Les dynamiques relationnelles en contexte d'accompagnement professionnel et thérapeutique

Analyse comparative des paradigmes coach-client et soignant-patient

Christine BAUDOT(1), Kamel REMACHE(2)

(1) Psychosociologue, titulaire d'un diplôme universitaire en psychosociologie des organisations et professionnalisation du coaching (Paris 8), enregistré au RS de France Compétences, et d'une certification « Coaching systémique » (ORSC Canada) ; (2) Coach professionnel certifié par Vincent Lenhardt, chargé de cours à l'Université Paris VIII en psycho-sociologie, formateur et professeur de philosophie.

L'exploration approfondie des relations d'accompagnement, qu'elles s'inscrivent dans un cadre thérapeutique ou de coaching professionnel, révèle des mécanismes complexes et interconnectés qui méritent une attention particulière. Bien que ces deux modalités d'accompagnement évoluent dans des sphères distinctes, elles partagent des fondements épistémologiques et praxéologiques significatifs tout en maintenant leurs spécificités propres.

1 Fondements et objectifs de la relation d'accompagnement

1.1 Les bases de la relation : confiance et alliance

Au niveau du coaching professionnel, la relation se caractérise par une dynamique collaborative horizontale, où le praticien et le client co-construisent un espace d'exploration et de développement. Cette alliance de travail repose sur des principes déontologiques stricts, notamment la confidentialité absolue et l'autonomisation du client. Le coach adopte une posture de facilitateur, utilisant des techniques d'écoute active et de questionnement réflexif pour catalyser le potentiel intrinsèque du client. La relation soignant-patient, quant à elle, s'inscrit dans un paradigme thérapeutique où

l'expertise clinique joue un rôle prépondérant. Cette relation, bien qu'asymétrique en termes de connaissances médicales, tend progressivement vers un modèle de partenariat thérapeutique. Le professionnel de santé conjugue ses compétences techniques avec une approche holistique, intégrant les dimensions bio-psycho-sociales du patient dans sa démarche de soin. La convergence de ces deux approches se manifeste particulièrement dans leur objectif commun d'accompagnement vers l'autonomie, bien que leurs méthodologies et contextes d'interventions diffèrent. L'enjeu majeur réside dans l'établissement d'un équilibre subtil entre soutien professionnel et responsabilisation du bénéficiaire, tout en préservant l'intégrité éthique de la relation d'aide.

1.2 Cadres d'intervention et posture professionnelle

Dans l'exercice des professions de santé et d'accompagnement, la posture réflexive quant à nos propres systèmes de croyances et nos attentes personnelles est primordiale. Cette posture constitue une véritable vigilance épistémologique et éthique fondamentale pour garantir la pertinence et la justesse de l'intervention du professionnel.

La finalité de la relation en coaching

L'objectif principal réside dans l'accompagnement du client vers une autonomisation progressive et une appropriation de ses capacités d'autodétermination. Cette posture trouve des échos dans la *salutogénèse*, concept développé par le sociologue médical Aaron Antonovsky (1979)[1]. En effet, au sein du paradigme salutogénique, le professionnel agit comme facilitateur du processus d'empowerment, permettant au patient de mobiliser ses ressources internes et externes pour élaborer ses propres stratégies adaptatives. En revanche, dans le contexte des soins cliniques, la relation thérapeutique vise prioritairement l'amélioration de l'état bio-psycho-social du patient, nécessitant parfois une prise en charge plus directive. Cette dualité entre l'accompagnement capacitant et l'intervention thérapeutique soulève une dialectique professionnelle complexe entre *l'agir pour* et *l'agir avec*, requérant une adaptation constante du soignant selon les besoins et les capacités du patient.

Les frontières de la relation

Elles s'articulent autour de principes déontologiques communs aux différentes approches. Le respect scrupuleux des limites professionnelles et des considérations éthiques constitue un prérequis incontournable. Cette conscience du cadre implique également une capacité d'auto-évaluation continue de ses compétences et la reconnaissance des situations nécessitant une orientation vers d'autres professionnels, dans une logique de parcours d'accompagnement coordonné.

[1] Aaron Antonovsky a introduit le concept de salutogenèse dans son ouvrage *Health, Stress and Coping* publié en 1979 (San-Francisco : Jossey-Bass Publishers). Sa théorie se concentre sur les facteurs générant la santé plutôt que sur ceux produisant la maladie. Antonovsky a ensuite approfondi ce concept dans un autre ouvrage intitulé *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, publié en 1987 chez le même éditeur.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Les phénomènes de transfert et de contre-transfert

Conceptualisés initialement par la psychanalyse mais pertinents dans tout contexte thérapeutique, ces phénomènes nécessitent une vigilance particulière. Ils appellent une gestion de la distance optimale et requièrent une supervision régulière ainsi qu'une analyse réflexive de la pratique du soignant pour prévenir les risques de dépendance affective ou de projection identificatoire excessive.

Les fondements et les objectifs de la relation d'accompagnement ayant été établis, comment construire une relation de confiance authentique, sans tomber dans le piège de la dépendance ?

1.3 Construire une relation de confiance sans dépendance

Clarifier les rôles et les attentes dès le départ

L'établissement initial d'un cadre structuré nécessite une explicitation minutieuse des rôles et responsabilités respectifs. Cette phase cruciale de contractualisation permet de poser les fondements d'une alliance basée sur la reconnaissance mutuelle des compétences et des limites de chacun. Le professionnel mobilise ses compétences en communication pour instaurer un dialogue constructif, utilisant les techniques d'écoute active et de reformulation empathique pour favoriser l'émergence d'une compréhension partagée des objectifs de l'accompagnement. Dans le coaching, et ce dès la première séance, le coach clarifie son rôle : accompagner le client à trouver ses propres solutions, sans lui imposer de réponses. Cette posture favorise l'autonomie et montre que le coach n'est pas là pour « faire à la place » du client. Dans la relation de soin, le soignant peut expliquer que son rôle est d'apporter des outils ou des traitements pour soutenir la guérison, tout en valorisant la participation active du patient dans son processus de rétablissement (adhésion au traitement, hygiène de vie, etc.). Par exemple, un coach pourrait dire à son client : « Mon objectif est de vous aider à devenir autonome dans vos décisions. À terme, vous n'aurez plus besoin de moi pour avancer. ». Quant au soignant, il pourrait le formuler ainsi : « Nous allons travailler ensemble, mais vous êtes acteur de votre santé. »

Créer une alliance basée sur l'écoute active et la co-responsabilité

La co-construction du processus d'accompagnement s'appuie sur une dialectique subtile entre soutien et autonomisation. Le soignant développe une posture de facilitateur, mobilisant les concepts de l'*empowerment* en santé pour renforcer les capacités d'autodétermination du patient et du client. Cette approche vise à activer les ressources intrinsèques du sujet tout en maintenant un cadre contenant et sécurisant, permettant l'exploration progressive des potentialités d'autonomisation. L'écoute active montre que l'autre est entendu dans ses besoins et ses ressentis. Cependant, l'accompagnant doit éviter de devenir la seule solution. L'idée est d'encourager une co-responsabilité dans le processus. Le coach veille à poser des questions ouvertes pour aider le client à identifier ses propres ressources. Quant au soignant, il lui faut encourager le patient à poser des questions sur son traitement, à exprimer ses ressentis, et à prendre des décisions éclairées. La clé d'une relation d'aide réussie consiste à co-construire une

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

posture d'égal à égal, même si les connaissances ou compétences diffèrent, ce qui a pour effet de renforcer la confiance sans encourager une posture passive.

Favoriser l'autonomie à chaque étape

L'intégration des principes du coaching dans la pratique soignante enrichit considérablement l'approche thérapeutique traditionnelle. Cette hybridation méthodologique permet de développer une posture professionnelle alliant l'expertise clinique à une démarche maïeutique caractéristique du coaching. Le praticien adopte ainsi une position méta qui favorise l'émergence des solutions par le patient lui-même, tout en maintenant la rigueur du cadre thérapeutique. Dans le coaching, le coach veille à structurer le parcours pour que chaque séance mène à une prise de conscience ou à un apprentissage concret. Il s'agit d'encourager le client à appliquer ce qu'il découvre dans sa vie quotidienne. Dans le soin, il peut s'agir de donner des outils pratiques (éducation thérapeutique, conseils), mais aussi de responsabiliser le patient dans le suivi de son traitement. Par exemple, un coach peut demander : « Quelles actions pourriez-vous essayer avant notre prochaine rencontre ? » ; et un soignant pourrait dire : « Voici ce que je recommande. Qu'en pensez-vous ? Voyez-vous des ajustements à faire pour que cela vous convienne mieux ? »

Reconnaître et éviter les signes de dépendance

L'identification et la gestion des dynamiques relationnelles complexes constituent un enjeu majeur de l'accompagnement. Le professionnel doit maintenir une vigilance constante quant aux manifestations de dépendance affective, en réorientant systématiquement le sujet vers ses propres ressources adaptatives. Cette démarche s'inscrit dans une perspective de renforcement des compétences d'auto-soin et d'auto-surveillance, composantes essentielles du processus d'autonomisation. Par exemple, dans le coaching, si un client revient systématiquement vers le coach pour des validations ou pour des décisions qui relèvent de sa responsabilité personnelle, il peut être utile de recentrer. Le coach questionnera son client ainsi : « Et si vous décidiez par vous-même cette fois ? Quels critères utiliseriez-vous ? ». Un personnel soignant pourrait vivre une situation identique : c'est le cas d'un patient qui sollicite excessivement son soignant ou délègue complètement sa santé peut être encouragé à consulter des ressources complémentaires (psychologues, associations, groupes de soutien).

Terminer l'accompagnement de façon consciente et positive

La phase de clôture de l'accompagnement nécessite une attention particulière dans sa préparation et son déroulement. Elle s'inscrit dans une temporalité anticipée et négociée, permettant l'élaboration psychique de la séparation et la consolidation des acquis. Le processus de clôture devient ainsi un moment privilégié de synthèse et de validation des progrès réalisés, renforçant la confiance du sujet dans ses capacités d'autonomie.

Quelques exemples de clôture :

- Coach : « Vous avez fait un chemin impressionnant, et je suis convaincu que vous êtes désormais outillé pour continuer seul(e). Je reste disponible si un jour vous en ressentez le besoin, mais je crois que vous êtes prêt(e). »

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

- Soignant : « Votre santé est stabilisée. Je vous propose que nous fixions un suivi moins régulier. Vous avez toutes les ressources nécessaires pour continuer à prendre soin de vous. »

1.4 Conclusion : points de vigilance et préconisations

L'articulation entre les approches du coaching professionnel et de l'accompagnement en soin requiert une attention particulière aux dimensions éthiques et relationnelles de la pratique. Le praticien doit cultiver une conscience aiguë des enjeux transférentiels et contre-transférentiels, tout en maintenant une posture réflexive sur sa pratique. L'établissement d'un cadre thérapeutique clair nécessite une vigilance constante quant aux glissements potentiels vers des relations fusionnelles ou des dynamiques de dépendance affective. La mobilisation des outils du coaching, notamment les techniques de questionnement puissant et de reformulation, doit s'inscrire dans une démarche d'accompagnement respectueuse des temporalités psychiques du sujet. Le professionnel veillera à maintenir un équilibre délicat entre soutien empathique et stimulation de l'autonomie, en s'appuyant sur les concepts de l'alliance thérapeutique et de l'empowerment. L'intégration des approches cognitivo-comportementales et des principes de la psychologie positive permet d'enrichir le répertoire d'interventions, tout en préservant la singularité de chaque relation d'accompagnement. Cette hybridation méthodologique nécessite une formation continue et une supervision régulière pour garantir la qualité et la pertinence des interventions.

La confiance et l'autonomie sont certes essentielles. Mais comment naviguer entre le *faire pour* et le *faire avec* dans la relation d'accompagnement ? Le coaching professionnel et les soins de santé offrent-ils des réponses différentes à ce dilemme ?

2 La tension entre *faire pour* et *faire avec* dans la relation soignant-soigné et le coaching professionnel : une approche comparative

Bien que ces deux postures semblent opposées, elles ne sont pas mutuellement exclusives. Un accompagnement équilibré peut nécessiter de passer de l'une à l'autre selon les besoins de la personne.

2.1 La posture du faire pour : entre soins infirmiers et coaching

Dans l'exercice des soins infirmiers, la posture du *faire pour* s'inscrit dans une démarche thérapeutique où le soignant prend temporairement en charge certaines actions pour le patient. Cette approche interventionniste trouve sa légitimité dans des contextes cliniques spécifiques, notamment lors de situations d'urgence ou de vulnérabilité aigüe du patient. Parallèlement, dans le coaching professionnel, bien que moins fréquente, cette posture peut se manifester lors de situations de crise organisationnelle nécessitant une intervention directive temporaire, ou dans des contextes d'apprentissage technique spécifique. L'efficience de cette approche dans le domaine des soins se manifeste particulièrement dans les situations de détresse où l'intervention rapide et directive du soignant permet de stabiliser l'état du patient. Dans le coaching, cette posture peut s'avérer pertinente lors de phases de restructuration or-

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

ganisationnelle urgente ou de formation intensive, où l'expertise du coach doit être mobilisée de manière plus directive pour garantir des résultats immédiats.

2.2 L'approche du faire avec : convergences entre soins et coaching

En coaching, le *faire avec* est fondamental. Le coach agit comme un catalyseur, aidant le client à trouver ses propres réponses et à développer son autonomie. Cette posture met l'accent sur la co-construction, où le client est pleinement acteur de son processus de changement. La posture du *faire avec* constitue donc un pilier fondamental du coaching professionnel mais aussi dans les soins infirmiers. Dans le contexte médical, cette approche s'appuie sur l'*empowerment* du patient, concept également central dans le coaching où il prend la forme d'une mobilisation des ressources internes du coaché. Les deux disciplines partagent ici une philosophie commune, ancrée dans les théories humanistes de Carl Rogers (1959, 1963) et les approches cognitivo-comportementales d'Albert Bandura (1969). Dans les deux domaines, cette démarche favorise le développement de l'autonomie et renforce le sentiment d'auto-efficacité. Les professionnels, qu'ils soient soignants ou coachs, adoptent une posture de facilitateurs, accompagnant leurs bénéficiaires dans un processus de découverte et d'activation de leurs propres ressources. L'autonomisation du client, va lui permettre d'apprendre à mieux se connaître et à agir par lui-même : le coach insistera sur la valorisation de ses ressources internes et de la singularité de son parcours. Les risques sont toutefois réels : la frustration peut être grande si le client attend des solutions toutes faites. Le coach veillera à établir une progression adaptée, car le processus de croissance du client repose sur l'apprentissage par l'expérience. Dans une telle situation le coach pose des questions telles que : « Que ressentez-vous face à cette situation ? Quelles options voyez-vous ? » plutôt que de donner une réponse ou une directive dont l'objectif serait de soulager l'inquiétude et la frustration du client sans les « travailler ».

2.3 Dynamiques professionnelles comparées : une relation construite en intelligence de situation

L'articulation entre le *faire pour* et le *faire avec* révèle des similitudes significatives dans les deux champs professionnels. Les soignants, comme les coachs, doivent développer une capacité d'adaptation adéquate aux besoins de leurs bénéficiaires. Cette flexibilité professionnelle s'appuie sur des compétences d'évaluation continue et d'ajustement situationnel, essentielles dans les deux métiers. La principale différence réside dans la temporalité et la nature des interventions : les soins infirmiers peuvent nécessiter des phases plus longues de *faire pour* en raison des impératifs de santé, tandis que le coaching privilégie davantage le *faire avec* dès le début de l'accompagnement, la dimension d'urgence y étant généralement moins présente.

2.4 Enjeux éthiques et professionnels croisés

Les deux professions font face à des questionnements éthiques similaires concernant le degré d'intervention auprès de leurs bénéficiaires. La recherche d'un équilibre entre assistance et autonomisation constitue un défi permanent, nécessitant une réflexivité constante sur sa pratique. Les notions de consentement éclairé, de respect de l'autonomie et de bienfaisance sont centrales dans les deux domaines. Les évolutions récentes

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

dans ces deux champs professionnels tendent vers une valorisation croissante du *faire avec*, reflétant un changement paradigmatique plus large dans l'accompagnement des personnes. Cette évolution s'accompagne d'une professionnalisation accrue, avec le développement de formations spécifiques et de cadres de référence pour la pratique.

2.5 Perspectives d'avenir et enrichissement mutuel

Dans les soins, il s'agit de ne pas surprotéger le patient, même si le *faire pour* est souvent instinctif. En créant des opportunités pour le patient d'agir et de comprendre, le soignant peut favoriser son autonomie. Dans le coaching, il s'agit de ne pas être trop abstrait ou détaché. Parfois, des repères concrets (même temporaires) peuvent être nécessaires pour relancer le client. Ce que le coach peut apprendre du soignant : l'importance d'intervenir directement lorsqu'un besoin immédiat se fait sentir, tout en accompagnant la personne vers un état plus stable. Ce que le soignant peut apprendre du coach : l'art de valoriser les ressources internes de l'autre, même dans les situations les plus complexes, pour encourager une autonomie durable. L'équilibre entre *faire pour* et *faire avec* est une danse subtile. Elle nécessite une écoute fine et une adaptation constante aux besoins de la personne, qu'il s'agisse d'un client ou d'un patient. Cette fertilisation croisée des approches peut contribuer à l'évolution des pratiques professionnelles dans les deux domaines, favorisant l'émergence de nouvelles méthodologies d'accompagnement plus intégratives et adaptatives. L'enjeu futur réside dans la capacité à maintenir cette dynamique d'enrichissement mutuel tout en préservant les spécificités et l'identité propre de chaque profession. Le *faire avec* implique de reconnaître l'autonomie du sujet. Mais qu'entendons-nous précisément par autonomie dans le contexte de l'accompagnement ? Comment cette notion s'articule-t-elle avec la responsabilisation du sujet ?

3 La posture du sujet : entre autonomie et dépendance dans la relation de soin

3.1 La notion d'autonomie : une approche philosophique et clinique

L'autonomie du sujet constitue un enjeu fondamental dans la pratique des soins infirmiers et médicaux contemporains. La conception kantienne de l'autonomie, centrée sur l'autodétermination et la capacité de se gouverner soi-même, s'articule avec les approches cliniques modernes qui valorisent l'empowerment du patient. Selon Kant (1803), l'autonomie réside dans la capacité de l'individu à se gouverner lui-même en suivant des lois rationnelles qu'il s'est donné. Appliqué au patient ou au client, cela implique que le rôle du soignant ou du coach est de guider sans imposer, pour que la personne puisse exercer sa propre raison et choisir librement. Les travaux d'Emmanuel Levinas sur la vulnérabilité (1961, 1974) enrichissent cette approche. Pour Levinas, l'Autre est un être vulnérable qui nous interpelle par son visage, nous plaçant devant une responsabilité éthique. Cette vulnérabilité du patient ou du client demande une posture bienveillante, mais non dominatrice. L'éthique, ici, réside dans l'accompagnement sans écraser l'autre sous une expertise qui le rendrait passif.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

3.2 La responsabilisation du sujet : entre capacitation et accompagnement

La perspective existentialiste, notamment à travers les réflexions de Albert Camus (1942) et Jean-Paul Sartre (1943, 1946) sur la responsabilité individuelle, trouve un écho particulier dans les approches contemporaines d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Le concept de responsabilité vise à accroître la participation active du patient à son processus de soin, même face aux contraintes imposées par la maladie. Il s'agit alors de développer des stratégies d'accompagnement qui visent à renforcer les capacités d'auto-soin tout en reconnaissant les limites contextuelles au sein desquelles le sujet se débat. Cette approche s'inspire des modèles théoriques en soins infirmiers, notamment celui de Dorothea Orem (1987) sur l'auto-soin, qui structure l'intervention soignante selon les capacités évolutives du patient.

3.3 Les situations de dépendance : une analyse des dynamiques relationnelles

L'apport psychanalytique de Freud sur le transfert enrichit la compréhension des dynamiques relationnelles. Freud identifie le transfert comme un mécanisme par lequel le patient projette sur le soignant (ou l'analyste) des sentiments et des attentes issues de relations antérieures. Ce transfert peut être une ressource dans une relation thérapeutique, mais il devient problématique lorsqu'il empêche l'individu d'agir par lui-même. Quant à Simone Weil (1949) elle nous met en garde : dans « *L'enracinement* » : la relation d'aide peut être asphyxiante. Une attention excessive au patient peut l'empêcher de se reconnecter à ses propres forces. Cela rejoint l'idée que *faire pour* peut parfois maintenir l'autre dans une posture de passivité.

3.4 La dépendance : une approche holistique

Les réflexions de François Cheng sur l'interdépendance transitoire (2002, 2006). Dans ses réflexions sur le vivant, François Cheng rappelle que tout être humain est inscrit dans un réseau d'interdépendances. Un patient ou un client peut accepter sa vulnérabilité en reconnaissant qu'il a besoin de l'autre pour avancer, mais cette reconnaissance doit être transitoire, au service d'une autonomie future. Cette approche est enrichie par la vision interconnectée de John Donne (1624) « No man is an island »[2] : Cette célèbre phrase du poète anglais souligne que nous sommes tous connectés, et qu'un patient ou un client peut légitimement chercher du soutien, tant que cela n'étouffe pas sa capacité à devenir responsable de lui-même.

3.5 Illustrations littéraires de la posture du patient

Tchekhov, médecin lui-même, décrit dans sa nouvelle *Une banale histoire*, la relation entre un patient et son entourage. L'histoire illustre le conflit entre le besoin d'aide et le désir d'autonomie du patient.

Balzac, dans *Le médecin de campagne*, évoque ce médecin qui dépasse la simple fonction de soignant pour devenir un guide spirituel et social. Mais à quel moment le médecin va-t-il trop loin en influençant la vie de ses patients ?

[2]La citation se trouve dans l'ouvrage intitulé « Devotions upon Emergent Occasions », publié en 1624. Cette méditation exprime l'idée de l'interconnexion fondamentale entre tous les êtres humains, soulignant que la mort de chaque individu nous affecte tous car nous faisons partie de l'humanité dans son ensemble.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Albert Camus, dans *Le Mythe de Sisyphe*, évoque l'idée que l'homme doit donner un sens à son existence, même face à l'absurde. Pour un patient, cela peut se traduire par l'acceptation active de sa condition et une volonté de participer à son propre processus de soin, même si les réponses ne sont pas claires ou garanties.

Citons, en exemple, une personne atteinte d'une maladie chronique qui décide de transformer son quotidien pour mieux vivre avec sa condition. Elle incarne ainsi sa révolte face à l'absurde.

3.6 Conclusion : une posture équilibrée entre autonomie et interdépendance

La posture du patient oscille entre le besoin d'être accompagné et l'obligation d'agir pour lui-même. Philosophiquement, il s'agit d'accepter notre vulnérabilité tout en affirmant notre liberté. Dans la relation avec le coach ou le soignant, il revient à l'accompagnant d'équilibrer les dynamiques pour ne pas entretenir une dépendance qui freinerait le développement ou la guérison. L'autonomie du sujet est une valeur centrale, cela est désormais établi. Pourtant, ce sujet évolue dans des environnements qui ne partagent pas les mêmes critères de réussite et les mêmes représentations de la santé. Comment dès lors l'accompagner en tenant compte de la diversité des contextes socioculturels dans lequel il s'inscrit ? L'approche transculturelle est-elle la clé d'un accompagnement plus juste et plus efficace ?

4 L'accompagnement transculturel : une approche holistique à l'interface des soins et du coaching professionnel

La dimension culturelle dans l'accompagnement thérapeutique et professionnel constitue un élément fondamental qui nécessite une compréhension approfondie des dynamiques socioculturelles et de leur impact sur la relation d'aide. Cette analyse s'articule autour de plusieurs axes majeurs qui s'entrecroisent et s'influencent mutuellement.

4.1 Construction de l'autonomie selon le contexte socioculturel

La conception et l'application de l'autonomie varient considérablement selon les matrices culturelles. Dans les sociétés occidentales contemporaines, caractérisées par un fort individualisme, l'autonomie est perçue comme un processus d'émancipation personnelle, où l'individu est encouragé à développer sa capacité de décision et d'action indépendante. Les professionnels de santé et les coachs œuvrant dans ces contextes privilégient des approches centrées sur le développement de l'autodétermination et de la responsabilité individuelle. Par exemple, un coach américain pourrait mettre l'accent sur des outils pratiques et des stratégies d'action rapide, reflétant une culture orientée vers les résultats individuels. En revanche, dans les sociétés à orientation collectiviste, l'autonomie s'inscrit dans une dynamique relationnelle plus complexe, où l'interdépendance est valorisée. L'accompagnement doit alors intégrer les dimensions familiales et communautaires, reconnaissant que l'autonomie se construit dans l'interconnexion avec le groupe d'appartenance. Par exemple, en Afrique, un soignant pourrait impliquer toute la famille dans le processus de soin, car la guérison d'un individu est perçue comme une affaire collective.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

4.2 Dynamiques de pouvoir et construction de la confiance

Geert Hofstede, dans son analyse des dimensions culturelles, souligne que l'indice de distance hiérarchique varie fortement selon les pays, influençant les attentes envers les figures d'autorité. Les structures hiérarchiques culturelles influencent profondément la relation thérapeutique et de coaching. Dans les cultures où la hiérarchie sociale est fortement marquée, la légitimité du professionnel repose sur une reconnaissance formelle de son expertise et de son statut. Cette configuration exige une approche qui respecte les codes de déférence tout en maintenant l'efficacité thérapeutique. Conséquences : le coach ou le soignant est souvent attendu pour dire quoi faire, et les personnes accompagnées peuvent hésiter à poser des questions ou à contester des décisions, de peur d'être perçues comme irrespectueuses. Par exemple : un patient migrant nouvellement arrivé en France peut suivre un traitement sans poser de questions, même s'il ne comprend pas entièrement les implications.

Les sociétés plus égalitaires, quant à elles, favorisent une relation d'accompagnement basée sur la co-construction et le dialogue horizontal. Le professionnel doit alors adopter une posture de facilitateur plutôt que d'expert, encourageant une collaboration active dans le processus d'accompagnement. Par exemple, un coach pourrait demander dès le début : « Quelles sont vos attentes ? », plaçant ainsi le client en position de co-créateur.

4.3 Temporalité et processus d'accompagnement

Au sein des cultures orientées vers le long terme (Chine, Inde), L'accompagnement est souvent perçu comme un processus lent et graduel, où les résultats immédiats ne sont pas prioritaires. L'idée est de construire une relation solide et durable. Par exemple, un coach indien pourrait insister sur l'importance des petites étapes et des ajustements continus, en accord avec la philosophie ayurvédique ou yogique. A l'opposé de ces dernières, les cultures orientées vers le court terme (États-Unis, Europe de l'Ouest) sont plus pragmatiques, axées sur des résultats mesurables dans un délai court. Par exemple, un soignant européen pourrait prescrire un traitement rapide pour obtenir des résultats visibles, tandis qu'un patient d'une autre culture pourrait privilégier des approches plus holistiques et lentes (médecines traditionnelles, rituels).

4.4 Intégration des dimensions spirituelles et séculières

Claude Lévi-Strauss, dans *La Pensée sauvage* (1962), analyse la manière dont les cultures traditionnelles interprètent la maladie ou le changement à travers des récits symboliques, montrant que l'accompagnement est aussi une question de sens partagé. Dans certaines cultures, traditionnelles pour la plupart, la santé ou le changement personnel sont perçus comme liés à des forces spirituelles ou communautaires. Le soignant ou le coach peut être vu comme un médiateur entre la personne et ces forces. En Afrique, par exemple, un patient peut consulter un guérisseur traditionnel avant ou en parallèle d'un médecin moderne, car les causes de la maladie sont perçues comme à la fois physiques et spirituelles. Au sein de cultures sécularisées, comme dans les pays occidentaux, l'accompagnement repose davantage sur des approches

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

rationalisées, déconnectées de la spiritualité. Cette approche peut parfois manquer de la dimension holistique que d'autres cultures valorisent.

4.5 Expression et gestion de la vulnérabilité

Brené Brown (2014), spécialiste de la vulnérabilité, souligne que la honte est universelle mais que les cultures modulent la manière dont elle est vécue et exprimée. Dans certaines cultures (Japon, Chine, cultures africaines), exprimer sa vulnérabilité ou reconnaître un besoin d'accompagnement peut être perçu comme une faiblesse, car cela va à l'encontre des normes sociales ou familiales (préservation de l'honneur, de l'image). Le coach ou le soignant doit alors travailler en douceur pour permettre à la personne de s'ouvrir sans crainte du jugement. Par exemple, un coach au Japon pourrait d'abord mettre l'accent sur les forces et les réussites du client avant d'aborder des zones de difficulté, afin de respecter la valeur culturelle du *tatemae* (le masque social). A l'opposé, dans d'autres cultures (cultures latines, Moyen-Orient), il peut être plus naturel d'exprimer ses émotions et de rechercher un accompagnement communautaire. La vulnérabilité est alors vue comme un appel légitime à l'aide et au soutien.

4.6 Synthèse et perspectives pratiques

L'accompagnement transculturel exige une compétence complexe alliant conscience culturelle, flexibilité méthodologique et capacité d'adaptation. Le professionnel doit développer une sensibilité interculturelle aiguë, permettant d'ajuster sa pratique aux référentiels culturels de la personne accompagnée. Cette approche nécessite une posture d'humilité culturelle reconnaissant les limites de sa propre perspective culturelle, une capacité d'adaptation méthodologique intégrant différents cadres de référence, et une vigilance continue dans l'évaluation de la pertinence culturelle des interventions proposées. La réussite de l'accompagnement repose sur la capacité à créer des ponts entre différents systèmes de valeurs tout en maintenant la rigueur professionnelle nécessaire. Face aux défis de l'accompagnement transculturel, quelle posture le professionnel doit-il adopter ? Comment concilier l'art de la rencontre et l'expertise clinique pour un accompagnement holistique et personnalisé ?

5 La posture professionnelle dans l'accompagnement : entre art de la rencontre et expertise clinique du coach-soignant

L'exercice de l'accompagnement, qu'il soit thérapeutique ou professionnel, requiert une sophistication particulière dans la posture adoptée, transcendant les approches conventionnelles des métiers traditionnels. Cette analyse explore les différentes dimensions de cette posture complexe, à l'intersection des sciences humaines, médicales et du développement professionnel.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

5.1 Le coaching et le soin : des métiers « impossibles » (Freud) pas comme les autres ?

Le coach-soignant est-il un métier comme les autres ? Et d'abord : qu'est-ce qu'un métier ? Daniel Porot, spécialiste de la gestion de carrière, définit le métier par deux composantes liées et interdépendantes : la fonction ou l'activité (ce que la personne fait) le secteur ou le domaine de ladite activité (où elle le fait). La difficulté provient du fait qu'il est difficile d'appliquer une telle grille de lecture au coaching : on voit mal comment apparier une fonction précise du coach-soignant dans un secteur professionnel précis. Si l'on admet de définir le métier comme la combinaison cohérente et articulée d'une fonction précise exercée au sein d'un secteur professionnel précis, alors la conclusion s'impose ; coach n'est pas un métier, ou, de façon moins abrupte : ce n'est pas un métier comme un autre. En effet, l'une des originalités du coach est précisément d'exercer son activité en décalage des habitus professionnels de ses clients-tes : ces derniers-ères savent trop bien ce que sait qu'une fonction exercée dans un secteur particulier et voici qu'ils-elles rencontrent quelqu'un-e qui n'a ni fonction ni secteurs déterminés. Un tel nomadisme professionnel a de quoi surprendre les férus de catégorisations et autres appellations d'origine contrôlée.

L'impossibilité d'assigner au coach-soignant une fonction et un secteur précis, c'est-à-dire de ne pas en faire un métier, est ce qui constitue sa plus-value et son apport essentiel. Nous ne sommes pas loin de ce que le vocabulaire analytique de l'image appelle le décadrage : soit, selon Wikipédia « un décentrage du sujet ou l'utilisation d'obliques dans une composition visuelle, qui désoriente le regard ». Or, qu'est-ce qu'exercer un métier sinon toujours effectuer une opération de cadrage : encadrer ou être encadré ? Dans son versant positif, le cadre est toujours ce qui rend possible la création : pas de peinture possible sans toile cadrée sur laquelle projetée l'œuvre et l'imagination du peintre. Donc : pas de créativité sans cadre. La métaphore sera filée par François de Singly insistant sur le rapport de renforcement dialectique entre le cadre et la créativité en l'occurrence éducative : « par analogie, on posera que les parents sont le cadre et les enfants la peinture ». Mais le cadre a aussi son versant négatif. En effet, cadrer c'est aussi et surtout opérer une capture dans le sens où il s'agit de faire « entrer les modes d'existence des individus dans des catégories prédéfinies ». (De Jonckheere, 2010).

Exercer un métier c'est, par conséquent, pratiquer trois des quatre modalités de pliage que Deleuze identifie chez Foucault :

- Le rapport de force ou « rapport de pouvoir entre mon dynamisme vital et ceux qui vont me faire baver, qui vont me faire plier : « on va te mater, les petits sauvages comme toi, c'est la spécialité de notre régiment » (Ansay, 2015).
- Le savoir : ce pli est constitué autant par tout ce que la société sait sur nous que ce que nous produisons de savoirs sur nous-mêmes.
- Le rapport à soi : ce pli est comme la combinaison des deux précédents. C'est la fameuse logique de l'inclination : « quand nous disons « je suis motivé », cela veut dire : « je suis plié d'une certaine manière, j'incline à faire ceci ». (Ansay, op. cit. p. 311).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

L'ensemble cumulatif de ces pliages est merveilleusement rendu par la fable de La Fontaine « *Le chien et le loup* » :

Un Loup n'avait que les os et la peau,
Tant les chiens faisaient bonne garde.
Ce Loup rencontre un Dogue aussi puissant que beau,
Gras, poli, qui s'était fourvoyé par mégarde.
L'attaquer, le mettre en quartiers,
Sire Loup l'eût fait volontiers ;
Mais il fallait livrer bataille,
Et le Mâtin était de taille
À se défendre hardiment.
Le Loup donc l'aborde humblement,
Entre en propos, et lui fait compliment
Sur son embonpoint, qu'il admire.
« Il ne tiendra qu'à vous beau sire,
D'être aussi gras que moi, lui repartit le Chien.
Quittez les bois, vous ferez bien :
Vos pareils y sont misérables,
Cancres, hères, et pauvres diables,
Dont la condition est de mourir de faim.
Car quoi ? rien d'assuré : point de franche lippée ;
Tout à la pointe de l'épée.
Suivez-moi : vous aurez un bien meilleur destin. »
Le Loup reprit : « Que me faudra-t-il faire ?
– Presque rien, dit le Chien, donner la chasse aux gens
Portants bâtons, et mendiants ;
Flatter ceux du logis, à son Maître complaire :
Moyennant quoi votre salaire
Sera force reliefs de toutes les façons :
Os de poulets, os de pigeons,
Sans parler de mainte caresse. »
Le Loup déjà se forge une félicité
Qui le fait pleurer de tendresse.
Chemin faisant, il vit le col du Chien pelé.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

« Qu'est-ce là ? lui dit-il. – Rien. – Quoi ? rien ? – Peu de chose.
– Mais encore ? – Le collier dont je suis attaché
De ce que vous voyez est peut-être la cause.
– Attaché ? dit le Loup : vous ne courez donc pas
Où vous voulez ? – Pas toujours ; mais qu'importe ?
– Il importe si bien, que de tous vos repas
Je ne veux en aucune sorte,
Et ne voudrais pas même à ce prix un trésor. »
Cela dit, maître Loup s'enfuit, et court encore.

La posture du coach a plus à voir avec celle du maître Loup qu'avec celle du Dogue, aussi puissant et beau soit-il. Car exercer un métier, c'est toujours adopter une posture pliée, courbée selon des points d'inflexion précis. Être plié ou se plier désigne le moment où ma ligne désirante rencontre un point d'inflexion qui me fait bifurquer vers de tout autres horizons, parfois bienvenus, très souvent problématiques s'ils me remorquent à des lignes désirantes opposées à la mienne. Quel serait l'apport du coach dans toute cette histoire, sinon, par sa posture dépliée, de favoriser les dépliages individuels et collectifs ? Tel l'acupuncteur, la posture du coach est action sur les points d'inflexion d'une ligne désirante de façon à en re-déployer la *libido vitalis*, définie par Frans Veldman comme

> « [...] le désir de vivre, fondamental, essentiel, caractérisé, en tant que plaisir de vie et attachement à la vie, par une impulsion vitale profonde [...] qui tend à l'expérience sensible et au vécu psychique de plaisir et de bonté, que donnent la recherche, l'aspiration et l'atteinte d'un bien vital essentiel ». (Veldman, 1991 : 114).

L'enjeu, on le constate, est de taille, car à la question posée par Etienne Souriau : « L'exister est-il susceptible de plus ou de moins ? » (Souriau, 2009 : 89), le coach, parce qu'il sait combien les existences qui se présentent à lui peuvent être pliées, les vouant à un seul mode d'existence alors qu'elles peuvent exister selon plusieurs modes, sait pouvoir répondre légitimement par l'affirmative. Oui : « Les existences moindres » (David Lapoujade) ne sont pas une fatalité, « un être n'est pas voué à un seul mode d'existence, il peut exister selon plusieurs modes ». (Lapoujade, 2017 : 13).

5.2 A l'interface des systèmes : la posture du marginal sécant

Si la posture du coach n'est pas dictée par les réquisits d'un métier, comment la définir positivement ? La meilleure posture pour être à même d'agir sur ces points d'inflexion des lignes qui constituent les individus est celle du marginal sécant. Selon les sociologues Michel Crozier et Erhard Friedberg, le marginal sécant est

> « Un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indis-

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> pensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires. » (Crozier et Friedberg, 1977 : 86)

Appliquant cette notion au coaching, Jean Louis Sentin leur emboîte le pas :

> « Est marginal sécant d'une figure ce qui fait plus que la « tangenter » mais la recouvre partiellement sans toutefois se confondre avec elle ». (Sentin, 2010 : 160).

Cette posture de marginal est par conséquent incompatible avec l'exercice d'un métier, dont nous rappelons qu'il est constitué d'une fonction exercée dans un secteur professionnel précis. La posture du coach étant celle du marginal sécant, on parlera donc davantage d'une posture de méta-métier s'agissant du coach. La posture méta est structurelle à l'activité du coach dans la mesure où elle lui permet d'échapper aux opérations de capture et de pliage de ses lignes.

Par conséquent la posture du coach recouvre des domaines de l'activité humaine aussi variés que la psychologie, la formation et le consulting. Elle gagnerait à ne pas favoriser une approche plutôt qu'une autre mais à les articuler dans une perspective intégrative et éclectique. En quoi consiste donc l'éclectisme de la posture du coach ? En ceci que les théories et les approches sur lesquelles le coach fonde ses interventions, ne concernent pas les mêmes niveaux de la colonne vertébrale de l'identité chère à Vincent Lenhardt : La posture du coach se doit d'être intégrative et éclectique car l'ensemble de ces niveaux agissent et interfèrent simultanément en situation de coaching (posture centripète du coach), même si l'intervention du coach se focalisera sur les vertèbres de l'organisationnel, du managériale et du professionnel (posture centrifuge). Cette approche intégrative et éclectique concerne tant le domaine de la psychologie et des psychothérapies que les théories des organisations. Quelle que soit la préférence du coach en la matière, il semble impossible de cerner les tenants et les aboutissants de l'une d'entre elles sans saisir ses multiples influences et héritages. Comment faire le tour de l'approche humaniste en général et de Carl Rogers en particulier sans investiguer du côté de l'approche psychanalytique/psychodynamique en général et de Adler ou Rank ou encore d'Ackerman en particulier. Comment appréhender l'approche systémique en général et celle de Watzlawick en particulier sans se référer à Jung ? Comment mobiliser la gestalt en général et Perls en particulier sans aller voir du côté de la psychanalyse et de Reich ? Le coach saura donc tirer profit de ces différentes approches. Sa posture de marginal sécant lui permet de les mobiliser en intelligence de situation et en fonction du niveau d'avancement de son client : un coach rompu aux approches comportementales qui appliquerait son modèle d'intervention sur un client dont la volonté de changement est inexistante risque de le fourvoyer et de compromettre son accompagnement. Du côté des théories des organisations, l'approche monothéorique est également à bannir. Gareth Morgan (2007) nous a suffisamment sensibilisé à cette vision plurielle des organisations. Ces dernières peuvent être vues comme : des machines des organismes un cerveau une culture un système politique une prison du psychisme flux et transformation instrument de domination Là encore, la posture de coach ne saurait être réductrice.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

5.3 Convergence et rayonnement des approches

La posture professionnelle dans l'accompagnement se caractérise par un double mouvement : une force centripète d'intégration des diverses approches théoriques et pratiques, et une force centrifuge d'adaptation aux besoins spécifiques de chaque situation. Cette dialectique permet une approche holistique tout en maintenant la précision des interventions cliniques. Par conséquent la posture du coach recouvre des domaines de l'activité humaine aussi variés que la psychologie, la formation et le consulting. Elle gagnerait à ne pas favoriser une approche plutôt qu'une autre mais à les articuler dans une perspective intégrative et éclectique. Le coach saura donc tirer profit de ces différentes approches. Sa posture de marginal sécant lui permet de les mobiliser en intelligence de situation et en fonction du niveau d'avancement de son client : un coach rompu aux approches comportementales qui appliquerait son modèle d'intervention sur un client dont la volonté de changement est inexistante risque de le fourvoyer et de compromettre son accompagnement.

Du côté des théories des organisations, l'approche monothéorique est également à bannir. Gareth Morgan (2007) nous a suffisamment sensibilisé à cette vision plurielle des organisations.

Ces dernières peuvent être vues tour à tour comme :

- des machines
- des organismes
- un cerveau
- une culture
- un système politique
- une prison du psychisme flux
- un instrument de domination

Là encore, la posture de coach-soignant ne saurait être réductrice.

5.4 L'art de la modulation dans l'accompagnement

Dans l'un de ses ouvrages, intitulé *Les 5 Formes d'intelligence pour affronter l'avenir*, Howard Gardner (2009) distinguait l'intelligence torche de l'intelligence laser. La dernière

> « explore à fond un sujet mais ignore les occasions de pollinisation croisée », tandis que la première « ne creuse peut-être pas aussi profondément mais elle ne cesse de balayer l'environnement et peut donc plus facilement repérer des rapports (et identifier des différences) entre diverses sphères ».

La posture du coach opère une synthèse disjonctive de ces 2 types d'intelligence et fonctionne de manière hybride : le coach mobilise une intelligence torche pour saisir les enjeux de son client et intervient avec une intelligence laser pour aider ce dernier

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

à trouver ses propres solutions. Comme l'écrivait Henri Poincaré (1902), « Un phénomène qui n'est expliqué que d'une seule manière n'est, pour ainsi dire, pas expliqué du tout ».

5.5 Les écueils de la rigidité théorique : un risque de réification

Un des risques majeurs dans l'accompagnement réside dans l'adoption d'une posture théorique rigide qui pourrait conduire à une déformation de la réalité clinique pour la faire correspondre à des modèles préétablis. La vigilance épistémologique implique une distinction constante entre les cadres théoriques utilisés et la réalité complexe de la personne accompagnée.

« Quand on a un marteau dans la tête on voit tout sous la forme d'un clou », dit le proverbe. Une posture monothéorique, qu'il s'agisse de théories du sujet ou de théories des organisations, risque de tordre le réel ou le problème du client pour le faire correspondre au modèle du coach ou du soignant. La sémantique générale nous a déjà familiarisés avec la nécessité de distinguer la carte et le territoire. Pour définir la posture du coach et du soignant, il faut aller plus loin : d'une part, le coach-soignant doit pouvoir mobiliser plus d'une carte ; et d'autre part, il doit également être en position méta vis-à-vis de ces mêmes cartes ou modèles en ne les confondant jamais avec les territoires qu'il arpente. Sinon ? Sinon le risque est grand de réifier les théories et les modèles mobilisés pour alimenter la posture du coach quand bien même cette dernière serait éclectique et intégrative.

Chez Lukacs (1921-1922), la réification signifie « qu'une relation entre personnes prend le caractère d'une chose » Christian Lazzeri (2011 : 259) commente :

> « Sous cette forme élémentaire, le concept désigne le processus cognitif et dispositionnel par lequel un être qui ne possède aucune propriété particulière des choses, par exemple un être humain, est néanmoins perçu et traité comme une chose par les autres tout autant qu'il peut l'être par lui-même ».

Le phénomène est en fait double : non seulement les choses acquièrent les caractéristiques des vivants mais ces derniers de surcroît acquièrent les caractéristiques des choses. L'imposture du coach-soignant se niche probablement là : dans cette pseudo-posture où les modèles et les théories viennent s'interposer entre lui et son client, ce dernier étant agi, commandé par les approches du coach qui endossent alors le rôle d'agent, voire d'acteur. Pour éviter cet écueil, la posture du coach-soignant doit pouvoir être dépouillée, au moment opportun, de toutes les théories et approches de façon à tenter de voir le réel sans lunettes. Il faudra au coach partir non plus de théories et de modèles d'intervention mais bel et bien du sujet, en soumettant à ce dernier des hypothèses d'exploration de diagnostic et de solutions innovantes. C'est à ces conditions réunies que la posture du coach peut être une posture clinique, celle qui privilégie le singulier. Conclusion : la posture du coach est tout un art.

Prenons la métaphore du judo. Les katas au judo ou au karaté sont une succession de mouvements codifiés mimant un combat et réalisant une démonstration technique.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Ils sont exigés au judoka pour obtenir les grades à partir de la ceinture noire 1er dan. Le jeune judoka doit donc se soumettre, dans un premier temps, à une discipline stricte. En attendant d'atteindre le plus haut grade, on peut affirmer que ce sont les règles qui le maîtrisent bien plus que l'inverse. Corseté dans un réseau de contraintes et de règles, le jeune judoka est un artisan, mais il n'est pas encore un artiste. Pour le devenir, il va falloir qu'il s'affranchisse de ces mêmes règles. Arrivé au plus haut grade, donc au 12e dan (décerné au seul Jigoro Kano, à titre posthume) le judoka repasse en ceinture blanche épaisse, censée illustrer le retour aux sources. La boucle est bouclée. Il redevient ceinture blanche : cela signifie qu'il est capable de créer des mouvements qui ne figuraient pas dans les différents katas.

5.6 Synthèse et perspectives cliniques

Telles sont les caractéristiques de la posture du coach-soignant : un méta-métier situé en position de marginal sécant, qui sait opérer une combinatoire d'approches différenciées et s'en affranchir au moment opportun pour permettre une véritable rencontre. A quoi bon alors toutes ces théories et tous ces modèles si c'est pour les jeter pardessus bord en cours d'accompagnement ? Il faut ici songer à la formation du cristal de souffre telle que Baptiste Morizot (2020) nous donne à le comprendre : Ainsi, la posture du coach-soignant, en son approche éclectique et intégrative, est-elle ce milieu en état de surfusion au contact duquel le germe cristallin, apporté par le sujet, se transformera en véritable cristal. La posture du coach ? C'est tout un art de la rencontre.

Bibliographie

Ansay, P. (2015), *36 outils conceptuels de Gilles Deleuze pour mieux comprendre le monde et agir sur lui*. Paris : Éditions Couleur livres, p. 309 et sq.

Antonovsky, A. (1979), *Health, Stress and Coping*. San-Francisco : Jossey-Bass Publishers.

—- (1987), *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San-Francisco : Jossey-Bass Publishers.

Balzac, H. de. (1833), *Le Médecin de campagne*. Paris : L. Mame-Delaunay, 2 tomes.

Bandura, A. (1969), *Principles of Behavior Modification*, New-York : Holt, Rinehart and Winston.

Brown, B. (2014), *Le pouvoir de la vulnérabilité : dépasser l'anxiété, la peur et la honte pour être soi*. Traduit par Catherine Vaudrey. Paris : Guy Trédaniel Éditeur.

Camus, A. (1942), Le mythe de Sisyphe, Paris : Gallimard.

Cheng, F. (2002), *Le dialogue. Une passion pour la langue française*. Paris : Desclée de Brouwer.

—- (2006), *Cinq méditations sur la beauté*. Paris : Albin Michel.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977), *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil.

De Jonckheere, C. (2010), *83 mots pour penser le travail social*. Genève : IES Editions, pp 75 et sq.

Donne, J. (1624), *Devotions upon Emergent Occasions*.

Freud, S. (2017), *L'amour de transfert : et autres essais sur le transfert et le contre-transfert*, Traduit par Olivier Mannoni, préface de Nathalie Dumet. Paris : Payot, 2017. Collection "Petite bibliothèque Payot ».

Gardner, H. (2009), *Les 5 Formes d'intelligence pour affronter l'avenir*. Paris : Èditions Odile Jacob.

Kant, E. (1803), Über Pädagogik. Königsberg : Friedrich Nicolovius.

Lapoujade, D. (2017), *Les existences moindres*. Paris : Éditions de Minuit.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Lazzeri, C. (2011), « Réification et reconnaissance. Une discussion avec Axel Honneth », in *Revue du Mauss,* 2011/2, n° 38.

Levinas, E. (1961), *Totalité et infini*. La Haye : Martinus Nijhoff.

—- (1974), *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. La Haye : Martinus Nijhoff.

Lévi-Strauss, C. (1962), *La Pensée sauvage*. Paris : Plon.

Lukacs, G. (1921-1922), *Histoire et conscience de classe. Essais de dialectique* marxiste. Paris : Les Éditions de Minuit, 1960.

Orem, D. (1987), *Soins infirmiers : les concepts et la pratique*. Traduit par Danielle Gosselin. Paris : Maloine.

Morgan, G. (2007) *Images de l'organisation*, 2019. Éditions de Boeck (1ère édition, 2007 aux presses de l'Université Laval, Canada).

Morizot, B. (2020), *Manières d'être vivant : enquêtes sur la vie à travers nous*. Paris : Actes Sud.

Poincaré, H. (1902), *La science et l'hypothèse*, Paris : Flammarion.

Porot, D. (2018), *Comment trouver une situation…et décrocher le job de vos rêves*. 30ème édition. Paris : Solar.

Rogers, C. (1959), *Psychothérapie et relations humaines*. Paris : ESF éditeur. - (1963), « La relation thérapeutique : les bases de son efficacité_ », Bull. de Psychologie_, 17, p. 1-9.

Sartre, J.P. (1943), *L'Être et le Néant*. Paris : Gallimard.

—- (1946), *L'existentialisme est un humanisme*. Paris : Gallimard.

Sentin, J.L. (2010), « Nous sommes tous des marginaux sécants », in *Le grand livre de la supervision*, Emilie Devienne (dir.). Paris : éditions Eyrolles.

Souriau, E. (2009), *Les différents modes d'existence*, Paris : PUF.

Tchekhov, A. (1889), « Une banale histoire ». In Le Messager du Nord, n° 11, novembre.

Veldman, F. (1991), *Haptonomie. Science de l'affectivité*. Paris : PUF, 1ère édition.

Weil, S. (1949), *L'enracinement. Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain*. Paris : Gallimard.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017