Hilsenroth (2003) ont estimé que la contextualisation de la thématique permet, d'une part, de situer les avis des clients sur la qualité des soins reçus et la manière dont ils sont respectés dans le milieu des soins. D'autre part, cette contextualisation permet de définir les principaux termes utilisés tels que la culture, la communication, la relation, le patient, le soignant et les soins infirmiers. Les conclusions de leur recherche exposent l'impact de la différence culturelle sur les soins, quelques outils facilitant la relation et les besoins d'acquérir des compétences culturelles adaptées aux soins infirmiers.

Selon Giger et Davidhizar (1991), la culture est définie comme les valeurs, les croyances, les normes et les pratiques apprises et partagées par un groupe particulier, et qui oriente leur pensée et modèle leurs décisions et leur action (Leininger 1985). Leininger (1995a) souligne que la valeur culturelle renvoie à une manière désirable ou préférée d'agir ou de connaître quelque chose qui, avec le temps, est encouragée et renforcée par la culture et finit par gouverner ses actions et ses décisions. Ainsi, des soins infirmiers culturellement différents font référence à la diversité des approches infirmières nécessaires pour offrir des soins culturellement adaptés aux malades (Leininger, 1995a). Selon Guralnik (1972) tout comportement, qu'il soit verbal ou non verbal, en présence d'un autre individu, est communication. Fielding et Lewelyn (1987) ont récemment décrit des malades à partir d'une perspective culturelle alors que les techniques de communication étaient nécessaires dans les programmes infirmiers. Les infirmières doivent avoir consciences que certains malades quoique parlant la même langue, peuvent différer dans leurs modes de communication et de compréhension à cause de leurs orientations culturelles. Selon Molzhan et Northcott (1989), de nombreux facteurs peuvent faire obstacle à la qualité des soins, notamment d'une mauvaise communication, un refus d'accepter le traitement ou le régime, des traitements inadéquats ou inutiles et des problèmes éthiques. Tous ces facteurs s'additionnent pour créer des écarts de perception entre l'infirmière et le malade. Pour Delgado (1983), la

communication et la culture sont étroitement imbriquées. La communication est alors le moyen par lequel la culture est transmise et préservée. Ainsi, la culture a une influence sur la manière dont les sentiments sont exprimés et sur le genre d'expressions verbales et non verbales autorisées.

2.2. Approche méthodologique de la recherche

Dans cette partie du travail, il est question de réfléchir sur la mise en cohérence entre les objectifs de la recherche et la démarche que nous mettons en œuvre pour confronter au terrain notre problématique. Pour ce faire, la démarche méthodologique qui nous a permis en effet de mener à bien la présente recherche, tient compte de la nature de l'étude, de la population cible et de l'échantillonnage, de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leur traitement et analyse et enfin des difficultés rencontrées.

2.2.1. Nature de la recherche

Pour étudier l'influence de la relation thérapeutique sur le résultat de la prise en charge psychologique à la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi, nous avons eu recours à une approche essentiellement qualitative. Ce volet qualitatif a donné un aperçu des comportements et perceptions des personnes ciblées par l'enquête. Cela a permis d'étudier leur opinion sur la thématique abordée. Elle a également a permis de décortiquer les différents aspects des interactions de notre cadre de stage. Néanmoins, la recherche a pris en compte quelques données d'ordre quantitatif pour essayer d'estimer l'ampleur du phénomène étudié au sein de la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi.

2.2.2. Groupes cibles et échantillonnage

2.2.2.1. Groupes cibles

La population cible est principalement composée des patients de la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi. Elle est également composée des agents de santé (médecins et infirmiers) et des spécialistes paramédicaux (psychologues et aides-

soignants) intervenant ou non dans la clinique. Cette dernière catégorie de groupe cible constitue en quelque sorte, les personnes ressources identifiées pour le compte de cette recherche, car ils sont les mieux placés pour nous fournir des informations sur l'influence que la relation thérapeutique peut avoir sur le résultat de la prise en charge psychologique dans une institution sanitaire.

2.2.2.2. Technique d'échantillonnage et échantillon

Pour mener à bien cette recherche, nous avons suivi une démarche organisée. Nous avons opté pour une technique d'échantillonnage non probabiliste notamment choix systématique et une technique d'échantillonnage probabiliste qu'est celle dite aléatoire simple. La technique du choix systématique a consisté à choisir tous les sujets à enquêter de façon systématique. En ce qui concerne la technique aléatoire simple, après être entré en possession de la liste des patients de la clinique, il a fallu numéroter chaque patient sur un bout de papier que nous avons mis dans une urne. Nous avons par la suite procédé à un tirage successif sans remise de peur de tirer la même personne plusieurs fois. Nous nous sommes arrêtés après avoir tiré un certain nombre de patients. Cette technique nous a permis de sélectionner 67 patients de la clinique. Mais ceux qui ont réellement prêté franc à nos entretiens sont au nombre de 46. Partant du critère qu'il faut être reconnu comme tel par ses pairs, les agents de santé et les spécialistes paramédicaux intervenant sur le site ont été tous pris en compte systématiquement. Ainsi nous avons pu repérer et enquêté 56 individus répondant à nos critères de sélection.

2.2.3. Techniques et outils de collecte de données

2.2.3.1. La recherche documentaire

La collecte d'information s'est effectuée dans un certain nombre de centres de documentation : centre de documentation de l'ex FLASH ; la Bibliothèque centrale de l'UAC et au niveau de la documentation de la polyclinique d'Abomey-Calavi. Les informations recueillies sont de diverses natures. Il y a des informations générales et celles à caractère méthodologique et technique ; des informations générales, spécifiques et statistiques, etc. Ces informations sont tirées des mémoires, rapports d'étude, thèses,

articles et livres. Pour réussir la recherche documentaire, nous avons utilisé comme outil, la grille de lecture.

2.2.3.2. L'entretien

L'entretien a été un moyen par lequel des informations et des données à base du discours des patients et des personnes ressources ont été collectées. Son outil est le guide d'entretien. Celui-ci s'est présenté sous la forme d'une liste de thèmes à aborder au cours de l'échange. Il existe plusieurs formes d'entretien. Celui utilisé dans le cadre de cette recherche est semi-dirigé. De façon pratique, cette technique a servi à enquêter les patients et des personnes ressources retenus pour le compte de ce travail sur les implications la relation thérapeutique sur le résultat de la prise en charge psychologique. Cette technique de collecte de données a été complétée par l'observation.

2.2.3.3. L'observation

L'observation a été une méthode d'enquête par laquelle nous avons observé directement, par la présence sur le terrain, les interactions recherchées. Dans le cadre de cette recherche, la variante de l'observation dont on a fait recours, est l'observation participante du fait de notre position de stagiaire en mission dans cette polyclinique. Cette forme de l'observation est une technique de recherche qui permet à l'observateur d'être membre du groupe à observer. Dans la pratique, cette technique a permis à partir d'une grille, de relever les non-dits des personnes enquêtées à la polyclinique d'Abomey-Calavi, notamment les patients.

2.2.4. Techniques de traitement et d'analyse des données

Le dépouillement des données est fait de façon manuelle. Après la transcription du contenu des entretiens, une sélection des informations a été faite. Cette sélection est faite en fonction des critères de pertinence de l'information par rapport aux thèmes abordés ; la qualité de l'information ou sa nature argumentaire. Une fois cet exercice achevé, les informations sélectionnées ont été organisées, catégorisées en fonction des thèmes de discussion et des hypothèses de la recherche. Le traitement a consisté d'une part, à faire une analyse systématique de contenu en mettant un accent particulier sur les propos des

enquêtés tels que recueillis lors des entretiens. Ce traitement a permis, d'aboutir à des verbatim pour mieux illustrer l'analyse. La triangulation des données a servi de procédé de validation. La seconde partie des données recueillies a été traitée grâce aux logiciels de traitement de texte Word et Excel pour la réalisation des tableaux. En effet, les données dépouillées et analysées du terrain sont constamment confrontées avec des données documentaires préalablement analysées lors de la phase de revue documentaire, ou complétées par d'autres en fonction des informations traitées du terrain.

2.2.5. Aspects éthiques de la recherche

Au cours de la collecte des données, nous avons pris le soin d'expliquer le but de la recherche aux personnes enquêtées et à l'occasion, nous leur avons garanti la confidentialité de leur identité sociale ainsi que des données qui seront collectés. Ainsi nous n'avons enquêté que ceux qui ont librement donné leur consentement. L'entretien c'est effectué soit en privé, soit en en compagnie de notre maître de stage. Le dépouillement et le traitement des données se sont faits dans l'anonymat protégeant ainsi les répondants.

2.2.6. Difficultés éprouvées

Nous avons particulièrement rencontré des difficultés pour aborder nos cibles principales qui sont les patients. En conséquence, nous n'avons pu enquêter que les personnes disposées à accepter discuter avec nous au cours de la période de stage. Certaines personnes ont été réticentes à se prêter à nos entretiens, lesquels se sont particulièrement montrés réservés malgré tous les subterfuges utilisés pour les amener à s'ouvrir à nous. Nous avons pu surmonter cette situation en usant de la persévérance et en s'armant de beaucoup de patience pour arriver à moissonner des informations, pour le moins pertinent, qui constituent le terreau pour l'analyse des résultats de terrain.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Nous allons présenter dans ce chapitre les résultats de notre entretien et observation et ensuite faire une analyse des résultats obtenus. Nos entretiens avec les différents patients ont eu des points communs dans le résultat.

3-1- Influence de la qualité de la relation thérapeutique sur le résultat de la prise en charge psychologique

Des entretiens effectués avec les patients de la clinique coopérative et des personnels ont donnés comme résultats :

Parmi les patients entretenu lors de notre stage à la clinique abordant le domaine de la communication plusieurs d'entre les patients ont eu du mal à dialoguer avec le psychothérapeute parce qu'il ne parle peut-être pas le même langage, et donc ne se comprennent pas toujours sur la même question.

> *« Oui j'ai eu un peu du mal à discuter avec le thérapeute car j'ai mal interprété ce qu'il me dit ou parfois les sous-entendu du thérapeute fais partir de ma culture donc je ne comprends pas toujours ce qui le gêne dans ma manière de faire. »* [Extrait de l'entretien avec le patient A.P. âgé de 34 ans à la polyclinique coopérative].

Il en ressort de notre observation qu'il important et très nécessaire pour un psychologue de maitriser un tant soit peu l'environnement culturel de son patient. Ce qui lui permettra d'avoir la maitrise totale sur la thérapie et en même temps il s'aura la méthode à adopté pour réussir cette thérapie. De même, certains patients qualifient la communication de timide, pas convaincant et parfois unidirectionnelle en outre, d'autres ont qualifiés la communication d'intéressant, convaincant et ouvert.

> *« Je n'ai pas eu à beaucoup discuter au cours de nos entretiens, j'ai plutôt laissé le psychologue bavarder »* [extrait de l'entretien avec le patient Y.A âgé de 33ans à la polyclinique coopérative].

En fin, la plus part d'entre les patients ne pensent pas être actif lors des échanges entre le patient

et le thérapeute.

> *« Je n'ai pas été actif lors de nos échange car j'avais peur que le psychologue me découvre, et aussi qu'il est rigide et tendu au début de la relation, j'ai eu peur de me confier. »* [Extrait de l'entretien avec le patient T.H âgé de 19 ans à la polyclinique coopérative]

Mais d'autre part l'échange entre le patient et le psychothérapeute est très actif et intéressant car la participation des deux acteurs, en les personnes du thérapeute et de son patient s'impliquent et participent activement à l'échange pour une meilleure résolution du problème.

> *« J'étais très satisfaire de nos échanges, c'est vrai que je m'étais faire une mauvaise idée déjà du psychologue et de comment cette thérapie allait se dérouler vu que je n'ai jamais été voir un psychologue et que je les craints » [Extrait de l'entretien avec le patient Y âgé de 35 ans à la polyclinique coopérative]*

Il en ressort que des patients retenue lors de nos sélections pour l'entretient trouvent qu'il reste des efforts à fournir pour améliorer l'échange entre un thérapeute et son patient. La communication peut donc constituer un frein pour la réussite efficace de la psychothérapie.

3-1-1-Les qualificatifs d'une bonne relation thérapeutique

Pour une relation thérapeutique de qualité il faut un certains nombres de critères. L'entretient avec les différents patients retenus pour entretenir à révéler plusieurs aspects qui ont été rapporté. Après l'aspect communication vu plus haut lors de ses échanges avec les patients et le personnel, au cours de notre stage à la polyclinique coopérative aussi l'échange avec les patients a porté sur le cadre de la thérapie et a suscité différents opinions des patients. Parmi lesquels il faut rapporter que des patients ne se sentent pas alaise dans ce cadre parce qu'ils le trouvent brouillant et pas discret.

> *« Le cadre était mal situé à cause des perturbations je n'étais pas concentré et je craignais que les gens entendent notre conversation, j'étais mal à l'aise, ce n'étais pas comme je l'aurais souhaité. »[Extrait de l'entretien avec le patient X âgé de 44 ans à la policlinique coopérative]*

Les patients notifient que le cadre ne leurs convient pas, et que cela ne leurs permettent pas d'être concentré lors des séances de thérapies, d'autre encore juge le cadre inadéquat et ont confié ceci :

> *« Le cadre ne me met pas en confiance parce que je ne me sentais pas libre pour m'exprimer, pour me confier, c'était très exposé aux bruits environnementaux » [extrait de l'entretien avec le jeune patient Z.C âgé de 20 ans à la polyclinique coopérative.]*

Certains patients affirme même que parfois ils ont été interrompu par les usagers de la clinique et vont jusqu'à changer de salle avant de continuer la thérapie ce qui les déconcentre. Ces différentes interférences ne leurs donnent plus l'envie de continuer la thérapie d'où la non-participation, les manques les absences qui finissent en abandon que nous avons observé.

> *« à vrai dire je n'ai plus aucun envie de revenir ici pour poursuivre cette thérapie, bien que le psychologue était très accueillant l'environnement ne me met pas en confiance » [extrait de l'entretient du jeune patient Z.C]*

Donc cela amène à dire que le cadre thérapeutique joue un rôle important sur le résultat de la relation thérapeutique et par conséquent est très important pour un bon déroulement d'une psychothérapie.

3-1-2-Les différents résultats obtenus après une prise en charge psychologique

Cette section de la recherche porte sur les quelques résultats obtenus après la prise en charge psychologique. Il a été enregistré surtout après quelques séances de thérapie des absences des patients au prochain rendez-vous. Parmi ces patients d'autres trouvent d'excuses et prévient même à l'avance par d'autre encore manque cruellement sans aucune excuses ni prévention. Les différents résultats obtenus après une prise en charge dépend aussi du patient et cela renvoi à la question de la demande.

> *« Moi le n'avais pas besoin d'un psychologue, je sais à l'avance le problème que j'ai et personne ne peut m'aider » [extrait de l'entretient avec un patient monsieur H.C âgé de 55 ans à la polyclinique coopérative]*

Il ressort de la lecture de cet extrait que certains patients estiment qu'ils n'ont pas besoin d'un psychologue, et estime qu'ils savent à l'avance le problème que qu'ils ont et que personne ne peut les aider dans ce qu'ils vivent. Pour d'autre les résultats ont été plus ou moins satisfaisant.

3-1-3-L'influence de la qualité de la relation thérapeutique sur les résultats obtenus

La qualité d'une relation thérapeutique met en exergue plusieurs facteurs. Cette partie de notre travail informe sur l'influence qu'à une bonne ou une mauvaise relation thérapeutique sur la prise en charge psychologique. La communication un élément de base de toute relation thérapie, elle est d'ailleurs la première qualité d'une relation. Si cette communication est faible tout au début de la relation thérapeutique, elle va fausser toute la relation et donc l'échec de tout ce qui suit. Il faut aussi un environnement adéquat c'est-à-dire un cadre adapté ou se déroule la relation thérapeutique.

> *« Quelque fois l'attitude d'écoute du thérapeute était perturbé par les va et vient des usagers de la clinique ce qui me perturbe énormément aussi et je n'arrive plus à le suivre correctement. »* [Extrait de l'entretient avec le patient monsieur C.A âgé de 44 à la polyclinique coopérative*]*

Il y à aussi et surtout l'implication du thérapeute et du patient. Parmi ces qualités il faut noter aussi l'attitude du psychologue qui pourrait avoir un impact positif ou négatif sur le résultat de la prise en charge. Le patient n'ayant pas confiance en son thérapeute ne pourra pas l'aider à résoudre le problème donc l'échec de la prise en charge. La relation thérapeutique se caractérise par le lien entre le patient et le thérapeute qui se développe au cours d'un suivi thérapeutique. Si ce lien est bien construit et est solide la thérapie sera une réussite.

> *« Je suis à la fin de ma thérapie, et cela s'est bien passé car déjà le début mon thérapeute m'a mise en confiance et une bonne relation s'est construite et cela m'a permis de m'impliquer, de me libérer pour réussir cette psychothérapie, il s'est m'écouté et me relancé quand il le faut. Je suis très contente. »* [Extrait de l'entretient avec un patient madame E.J âgé de 49 ans à la polyclinique coopérative*]*.

Cette relation a été une réussite parce qu'elle s'est construite sur la base de la confiance. La base de toute relation doit se fonder sur la collaboration de l'un ou l'autre partie, cela permet au thérapeute de construire un déjà dès le départ une relation de confiance ce qui favorise la suite de la psychothérapie et par la suite un bon résultat.

3-2-une meilleur qualité de la relation thérapeutique conduire au soulagement du patient

Avec le développement la psychothérapie est devenue une question de l'évaluation de ses effets, et parfois de l'efficacité de telle ou telle modalité de prise en charge.

3-2-1-Les aspects d'une meilleure qualité de la relation thérapeutique

Plusieurs aspect qualifient la psychothérapie, l'orientation qui consiste à évaluer le patient, la consternation est la phase où l'on se rend compte qu'on est désorienté, la collaboration le thérapeute et le patient communique efficacement, l'intégration est celle ou le patient s'approprie ce qui s'est passé dans la dyade thérapeutique et la transformation est un changement permanent dans la façon dont le patient fait face à ses difficultés. Le psychologue dans sa pratique doit avoir certaine qualification, son expérience compte dans la résolution du problème qui lui a été confié

> *« Le psychologue ne peut pas régler mon problème, il ne peut pas m'aider, il ne me comprendra pas, il ne sait pas ce que je vis, ce que je supporte »* [Extrait de l'entretient avec une patiente en thérapie de couple à la polyclinique coopérative]

La posture du psychologue, sa manière d'écouté, ses mimiques sont pris en compte pas le patient. Le patient interprète plus les gestes du psychologue que ce qu'il sort de sa bouche. Dans certains cas l'expérience du psychothérapeute est impliquée et agit sur le résultat de la prise en charge, on peut aussi ajouter constater que certains patients voir le physique et l'apparence du thérapeute et juge qu'il ne peut régler leur problème parce qu'il parait peut-être plus jeune ou autre aspect dont le patient redoute dans l'amélioration de sa souffrance.

3-2-2-De la qualité de la relation thérapeutique au soulagement du patient

Pour le soulagement du patient dépend de la forme de la relation que et le patient et le thérapeute ont construire dès le début de la relation thérapeutique, de l'interaction entre

ces deux acteurs. Certain patients se plaint du non satisfaction malgré les séances de thérapie déjà fait.

> *Je ne comprends plus rien je n'ai pas eu de soulagement à mon problème depuis que j'ai commencé la thérapie, parfois j'ai envie de tout arrêté, je n'ai ni la force ni la volonté de continuer*. [Extrait de l'entretient avec un patient A.J âgé de 35 ans à la polyclinique coopérative*]*

Cela étant la qualité d'une relation thérapeutique telle qu'elle soit agie sur le résultat de la prise en charge psychologique et donc dépend du soulagement du patient. La qualité de la relation thérapeutique influence le résultat de la prise en charge psychologique. Pour la réussite d'une thérapie un bon psychologue se doit de veiller à ce que tous les aspects se réunissent pour une bonne prise en charge psychologique. En cas de défaillance d'un de ces aspects il n'y aura pas un résultat escorté.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre sera destiné dans un premier temps à analyser la pertinence des résultats en lien avec la question de recherche. Puis, il exposera le compte rendu des résultats obtenus ainsi que des liens établis entre ces derniers et la littérature.

4-1-L'importance de la communication dans une relation thérapeutique

Selon Cosnier, (1993) « À une époque où beaucoup d'efforts sont consacrés à améliorer les communications machine-machine et homme-machine, il serait temps de s'apercevoir que les rapports homme-homme ne sont pas plus simples et nécessitent eux aussi des investissements en recherche et en formation peut-être encore plus grands et certainement aussi urgents. »

A partir de nos analyses on peut dire que la communication est un aspect très capital dans une relation thérapeutique et primordiale. Cerné les contours de cet aspect favorise forcement l'entente, la compréhension et un bon déroulement de la thérapie. De même le psychothérapeute doit utiliser les techniques et approche nécessaire pour amener son patient à être actif au cours de chaque rencontre. Donc nous rejoignons MANTZ et WATTEL dans leur document ¨Importance de la communication dans la relation soignant-soigné¨ que : La communication est un des aspects de la relation, élément essentiel car de sa qualité dépend celle de la relation. Aussi joue-t-elle un rôle décisif à toutes les phases de l'exercice médical et psychologique : c'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité, à condition qu'on ne la réduise pas au statut de marchandise, objet d'enjeux économiques « La com. ». « Le médecin et le psychologue est par excellence un être de communication, c'est à dire d'écoute et de discours, ces voies qui font pénétrer au cœur de la dignité des hommes qui se confient à lui.

La plupart des malentendus, des litiges, voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés sont liés à une carence de communication : manque d'écoute qui prive le médecin d'informations essentielles, non seulement sur les symptômes ressentis par le malade mais aussi sur son état d'esprit, ses croyances, son inquiétude ; manque d'explications qui laisse le malade aux prises avec ses questions, ses doutes, ses angoisses. Toujours pour cet aspect de la communication le témoignage recueilli chez un psychiatre du nom de H. Loo dans le même document cité plus haut qui appui toujours nos résultats d'analyse mettant l'assent sur la communication, il affirme que :

La communication en psychiatrie est reconnue, depuis les aliénistes du siècle dernier, comme un problème majeur de la relation autant avec le malade mental caractérisé qu'avec les sujets présentant des difficultés psychologiques, même atténuées qui n'ont pas l'ampleur d'une véritable maladie psychiatrique. Les manuels de psychiatrie classiques recommandaient dans la relation une attitude de « neutralité bienveillante...» propos contradictoires puisque la neutralité n'est pas la bienveillance et la bienveillance n'est pas neutre. Les traités plus modernes évoquent une « juste distance » dans la relation lors d'un entretien psychiatrique. La contradiction de la première recommandation et le flou volontaire de la seconde constituent l'aveu explicite des difficultés de la communication avec les sujets atteints de perturbations psychopathologiques. Il n'y a pas de particularités, ni de spécificités intrinsèques, caractéristiques de la communication en psychiatrie. Celle-ci n'est jamais uniforme et aucune règle, aucun conseil rigide, valable pour l'ensemble de la pathologie mentale, ne peut être formulé. La communication en psychiatrie est nécessairement modulée, adaptée, ajustée en fonction de l'entretien, de l'attitude du sujet et de ses réactions, qui dans le domaine de la pathologie mentale peuvent être particulièrement excessives et/ou inattendues et/ou disproportionnées voir déstabilisantes

La communication dans la relation du généraliste nécessite une prise en charge de la personnalité du patient mais aussi de son environnement et des problèmes non limités à la maladie. Prise en compte du milieu où évolue le patient. Quel est son contexte familial, professionnel, historique. Rechercher des éléments de décision autres que cliniques. Assumer la gestion simultanée de plusieurs problèmes, de santé, d'existence, de culture. Eviter toute restriction à la vie. Accompagner le malade lors d'évènement

douloureux jusqu'aux termes de ceux-ci avant de pouvoir élaborer une synthèse provisoire.

4-2-L'apport du cadre thérapeutique à la réussite d'une prise en charge psychologique

Une bonne qualité de la relation thérapeutique doit respecter certaines normes, certaines caractéristiques sur la base de l'éthique du métier et tout cela pour un bon déroulement d'une prise en charge psychologique. C'est ainsi donc que l'analyse de nos résultats de recherche nous informe sur le cadre thérapeutique qui devrait être un environnement calme et dépourvu de toute interférence et aller-retour, une salle bien aérée décorée avec une luminosité adaptée. Mais il a été remarqué que ces thérapies se font dans des endroits informels et dépourvu de toute attention. Ce qui nous renvoie à Frenette (2015) dans son document intitulé ¨ La relation thérapeutique en médecine et psychothérapie¨ aborde dans le même direction que nous en ce sens que ; L'établissement d'un cadre dans la relation médecin- malade se fait souvent de façon informelle. Les médecins proposent un lieu, une durée, un suivi, un coût, rarement des règles explicites. Une meilleure connaissance de la complexité et de l'importance des multiples facettes du cadre pourrait leur permettre de voir venir les dangers, pour eux et pour leur patient, d'une relation professionnelle établie avec un cadre imprécis. Les psychothérapeutes bien formés prennent soin, dès la première rencontre avec un patient, de clarifier le cadre et de le préciser à nouveau au besoin.

4-3-L'effet de l'alliance thérapeutique sur le résultat d'une prise en charge psychologique

Pour qu'une thérapie soit réussir il faut forcément un accord entre le thérapeute et son patient. L'alliance thérapeutique formée par ces deux acteurs c'est-à-dire le thérapeute et son patient déterminera la suite de l'efficacité de la prise en charge, et dans le même temps la satisfaction et le soulagement du patient dépend de cette alliance. Par ailleurs la réussie de la prise en charge dépend aussi du patient, de son comportement envers son thérapeute et au cours même de la thérapie, de son implication dans l'alliance. Tous ces facteurs influence le résultat de la prise en charge psychologique. Certains auteurs ont

les mêmes points de vu que ceux de notre analyse des résultats recueillir sur le terrain. C'est ainsi que Le concept d'alliance thérapeutique a une longue histoire qui remonte à certaines observations de Freud (1912/1966) sur le transfert. En effet, il fut l'un des premiers à souligner l'importance de la relation entre le patient et le thérapeute. Selon lui, la relation thérapeutique est une relation basée sur les sentiments d'affection que le patient éprouve envers son thérapeute. C'est Sterba, en 1934, qui introduit le terme d'ego alliance. Il identifie, au sein du travail psychanalytique, l'engagement et la participation du patient comme déterminants de l'efficacité de la thérapie. Il indique qu'une relation positive entre le moi raisonnable du patient et le moi analysant du thérapeute est un élément nécessaire au bon fonctionnement d'une thérapie.

L'alliance thérapeutique serait aussi un facteur de succès commun à travers les différentes approches de traitement. Peu importe l'approche utilisée par le thérapeute, il se développe entre l'aidant et l'aidé une relation qui mène à l'établissement d'une qualité variable d'alliance thérapeutique. Cette alliance a d'ailleurs le même impact sur l'efficacité à travers les différents contextes d'aide. Les études démontrent qu'une forte alliance thérapeutique amène une contribution positive aux résultats de la thérapie, et ce pour toutes approches et formes de thérapie, que ce soit la thérapie individuelle, de groupe, de couple, les approches psycho dynamiques, gestaltistes, systémiques ou cognitives-comportementales (Lustig *al*, 2002; Saketopoulou 1999).

De plus, Greenberg and Safran (1989) soulignent que l'alliance thérapeutique crée un contexte favorable à l'expression et à l'exploration des émotions du patient et qu'elle facilite le travail thérapeutique. Ainsi, il semble que le contexte favorable au traitement qu'offre l'alliance thérapeutique, en facilitant l'interaction entre le patient et le thérapeute, contribue au succès thérapeutique. Il n'est donc pas étonnant que, comme mentionné précédemment, l'alliance thérapeutique soit fortement reliée aux résultats d'une thérapie (Horvath & Symonds, 1991; Martin et *al*, 2000).

Parmi les recherches qui approfondissent la compréhension de l'alliance thérapeutique, se retrouvent celles qui portent sur les variables pouvant influencer le développement de l'alliance. Des études ont été réalisées afin de comprendre l'influence qu'ont diverses caractéristiques des patients sur le développement de l'alliance thérapeutique. Les caractéristiques propres aux patients qui ont habituellement fait l'objet d'études sont la

sévérité de leurs symptômes, le soutien social qu'ils perçoivent, l'attention maternelle reçue, les expériences interpersonnelles positives, la détresse interpersonnelle et l'affiliation interpersonnelle.

4-4-L'impact de l'expérience du thérapeute sur le résultat de prise en charge psychologique

A tout cela s'ajoute l'expérience du thérapeute qui dans certains cas influence négativement la relation thérapeutique ou positivement dans d'autre cas ça laisse indifférent l'expérience ou pas du thérapeute c'est le résultat qui compte. Comparativement à d'autres auteurs qui abordent dans le même sens que nos recherches. Les caractéristiques personnelles du thérapeute et les techniques utilisées en thérapie pouvant influencer négativement l'alliance thérapeutique a été effectuée par Ackerman et Hilsenroth (2001). Un thérapeute démontrant l'une ou l'autre de ces caractéristiques : rigide, incertain, critique, distant, tendu et distrait, aurait un impact négatif sur le développement de l'alliance thérapeutique. À la suite de leur recension, les auteurs soulignent également que certaines interventions en thérapie peuvent nuire à l'alliance thérapeutique, telles qu'être trop structuré, utiliser la révélation de soi de façon inadéquate, effectuer des interprétations du transfert de manière rigide et utiliser le silence de façon inadéquate (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Plusieurs études ont tenté d'explorer la relation entre l'alliance thérapeutique et l'expérience du thérapeute. La façon dont les auteurs définissent l'expérience d'un thérapeute varie grandement selon les études. Dans certaines, l'expérience est évaluée en fonction des années de pratique de la psychothérapie incluant les années de formation et de post graduation. D'autres évaluent l'expérience du thérapeute sur la base des années de pratique post graduation. D'autres encore mesurent l'expérience sur la base des années de formation continue, du nombre d'heures de supervision, d'assistance à des conférences, ou de thérapie personnelle reçues. Finalement, certaines études incluent toutes ces données pour définir le niveau d'expérience du thérapeute.

Des études se sont intéressées aux liens pouvant exister entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction des clients envers leur thérapie. Pascoe (1983) définit le concept de satisfaction comme l'ensemble des réactions de l'usager vis-à-vis le contexte, le processus et les résultats, selon l'expérience vécue face au service reçu. Pour Ross et *al* (1987) la satisfaction perçue de la thérapie représente une interaction dynamique entre les attentes du client et les expériences vécues au cours du traitement. La satisfaction envers les services reçus est souvent évaluée dans les études de traitement. Parmi tous les instruments de mesure permettant d'évaluer cette variable. Les études portant sur la satisfaction perçue de la thérapie montrent qu'elle serait reliée aux résultats de la thérapie tout en demeurant une variable distincte de celle-ci. En effet, la satisfaction d'un client envers la thérapie reçue est une représentation de l'efficacité d'une intervention. Ainsi, la satisfaction des clients envers les services psychologiques reçus devient une source non négligeable d'informations sur la qualité des services psychologiques rendus. D'ailleurs, la mesure de la satisfaction envers la thérapie est de plus en plus utilisée comme indice de l'efficacité d'un traitement (Frager et *al*. (1999); Hermens et *al*.(2007) ; Tempier et *al*. (2010). De plus, la satisfaction face à une thérapie serait reliée à l'adhérence au traitement Kaplan, et *al* (1989); Fuertes, et *al* (2009). Il n'est donc pas étonnant que beaucoup d'études aient évalué le lien entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction du client envers sa thérapie.

Ces résultats vont dans le sens de certaines études mesurant les mêmes variables. D'abord, Stein et Lambert (1984) ont trouvé que les clients qui avaient des thérapeutes avec davantage de formation et d'expérience rapportaient plus de satisfaction envers leur thérapie. Ensuite, les clientes évaluées dans l'étude de Gulliksen et al. (2012) étaient plus satisfaites de leur thérapeute lorsque ce dernier était expert du trouble traité, soit l'anorexie. Finalement, les résultats de l'étude de Flores (1995) indiquent que les clients étaient plus satisfaits de leur expérience en thérapie lorsqu'ils étaient avec des thérapeutes qui en étaient à leur deuxième stage qu'avec des thérapeutes de premier stage.

Cette étude visait à faire plus de lumière sur la relation entre l'alliance thérapeutique, l'expérience du thérapeute et la satisfaction des clients envers la thérapie. Elle s'inscrit dans la lignée des nombreuses recherches qui ont étudié ces variables. Cependant, la

présente étude a le mérite d’avoir été la première à se pencher sur ces trois variables simultanément

CONCLUSION

Puisque l'alliance thérapeutique était fortement corrélée avec la satisfaction des patients envers la thérapie, cette étude appuie l'importance de miser sur le développement d'une alliance thérapeutique de qualité en thérapie. Celle-ci semble, en effet, favoriser une meilleure satisfaction du patient envers les soins qu'il reçoit. Cette étude contribue à souligner l'importance de l'alliance thérapeutique dans le processus de suivi psychologique. Les psychologues pourront considérer cet aspect primordial dans leur travail et porter une attention particulière à la relation qui se développe avec leur patient**.**

Cette étude contribue à l'avancement des connaissances en montrant l'importance du lien entre la qualité de l'alliance thérapeutique et le degré de satisfaction que les clients retirent de leur thérapie. La présente étude permet aussi de souligner l'importance de considérer le concept de l'alliance thérapeutique non seulement au sens large, mais également dans l'optique des sous dimensions qui la composent.

Les conclusions de cette recherche peuvent informer les psychologues sur l'importance de miser sur le développement d'une alliance thérapeutique de qualité dans leurs suivis auprès de leurs patients, de veiller au cadre thérapeutique, à la communication. Elles permettent aussi de noter l'utilité des programmes de formation en psychologie qui misent sur le développement précoce de compétences favorisant l'alliance thérapeutique dans le processus de formation des nouveaux psychologues.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Pasche, F, (1988), « L'imago-zéro, une relation de non-dialogue » in le sens de la psychanalyse, Paris : PUF.

Berthoz, Z et Jorland, G, (2004), L'EMPATHIE, L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ET LEURS IMPLICATIONS, Paris : O. Jacob

Michael Franz Basch. (1995). COMPRENDRE LA PSYCHOTHERAPIE-Dernière l'art, la science. Paris, Seuil.

SFETD. (2011). La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux. 36 pages. Répéré à

M. Santiago Delefosse, A. Gonin Nicole, (2011). Naissance d'une psychiatrie critique anglo-saxonne, perspectives et limite- EMC Elsevier-Masson.

Margot Phaneuf, PhD. (2016). L'alliance thérapeutique comme instrument de soins

Bastian, Joëlle, Jean Luc Valdeyron et Véronique Vaquier. (2001). « de la relation de confiance à l'alliance thérapeutique. » Recherche en soins infirmiers no 66, p.93-100.

Antoine Bioy, Hervé Bénony, Khadija Chahraoui et Maximilien Bachelart. (2012). Evolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. L'évolution psychiatrique 77.

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 171-185.

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1.

Anderson, T. (1999, June). *Specifying non-« specifics » in therapist : The effect of facilitative interpersonal skills in outcome alliance formation*. Paper presented at the 30th Annual Meeting of the International Society for Psychotherapy Research, Braga,

Portugal.

Bachelor, A. (1991). Comparison and Relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*, 534-549

Annexes

GUIDE D'ENTRETIEN

Dans le cadre de la réalisation de notre rapport de stage en vue de l'obtention définitive du diplôme de licence en psychologie clinique sur le sujet de recherche intitulé :

«INFLUENCE DE LA RELATION THERAPEUTIQUE SUR LE RESULTAT DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE A LA POLYCLINIQUE COOPERATIVE D'ABOMEY-CALAVI».

Nous voudrions nous entretenir avec vous. L'objectif est d'évaluer la qualité de la relation thérapeutique sur les résultats de la prise en charge psychologique.

1. La communication au cours d'une relation thérapeutique à la polyclinique coopérative.

2. Le cadre de la psychothérapie à la polyclinique coopérative.

3. La qualité de l'écoute du thérapeute à la polyclinique coopérative.

4. L'efficacité du psychothérapeute à la polyclinique coopérative

5. La collaboration du patient au cours de la relation thérapeutique à la polyclinique coopérative.

Table des matières

DEDICACE 2
REMERCIEMENTS 3
Résumé 4
Abstract 4
Sommaire 6
Introduction 7
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 10
1.1. Cadre institutionnel du stage 10
1.1.1. Présentation de la polyclinique d'Abomey-Calavi 10
1.1.1.1. Historique 10
1.1.1.2. Missions 11
1.1.1.3. Activités 11
1.1.1.4. Structure organisationnelle 11
1.2. Déroulement du stage et observations 13
1.2.1. Services parcourus et travaux effectués 13
1.2.2. Synthèse des atouts et problèmes de la polyclinique 14
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE 16
2.1. Cadre théorique de la recherche 16
2.1.1. Enoncé du problème, hypothèses et objectifs 16
2.1.1.1. Enoncé du problème et question de recherche 16
2.1.1.2. Hypothèses de la recherche 18
2.1.1.2.1. Hypothèse générale 18
2.1.1.2.2. Hypothèses Spécifiques 18
2.1.1.3. Objectifs de la recherche 18
2.1.1.3.1. Objectif général 18
2.1.1.3.2. Objectifs spécifiques 18
2.1.1.4. Intérêts de la recherche 19
2.1.2. Revue de littérature 19
2.2. Approche méthodologique de la recherche 22
2.2.1. Nature de la recherche 22

2.2.2. Groupes cibles et échantillonnage 22
2.2.2.1. Groupes cibles 22
2.2.2.2. Technique d'échantillonnage et échantillon 23
2.2.3. Techniques et outils de collecte de données 23
2.2.3.1. La recherche documentaire 23
2.2.3.2. L'entretien 24
2.2.3.3. L'observation 24
2.2.4. Techniques de traitement et d'analyse des données 24
2.2.5. Aspects éthiques de la recherche 25
2.2.6. Difficultés éprouvées 25
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 26
3-1- Influence de la qualité de la relation thérapeutique sur le résultat de la prise en charge psychologique 26
3-1-1-Les qualificatifs d'une bonne relation thérapeutique 27
3-1-2-Les différents résultats obtenus après une prise en charge psychologique 28
3-1-3-L'influence de la qualité de la relation thérapeutique sur les résultats obtenus 29
3-2-une meilleur qualité de la relation thérapeutique conduire au soulagement du patient 30
3-2-1-Les aspects d'une meilleure qualité de la relation thérapeutique 30
3-2-2-De la qualité de la relation thérapeutique au soulagement du patient 30
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 32
4-1-L'importance de la communication dans une relation thérapeutique 32
4-2-L'apport du cadre thérapeutique à la réussite d'une prise en charge psychologique 34
4-3-L'effet de l'alliance thérapeutique sur le résultat d'une prise en charge psychologique 34
4-4-L'impact de l'expérience du thérapeute sur le résultat de prise en charge psychologique 36
CONCLUSION 39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 40
Annexes 42
Table des matières 43