

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012

N° 074

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Françoise DENIAUD PLANCHARD

née le 11 mars 1969 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 2012

**APPROCHE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE SOLUTIONNISTE
EN CONSULTATION D'ALCOOLOGIE**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc VÉNISSE

Directeur de thèse : Madame le Docteur CAPRON

Table des Matières

I.	INTRODUCTION	3
II.	LES DIFFERENTES PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE	6
A.	LA PRATIQUE COURANTE :.....	6
B.	LES APPROCHES CONSTRUITES :.....	11
1.	<i>Approche psychanalytique</i>	<i>11</i>
2.	<i>Approche des Thérapies cognitivo-comportementales</i>	<i>15</i>
3.	<i>L'entretien motivationnel.....</i>	<i>21</i>
4.	<i>Les approches systémiques et stratégiques</i>	<i>26</i>
III.	L'APPROCHE SOLUTIONNISTE	29
A.	HISTORIQUE	29
B.	PRINCIPES ET STRATEGIE.....	31
1.	<i>Les prémisses</i>	<i>31</i>
2.	<i>Principes des thérapies centrées sur la solution.....</i>	<i>33</i>
3.	<i>Règles de De Shazer.....</i>	<i>38</i>
4.	<i>L'éthique du soin.....</i>	<i>39</i>
5.	<i>Une thérapie brève ?.....</i>	<i>40</i>
C.	LA PRATIQUE EN THERAPIE CENTREE SUR LA SOLUTION	41
1.	<i>Construire un objectif qui appartient au patient</i>	<i>41</i>
2.	<i>La « question miracle ».....</i>	<i>49</i>
3.	<i>La quête des « exceptions »</i>	<i>53</i>
4.	<i>Les échelles : concrétisation.....</i>	<i>56</i>
5.	<i>Les compliments : reconnaissance et renforcement.....</i>	<i>57</i>
6.	<i>Le recadrage.....</i>	<i>59</i>
7.	<i>La place de la tâche thérapeutique.....</i>	<i>60</i>
8.	<i>Les particularités du questionnement thérapeutique.....</i>	<i>63</i>
9.	<i>Maintenir l'objectif.....</i>	<i>64</i>
IV.	ORIGINALITE ET INTERÊT DE CETTE APPROCHE	67
A.	DES FACTEURS DE REUSSITE COMMUNS ENTRE LES THERAPIES.....	67
1.	<i>Efficacité des psychothérapies en alcoologie.....</i>	<i>67</i>
2.	<i>Facteurs d'efficacité communs.....</i>	<i>68</i>
B.	ORIGINALITE DE LA THERAPIE CENTREE SUR LA SOLUTION	69
1.	<i>La communication</i>	<i>69</i>
2.	<i>La souplesse dans la prise en charge</i>	<i>70</i>
3.	<i>La place du patient dans la thérapie</i>	<i>71</i>

4.	<i>Orientation vers la solution</i>	72
5.	<i>Orientation vers le futur</i>	75
V.	CONCLUSION	77
VI.	BIBLIOGRAPHIE	78
VII.	ANNEXE	84
	<i>Extraits du cas clinique « La journée-miracle de M. Meeks »</i>	84

Approche psychothérapeutique solutionniste en consultation d'alcoologie

I. INTRODUCTION

Tout a commencé il y a quelques années par la découverte de l'approche solutionniste, lors de notre formation « Hypnose et Thérapies brèves », proposée par le groupe de psychiatres nantais de l'ARePTA.

A cette période, travaillant en Alcoologie, nous avons eu l'occasion de mettre en pratique le questionnement solutionniste, en particulier auprès d'une jeune patiente, arrivée dans le service suite à une hospitalisation aux Urgences pour une tentative de suicide. A son entrée, la jeune femme était complètement déprimée, se culpabilisant de ne pas être capable d'être une bonne mère et se désolant de ne pas voir sa fille de cinq ans, placée en institution. Nous avons pu observer le pouvoir puissant de l'utilisation de la « question-miracle » sur son comportement : fermée au début de l'entretien, elle a commencé à se détendre et à sourire, à imaginer aussi le sourire de sa petite fille, en sa présence, celle-ci pouvant percevoir le mieux-être de sa maman. Cette jeune maman avait pu vivre un moment de moins grande tension pendant lequel elle avait pu se visualiser calme avec son enfant. Bien sûr, il ne suffit pas d'une expérience aussi ponctuelle ni pour faire une thérapie, ni pour adopter définitivement une approche nouvelle, mais cette expérience nous est restée en mémoire.

Quelques années plus tard, alors que nous débutons un nouveau travail en Addictologie, en tant que médecin généraliste remplaçant au CSAPA *Douar Nevez* de Lorient, il nous est apparu indispensable de nous informer sur les différentes approches psychothérapeutiques pouvant compléter la formation de médecin. Nous sommes bien consciente qu'il ne s'agit en aucun cas de nous substituer aux rôles respectifs des psychiatres, psychologues, et psychothérapeutes, mais plutôt d'en comprendre un peu mieux les méthodes.

Nous tenterons d'aborder le sujet du point de vue du médecin généraliste sans formation complémentaire spécifique, en essayant d'étayer le propos d'une façon suffisamment claire et concise, en espérant que ce travail pourra ultérieurement être utile à d'autres médecins généralistes, ou à défaut permettre une première approche.

Les patients qui nous consultent au sein du CSAPA *Douar Nevez* dans le Morbihan, sont confrontés à des situations comparables à celles décrites par Insoo Kim Berg et Scott D. Miller dans leur ouvrage « *Alcool, une approche centrée sur la solution* », à savoir bien sûr des problèmes directement liés à la consommation d'alcool ou de drogues, mais aussi des problèmes de travail, de couple, de logement, des difficultés avec les parents, des obligations de justice, des retraits de permis...

Il est donc intéressant pour nous d'explorer comment cette approche peut améliorer notre travail de médecin à *Douar Nevez*. Comment, par exemple, pouvons-nous accueillir, accompagner, soigner des patients non demandeurs de suivi médical ou psychothérapeutique, et pourtant en difficulté ?

Nous avons choisi d'approfondir une méthode, entre tant d'autres, en vue d'en comprendre le sens et l'esprit, et de nous constituer ainsi un *référentiel relatif* pour mieux cerner les différences ou les nuances avec d'autres.

Notre rédaction est en grande partie basée sur le travail de Steve De Shazer et Insoo Kim Berg, celui de Luc Isebaert et Marie-Christine Cabié, ainsi que sur l'ouvrage issu du *Diplôme Universitaire Théories et cliniques des psychothérapies* : « *Les psychothérapies : approche plurielle* ».

Nous rappellerons dans un premier temps la pratique courante en alcoologie ambulatoire, ainsi que les principales approches construites. Dans un second temps, nous regarderons de plus près comment est organisée la thérapie centrée sur la solution, avant de conclure sur ce qu'elle peut apporter de nouveau dans cette discipline.

Voulant délibérément orienter et limiter cette étude dans le champ de l'intervention en ambulatoire, nous ne dirons rien ici des interventions en hospitalisation.

II. LES DIFFERENTES PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE

Après de brefs rappels sur la prise en charge médicale courante d'un patient présentant une addiction à l'alcool, nous donnerons un aperçu de quelques approches psychothérapeutiques déjà bien implantées pour le traitement des troubles de ce type.

A. La pratique courante :

Les médecins généralistes sont souvent les premiers à entrer en contact avec les sujets présentant une conduite d'alcoolisation problématique ou une dépendance. Selon l'étude EMGAM réalisée en médecine générale en 1991 et étudiant la prévalence des risques et maladies liées à l'alcool en clientèle adulte, près de 20% des patients qui consultent en médecine générale ont un mésusage d'alcool. En 2000, une enquête des *Observatoires Régionaux de Santé* confirmait ces données, avec 5% d'alcoolodépendants et 13,2% de consommateurs excessifs.

On définit différents types de consommation qui vont de la non-consommation (primaire ou secondaire) jusqu'à la dépendance en passant par l'usage, l'usage à risque et l'usage nocif.

Si l'usage à risque et certaines situations d'usage nocif relèvent le plus souvent de la médecine générale, les situations complexes de l'usage nocif ainsi que la dépendance requièrent fréquemment des prises en charge plus élaborées. Celles-ci relèvent souvent du recours à des médecins spécialistes (addictologues, psychiatres) ainsi qu'à des professionnels du champ psychologique et social.

Les types de consommation

- a) *La non-consommation, primaire ou secondaire*
- b) *L'usage simple*

C'est une consommation de substances n'entraînant pas de problèmes pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils de

risque définis par l'OMS, et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel (moins de 2 verres/jour chez la femme, 3 verres/jour chez l'homme, 5 maximum en usage ponctuel – 1 verre =1 UIA alcool ou 10 gramme d'alcool pur).

c) L'usage à risque :

Il recouvre les consommations d'alcool supérieures aux seuils de l'OMS, et/ou prises dans des situations à risque, et/ou associées à des risques individuels.

Le risque peut être :

- soit situationnel : conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, poste de sécurité, situation qui requiert de la vigilance
- soit individuel :
 - consommation rapide et/ou associée à d'autres produits qui potentialisent les effets psychotropes de l'alcool ;
 - pathologies organiques ou psychiatriques associées ;
 - modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, de la faible corpulence, de l'état psychologique ;
 - situations physiologiques comme la grossesse, un état de fatigue.

À ce stade d'usage à risque, l'intervention adaptée est le plus souvent l'information et la prévention (**intervention brève**).

d) L'usage nocif (ou abusif) :

C'est le stade où les consommations répétées induisent des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux sans qu'une dépendance soit installée.

À ce stade, en fonction de la complexité de la situation, l'intervention peut soit rester du domaine de l'intervention brève soit nécessiter le recours à des intervenants plus spécialisés.

L'intervention brève en médecine générale vise à infléchir le comportement de consommation vers la modération. Au cours de celle-ci, l'accent est mis sur la dissuasion par le raisonnement, mais aussi sur la responsabilisation du patient vis-à-vis de ses choix de comportement (PAILLE, 2000).

L'échec immédiat ou sur le long terme doit amener à rediscuter le diagnostic de dépendance car il peut parfois s'avérer difficile de départager ces deux stades.

e) *La dépendance :*

C'est le stade de « *la perte de liberté de s'abstenir* » selon la présentation de Fouquet (1951).

Pour Goodman (1990), la dépendance est un « *comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et/ou de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* ».

Le DSM IV définit 7 critères de dépendance qui balayent la dépendance physique, la dépendance psychologique et la centration :

1. la tolérance : les quantités sont augmentées pour un effet identique ou l'effet est diminué si usage d'une quantité identique ;
2. le sevrage : apparition des signes de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution importante des consommations ou la prise de produits pour soulager les signes de sevrage ;
3. la substance est prise en quantité plus importante ou sur un temps plus long que prévu ;
4. un désir persistant ou des efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation du produit ;
5. un temps considérable est passé à se procurer, consommer le produit et récupérer de ses effets ;
6. d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées du fait de l'utilisation du produit ;
7. l'utilisation du produit est poursuivie malgré la connaissance de conséquences négatives induites ou exacerbées par la prise du produit.

Trois critères persistant sur 12 mois minimum sont requis pour porter le diagnostic de dépendance selon le DSM IV.

À ce stade de consommation, la prise en charge est volontiers pluridisciplinaire par un travail en réseau, ou réalisée dans un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) qui concentre souvent plusieurs types d'intervenants du secteur médical, psychologique et social.

Les premiers entretiens seront évaluatifs. Ils visent à :

- créer l'alliance thérapeutique à travers une attitude empathique de l'intervenant ;
- évaluer le mode et les types de consommation ;
- évaluer les dommages somatiques, psychologiques, relationnels, sociaux ;
- clarifier la demande et les objectifs de changement du patient en tenant compte du stade où en est le patient, tel que défini par le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente.

-

Modèle transthéorique du changement

Prochaska et DiClemente (1982), définissent les différents stades de la motivation d'un sujet ou stades de préparation au changement :

1. pré-intention = pas du tout intéressé par un changement
2. intention = encore indécis
3. prise de décision = préparation au changement
4. action = changement entamé
5. maintenance = changement effectif, mais soumis aux risques de rechute
6. rechute = reste éventuelle, peut intervenir à tous les stades

Seuls 20 à 30 % des patients alcooliques en seraient au stade de l'action.

Ce modèle souligne le fait que la décision d'un changement est un **processus** et non une décision ponctuelle. Il convient donc de laisser le temps à ce processus de se dérouler, en respectant ses étapes. (DAEPPEN & BERDOZ, 2006)

Par exemple, ceci explique pourquoi les simples conseils ont parfois une efficacité limitée : le médecin peut devancer le patient dans son évolution (encore en pré-intention par exemple). Le patient doit d'abord avoir pris la décision de changer pour être réceptif aux conseils. Ainsi, un patient ambivalent n'en est encore qu'au stade de l'intention.

D'autre part, la résistance (ou déni) est le signe d'une divergence d'objectif : c'est donc le produit de l'interaction de deux personnes, et pas la caractéristique d'un seul.

Au terme de cette évaluation, l'accompagnant en addictologie et le patient établissent des objectifs et un projet de soin qui fait l'objet d'un contrat. Celui-ci pourra être réévalué et évoluer au cours de la prise en charge.

Les objectifs ne se limitent pas à infléchir le comportement addictif mais consistent en un accompagnement bio-psycho-social visant à la prise en charge des complications somatiques, une prise en charge psychologique si le sujet est prêt à la mettre en place, la stabilisation ou l'amélioration des impasses sociales.

Objectifs sur le plan somatique

- Obtention d'une rémission durable sous forme d'*abstinence* (mode de rémission le plus stable), ou de *consommation contrôlée*, c'est-à-dire sans critère de mésusage et avec absence de conséquences sur la qualité de vie (réalisable chez un très faible pourcentage de patients) ;
- Surveillance et la correction des troubles biologiques et physiques ;
- Encadrement pharmacologique des sevrages (si alcoolodépendance) de préférence préparés et s'inscrivant dans un projet thérapeutique ;
- Travail sur les rythmes vitaux très souvent désorganisés (repas, sommeil) ;
- Diagnostic et traitement spécifique des complications somatiques ;

Les traitements thérapeutiques à ce stade ne se conçoivent qu'inclus dans l'accompagnement. Ils comprennent les médicaments du sevrage dont le protocole a fait l'objet d'une conférence de consensus, et les médicaments de l'aide au

maintien de l'abstinence. [réduction de l'appétence (acamprosate AOTAL, naltrexone REVIA), effet antabuse (disulfirame ESPERAL) dont l'indication est restreinte car balance bénéfices/risques considérée comme défavorable ; la place du baclofène reste encore à définir]

Objectifs sur le plan social

- Ré-ouverture ou mise à jour des droits sociaux
- Aide à la gestion financière
- Recherche d'hébergement et/ou de logement
- Réinsertion professionnelle (ou scolaire pour les jeunes)

Objectifs sur le plan psychologique

À ce stade, les besoins psychothérapeutiques sont importants à prendre en compte si les sujets sont en capacité et prêts à les investir.

En psychopathologie, les conduites addictives sont décrites comme des pathologies de l'agir et du lien avec achoppement des processus de séparation-individuation, auxquelles s'ajoutent souvent des éléments transgénérationnels.

B. Les approches construites :

1. Approche psychanalytique

La psychanalyse reste une référence historique de beaucoup de psychothérapies, qu'elles s'inscrivent à sa suite ou au contraire s'y opposent d'une façon ou d'une autre.

Les concepts initiés par la psychanalyse restent très présents, ne serait-ce que par le vocabulaire employé.

Bien qu' « *il n'existe aucun modèle de personnalité profonde et psychique à l'addiction.* » (BERGERET, 1981), trois blessures psychiques sont fréquemment relevées par les psychanalystes :

- la faille narcissique ;
- l'identité défaillante ;
- l'impossibilité d'être manquant.

La faille narcissique

Le narcissisme est indispensable à la vie et se met en place dès les premiers temps de la vie. C'est un socle de sécurité intérieure qui s'acquiert dès les premiers mois de la vie (et même avant in utero). Au départ, il existe un état d'indifférenciation, le bébé n'a pas encore le sentiment de sa propre existence. Il est dépendant de la figure maternelle.

Monjauze, au sujet de « *la part alcoolique du soi* » distingue deux situations qui ne permettent pas une base sécurisante solide :

- soit une mère envahissante, « dévorante » qui précède les besoins du bébé ;
- soit une mère absente.

Le sujet développe alors une enveloppe psychique fragile. Il est « écorché vif », hypersensible. (MONJAUZE, 1999)

L'identité défaillante ou défaut identitaire

Elle peut être mise en lien avec le « stade du miroir », stade de la fabrication identitaire. C'est le moment où l'enfant se découvre, se reconnaît dans un miroir qu'il soit imaginaire ou réel, où il se reconnaît « UN », « individu ». Ce stade comporte 3 étapes:

- au départ, l'enfant pense que l'image est « autre » et cherche derrière le miroir ;
- le 2^{ème} temps : l'enfant comprend qu'il s'agit d'une image ;
- le 3^{ème} temps où il va se reconnaître dans cette image nécessite l'intervention d'un tiers (présence et mots de cette personne pour se reconnaître).

L'enfant se perçoit alors comme unique, bien délimité dans ses contours.

Pour Olivenstein, chez l'addict ce stade ne se serait qu'à demi-réalisé (un ratage complet enverrait vers la psychose). À un stade « à demi-réalisé », tout se passe comme si le miroir se brisait : l'image est cassée, incomplète. (OLIVENSTEIN, 1987)

Pour Lasselin, avec les alcooliques, il y a un ratage dans la construction, un «miroir liquide », une surface liquide, mouvante, instable. L'alcool serait un unificateur de cette image non symbolisée. (LASSELIN, 1979)

La question du manque, l'impossibilité d'être manquant

Le manque est ce qui vient soutenir le désir. Le désir est une quête qui fait avancer, il faut manquer pour désirer. Il existe deux lectures de ce manque :

- le sujet en annulant sans cesse le manque, en se remplissant serait dans l'intolérance au manque mais cela viendrait abolir son désir.

- soit l'addict « manquerait de manque » et se créerait un manque artificiel, «pseudo-manque » qui engendre un « pseudo-désir ». Est-ce que le manque ne les fait pas se sentir vivants?

Si l'analyse des causes de l'addiction semble bien développée dans le modèle psychanalytique, le traitement par la cure psychanalytique lui n'apparaît pas usuel en alcoologie. Il réclame au préalable une réelle demande de changement, et n'intervient qu'après le sevrage qui reste du domaine médical.

« La technique est peu adaptée à des malades réputés ne parlant pas mais agissant beaucoup. A part les discussions sur la nécessité de l'abstinence, souhaitée ou non, provoquée ou non par le thérapeute, il est frappant qu'à l'opposé des enfants, des psychotiques, des psychosomatiques, si proches, les alcooliques n'aient stimulé aucune innovation dans la technique ; quant à la théorie elle-même, elle connaît des lacunes. (...) Rappelons toutefois que la psychothérapie analytique reste le creuset d'où une théorisation peut tirer l'essentiel de sa substance, même si les indications apparaissent rares et même d'exception, même si le face à face est pratiquement de règle. »
(DESCOMBEY, 1985)

Vachonfrance identifie des contre-indications à une cure psychanalytique :

- le faible niveau intellectuel ;
- la rigidité ;
- l'impulsivité, l'incapacité à supporter les frustrations ;
- l'absence de sublimation ;
- l'investissement de temps, les conditions financières, l'éloignement géographique rendant l'approche impossible.

« Pour qu'il y ait possibilité de changement, il faut que le sujet se perçoive comme susceptible de dominer un symptôme porteur d'une signification, énigmatique peut-être, mais qui n'est pas apparu par hasard. » (VACHONFRANCE, 2006)

Ainsi, en ce qui concerne la psychanalyse, les cures classiques sont rarement utilisables en addictologie et les psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont mieux adaptées aux patients qui ont déjà des difficultés à exprimer leurs sentiments et pour lesquels le silence pourrait être générateur d'angoisse.

Selon la Conférence de consensus (2001), les techniques psychanalytiques doivent encore faire la preuve de leur efficacité.

2. Approche des Thérapies cognitivo-comportementales

Historique et principes

Les thérapies cognitives-comportementales se sont construites en référence à la théorie psychanalytique, et s'en démarquent le plus visiblement peut-être en acceptant la remise en cause de leurs concepts théoriques en fonctions des résultats expérimentaux apportés par les sciences cognitives.

Ainsi la thérapie cognitive et comportementale ne s'intéresse au passé que pour comprendre la représentation du monde que se fait le patient, et comment se sont construit ses troubles. Elle n'y recherche pas de causes.

L'approche n'est pas non plus seulement superficielle, comme on le lui a reproché, car le travail sur les données accessibles à la conscience (comportements, pensées, émotions) impliquent systématiquement la mobilisation d'autres structures sous-jacentes, entraînant des changements cognitifs profonds.

Les thérapies cognitivo-comportementales s'attachent à désamorcer les mécanismes d'auto-entretien des troubles, les rendant plus efficaces que les psychothérapies prisonnières du modèle médical classique : *cause* → *effet*. (ANDRÉ, 2006)

Elles s'appuient sur l'émergence de la psychologie scientifique et l'approche empirique des phénomènes psychiques depuis le XVIIIe siècle. Elles ont connu plusieurs évolutions, depuis les premières observations objectives sur le comportement, la création du « behaviourisme », jusqu'à leur forme actuelle.

Après l'étude initiale des schémas stimulus-réponse (théorie de l'apprentissage), la théorie comportementale s'est ensuite enrichie de l'étude des conséquences de l'action. Les théories du traitement de l'information permirent l'intégration d'une psychologie cognitive. Entre le stimulus et la réaction, on intègre les variables internes et les mécanismes de pensée des individus. Les premières applications thérapeutiques à l'alcoolisme datent des années 1970. (DE MONDRAGON ET LEGRAND, 2009)

*« Parmi ces processus cognitifs, on peut noter l'anticipation des conséquences de nos actions et l'attente de résultats, l'autoévaluation de nos comportements et l'auto-renforcement de ces comportements. »
(DE MONDRAGON ET LEGRAND, 2009)*

En 1960, Ellis développe l'idée que *« les comportements névrotiques découlent des attentes et de systèmes de croyance irrationnelle construits »*

À la même époque pour Beck, *« le patient se maltraite en traitant mal l'information, et les erreurs logiques effectuées dans la perception de la réalité interviennent dans l'éclosion ou le maintien des troubles »*. Beck distingue trois variables cognitives : schémas cognitifs, processus cognitifs, cognitions.

Schémas cognitifs : ensemble de règles générales et inflexibles, fruits de nos expériences antérieures précoces. Les schémas traitent de façon automatique les informations pour les transformer en cognitions.

Cognitions : toute activité mentale qui a un contenu verbal (idées, jugements, critiques, instructions, souhaits, etc.).

Processus cognitifs : responsables du décodage et de la transformation de la réalité extérieure. Ces processus peuvent présenter des distorsions permanentes comme : inférence arbitraire (conclusion sans preuve), l'abstraction sélective (focalisation sur un détail), la surgénéralisation, la maximalisation (des échecs), la minimisation (des réussites) et la personnalisation (exagérer sa responsabilité).

Modèle thérapeutique

« Vous ne pouvez pas résoudre un problème avec le genre de pensée qui l'a produit. » Albert Einstein

Le modèle thérapeutique va consister à aider le patient à prendre conscience de son fonctionnement cognitif et de l'écart possible avec la réalité extérieure, à faire le lien entre ses variables cognitives et ses réactions émotionnelles et

comportementales, et enfin à modifier ses composantes cognitives (pensées alternatives, distorsions, assouplissement des schémas).

Selon Christophe André, le cheminement commun à toutes les thérapies cognitivo-comportementales se présente ainsi :

- Définition du problème et des attentes du patient ;
- Auto-observation ;
- Conceptualisation du problème et formulation des hypothèses thérapeutiques ;
- Choix des objectifs thérapeutiques ;
- Apprentissage de stratégies personnelles ;
- Pratique régulière entre les séances ;
- Évaluation régulière des résultats obtenus et ajustement des stratégies ;
- Fin de la séquence thérapeutique et évaluation des résultats ;
- Suivi : programme de maintenance, autre séquence thérapeutique, autre forme de thérapie.

« Le thérapeute est interactif, explicite(...) et pédagogique : il consacre beaucoup de temps à expliquer les mécanismes du trouble psychique et à clarifier le pourquoi des choix thérapeutiques. » (ANDRÉ, 2006)

Les thérapies cognitives et comportementales font partie des thérapies dites brèves, s'étendent sur une durée de quelques mois à deux ans, et certainement avec un terme défini, après lequel il faut envisager une autre séquence thérapeutique.

Pour l'application d'une thérapie cognitivo-comportementale dans le champ de l'addictologie, Le Claire (2009) rappelle deux modèles importants à intégrer : le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (1982), et le modèle de prévention de la rechute de Marlatt (1985).

Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente déjà vu plus haut, précise les différents stades de la motivation d'un individu : pré-intention - intention - prise de décision - phase active du traitement - maintien - éventuellement rechute.

Le modèle de prévention de la rechute de Marlatt fonctionne sur l'idée d'élaborer des stratégies d'adaptation face aux multiples risques de rechute. Une rechute effective ne signifierait alors qu'un manque de préparation, et non une culpabilité du patient. Il s'accorde bien au modèle cognitivo-comportemental puisqu'il met l'accent sur l'apprentissage de stratégies personnelles.

La relation thérapeutique

« Le changement attendu en psychothérapie est lié à la relation thérapeutique, mais aussi aux capacités d'apprentissage cognitif et comportemental du sujet et à son engagement vers un but respectueux de ses valeurs. » (ROUCHOUSE & FANGET, 2009)

Outre l'empathie et l'authenticité du thérapeute, les auteurs précédents indiquent la méthode des « 4 R » pour établir une bonne alliance thérapeutique :

- Recontextualiser, grâce à des questions ouvertes. Analyse du pire ;
- Reformuler, répéter, préciser ;
- Résumer (ou *feed-back*), facilite l'apprentissage et la mémorisation ;
- Renforcer, encourager les nouveaux comportements, et tous les efforts entrepris.

« La relation thérapeutique (...) : travailler dans le « là maintenant » à trouver et construire avec le patient ses objectifs, ses stratégies de changement. (...) Le travail commence souvent par la construction de la motivation, sans attendre la mythique demande. » (LE CLAIRE, 2009)

Le thérapeute ne doit pas tout accepter mais au contraire tout discuter. Il doit savoir ne pas rester seul face aux problématiques compliquées.

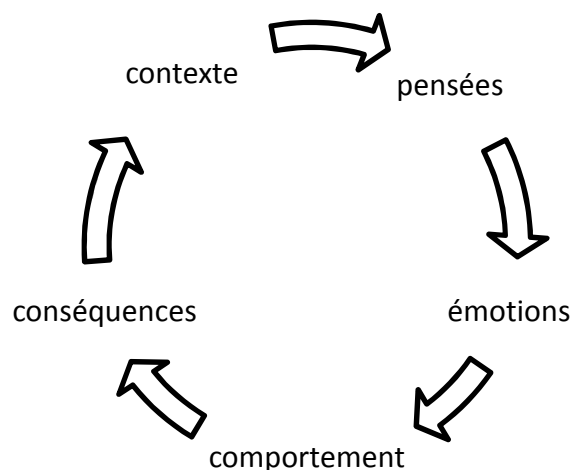
L'analyse fonctionnelle

Autre outil essentiel de l'approche cognitive et comportementale, l'analyse fonctionnelle va permettre de construire une représentation cohérente de la difficulté à traiter, de rendre compte de sa complexité et de sa spécificité pour le patient concerné. (ELAYLI, 2009)

*« L'analyse fonctionnelle explore essentiellement les comportements externe et interne d'un sujet en relation avec son environnement et cherche à rendre compte de toutes les conditions qui agissent au moment du comportement et qui peuvent modifier la probabilité de sa survenue. »
(ELAYLI, 2009)*

Elle instaure un début de relation thérapeutique, permet d'émettre des hypothèses et faire des choix de cible, d'élaborer des plans de soins. Elle intègre le comportement addictif (partie visible), le système cognitif (estime de soi effondrée, etc.), le ressenti corporel et émotionnel et le système environnemental (entourage, etc.). Elle aide le thérapeute à modéliser avec le patient les fonctions de son addiction : produire du plaisir, diminuer les tensions et le malaise interne... (LE CLAIRE, 2009)

L'analyse fonctionnelle synthétise le modèle théorique de rétro-action :



modèle comportemental et cognitif (ELAYLI, 2009)

La pratique de l'analyse fonctionnelle permet de déterminer si le patient possède les capacités ou la motivation nécessaire pour suivre une thérapie cognitive et comportementale.

La prise en charge des cas d'addiction est structurée sous forme de programmes multimodaux, dans une perspective pluridisciplinaire. (LE CLAIRE, 2009)

- Primauté du contrat, objectifs définis avec le patient, continuité d'un projet de vie au-delà de la disparition de la pathologie addictive ;
- Temps suffisamment long et structuré en étapes ;
- Relation thérapeutique, éducation thérapeutique ;
- Prise en compte des pensées dysfonctionnelles, mise en place de comportements alternatifs autour de la répétition des mêmes réponses et la gestion des émotions.
- Axes privilégiés : estime de soi, améliorations des habiletés sociales et prévention de la rechute, implication de l'entourage.
- Composante corporelle et émotionnelle : prise en compte d'une santé précaire, remise en forme physique, réappropriation du corps.

« Quand on laisse la place au sujet en lui reconnaissant son importance, sa capacité de choix et de trouver ses solutions, les probabilités de changement augmentent. » (LE CLAIRE, 2009)

Selon la Conférence de consensus (2001), Les thérapies cognitives et comportementales ont faits la preuve de leur intérêt dans le contexte de l'alcoologie.

3. L'entretien motivationnel

Origine et principes

Développé à partir de 1983 dans le contexte de l'alcoologie, la technique de l'entretien motivationnel a ensuite été étendue à d'autres champs d'intervention, partout où un changement de comportement des patients était une condition indispensable à l'efficacité des soins (régimes alimentaires, troubles cardiovasculaires, diabètes, addictologie). Dans ces diverses pathologies, le manque de motivation, ou une motivation fluctuante, est un obstacle majeur au changement, donc à l'amélioration.

L'idée de base est d'activer la propre motivation du patient, ce qui augmente la probabilité d'assiduité et d'observance du traitement. Cette activation se fait en reconnaissant que le patient dispose de ses propres objectifs, que ce sont les seuls qui pourront le motiver à agir, qu'il est autonome et capable de faire des choix, et qu'il convient de l'aider à les mettre en évidence.

« La motivation est habituellement assez malléable et elle se constitue tout particulièrement dans le contexte de la relation. » (ROLLNICK, MILLER et BUTLER, 2008)

Un même patient pourra donc montrer différents degrés de motivation face à différents styles de thérapeute.

« Faire le lien entre le changement de comportement et les valeurs et préoccupations du patient contribue à l'art de l'entretien motivationnel. » (ROLLNICK, MILLER et BUTLER, 2008)

Les auteurs définissent quatre principes structurants de l'entretien motivationnel :

1. Éviter le réflexe correcteur : vouloir aider, corriger, rediriger, est une attitude spontanée chez ceux qui font profession de soigner, mais les conséquences sont parfois opposées à l'intention initiale, surtout lorsque le patient est ambivalent par rapport à son comportement avec l'alcool. Lorsqu'il y a

ambivalence, l'alcool est considéré comme un problème, et également comme un plaisir ou comme procurant quelques bénéfices secondaires. Toute tentative directe pour faire pencher la balance du côté du changement (diminution de la consommation) va entraîner une réaction symétrique de valorisation des avantages par le patient. Il aura tendance à maintenir le statu quo, et il renforcera sa conviction qu'il ne doit pas changer.

2. Explorer et comprendre les motivations du patient : pour ne pas tomber dans le travers précédent, on a donc tout intérêt à faire émerger les perceptions du patient sur sa situation. C'est au patient d'énoncer les arguments en faveur d'un changement de comportement, renforçant ainsi son adhésion et sa motivation.

3. Écouter le patient : avec empathie, de manière active ;

4. Encourager le patient : en renforçant son espoir qu'un changement est possible, en lui redonnant un rôle actif dans sa guérison, en faisant appel à ses propres ressources, on augmente les chances de réussite. L'expertise du soignant serait donc d'amener le patient à partager son expertise sur lui-même.

Bien entendu, cette activation de la motivation du patient n'est qu'une partie de la consultation, qui doit s'intégrer aux autres obligations de la prise en charge.

Styles de communications

Un autre éclairage important de l'entretien motivationnel concerne les styles de communication : *diriger, suivre, guider*.

Diriger : interaction asymétrique, le savoir, le pouvoir et l'autorité sont clairement placés du côté du soignant. On attend du patient qu'il adhère et observe la prescription. C'est parfois nécessaire dans les situations d'urgence, ou lorsque le patient semble effectivement attendre un conseil, une directive.

Suivre : l'écoute prédomine, la direction de l'échange est donnée par l'autre. Utile pour comprendre le point de vue de l'autre, et ce peut être un signe de confiance dans la capacité du patient à trouver et mettre en pratique des solutions.

Guider : ne pas décider à la place de l'autre, accompagner dans la découverte d'objectifs, motiver, proposer.

Dans un même entretien on passera en souplesse d'un style à l'autre, en fonction des éléments qui apparaissent. Utiliser un style inadapté aux circonstances aura un effet contraire au but poursuivi.

Sans contrôle direct sur le comportement du patient, le style directif se révèle limité pour obtenir un changement durable. L'entretien motivationnel se conçoit donc comme une façon de *guider* l'entretien, de manière à faire émerger les arguments personnels du patient en faveur d'un changement, en faisant appel aux compétences cliniques du praticien.

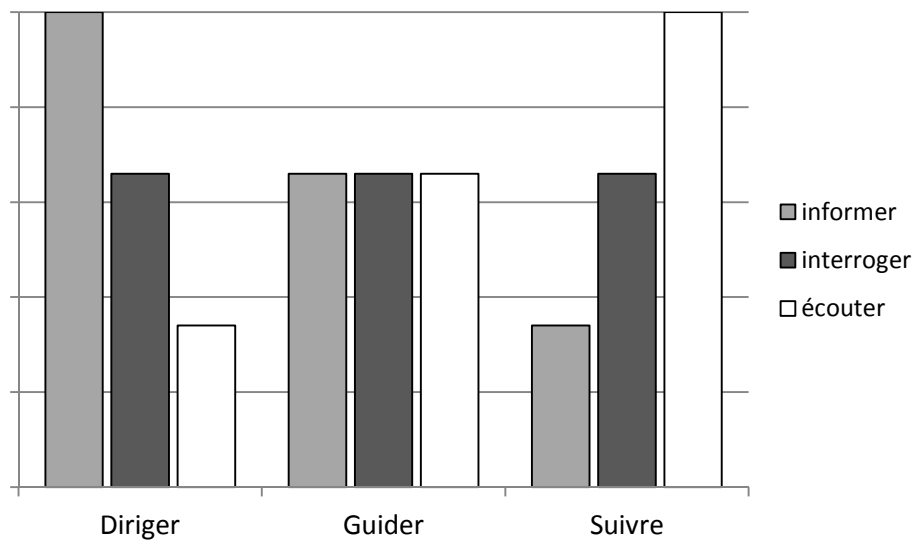
À l'intérieur de chaque style de communication, les auteurs distinguent trois formes de savoir-faire relationnels : *interroger*, *informer* et *écouter*.

- **Interroger** a pour but d'améliorer la compréhension de ce qui est échangé ;
- **Informer** consiste à transmettre des informations factuelles, des explications indispensables (par exemple diagnostics) ;
- **Écouter** sous-entend une écoute active, qui manifeste l'importance de ce qui est dit et l'intérêt que l'on y porte ; elle valorise l'interlocuteur.

Chaque style de communication (*Diriger*, *Suivre*, *Guider*) a recours à ces trois formes d'interaction, mais de façon inégale (Figure 1). Seul le style *Guider* utilise les trois compétences de manière équilibrée.

À un niveau encore plus fin, chaque style de communication va utiliser ces compétences dans un esprit différent. Ainsi *interroger* dans un style directif donnera : « combien de verres d'alcool buvez-vous ? », alors que dans l'idée

de guider on demandera : « quelle serait une baisse acceptable dans un premier temps ? »



Place prise par les différentes compétences dans les différents styles (d'après ROLLNICK, MILLER et BUTLER, 2008)

L'entretien motivationnel donne donc un éclairage pertinent sur les styles de communications possibles. Le thérapeute aura avantage à reconnaître son mode habituel de communication avec les patients, pour ensuite jouer de chaque style de façon appropriée à chaque phase de suivi.

« Un bon guide :

- Interrogera la personne pour savoir où elle souhaite aller et cherchera à la connaître un peu ;*
- Informera la personne des différentes options possibles et s'intéressera à celles qui ont du sens pour elle ;*
- Écouterà et respectera ce que la personne veut faire et lui offrira son aide en conséquence. »*

(ROLLNICK, MILLER et BUTLER, 2008)

Ambivalence et discours-changement

Pour expliquer l'efficacité du style *Guider* dans l'engagement du patient à changer, les auteurs rappellent la notion d'**ambivalence face au changement**.

On la détecte par la présence du terme « mais » au milieu d'une phrase, par exemple : « je dois diminuer ma consommation d'alcool, mais je n'y arrive pas ». Chacun connaît les bonnes raisons qu'il aurait d'arrêter un comportement addictif, tout en connaissant également les efforts ou la souffrance qu'il faut supporter avant d'y arriver. Le *statu quo* serait finalement plus confortable. Toute tentative du thérapeute *Directif* pour déplacer l'équilibre vers les bonnes raisons de changer va entraîner un renforcement de l'attrait pour le patient de ne rien faire.

On peut échapper à cette situation en développant ce que les auteurs appellent un « **discours-changement** », en en distinguant six types :

1. **Désir** de changer ;
2. **Capacité** de le faire ;
3. **Raisons** propres du changement ;
4. **Besoin** ou nécessité de changer ;
5. **Engagement** plus ou moins fort à changer ;
6. **Premiers pas** vers le changement.

L'ambivalence traduit une opposition entre les quatre premiers types : « Je dois diminuer ma consommation (besoin), mais je n'y arrive pas (capacité). »

L'expression par le patient de ses *désirs-capacités-raisons-besoins* de changer va renforcer son engagement à le faire, jusqu'à la réalisation du premier pas.

L'exploration des *désirs-capacités-raisons-besoins* du client renseigne sur ses valeurs et ses espoirs, et donc sur les ingrédients favorables à l'activation de sa motivation.

« Quand vous entendez des éléments de discours-changement, vous savez que vous êtes dans la bonne direction. Quand vous vous entendez argumenter en faveur du changement alors que votre patient défend le statu quo, vous savez que vous avez quitté la route. » (ROLLNICK, MILLER et BUTLER, 2008)

4. Les approches systémiques et stratégiques

Les approches systémiques et stratégiques sont associées au modèle de Palo Alto, initié par le travail d'une équipe pluridisciplinaire rassemblée autour de Gregory Bateson au début des années 1950. À partir de l'étude de la communication, l'école de Palo Alto élabore la théorie de la double contrainte, qui attribue à un trouble de la communication l'origine de la maladie mentale.

L'influence des techniques d'hypnose mises au point par Erickson est essentielle, et le thérapeute devient ici délibérément interventionniste. Du *Mental Research Institute* au *Brief Family Therapy Center (BFTC)*, l'évolution est continue, même si les responsables se succèdent. Ils cherchent à **définir ce qui produit du changement**, et comment, afin de bousculer la stabilité, l'homéostasie des situations problématiques.

Trois prémisses organisent l'approche :

- Le changement est la règle ;
- Ce sont les interactions des acteurs qui maintiennent le problème ;
- Modifier le mode d'interaction fautif résoudra la difficulté.

Fonctionnement d'un système

Le fonctionnement des groupes humains est comparé à celui des systèmes dans lesquels les parties interagissent en permanence, où aucune ne peut s'isoler des autres. Le système peut adopter des états différents à partir de variables identiques au départ. Surtout, un système peut tourner en boucle si les processus d'ajustement se bloquent (tentatives de solutions inefficaces mais répétitives).

La conception des problèmes et des interventions est interactionnelle ; les dysfonctionnements résultant d'une interaction défectueuse, les solutions consisteront à rétablir des interactions fonctionnelles. Le groupe du BFTC, avec Watzlawick, identifie les **tentatives de solution** mise en œuvre par le client comme étant à l'origine ou maintenant le problème. L'objectif thérapeutique sera donc d'éliminer ces pseudo-solutions.

Deux types de changements

Le changement véritable, lorsqu'il se produit, ne peut être que spontané, imprévisible, car il répond à un changement de niveau de réponse.

- Un changement de niveau 1 opère dans un même contexte, il maintient le problème, ce n'est pas un réel changement ;
- Un changement de niveau 2 conduit à un changement de contexte, au changement d'une variable, donc à une impossibilité de maintenir le comportement symptomatique précédant. Il permet au système de retrouver une dynamique adaptative.

L'intervention thérapeutique

La première étape consiste à clairement identifier « Qui est, dans la situation, le plus motivé par le changement ? » car la réponse à cette question permet d'obtenir une vision systémique et interactionnelle du problème.

Ensuite, le thérapeute recherche quelles sont les tentatives de solutions inefficaces et répétitives en place, et en définit le thème commun, le modèle de résolution de problème adopté par le porteur du problème.

À partir de là, le thérapeute prépare les interventions qu'il envisage pour enclencher le changement :

1. Les interventions processuelles, visant les modalités de communication, en particulier le langage du patient ;
2. Les interventions opportunes, comme le recadrage du problème, le compliment et la validation de ce qui a été réalisé ;
Après l'identification du thème commun des tentatives de solution, le thérapeute cherche à introduire un changement de niveau 2 dans le cadre du système pour le remettre « en marche » ;

3. Les interventions planifiées, prescription de tâches, injonctions comportementales qui vont agir directement sur la vision du monde du patient, sa référence, pour la modifier. Les tâches prescrites pour générer ce changement sont souvent paradoxales.

(d'après BARDOT, BETBÈZE, & MARTINEAU, 2009)

III. L'APPROCHE SOLUTIONNISTE

L'approche solutionniste fait partie des thérapies systémiques et stratégiques, donc en partage beaucoup d'aspects relatifs à la conception du soin thérapeutique, mais s'en démarque aussi distinctement quant à l'importance donnée à la compréhension des mécanismes à l'origine des problèmes et au mode d'intervention.

Nous allons présenter avec un peu plus de détails cette approche, pour tenter de faire mieux apparaître son originalité.

A. Historique

Steve De Shazer, pionnier de la thérapie brève centrée sur la solution, est né en 1940 à Milwaukee, et décédé en 2005 à Vienne.

Après des études à l'Université du Wisconsin, où il a obtenu un M.S.S.W. (*Master of Science degree in Social Work*), mastère en Sciences Sociales, il est venu à la thérapie à l'occasion d'une recherche qu'il menait sur les travaux de Milton Erickson.

Il s'est formé en Hypnose et thérapies brèves, en particulier auprès de John Weakland dont il fut l'élève à Palo Alto à partir de 1969. C'est là qu'il rencontre une autre élève de John Weakland, d'origine coréenne, Insoo Kim Berg (1934-2007), avec laquelle il va créer à Milwaukee, en 1978, *l'Institut de thérapie brève (Brief Family Therapy Center, BFTC)*. C'est là qu'il a développé la thérapie systémique brève orientée vers les solutions. Insoo Kim Berg, partageant la même filiation avec Erickson mettra en oeuvre les principes de résolution centrée sur la solution avec beaucoup de subtilité, notamment dans les cas les plus difficiles.

A la fin des années soixante, fasciné par le travail d'Erickson avec ses patients, De Shazer tente de théoriser ce qu'il observe, afin de mettre à jour « l'essence » de ce style de thérapie. Puis il s'intéresse,

après la lecture de Wittgenstein et Derrida, entre autres, au rôle du langage dans la thérapie :

*«Il est seulement possible de savoir ce que veut dire un mot par la manière dont les participants à la conversation l'utilisent.»
(DE SHAZER, 1994)*

« D'où l'importance, pour connaître exactement le sens des mots, de connaître leur contexte d'énonciation afin de pouvoir déconstruire le sens véhiculé par les constructions sociales qui isolent le sujet de ses ressources relationnelles. » (BETBÈZE, 2009)

L'importance donnée par De Shazer à la relation thérapeutique découle directement de l'influence d'Erickson. Il la fait évoluer progressivement vers une « simple conversation ».

Après avoir dirigé l'Institut de thérapie brève jusqu'en 1989, il fait connaître la thérapie brève centrée sur les solutions dans le monde entier, et notamment en France entre 1990 et 2000.

À la même époque, en Europe, Luc Isebaert, Marie-Christine Cabié et le *groupe de Bruges* développaient en parallèle une approche similaire dans le traitement des alcooliques. Le « modèle de Bruges » se met en place à partir des mêmes références (Erickson, Bateson) et du même questionnement sur l'efficacité d'une psychothérapie, la place du thérapeute et celle du patient.

« S'intéressant avant tout aux qualités, ressources, aptitudes des personnes face aux difficultés de la vie, De Shazer respecte leurs objectifs, leurs choix et leurs désirs plutôt que de leur imposer de s'adapter aux normes définies par l'entourage et la société. Considérant le changement comme une partie inévitable et dynamique de la vie quotidienne, il les amène à décrire celle-ci en détail. Il passe ainsi des problèmes aux solutions dont il fait l'axe principal de la thérapie. Il suscite ainsi la coopération et rend aux clients la responsabilité de leur propre thérapie. Il s'agit pour Steve De Shazer de s'adapter à eux plutôt que de les faire entrer dans le carcan d'une théorie thérapeutique. Lors des formations

qu'il a données dans le monde entier, il montrait une certaine méfiance vis-à-vis des hypothèses sophistiquées élaborées par les stagiaires et posait alors deux questions : « Qu'est ce qui est important pour le client ? », « Qu'est-ce qu'il veut ? » (CABIÉ, 2005)

B. Principes et stratégie

1. Les prémisses

« C'est une thérapie sans théorie, nous dit Steve De Shazer avec un brin de provocation. Il n'y a pas besoin de savoir comment elle marche, d'après lui ; il faut d'abord l'expérimenter puis se poser des questions seulement sur la base de cette expérience. Elle n'a pas de théorie, c'est-à-dire qu'elle est uniquement empirique. » (VALLEE, 2009)

Bascule problèmes / exceptions

Pour De Shazer, un problème se forme à la suite d'une construction particulière des éléments constitutifs de la vie. Mais cette construction est toujours arbitraire, et un arrangement différent de ces mêmes éléments conduirait à une structure différente. En particulier, le « jeu de langage » choisi par le patient peut être remplacé par un jeu différent. Un problème n'existe que par rapport à un fond qui ne fait pas partie du problème. Si on peut énoncer un problème, c'est qu'on est capable de le distinguer d'une situation « non-problème ». L'idée de départ de la thérapie centrée sur la solution est donc de s'intéresser plutôt à cette partie ignorée, non reconnue, qu'on appellera « solution » dans un nouveau jeu de langage. On suppose également, que chacun connaît forcément des épisodes de « non problème », que De Shazer nomme « exceptions », et à partir desquels on va faire émerger cette solution.

« Le concept de ~~problème~~ contient implicitement le concept de ~~non-problème~~, c'est-à-dire de solution. Il s'agit donc de modifier la perspective du thérapeute et du patient pour découvrir ce qui est là en attente. » (DE SHAZER, 1991)

(Nous respectons ici la symbolique reprise par De Shazer, (après Sarup 1989), qui consiste, faute de mieux, à barrer les mots nécessaires mais dont on ne se réfère pas à la signification commune : « problème » définit mal ce dont on parle, « ~~problème~~ » rend compte de cet écart. (DE SHAZER, 1991) Dans la suite de la thèse nous ne retiendrons pas cette typographie pour alléger la lecture, mais cette notion doit rester présente à l'esprit.)

Un autre éclairage du concept fondamental des thérapies centrées sur la solution est le suivant : La classe des problèmes n'est pas la classe des solutions.

« Les solutions n'ont pas besoin d'être directement reliées aux problèmes qu'elles sont supposées résoudre. » (DE SHAZER, 1988)

On ne trouvera pas de solutions en restant dans le monde des problèmes. Et justement, les exceptions sont les points de passage dans le monde des solutions, des raccourcis non balisés jusque-là, mais qui ouvrent sur de grandes perspectives.

« L'approche de thérapie brève, grâce à un jeu de langage centré sur les solutions, permet progressivement de dissoudre le problème en construisant des solutions à partir des exceptions déjà présentes. » (BETBÈZE, 2009)

Ainsi, le patient qui consulte en alcoologie ne réussit pas à considérer ce qui va déjà bien. Le thérapeute l'aide à prendre conscience de ce qui, dans sa vie, va déjà bien.

« Au lieu de résoudre des problèmes, nous nous focalisons sur la construction de solutions. Cela ressemble à un jeu de mots, mais c'est un paradigme profondément différent ». (Insoo Kim BERG, entretien avec Victor YALOM, Psychotherapy.net)

Retour vers le futur

Pour aider le patient à se retrouver dans le monde des solutions, la thérapie centrée sur les solutions fait appel à l'anticipation positive, avec la « question miracle ». Sortir, en imagination, le patient de son monde saturé par le problème, libère son esprit pour explorer un monde apaisé et y découvrir les indices qui conduisent au changement. Ceux-ci identifiés, on peut revenir dans le présent, ou le passé, pour les y découvrir déjà en germes, et décider comment les faire se développer pour retrouver une situation plus favorable, équivalente à celle de l'anticipation.

2. Principes des thérapies centrées sur la solution

Insoo Kim Berg récapitule ainsi les principes-clés d'une thérapie centrée sur la solution (BERG & MILLER, 1992) :

- a. Rechercher ce qui va bien : porter l'attention sur les succès des clients face à leur problème, valoriser leurs forces, ressources et compétences ;
- b. Principe d'utilisation : utiliser les ressources existantes, les compétences, les réseaux sociaux, les valeurs, les croyances ;
- c. Une conception exempte de théorie, non normative et adaptée au client ;
- d. Parcimonie : toujours aller au plus simple, approche minimaliste ;
- e. Le changement est inévitable ;
- f. Orientation vers le présent et l'avenir ;
- g. Coopération.

a) Rechercher ce qui va bien

Porter l'attention sur les succès des clients face à leur problème, valoriser leurs forces, ressources et compétences.

L'hypothèse de départ est que pour développer une solution, on a plus à apprendre des situations où le problème est absent que des situations où le problème est présent. Une situation où le problème n'est plus une gêne, est une sorte de raccourci, de condensé, d'échantillon, de ce que pourrait être la vie du patient une fois débarrassé de son problème. Dans de telles situations, le patient a donc réussi à mobiliser ses ressources et ses savoir-faire pour vivre « mieux ».

« Traditionnellement, la thérapie met l'accent sur les problèmes et la résolution des problèmes... lorsqu'il est centré sur la solution, le thérapeute parle de changement, des différences qui font la différence, et de solutions plutôt que de parler des difficultés, des troubles et des problèmes. » (DE SHAZER, 1986)

« Même s'il y [a] de fortes raisons de penser à un état pathologique (par exemple, une consommation chronique d'alcool, une consommation d'alcool non contrôlée, des difficultés matrimoniales liées à l'alcool, etc.), le thérapeute [écarter] habilement l'attention de cette pathologie pour se centrer sur ce qui [est] sain. » (BERG & MILLER, 1992)

b) Principe d'utilisation

« Ce principe consiste à utiliser les ressources existantes des clients, leurs savoir-faire, leurs connaissances, leurs croyances, leur motivation, leur comportement, leurs symptômes, leurs relations sociales, les circonstances, ainsi que leurs idiosyncrasies personnelles afin de les conduire aux résultats qu'ils souhaitent. » (O'HANLON & WILK, 1987)

Dénommée "utilisation" par Erickson, une stratégie qui inclut le plus d'éléments possibles en provenance de l'univers du patient augmente sa probabilité d'être comprise, acceptée et suivie. C'est l'extension au maximum du concept de « parler le langage du client », utilisant les composantes existentielles comme des mots, des matériaux de construction d'une solution.

De plus, le patient n'a pas besoin dans un premier temps d'apprendre de nouvelles compétences étrangères à son champ de connaissance actuel.

Puisqu'on suppose que le patient connaît des situations où « cela va bien », il est implicite que ces situations se produisent dans son contexte habituel. Les éléments d'une solution y sont donc déjà présents, le thérapeute doit aider le patient à les utiliser à son profit.

« Le principe d'utilisation implique que le thérapeute accepte de travailler dans le cadre de référence du client. » (BERG & MILLER, 1992)

c) Une conception exempte de théorie

Comme le disait De Shazer, sa conception de la thérapie est exempte de théorie, non normative et adaptée au client. Cela ôte au thérapeute le souci de se référer à un modèle prédéfini, et lui donne beaucoup de liberté, de confort, pour créer un accompagnement réellement adapté au patient qu'il a devant lui.

« [Cela] permet au thérapeute d'abandonner le rôle d'expert ou de professeur au profit de celui d'étudiant ou d'apprenti. Ainsi, le thérapeute rend service au client en apprenant la façon personnelle qu'a celui-ci de conceptualiser le problème qui le pousse à se faire soigner. » (BERG & MILLER, 1992)

Tout comme Erickson disait inventer une nouvelle théorie pour chaque patient, la thérapie centrée sur la solution préfère ne pas chercher à expliquer l'origine du problème, ni à exposer ses propres bases théoriques. Cela lui confère beaucoup plus de souplesse dans la conduite de la thérapie.

« Nous étions des thérapeutes à la recherche de problèmes et, comme on pouvait s'y attendre, nous les trouvions partout où nous regardions. (...) Désormais, nous passons la majeure partie du temps à nous concentrer sur la description et le classement des activités thérapeutiques qui amènent nos clients à des solutions. » (BERG & MILLER, 1992)

d) Parcimonie : toujours aller au plus simple, approche minimaliste

Conséquence de l'absence de théorie préalable, la thérapie centrée sur la solution adopte un format minimaliste. L'effet recherché est celui qui produira le plus simplement possible le plus petit changement possible dans le comportement du client, dans son état actuel, un déclencheur pour les changements ultérieurs. Ce premier succès doit, par un effet boule de neige, en susciter d'autres. Il faut amener le patient à faire un bon départ, dans la bonne direction donc, et compter ensuite sur sa propre envie de progresser vers la sortie.

« En plus de simplifier grandement les choses, (...) le second avantage de travailler avec parcimonie est que la thérapie ne consiste plus alors, comme l'a dit Erickson, qu'à « renverser le premier domino » (ROSSI, 1973). (...) Spiegel et Linn (1969) en parlent comme de « l'effet de vague » et remarquent que fréquemment, seuls des changements minimes sont nécessaires pour amorcer la résolution d'un problème et qu'une fois le changement amorcé, de nouveaux changements seront engendrés par le client. C'est pour cette raison que nous éprouvons rarement le besoin d'utiliser les thérapies élaborées, si souvent employées pour le traitement des problèmes des buveurs. La plupart du temps, tout ce qui est nécessaire pour provoquer des changements spectaculaires, ce sont des interventions minimes conçues tout d'abord pour amener le patient dans la direction du changement désiré.» (BERG & MILLER, 1992)

e) Le changement est inévitable

« L'approche centrée sur la solution se fonde sur l'hypothèse que le changement fait partie intégrante de la vie, si bien que les clients ne peuvent s'empêcher de changer (DE SHAZER, 1985). Ainsi, souvent la thérapie se limite à identifier des changements qui s'opèrent naturellement pour ensuite les utiliser afin d'amener une solution. » (BERG & MILLER, 1992)

Selon la formule de DE SHAZER, « *rien ne se produit toujours* », et si les patients considèrent que leur problème avec l'alcool, par exemple, est constant et général, c'est qu'ils ne sont pas attentifs ou sensibles aux périodes où leur perception est différente. En attirant leur attention sur ces occurrences, on peut leur faire reconsidérer la supposée persistance du problème. Démontrer que les changements sont inévitables, qu'ils se produisent même sans notre volonté explicite, est un véritable déclencheur pour en envisager d'autres.

f) Orientation vers le présent et l'avenir

La thérapie centrée sur la solution va utiliser une vision du futur dans laquelle le problème sera résolu. La « question miracle » en particulier va proposer d'imaginer un moment du futur débarrassé du problème, à partir duquel le thérapeute et le patient vont identifier des voies à suivre.

Ensuite, sur la base des exceptions identifiées dans l'expérience passée et présente du patient, on met en évidence les indices ou les preuves que le problème ne peut pas être constant. La suite de la thérapie va consister à « cultiver » ces situations d'exception.

g) Coopération

Entendue comme coopération du patient avec son thérapeute, et aussi comme coopération du thérapeute avec son patient. Elle n'est pas automatique, et parfois il est nécessaire de la construire lorsque le patient ne considère pas que son problème en soit réellement un (on parle alors de déni).

La coopération est le résultat direct de la qualité d'interaction entre les deux parties prenantes de la thérapie. La thérapie centrée sur la solution distingue trois types de relation patient-thérapeute :

- Dans la relation de type **acheteur** (ou **client**), le patient et le thérapeute identifient conjointement un objectif. Le patient

se considère comme faisant partie de la solution, et le thérapeute se sent capable de l'accompagner jusqu'à la réalisation de cet objectif.

- Dans la relation de type **demandeur** (ou **plaignant**), l'objectif est défini, mais les étapes concrètes ne sont pas identifiées, et le patient ne se voit pas comme faisant partie de la solution (il attend le changement de la part d'un autre). Le thérapeute est prêt à rechercher plus longtemps une perspective plus favorable.

- Dans la relation de type **visiteur** (ou **touriste**), le patient ne reconnaît pas avoir de problème, il est donc impossible d'arriver à une définition commune d'un objectif. C'est le plus souvent le cas pour les patients ayant un problème avec l'alcool et qui sont envoyés par un tiers en consultation (famille ou justice). Le thérapeute accepte le point de vue du patient, et cherche s'il n'y a pas un autre objectif sur lequel travailler.

Si la coopération résulte de l'interaction de deux individus, elle dépend donc à part égale de chacun d'eux. Le thérapeute ne peut pas rejeter entièrement sur le patient, qui serait « résistant », « en position de déni », un échec possible de la relation thérapeutique ; il doit s'interroger aussi sur son propre positionnement.

3. Règles de De Shazer

De Shazer définit d'autre part quelques règles générales qui guideront le thérapeute dans l'élaboration de son travail :

« Si ce n'est pas cassé, ne réparez pas. »

« Une fois que vous savez ce qui marche, faites-le plus. »

« Si cela ne marche pas, ne recommencez pas, faites autre chose. »

Elles rappellent utilement à quiconque intervient dans l'accompagnement que ce sont les perceptions du patient qui priment, que le renforcement positif est toujours profitable, et qu'on ne gagne rien à maintenir une idée qui ne fonctionne pas.

4. L'éthique du soin

Principes éthiques en thérapie brève orientée vers la solution, selon De Shazer, Isebaert et Cabié :

Donner du pouvoir :

Le patient est l'expert de sa thérapie, c'est lui qui détient les clés du changement. La solution ne peut se développer que dans l'univers du patient. Puisque la relation est d'abord une coopération, le thérapeute lui reconnaît une compétence et des capacités, en dépit de la situation insatisfaisante où il s'est fourvoyé. Le thérapeute apporte ses propres compétences d'aide et de soin, mais ne décide pas tout seul de tout.

Offrir des choix :

« Dans notre modèle, le mandat que le thérapeute se donne à lui-même n'est pas de changer les patients mais de les mettre dans un contexte où ils pourront choisir de changer. » (ISEBAERT & CABIE, 1997)

Le patient dépendant a perdu de vue la possibilité qu'il a de faire des choix, ou bien il a considérablement réduit la palette des choix possibles. Il subit sa dépendance comme inéluctable, comme s'il avait fait un mauvais choix à un moment de sa vie et qu'il ne pouvait revenir dessus. Le thérapeute va lui proposer ou lui faire expérimenter plusieurs options afin qu'il recommence à devoir faire des choix, dont celui, in fine, de changer lui-même. Dans la recherche d'exceptions, on veut aussi lui faire percevoir qu'il y a là l'espace pour un choix. Dans le contexte du symptôme même, il y a possibilité d'exercer sa capacité à faire des choix : par exemple, les situations et l'heure où l'alcoolisation se produit, quoi et combien, etc. Sans oublier le choix de l'objectif de sa thérapie, qui n'est pas nécessairement celui de son entourage au sens large.

« Quand (...) quelqu'un qui a un problème avec l'alcool vient en thérapie en voulant changer sa façon habituelle de boire, il ou elle a souvent

l'impression de ne pas avoir le choix ; s'il y a une bouteille de bière sur la table, il ou elle doit la boire. Cette « compulsion » lui est claire. Il faut définir et décrire soigneusement de quel changement dans ses façons de boire le patient pourrait avoir besoin. Quel que soit l'objectif particulier que choisit le patient, si (en tant qu'un des résultats de la thérapie), il en arrive à croire qu'il y a un choix et qu'il peut être aussi bien « oui » que « non », alors l'action de boire (ou de ne pas boire) cette bouteille de bière devient une autre activité : un choix plutôt qu'une compulsion. Une activité volontaire a remplacé une activité involontaire. » (DE SHAZER, préface à ISEBAERT & CABIÉ, 1997)

Respecter les valeurs, le système de référence

« Ce que le patient veut, le thérapeute le veut. Le thérapeute s'interdit de rien vouloir à sa place. Le patient trace le chemin pour parvenir à son but. Le thérapeute l'aide à le découvrir puis se contente de l'encourager à aller de l'avant. » (VALLÉE, 2009).

Le thérapeute respecte les valeurs, les repères, les croyances du patient. En particulier, le choix de ce qu'il faut garder ou modifier dans sa vie lui appartient (LELARGE, 2005). Le thérapeute ne peut aider le patient à résoudre ses difficultés qu'en adoptant le même système de référence. Et c'est dans ce dernier que le patient reprend sa vie à l'issue du traitement.

5. Une thérapie brève ?

Issues du courant systémique et stratégique, les thérapies centrées sur la solution s'inscrivent dès le départ comme *thérapies brèves*, c'est-à-dire se donnant pour limite une dizaine de séances de consultation.

« Le paradoxe est que cette approche minimaliste, empreinte d'humilité devant la complexité de la vie, permet de réels changements dans un temps assez court.

*Les évaluations faites au centre de thérapies brèves de Milwaukee mettent en évidence des **changements significatifs dès la quatrième séance de thérapie**. Après un an de recul, 85% des sujets se disent satisfaits des résultats obtenus grâce à ce mode d'approche thérapeutique ». (BETBÈZE, 2004)*

Ce qui compte n'est pas tant la durée effective d'un traitement que sa rapidité à définir un objectif valable et à mettre en action des stratégies de résolution.

C. La pratique en thérapie centrée sur la solution

Voyons à présent de quelle manière se déroule une thérapie centrée sur la solution à la suite des principes définis plus haut. Nous illustrerons plus particulièrement les points importants par des exemples tirés de consultations en alcoologie.

1. Construire un objectif qui appartient au patient

« Si la thérapie doit se terminer correctement, elle doit commencer correctement – en négociant un problème qu'on puisse résoudre. » (HALEY, 1987)

« Trop de thérapeutes vous invitent à dîner et puis vous disent ce qu'il faut commander. J'invite un patient à un dîner psychothérapeutique et je lui dis : Vous commandez ce que vous voulez. » (ERICKSON, 1973)

Une particularité de l'approche solutionniste en thérapie est de prendre en compte l'objectif initial du patient, c'est-à-dire l'objectif avec lequel il arrive pour la première fois en consultation. Parfois il sait réellement ce qu'il veut, le plus souvent il sait juste exprimer de manière négative ce qui le gêne. Dans d'autres cas, il vient seulement à la demande d'un tiers, famille, institution, justice. Y compris

dans ces situations, on considère qu'un travail effectif ne peut démarrer qu'en mettant à jour un objectif qui soit personnel au patient. Et cela même si, pour son entourage ou les autorités qui lui imposent le soin, cet objectif ne paraît pas être le plus urgent. Le rôle du thérapeute est d'aider son patient à construire cet objectif.

« Des études (HESTER & MILLER, 1989 ; MILLER, 1985) montrent que le sujet se conforme d'autant plus au traitement que le thérapeute coopère avec lui en lui permettant de définir ses propres objectifs thérapeutiques et d'y travailler. On peut s'appuyer sur ces découvertes, que le client choisisse de suivre le modèle traditionnel privilégiant l'abstinence ou qu'il souhaite simplement modifier et contrôler ses boissons. » (BERG & MILLER, 1992)

Identifier un objectif consistera à transformer une plainte, un malaise en problème précisément décrit. Cette concrétisation s'obtient progressivement par des questions très factuelles : quoi, qui, où, quand, comment, combien de fois ?

On invitera également le patient à illustrer la description de ses difficultés par des exemples pris dans son quotidien. Un objectif pourra ainsi être dégagé par inversion de la situation vécue comme une difficulté.

Un effet immédiat de la découverte et de la définition d'un tel objectif est d'augmenter, sinon de créer, la motivation du patient pour sa thérapie. C'est un facteur de réussite important.

Dans l'esprit de l'approche centrée sur la solution, il est important de faire ressortir l'aspect interactionnel, c'est-à-dire dans quelle situation, avec qui, le problème apparaît.

A partir de son expérience, Insoo Kim Berg et ses collaborateurs ont identifiés des critères nécessaires à la réalisation des objectifs, de telle sorte que la thérapie soit plus opérante.

*« Nous pensons que le besoin de développer des **critères de réussite** est particulièrement important lorsqu'on travaille avec ceux qui ont des problèmes avec l'alcool. Très fréquemment, ceux-ci ont le sentiment qu'ils*

n'ont pas réussi dans leur vie et souvent, ils ont quotidiennement l'occasion de se remémorer comment ils ont échoué en tant que personne, épouse, employée, etc. Ces clients ont désespérément besoin de connaître une réussite et d'avoir le sentiment d'aller de l'avant. Sans des objectifs explicites, il est difficile pour le client d'évaluer ses succès. » (BERG & MILLER, 1992)

« L'expérience montre qu'une fois que nous avons aidé les personnes à dégager ce qu'elles voulaient réellement, il était facile d'obtenir leur coopération. Dans la plupart des cas, c'est l'ambition des thérapeutes qui les empêchent de percevoir la modestie des ambitions des patients. » (VALLÉE, 2009)

Critères favorisant la construction d'objectifs concrets :

- les objectifs sont ceux du patient : ils doivent avoir suffisamment d'importance pour lui ;
- ils sont présentés comme réclamant un effort de la part du patient : valorisant en cas de succès, excusable en cas de non réussite ;
- les objectifs sont utiles et limités : ils ont un sens dans la vie du patient ; on fractionne la difficulté ;
- objectifs réalistes et réalisables : c'est à dire prenant en compte le contexte de vie du patient. Les objectifs sont adaptés à chaque patient ;
- concrets, précis et comportementaux : ceci suggère et induit une activité ce qui en facilite la réalisation ;
- Objectifs décrits en terme interactionnels : il faut veiller à ce que les objectifs soient aussi acceptables par l'entourage du patient ;
- Ils impliquent la présence d'une solution plutôt que l'absence d'un problème ;
- le début de quelque chose plutôt que la fin.

Les objectifs sont ceux du patient :

Ceci est d'une importance cruciale car la plupart des résistances dans les thérapies viennent du fait que les thérapeutes confondent leurs propres objectifs avec les objectifs du patient. Il est important de demander au patient ce qu'il veut, quels objectifs il souhaite réaliser, quelle est son attente par rapport à la thérapie. Ces simples questions permettent déjà d'initier une bonne collaboration.

« L'objectif thérapeutique doit être important pour le client, et le client doit considérer la réalisation de cet objectif comme personnellement salubre. [Alors], ce dernier est beaucoup plus susceptible de s'investir dans la réalisation de cet objectif. Voici quelques objectifs qui ont été importants pour nos clients : conserver un emploi, sauver leur mariage, ne plus avoir les parents « sur le dos », respecter les conditions de mise à l'épreuve et de liberté conditionnelle, et récupérer leur permis de conduire. » (BERG & MILLER, 1992)

Les objectifs sont présentés comme réclamant un effort de la part du patient :

Cela permet de valoriser les capacités du patient, son engagement, en cas de succès, et donc de prendre confiance en lui, tout en ménageant son amour propre en cas d'échec. Si jamais il a échoué, c'est parce que l'objectif était effectivement difficile à atteindre ; cela permet alors au patient de relativiser et lui évite une perte d'estime de soi.

« Dans ce genre de circonstance, un échec signifie simplement qu'il reste du travail à accomplir et non que le client ne peut réaliser son objectif. De même, on peut soutenir le sentiment de dignité d'un client en attribuant les échecs du passé à la difficulté de leur problème. » (BERG & MILLER, 1992)

« Notre expérience clinique nous amène à penser que celui qui a des problèmes avec l'alcool tire toujours bénéfice de disposer d'un moyen élégant et acceptable de reconnaître qu'il a échoué dans le passé. (...) Lorsque l'objectif est décrit comme un objectif « difficile » qui nécessite un « dur

travail », le client est contraint d'intérioriser sa responsabilité pour avoir atteint son objectif, tout en disposant du moyen de maintenir son sentiment de dignité personnelle en cas d'échec. » (BERG & MILLER, 1992)

Les objectifs doivent être utiles et limités :

Le patient doit pouvoir saisir quelle(s) amélioration(s) il pourra expérimenter dans son quotidien, quel mieux-être il pourra ressentir, à quoi ce changement lui servira, c'est-à-dire quel en sera le bénéfice personnel.

Il est nécessaire que les objectifs soient suffisamment modestes pour pouvoir être atteints. L'idée principale est de favoriser la réalisation de cet objectif en mobilisant les ressources du sujet. Il est plus sûr de commencer par le plus petit changement possible.

Ils doivent également être à réaliser à court terme, dans le temps s'écoulant entre une ou deux séances, ce qui permet de concrétiser assez rapidement un succès qui, en encourageant le patient à poursuivre son effort, pourrait avoir un « effet domino ».

Objectifs réalistes et réalisables

Même si le patient présente un objectif clair, pour lequel il est motivé, il se peut qu'il ait oublié de prendre en compte un ou plusieurs éléments de son contexte de vie, rendant cet objectif non réaliste ou non réalisable. Le rôle du thérapeute est de favoriser le choix d'un objectif qui ne soit pas utopique.

« Voici quelques exemples d'objectifs que nos clients ont trouvé réalisables : diminuer leur consommation de cocktails : de cinq verres, passer à deux ; passer un jour de plus sans boire ; emprunter un itinéraire pour se rendre à la maison qui évite leur bar favori ; et aller se promener après le travail.

A l'inverse, voici des objectifs que nos clients ont eu du mal à atteindre : assister à quatre-vingt-dix réunions des Alcooliques Anonymes en quatre-vingt-dix jours, accepter l'idée de ne plus être capables de boire pour le restant de leur vie, changer d'amis et de relations, ne plus faire de remarques continuelles à leur conjoint qui boit, ne jamais être absent au travail, etc. »

« Par exemple, quand un buveur vient en traitement après que sa femme l'ait quitté, il n'est pas rare qu'il déclare, au début, que son unique objectif thérapeutique est de « faire revenir [sa] femme! » Toutefois, très souvent, cet objectif n'est pas réaliste. (...) Les (...) clients (...) sont en général d'accord pour envisager un objectif intermédiaire accessible (par exemple, entreprendre des changements dans leur comportement de buveurs). » (BERG & MILLER, 1992)

Les objectifs doivent être adaptés à chaque patient. Par exemple, avec un patient perfectionniste qui a du mal à se contenter d'un objectif réaliste, il est important de négocier une diminution de ses attentes et de l'amener à des sous-objectifs plus petits et plus réalistes. L'utilisation d'une échelle de progrès permet de fractionner chaque étape. Par exemple, au lieu de x à $x+1$, on pourra passer à $x+1/2$, augmentant ainsi ses chances de réussite et son taux d'autosatisfaction à chaque « petit » succès. (ISEBAERT & CABIÉ, 1997)

Des objectifs concrets, précis et comportementaux :

Plus facilement mesurables, il est alors plus simple pour le thérapeute et pour le patient d'évaluer de façon exacte les progrès accomplis et aussi ce qu'il reste à faire.

« [Par ailleurs], le client a l'occasion de de s'attribuer immédiatement le mérite de ses succès. Inversement, lorsque l'objectif n'a pas été atteint, le fait d'avoir énoncé de façon précise les objectifs aide le client à comprendre ce qu'il a besoin de faire afin de réaliser son objectif. [Cela le protège] de tout sentiment d'accablement (...). »

« Voici quelques exemples d'objectifs que nos clients ont énoncés en termes précis, concrets, et comportementaux : s'arranger pour désigner un conducteur ou un moyen de se faire ramener avant de sortir le week-end, aller au travail à l'heure le lundi matin, boire deux bières au lieu de cinq, ne pas boire le vendredi soir lorsqu'on sort avec des amis, faire part à ses amis ou sa famille qu'on (celui qui a des problèmes avec l'alcool) ne va pas boire, parler calmement de l'excès d'alcool avec les membres concernés de la famille, et ainsi de suite.

Et voici des objectifs vagues et imprécis que nos clients ont trouvé difficiles à atteindre : avoir plus d'amour-propre, faire face au problème d'être l'enfant adulte d'un alcoolique, avoir un mode de vie sobre, être plus à l'écoute de ses sentiments. » (BERG & MILLER, 1992)

De plus, ce type de formulation, suggérant et induisant une activité, en facilite la réalisation. Par exemple, avoir pour objectif de « se sentir bien dans sa peau » est très vague et peu stimulant. Par contre, avoir précisé que ce mieux-être commence par le fait de se lever dès le réveil, de prendre un bon petit-déjeuner, d'arriver à l'heure au travail... » incite le patient à l'appliquer au moins en partie, ou à prendre des initiatives dans d'autres domaines d'activités.

Les objectifs sont décrits en termes interactionnels :

« La vie est l'expression de relations au sein d'un réseau, et non pas une série d'objectifs ponctuels poursuivis par des individus distincts ; c'est aussi vrai des fourmis, des girafes, des loups que des humains. » David Servan-Schreiber (2011)

Il faut veiller à ce que les objectifs soient aussi acceptables par l'entourage du patient. En effet, il est important que les changements à venir soient visibles et perçus par chacun comme répondant à ses propres attentes. En cohérence avec l'idée des thérapies systémiques, les changements les plus importants pour le patient seront des changements dans l'interaction avec son environnement.

Ils impliquent la présence d'une solution plutôt que l'absence d'un problème.

Arrêter de consommer de l'alcool, par exemple, n'est pas un objectif dans le cadre d'une thérapie brève. La question importante est de permettre aux patients d'exprimer ce qu'ils souhaiteraient avoir comme comportement à la place de ce comportement qui est insatisfaisant. « Quand vous aurez envie de boire, que ferez-vous d'autre que de prendre une bière ? »

« (...) L'idée que se fait le client de la réussite du traitement est souvent formulée en termes d'absence du problème. Lorsqu'on exprime de tels objectifs, ils contiennent habituellement des mots négatifs du genre, non, jamais, pas, ne peut pas, ne devrait pas, ne fera pas, etc.

« (...) On ne peut pas ne pas faire quelque chose. (...) Dans le cas de problèmes d'alcool, plutôt que d'être d'accord pour travailler sur un objectif qui consisterait à s'abstenir de toute boisson alcoolisée, nous essayons de négocier des objectifs qui nous disent, ainsi qu'au client, ce qu'il fera lorsqu'il ne boira plus (par exemple, passe-temps favoris, activités familiales, faire de l'exercice, assister à des réunions, etc.) » (BERG & MILLER, 1992)

D'autre part, *penser à ne pas faire* une activité est équivalent pour l'esprit à *penser plus* à cette activité que le patient doit justement éviter.

Enfin, le dernier critère de l'objectif est d'être décrit sous la forme du début d'un processus plutôt que la fin d'un processus.

« (...) Les objectifs doivent décrire les premières étapes que le client a besoin d'entreprendre plutôt que la fin du trajet. Lorsque les clients se présentent pour suivre un traitement, ils commencent souvent par décrire leurs objectifs sous une forme achevée (par exemple, sobriété, bonheur), c'est-à-dire en termes du résultat final qu'ils espèrent atteindre. Même si on peut considérer cela comme le signe que le client est capable d'envisager la possibilité d'avoir une vie différente, cet objectif peut rester simplement une possibilité, rien de plus, à moins qu'on aide le client à définir étape par étape le chemin à parcourir. » (BERG & MILLER, 1992)

2. La « question miracle »

La question miracle est sans doute un des éléments les plus spécifiques aux thérapies centrées sur la solution.

La question miracle est un moyen d'amener le patient à visualiser, donc déjà à « vivre », un état où le problème n'existe plus ou bien n'est plus aussi envahissant. Elle le détache du passé et permet une orientation vers le présent et l'avenir.

La question miracle consiste à poser la question suivante (Certaines personnes disent que cette question, bien posée, est en elle-même une induction hypnotique) (VALLÉE, 2009) :

« Supposez que cette nuit, quand vous dormirez profondément,

Il y ait un miracle... de telle manière que le problème qui vous a amené en thérapie ait disparu.

Mais, comme cela se passe pendant le sommeil, vous ne le savez pas...

***Le matin au réveil, à quels changements allez-vous le découvrir ?
Qu'est-ce qui sera différent et qui vous fera dire que le miracle s'est produit ?***

Qu'allez-vous faire ?

Quoi d'autre ? (plusieurs fois)

Qui d'autre le remarquera ?

Etc. »

On ne demande pas comment parvenir à ce miracle (ce serait décourageant puisque c'est a priori ce que le patient essaie sans succès depuis longtemps) mais

de se projeter dans la vie après le miracle, de vivre intérieurement les conséquences de ce miracle.

La plupart des patients ont du mal à répondre d'emblée à cette question.

« Il est normal que dans un premier temps, la réponse ne vienne pas ; en effet, les patients se vivent dans un mode saturé par le problème qui les concerne. Le plus important, à ce moment-là, est de savoir attendre pour permettre au sujet de mettre en place un processus de recherche et de création. Le rôle du thérapeute étant de favoriser une description concrète, inter-relationnelle, corporelle. » (BETBÈZE, 2007)

Les questions « *Qui d'autre le remarquera ?* », « *À quoi comprendra-t-il qu'un miracle a eu lieu pour vous ?* » introduisent le questionnement interactionnel et permettent de passer en revue les personnes de la famille ou les proches déjà évoqués.

En continuant avec la question « *Quoi d'autre ?* », de manière réitérée, on amène le patient à approfondir et à développer une description riche en détails et aussi précise que possible, vivante, sensorielle ; description qui sert à rendre encore plus réel, plus plausible, un avenir de changement et de mieux-être. Comme le dit De Shazer, plus il y a de détails plus on se rapproche de la réalité.

Voici d'autres formes de questionnement d'exploration des conséquences du miracle :

« Sans que vous ayez à dire quoi que ce soit, qu'est-ce qui vous ferait comprendre que ce miracle s'est produit pour vous ? »

« Quelle différence cela fera pour eux ? »

« Qu'est-ce qu'ils observeront ? »

« Qu'est-ce qu'ils feront ? »

« Que ferez-vous alors ? »

Le patient imagine à partir des éléments qu'il connaît déjà ou qu'il redécouvre en se projetant dans un contexte différent (en fait le même contexte externe, mais c'est lui qui a changé), donc il n'imagine que des faits et comportements réalistes, à sa portée.

« D'après notre expérience clinique, ce qui est étonnant, c'est que les « images-miracles » sont absolument réalistes, détaillées et réalisables dans le contexte de vie du client » (BERG & MILLER, 1992)

Monsieur D., 24 ans, menuisier, célibataire, vit encore chez ses parents. Il est suivi au CSAPA pour un problème de dépendance. Il expose les divergences de vue que ses parents et lui-même ont à propos de son avenir professionnel.

Voici ses réponses à la question miracle : « Si le problème était résolu, peut-être que je rentrerais plus facilement... et j'aurais peut-être un peu plus envie de leur raconter ce que je fais en dehors de la maison, au travail... On ferait un peu plus d'activités ensemble... avec mon père, ça serait un peu plus du bricolage... Il y aurait plus de dialogue entre eux et moi, tous les trois. »

Suggestion inconsciente : pendant votre sommeil etc., donc en fait cela pourrait bien réellement arriver pendant son sommeil, puisqu'on ne lui demande pas de faire un effort particulier pour être conscient de la transformation.

De plus, « Un miracle a l'avantage d'être considéré comme un effet sans cause et de symboliser cette absence de lien, entre problème et solution, souhaitée par le thérapeute. » (LELARGE, 2004)

Ensuite, on peut demander au patient de décrire les moments où des éléments, même minimes, du miracle se produisent déjà, ce qui aide à rendre la description manifeste dans le présent (cf. plus loin *la quête des exceptions*).

« Quand, dans ces derniers temps (ou jours, heures, semaines, mois) les choses ont-elles été un peu comme après le miracle... comme des morceaux de miracle.. ? »

« Qu'est-ce qui existe déjà ? »

Monsieur D. : « Mon père m'a demandé de faire un travail sur des portes ; des fois, **c'est un plaisir**, et d'autres fois il me demande à un moment où je voudrais faire autre chose... »

Quelle suggestion à partir de cet élément ? Le thérapeute pourrait à cet instant rebondir sur l'évocation de moments agréables déjà partagés et faire décrire ceux-ci de façon plus concrète par le type de questions listés ci-dessus : quand, dans quelles circonstances, avec qui, comment, quoi d'autre ? ...

« L'anticipation d'un miracle amène le patient à dire des choses qu'il ne pensait certainement pas quelques minutes auparavant. Bien souvent, il nous apprend qu'il a déjà commencé à faire des changements significatifs. Le patient apporte les éléments positifs sans y penser, ou sans s'en rendre compte, car la question miracle, en le mobilisant tout entier pour sa concentration, favorise une plus grande détente. L'interrogation sur la réaction des autres à ce changement apporte beaucoup d'informations pertinentes au thérapeute. » (VALLÉE, 2009)

Après la séance, entre les séances, si le patient repense à la façon de se retrouver dans cette situation *après-le-miracle*, cette expérience peut constituer un renforcement supplémentaire de sa motivation.

Cependant, le patient peut ne pas se prendre totalement au jeu du miracle. Le thérapeute doit alors recadrer ses objections par des questions l'amenant à chercher des réponses dans un contexte où le miracle a tout de même eu lieu.

Patient	Thérapeute
« Je ne crois pas aux miracles »	« Moi non plus »
« Je ne sais pas »	« Cherchez », et attendre
Généralise	Concrétise (détails)
Le changement c'est les autres avant tout	Insiste sur la réaction du sujet au changement d'autrui (les interactions)
Exprime les réticences des autres aux changements occasionnés par le miracle	« Combien faudra-t-il de temps à votre (mère, ...) pour s'adapter à ce miracle ? » « Peut être y aura-t-il une surprise ? »
« Je sais ce qu'il faut faire mais je ne le fais pas »	« OK, qu'allez vous faire à la place ? »
(d'après MARTINEAU, 2004)	

3. La quête des « exceptions »

Second caractère spécifique aux thérapies centrées sur la solution, la recherche des exceptions répond à un autre axiome majeur : « *rien ne se produit toujours* ».

« Un jeune homme voulait un exposé clair de la façon de procéder d'Erickson. Erickson interrompit la discussion et entraîna le jeune homme au dehors. Il lui montra la rue et lui demanda ce qu'il voyait. Perplexe, le jeune homme répondit qu'il voyait une rue. Erickson indiqua les arbres qui bordaient la rue : « Remarquez-vous quelques chose à propos des arbres ? » Le jeune homme finit par remarquer qu'ils penchaient tous vers l'est. C'est vrai, sauf un. L'avant dernier penche vers l'ouest. Il y a toujours une exception.» (HALEY, 1967)

Bien que le patient ressente son problème comme permanent, omniprésent dans toutes les configurations de sa vie, il existe cependant des occasions où il s'est comporté différemment, où il a réalisé une rupture avec le déroulement habituel de ses journées, où les circonstances l'ont amené à changer un détail, où il a voulu lui-même modifier le cours des choses. Mais il ne perçoit pas ces « anomalies », il ne leur donne pas l'importance qu'elles méritent car son esprit est saturé par sa problématique, et de ce fait insensible aux variations, aux événements qui ne répondent pas au modèle habituel.

Recherchant une issue à son malaise, le patient ne pense qu'avec le « vocabulaire » du problème, de la maladie, de la difficulté. Pour De Shazer, la solution est à chercher en dehors de ce référentiel, car non compréhensible à l'intérieur de celui-ci.

À « boire *toujours* » répond « ne plus boire *toujours* ». Le patient tente de résoudre le problème dans les mêmes termes qu'il le ressent ; il inverse le verbe d'action, mais ne modifie pas l'adverbe lorsqu'il imagine son but. La découverte d'une exception, « ne pas boire *parfois* » est une première entaille dans une conception trop manichéenne.

Comme dans un raisonnement par l'absurde, l'existence d'exception impose l'impossibilité logique de la permanence du problème. (VALLÉE, 2009)

Il est également important de faire reconnaître au patient sa responsabilité, son rôle, dans la génération de telles exceptions, en utilisant par exemple le questionnement : « comment avez-vous fait pour que cela devienne possible ? ». Cette démarche renforce sa confiance en lui, le réassure sur ses ressources et ses capacités à faire face et à s'adapter aux circonstances.

*« Lorsque le [patient] décrit les exceptions au problème, il est important que le thérapeute l'amène à les décrire avec des **détails sensoriels** afin de **transformer un souvenir cognitif en expérience présente** lui permettant de modifier sa construction du monde favorisant des anticipations positives. Le questionnement centré sur la solution vise à réécrire une histoire **centrée sur la capacité du [patient] à redevenir l'auteur de sa propre vie.** »*
(BETBÈZE, 2007)

Pour rendre cette expérience concrète, on utilisera un questionnement détaillé similaire à celui de la question miracle : « quoi, où, comment, avec qui,...? » et également « comment les autres ont-ils perçu cela ?, etc. », répété jusqu'à faire réapparaître et préciser tous les détails qui vont renforcer la mémorisation de cet évènement.

« Lorsqu'un client peut « voir » qu'il a réussi et reconnaître qu'il a, en fait, pris des mesures pour cela, il est forcé d'affronter cette réalité qu'il sait comment arrêter de boire. Lorsque le client reconnaît cette réalité-là, elle peut facilement devenir une prophétie auto-validante. » (BERG & MILLER, 1992)

Alain Vallée utilise l'image du chercheur d'or pour décrire le rôle du thérapeute : trouver tout ce qui dans la vie du patient peut servir d'exception et de définition d'objectif. Les éléments ne viennent parfois pas dans l'ordre où on le voudrait. (VALLÉE, 2009)

Tout en validant le ressenti du patient (oui, si cela va plus mal, inutile de dire que ce n'est pas si terrible, que ça va s'arranger, positivons, etc.). On cherche, et trouve, la plus petite « pépite », on la lui montre (et il doit la reconnaître pour telle). Le thérapeute ne laisse rien passer, aussi bas que le patient se situe. Le moindre élément de différence doit permettre de remonter progressivement.

La recherche des exceptions peut se faire pendant l'entretien, ou entre deux séances par la prescription d'une tâche d'observation. Ainsi, Cabié emploie couramment, en ambulatoire avec ses patients alcooliques, une feuille d'observation permettant de mettre en évidence des différences dans la fin de la séquence symptomatique et le degré de contrôle exercé par le patient. Cette observation peut être utilisée lors de la séance suivante, pour l'aider à percevoir le contrôle qu'il exerce déjà, même partiellement, découvrir des solutions déjà présentes et des choix alternatifs. (CABIÉ, 1997)

4. Les échelles : concrétisation

L'utilisation d'échelles illustre parfaitement la volonté de toujours ramener au concret les conceptions abordées au cours des entretiens.

Les échelles servent à évaluer la motivation d'un patient, son état émotionnel, visualiser l'ambition de ses objectifs, et surtout à mesurer les progrès. Elles permettent de matérialiser, de manière neutre, la vision que d'autres personnes extérieures à la consultation peuvent avoir sur l'évolution du patient. Dans ce cas, le patient doit se mettre à la place d'autrui et porter un regard décentré sur lui-même. Il se juge donc de l'intérieur puis de l'extérieur, ce qui est déjà une première expérience d'une différence.

« Les échelles représentent un des outils de base du questionnement solutionniste. (...) A la différence des graphiques utilisés pour leurs références à une norme, les échelles ne sont qu'auto-référentielles. Elles n'ont d'autre but que d'aider le [patient] en lui permettant de rendre plus concret ce qui était jusque-là flou ou abstrait. (...) Il peut s'agir d'échelles de 1 à 10, mais aussi de 1 à 100, ou bien n'importe quoi d'autre que le [patient] peut accepter facilement, telle une échelle analogique sur un segment de droite ou bien sur un chemin dessiné ou tracé sur le sol.» (VALLÉE, 2009)

Considérant que le patient est aussi un expert de sa thérapie, l'auto-évaluation sur une échelle lui donne le pouvoir, et la responsabilité, de contrôler son évolution. Il n'est pas tributaire de l'évaluation à intervalle régulier par un spécialiste extérieur, il peut à tout moment en dehors des consultations se situer sur « son » échelle.

De même que la recherche des exceptions débouche sur la constatation que tout n'est pas noir ou blanc, le positionnement sur une échelle entre 1 et 10 signifie implicitement qu'il y a des degrés dans toute chose. C'est Insoo Kim Berg qui suggère de faire démarrer l'échelle à 1 et non à 0, manière de reconnaître qu'il y a toujours un minimum de ressource dans toute situation.

« Les nombres ont un côté magique. Quand on demande au client de porter sur une échelle numérique ses problèmes, ses priorités, ses succès, son investissement émotionnel dans ses relations et son degré d'amour-propre, le thérapeute a une meilleure appréciation des éléments qu'il doit connaître. (...) Comme pour toutes les autres questions que pose le thérapeute, ces questions à échelle sont conçues pour informer le thérapeute et aussi, souvent, pour motiver, encourager et favoriser le processus de changement. » (BERG & MILLER, 1992)

« Sur une échelle de 0 à 10, 10 étant la situation après le miracle, 0 étant la situation la pire (ou avant de prendre RDV), où êtes-vous actuellement entre 0 et 10 ? »

« Quelle est la différence entre 3 et 0 ? » fait prendre conscience des choses réalisées et de la responsabilité dans l'amélioration.

« Comment allez-vous arriver à 4 ? »

« Comment allez-vous savoir que vous êtes à 4 ? »

Il nous paraît important de proposer un format d'échelle qui corresponde le mieux au mode de représentation du patient : de 1 à 10 ou de 1 à 100 selon le degré de précision de l'évaluation (ou pourquoi pas de 1 à 20 pour faire écho à l'évaluation scolaire, si ce n'est pas un trop mauvais souvenir pour le patient ?), exprimé oralement, ou par gestes (intervalle des mains, LELARGE, 2004), par un dessin, à la verticale, à l'horizontale, ou en pente pour souligner une progression, etc. C'est, encore une fois, en lien avec l'idée de parler le « langage du patient », pour être bien compris.

5. Les compliments : reconnaissance et renforcement

Les compliments permettent de favoriser ou d'améliorer la coopération avec le patient. Ils sont formulés tout au long du processus thérapeutique, en tenant

compte de ce que le patient peut considérer comme un compliment acceptable et positif. Un compliment signifie de façon directe que le thérapeute a écouté et compris le point de vue du patient, et qu'il reconnaît de la valeur à ce qui a été vécu.

« Par les compliments, on accepte simplement sa vision du monde, on soutient la conception qu'il a de sa propre personne, on accepte son « histoire » et on apaise la frustration qu'il éprouve à devoir reconnaître ses échecs. » (BERG & MILLER, 1992)

Il est bien évident que les compliments doivent être vrais, sincères et francs, afin que le patient ait confiance en son thérapeute. Tout peut être prétexte à compliment : de la simple assiduité aux rendez-vous jusqu'au changement de comportement avéré, en passant par l'effort tenté et réussi, les initiatives prises, etc.

« Un compliment bien fait va augmenter l'adhésion du patient. Souvent, c'est la première fois qu'on lui fait de tels compliments, et ce type d'échange le sort complètement, au moins pendant un moment, du marasme dans lequel il était jusque-là, pour se voir enfin comme quelqu'un de bien, qui fait des efforts réels, qui est enfin compris par quelqu'un d'autre qui le soutient. » (VALLÉE, 2009)

Pour renforcer l'impact du compliment, on peut faire préciser au patient les efforts et les habiletés qu'il a mis en œuvre pour obtenir un résultat : « Comment avez-vous fait pour vous abstenir pendant... ? », « Comment vous est venue l'idée de ... ? ». Le message implicite est alors la valorisation des compétences du patient, car ce qu'il a pu réaliser n'est pas anodin et il y avait une réelle difficulté à surmonter. (MARTINEAU, 1994)

Adresser des compliments au patient revient à lui rappeler qu'il est, pour l'essentiel, le responsable de son évolution et de ses succès, qu'il tient bien son rôle dans l'alliance thérapeutique. Tout cela renforce progressivement l'estime de soi.

6. Le recadrage

Le recadrage ou changement de perspective, est utile pour transformer une situation perçue comme problématique et sans issue en quelque chose de plus mobile.

En recadrant, on fait entrer dans le jeu des éléments nouveaux, non pris en compte auparavant ; on modifie l'espace pour leur permettre un arrangement différent. Un autre point de vue fait découvrir des ressources cachées et des voies de modification nouvelles.

« Comment vous débrouillez-vous ? »

Les patients ayant une vision désespérée de leur situation et de leur avenir peuvent être abordés avec des questions du type « Comment vous débrouillez-vous ? », ou « Comment se fait-il que les choses ne soient pas pire dans votre vie ? ». Cela ne remet pas en cause leur jugement, et souligne en douceur le fait qu'ils réussissent nécessairement quelques petits exploits pour continuer à vivre. Ils sont donc compétents et savent ce qu'ils doivent faire pour résoudre leurs propres problèmes.

« Les questions du type « Comment vous débrouillez-vous ? » se sont révélés très utiles en situation de crise. (...) Dans ce genre de situation, on met l'accent sur le fait d'amener le client à penser que d'une manière ou d'une autre, il a survécu à la crise et qu'il s'est arrangé pour que les choses ne s'aggravent pas. » (BERG & MILLER, 1992)

Complimenter ou recadrer sans cesse les tentatives du patient : si c'est une réussite, cela prouve les capacités effectives du patient ; si cela n'apporte pas d'amélioration, c'est encore une preuve des capacités à supporter une situation difficile ; si cela se dégrade, c'est encore plus impressionnant de résister ! Le but est toujours de mettre le doigt sur une capacité (ressource) propre au patient, qui sera ensuite réutilisée et renforcée.

La rechute est une expérience de contrôle

On peut recadrer une rechute comme étant une expérience de contrôle, car tout le travail et les progrès antérieurs, n'ont pas disparus pour autant. On ne relève pas la « faute » qui a consisté à boire (trop) de nouveau, mais on met en avant une opportunité d'appliquer les compétences utilisées pour s'abstenir auparavant. Dans le style de De Shazer on pourrait dire que la « rechute » implique nécessairement l'existence d'un état « non-rechute » (ou de contrôle) le précédant, donc un changement qui est déjà à la portée du patient. On recadre la culpabilité d'avoir failli en occasion de mettre en œuvre à nouveau les compétences récemment retrouvées. Et cela est d'autant plus utile sur le long terme que dorénavant le patient se sentira plus apte à se sortir lui-même d'éventuels épisodes similaires.

7. La place de la tâche thérapeutique

Une pause dans l'entretien

À partir de la définition d'un objectif valable pour le patient, des réponses à la question miracle et des exceptions identifiées, il s'agit maintenant d'organiser les progrès futurs.

Dans le déroulement de la séance de consultation, c'est le moment où le thérapeute doit prendre du recul, réfléchir et rassembler toutes les informations disponibles pour construire l'étape suivante. Il doit prendre en considération le monde du patient, ses motivations et/ou les attentes des tiers, les améliorations et exceptions déjà réalisées, comment elles ont été mises en place. Il doit réfléchir aux objectifs de vie et valeurs du patient, aux ressources disponibles, aux stratégies déjà essayées sans succès et donc à éviter. (VALLÉE, 2009)

Cette pause dans l'entretien permet au patient, de son côté, de réfléchir quelques minutes à tout ce qui vient d'être dit et échangé avec le thérapeute, de le

réintégrer à sa propre perception de l'existence, d'anticiper ce que le thérapeute va enfin lui proposer.

Ce travail de réflexion du thérapeute peut être fait seul ou en en groupe lorsque le contexte le permet. C'est aussi l'état d'esprit que nous avons pu découvrir, lors de nos débuts au sein de l'équipe de *Douar Nevez* à Lorient. Les différents professionnels de santé (médecin, infirmier, psychologue et même secrétaires) intervenant auprès des patients ayant un problème d'addiction, « croisent » leurs observations, dans l'optique de mieux ajuster la thérapie au patient. Dans ce cas, l'esquisse de la tâche thérapeutique se fait entre les séances.

But de la tâche

Le but de la tâche est de créer, entre les séances, une exception délibérée ou d'en reproduire une. La tâche est un exercice qui permet de renforcer les compétences utiles à la solution. Elle peut aussi être utilisée pour augmenter la sensibilité du patient ou de son entourage, à détecter ce qui va bien, c'est-à-dire à changer son point de vue.

On augmente l'intérêt du patient en parlant d' « expérience » plutôt que de tâche. De plus il est normal qu'une expérience rate quelquefois, et on apprend toujours quelque chose même d'une expérience ratée.

La tâche peut être comprise comme un *mini-objectif*, un objectif intermédiaire plus modeste que l'objectif global de la thérapie défini au début. La tâche et l'objectif sont congruents, ils partagent des caractéristiques communes et doivent répondre à des critères communs.

De Shazer donne quelques indications (VALLÉE, 2009):

- si le thérapeute n'a pas d'idée : mieux vaut ne prescrire aucune tâche ;
- le patient doit pouvoir faire la tâche, ou bien il l'a déjà faite ;
- la tâche est fondée sur des fragments de miracles ou les exceptions ;
- elle doit être sociale et interactionnelle ;

- elle doit être limitée : maintien d'une amélioration ou petite amélioration supplémentaire, elle représente une petite progression sur l'échelle;
- la tâche doit rester secrète, et avec observation des réactions des autres ;
- elle marque un début et non une fin : apparition de quelque chose de nouveau plutôt que disparition d'une autre;
- elle est décrite comme difficile, pour la valoriser.

Il est aussi possible, comme le propose le *modèle de Bruges*, de proposer au choix plusieurs tâches, de demander au patient de faire celle qui lui paraît le moins difficile, à réaliser comme un entraînement. Le thérapeute peut aussi demander : « Et si vous ne réussissez à faire aucune de ces tâches, est-ce qu'il y a quelque chose que vous pouvez faire à la place et qui ait la même valeur ? » (ISEBAERT & CABIE, 1997)

« Toujours pour diminuer le risque que rien ne soit fait, une évaluation par une échelle est utile: « Si à 0 vous êtes sûr de ne pouvoir rien faire, et qu'à 100, vous êtes certain de le faire, à combien vous situez-vous maintenant ? » Le patient doit se sentir capable de réaliser la tâche à au moins à 80 / 100 sinon il est nécessaire de redéfinir une tâche réalisable. » (VALLÉE, 2009)

Adaptation au patient

« Le thérapeute doit toujours tenir compte du type de relation qu'il entretient avec chaque consultant et adapter en conséquence les tâches à faire à la maison. » (BERG & MILLER, 1992)

Selon que la relation qui s'instaure est du type *acheteur*, *demandeur* ou *visiteur*, le type de tâche sera différent. Ainsi, si un **acheteur** (ou *client*) est déjà engagé dans un processus d'évolution en ayant réalisé des modifications, la prescription de tâche sera plus appliquée (création, maintien ou extension des améliorations, faire *comme si*), alors que pour un **demandeur** (ou *plaignant*) la tâche consistera plutôt à l'amener à réviser sa perception (tâche de réflexion et

d'observation). Pour un patient **visiteur** (ou *touriste*), par contre, la priorité est de maintenir le lien et de susciter un intérêt encore inexistant pour la thérapie, donc en évitant de faire des suggestions qui jusque-là n'ont jamais été suivies d'effet. La prescription de tâche semble prématurée.

« Toujours donner une raison pertinente aux tâches proposées ou les expliquer. Même si le seul objectif raisonnable qui apparaît à la fin de la séance est de faire revenir le consultant pour une deuxième séance, on doit lui en offrir une explication rationnelle. Afin d'expliquer le point de vue du thérapeute sur la nécessité pour le patient de revenir, on peut utiliser une formulation simple comme : « Etant donné qu'il y a un sérieux désaccord entre vous et votre contrôleur judiciaire à l'égard du type de traitement dont vous avez vraiment besoin, j'aimerais que vous reveniez la semaine prochaine afin d'avoir une meilleure idée de ce que nous devrons faire ». (BERG & MILLER, 1992)

8. Les particularités du questionnement thérapeutique

« Chaque question est une intervention » (MARTINEAU, 2004)

Le questionnement est un outil polyvalent du thérapeute. Il lui permet de découvrir les faces les plus évidentes d'un cas, mais aussi de guider le patient dans son évolution. C'est par un questionnement indirect qu'il peut faire découvrir au patient lui-même ses propres valeurs, ses objectifs, ses attentes.

Le questionnement indique non seulement que l'on recherche de l'information, mais aussi (et surtout) que les réponses (les solutions) sont du côté du patient. Tout au plus le thérapeute peut-il avoir l'intuition d'une dimension à explorer, d'une voie possiblement intéressante pour le patient, et il n'a certainement pas les solutions toutes faites à proposer, à prescrire selon des symptômes identifiés. Par contre, le thérapeute sait jouer du questionnement en fonction de ce qu'il vise : information factuelle, verbalisation et prise de conscience d'éléments inaperçus, aiguillage, choix, acquiescement, voire suggestion. Même

pour une prescription directe, la forme interrogative est mieux acceptée (choix restreint, alternative illusoire, question fermée).

Les questions servent à amener le patient à réfléchir autrement (peut-être pour la première fois ?) sur les diverses facettes de sa vie concernées par son « problème ». Elles permettent d'explorer graduellement, pas à pas, jusqu'aux détails les plus minimes. Par cette exploration conduite avec ténacité, se crée comme un réseau arborescent de raisons, de forces, de compétences, de ressources qui vont chercher au plus profond de l'expérience de vie. Une fois les connections créées, elles resteront à la disposition du patient.

La thérapie centrée sur la solution utilise facilement la répétition de la même question pour ramener des réponses réellement pertinentes, une fois évacuées les premières évidences qui viennent à l'esprit. La répétition renforce également, par exemple, la validité d'un comportement qui va dans le bon sens.

« L'interview est un processus complexe. Ce qui est dit, ce qui n'est pas dit, la façon dont c'est dit, qui dit quoi et à propos de quoi, quand et comment, tout cela fait passer des informations entre le client et le thérapeute. La communication va dans les deux sens (WEAKLAND, 1991). Ce que le thérapeute décide de demander, ce qu'il ignore, ce qu'il souligne, l'inflexion de sa voix, l'expression de son visage, les positions de son corps, les nuances subtiles de sa voix et celles qui le sont moins, disent au client ce qui, aux yeux du thérapeute, est important et ce qui se rattache à l'aboutissement des objectifs du client. » (BERG & MILLER, 1992)

9. Maintenir l'objectif

Après la détermination d'un objectif, la découverte des exceptions, l'exploration des ressources disponibles et l'élaboration d'une ou plusieurs tâches-expériences à mener entre les consultations, la suite du traitement consistera à évaluer la progression, consolider les améliorations ou proposer une autre tâche,

enfin à préparer éventuellement la fin de la thérapie lorsque les progrès seront jugés suffisants par le patient.

Suivi de l'évolution : « Qu'est-ce qui va mieux depuis la dernière fois ? »

Il faut revoir régulièrement avec le patient comment sa situation a évolué entre deux consultations, ou déjà, entre la décision de consulter et le premier entretien. Trois cas de figure se présentent :

- Il y a eu une amélioration, même petite ;
- Rien n'a changé ;
- C'est pire !

Comme toujours, le questionnement bien conduit va permettre de concrétiser les réponses.

Amélioration : on va chercher à faire préciser le plus de détails possible, les circonstances, etc. On va aussi chercher si de nouveaux changements positifs sont apparus. On demande comment reconduire et amplifier cette amélioration, on évalue la progression sur l'échelle du client.

Statu quo : souvent une impression trop globale, il suffit souvent d'un seul jour moins bon que les autres pour noircir l'ensemble du tableau (le patient est encore trop sensible aux ressentis négatifs). Il faut donc revoir en détails comment se sont passés les jours précédents, et des éléments positifs ressortent rapidement.

Dégradation : un tel jugement nécessite un ou des faits précis, que l'on éclaircira dans les détails. S'il ne s'agit finalement que d'une stagnation perçue comme dégradation, on en revient au cas précédent. Si la dégradation est bien réelle, on valorise les capacités d'endurance du patient, ses capacités à faire face.

Si rien n'a été fait entre deux séances, le thérapeute recadre en soulignant l'autonomie du patient (il a fait le choix de ne pas faire), questionne sur ce qui a été fait à la place, et finalement cherche à définir une meilleure tâche.

Relativiser les rechutes

Les rechutes concernant la consommation d'alcool n'étant pas rares, voire prévisibles, il est préférable de préparer le terrain pour qu'elles ne soient pas vécues comme un échec complet et dévastateur.

Marlatt et Gordon (1985) préconisent des stratégies de prévision et d'évitement, de réponses préparées en cas d'exposition aux risques de se ré-alcooliser. Pour un thérapeute centré sur la solution, il est préférable cependant de se concentrer sur la manière dont le patient s'arrête de boire, pas sur les circonstances de la rechute. Il cherche à faire ressortir les différences de son cas présent par rapport à sa période avant l'abstinence, car depuis le patient a intégré des modes de fonctionnement nouveaux qui lui ont permis de maîtriser sa consommation.

Ce travail de relativisation doit être amorcé lorsque le patient s'estime prêt à arrêter la thérapie. Un questionnement de synthèse sera utile pour conserver la trace du chemin parcouru :

- Le client voit-il ce qu'il a réalisé ? (l'objectif atteint)
- Le client perçoit-il les moyens qu'il a mis en œuvre, les ressources qu'il a mobilisées ?
- Le client peut-il généraliser ce qu'il a appris à d'autres situations ?
- Le client connaît-il les signes éventuels d'une détérioration future ?
- Que fera-t-il à ce moment-là ?

(MARTINEAU, 2004)

IV. ORIGINALITE ET INTERÊT DE CETTE APPROCHE

A. Des Facteurs de réussite communs entre les thérapies

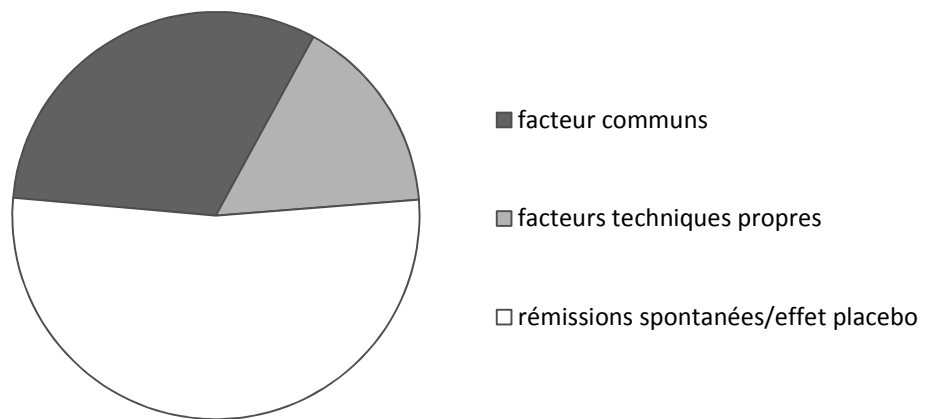
1. Efficacité des psychothérapies en alcoologie

Plusieurs études ont cherché à évaluer l'efficacité globale des diverses psychothérapies [LAMBERT (1986-2004)], et plus particulièrement en alcoologie [étude MATCH aux États-Unis (1998), étude UKATT au Royaume-Uni (2007)].

Les conclusions font ressortir que les psychothérapies sont utiles pour les patients, chez au moins 75% d'entre eux selon (NORCROSS & LAMBERT, 2010), mais qu'il est difficile de mettre en évidence des différences d'efficacité entre les thérapies étudiées (principalement cognitivo-comportementale, entretien motivationnel, 12 étapes, réseau et comportement social). Elles produiraient toutes des résultats comparables pour les critères de consommation d'alcool et d'abstinence. Il est également impossible de dégager des critères empiriques permettant de prédire quel type de thérapie fonctionnera le mieux pour un profil de patient donné (« *matching* » en anglais).

Aucune de ces grandes études ne s'est intéressée aux théories systémiques ou solutionnistes.

« Dès 1986 Lambert évaluait à 30 % le poids des facteurs communs dans l'amélioration des patients en psychothérapie, 15 % étant liés aux facteurs techniques propres à telle ou telle thérapie, et plus de 50 % dus soit à des rémissions spontanées, soit à un effet placebo. De nombreux travaux comparatifs, à la suite de ceux de Luborsky et Singer (1975), vont dans le même sens. Au coeur de ces facteurs communs et non spécifiques, se situe la relation thérapeutique, cette relation patient – thérapeute, nécessairement dépendante des caractéristiques de l'un comme de l'autre, et qui conditionne la création de l'alliance thérapeutique comme la possibilité d'en faire un laboratoire d'expériences plus ou moins correctrices et structurantes. » (VÉNISSE, 2009)



facteurs d'efficacité des diverses psychothérapies selon Lambert

Les quatre facteurs prédictifs du résultat d'un traitement, et leur poids relatifs, seraient selon Lambert :

- Le patient lui-même (implication, motivation), 40 %
- La confiance dans l'efficacité du traitement, 15 %
- L'alliance patient-thérapeute, 30 %
- Les spécificités du traitement, 15 %

(PAILLE, 2012)

2. Facteurs d'efficacité communs

Ainsi, si les thérapies sont efficaces, ce serait majoritairement dû à leur dimension relationnelle et non à leur dimension technique propre. Nous incluons dans la dimension relationnelle l'alliance thérapeutique et la confiance dans l'efficacité du traitement.

*« Les raisons pour lesquelles les traitements sont efficaces ne seraient pas celles définies par le « modèle technologique ». **Les mécanismes***

d'efficacité seraient moins spécifiques. Ils seraient plus communs aux différentes approches : empathie, alliance, désir de changer, ressources internes, réseau social, solution adaptée culturellement et personnellement à un problème socialement défini... » (PAILLE, 2011)

Le thérapeute a donc une grande influence et une grande responsabilité. Ses habiletés dans la relation humaine conditionnent la réussite. Il doit savoir établir sur de bonnes bases l'alliance thérapeutique (respect, objectif clair, empathie), activer quand il le faut la motivation du patient, et, tout de même, maîtriser et être en accord avec la technique thérapeutique qu'il a choisi d'utiliser.

B. Originalité de la thérapie centrée sur la solution

Les psychothérapies sont efficaces, et ce qui produit leur efficacité serait donc principalement la capacité du thérapeute à établir une alliance solide, à repérer, organiser et mettre en action les ressources de l'autre expert de la thérapie, le patient.

Dès lors, des différences pourront apparaître dans l'utilisation que chaque thérapeute va faire de cette relation et ces ressources, ce vers quoi il va orienter la communication qui s'instaure dans le cadre de la consultation.

1. La communication

Pour décider d'entamer un changement de comportement face à sa dépendance, le sujet doit faire pencher sa balance décisionnelle du côté de l'engagement. La théorie de la réactance de Brehm (1981) explique comment une intervention trop appuyée, trop pressante du thérapeute pour faire pencher la balance du côté des *avantages du changement* va paradoxalement conduire le patient à rééquilibrer naturellement le côté opposé, celui du *statu quo*. Devant la

menace de perdre sa liberté de perception de ce qui convient le mieux, il « choisit », malgré lui, l'option inverse.

À tout argument énoncé de l'extérieur en faveur de l'abstinence, le patient répondra par un contre-argument valorisant les bénéfices de sa conduite (plaisir, intégration sociale, détente,...).

La théorie de la perception de soi de Bem (1967) stipule d'autre part qu'une personne en vient à croire ce qu'elle dit en s'écoutant le dire, même si cela est différent de ce qu'elle pensait initialement. Le patient amené à défendre le statu quo face à une personne le pressant d'entamer un changement, risque donc d'être encore plus convaincu de son intérêt à ne rien faire.

Dans un schéma de ce genre, peut-être serait-il plus judicieux que le thérapeute occupe la position de « défenseur » du statu quo afin de laisser la place de « promoteur » du changement au patient. Ce type de basculement de position peut être utile dans la recherche des exceptions.

Inversement, un patient qui s'entend décrire un moment-miracle, un fragment de solution, renforcés par un questionnement de plus en plus serré, améliore sa confiance en sa capacité d'y arriver, son potentiel d'action.

2. La souplesse dans la prise en charge

Le travail thérapeutique avec un patient « touriste »

Dans ce cas, il y a un intérêt particulier à décentrer le point de vue dès le départ : si le patient ne reconnaît pas avoir un problème d'alcool, le thérapeute solutionniste accueillera telle quelle l'opinion de celui-ci et il orientera le questionnement différemment :

« Que peut-il faire pour faire changer l'opinion des autres à son sujet ? »,
« Que peut-il faire pour ne plus se mettre en difficulté avec eux ? »

Ce n'est plus un problème du patient, cela devient un problème de l'entourage direct ou plus lointain ; par contre c'est bien le patient qui détient les solutions possibles. Ainsi, le patient est néanmoins invité à participer au changement et ce, d'une manière moins inconfortable.

Dans ce cas, le thérapeute solutionniste ne s'attache pas à démêler le problème que constitue «le déni du problème». Il accepte la définition de la situation telle que la perçoit le patient, et regarde si elle procure des amorces de solutions.

La thérapie ne cesse pas quand le thérapeute considère qu'il n'y a plus de problème, mais quand le patient estime que son objectif est atteint (8/10 sur l'échelle d'évaluation peut lui paraître suffisant), que la solution est là.

Si jamais la démarche centrée sur la solution ne fournit pas d'amélioration, si le patient doit être pris en charge avec d'autres modalités, le temps passé à définir un objectif, à vivre un *miracle* ou rechercher des souvenirs positifs, des exceptions, ne sera pas une gêne pour la suite.

3. La place du patient dans la thérapie

En thérapie centrée sur la solution, il n'y a pas de modèle explicatif à faire comprendre au patient pour parvenir à une solution. La construction de l'objectif peut ne pas prendre le problème pour point de départ.

« En fait, il ne serait pas exagéré de dire qu'en thérapie brève orientée sur les solutions, si le client et le thérapeute ont des objectifs différents, le thérapeute est dans l'erreur. » STEVE DE SHAZER (1997), préface au livre de Luc Isebaert et Marie-Christine Cabié

Le patient est expert de sa thérapie, et le thérapeute expert de sa capacité à accompagner. La thérapie centrée sur la solution précise le rôle du thérapeute : il n'est expert que pour guider le patient dans la découverte de ce qui va déjà bien.

Le patient vient en consultation avec ses difficultés, certes, mais surtout avec toutes ses expériences positives dont il ne voit pas l'importance, ou qu'il a oubliées. Il amène avec lui un problème et les éléments pour le résoudre.

Le thérapeute solutionniste prend tout d'abord le problème comme le patient le présente, et voit si à partir de là s'il y a des solutions disponibles, ou s'il convient de recadrer cette définition. Il n'a rien à gagner à vouloir corriger trop tôt le point de vue du patient, ce n'est pas son rôle.

« Pour faciliter cela, l'attitude préconisée en thérapie brève est une position basse, une position de non-savoir. Si être thérapeute veut dire, dans ce contexte, devenir expert en résolution de problèmes ou plutôt en construction de solutions, le patient, lui, est et reste l'expert de sa propre difficulté et de sa solution particulière. Le praticien fait confiance aux définitions des problèmes que livrent les patients, à leurs capacités de les résoudre. Pour cela, il les aide à développer leurs ressources. » (LELARGE, 2005)

Parfois le thérapeute ne sait pas quel problème la thérapie a résolu. (DE SHAZER).

4. Orientation vers la solution

La décentration vis-à-vis du problème d'alcool

Les thérapeutes ont habituellement tendance, comme leurs patients d'ailleurs, à traquer le problème dans le passé, le présent et le futur. Comprendre le problème en détail, comment il est apparu, chercher des causes ou des explications dans le passé, ou même comment le problème se manifeste au présent, ou bien encore comment le patient fera face aux situations d'exposition (rechute) : tout cela ramène sans cesse la focalisation sur le problème, donc aura tendance à renforcer la vision pessimiste du patient. **« Le problème est partout ».**

À l'opposé, un thérapeute centré sur la solution ramènera sur le devant de la scène tous les détails qui témoignent d'une différence, tous les épisodes non-

problématiques, passés ou présents, vécus par le patient dans son environnement.
« **Il peut y avoir des solutions partout** ».

On ne se focalise plus sur le problème, donc on ne renforce pas davantage l'image négative dans laquelle le patient s'est inscrit durablement. On tire progressivement la vision du patient du monde du problème vers un monde sans le problème.

La thérapie centrée sur la solution va chercher à développer, le plus souvent possible, une vision allocentrique, c'est-à-dire qu'il va demander au patient d'imaginer quelles sont les perceptions des autres personnes concernées à son sujet. Il est bien obligé pour cela de se mettre momentanément à leur place, de s'observer de l'extérieur.

« À quoi vont-ils s'apercevoir qu'il y a quelque chose de différent ? »

« À votre avis, que vont-ils en penser ? »

« Qui d'autre ? »

De cette façon, la décentration vis-à-vis du problème, et la décentration du patient vis-à-vis de lui-même, permettent d'effectuer un travail indirect, ce qui en fait une thérapie moins frontale.

Un thérapeute centré sur des solutions

Là où d'autres thérapies cherchent à décrypter et modifier une manière de penser erronée ou les tentatives de solution infructueuses, la thérapie centrée sur la solution veut explorer directement une réponse fonctionnelle.

Se focaliser sur tout ce qui ne relève pas du problème, dans le passé, le présent et le futur (imaginé) entraîne une modification de la perception du patient et du thérapeute, une bascule du point de vue qui autorise un début d'évolution.

Ici, l'attitude vigilante du thérapeute est primordiale. S'il se souvient en permanence de relever tout ce qui indique, montre, révèle des éléments de

solution, il aura toujours de quoi relancer le processus. Voici un cas récent, observé au cours de notre période de formation :

Monsieur B revient au centre (CSAPA), après quelques semaines. Son objectif, établi lors de la dernière consultation avec son médecin, était de limiter sa consommation d'alcool à trois ou quatre bières par jour. Le patient est satisfait d'avoir tenu son objectif, hormis une fois. Invité à une soirée pour fêter l'anniversaire d'un ami, il raconte qu'il a décidé de ne pas boire une seule bière de la journée pour pouvoir s'alcooliser le soir, et d'arriver tardivement pour limiter sa consommation. Il reconnaît ne pas s'être donné de limite de consommation une fois sur place et avoir pris une « cuite ».

Dans l'esprit d'une approche centrée sur la solution, le médecin pourrait souligner que le patient a tenté de respecter au mieux, et bien qu'il ne soit pas parvenu à se refréner ensuite durant la soirée, son engagement. Cet effort est cependant le signe de sa **capacité à faire un choix** dans le cadre de sa diminution de consommation. Ce pourrait également être une occasion de le féliciter sur sa décision de **reprendre le contrôle sur son mode de consommation**. On pourrait aussi mettre en avant l'**exception** qui a consisté à ne pas boire de la journée, et développer avec le patient ce qu'il a **fait de différent** ce jour-là pour décaler le premier verre, ce qu'il a ressenti, ce que les personnes de son entourage ont pu ressentir, etc.

Cet exemple rapide montre à quel point une attention plus sensible aux signes positifs peut permettre de dégager de nouvelles pistes.

« La découverte véritable n'est pas celle que l'on fait lorsqu'on voit de nouveaux mondes mais lorsqu'on change de regard. » (Marcel Proust, cité par NARDONE, 1998)

5. Orientation vers le futur

Anticipation

La thérapie centrée sur la solution offre au patient la possibilité de « vivre » par anticipation un moment de son existence telle qu'elle pourrait être une fois libérée de son problème. Cet avant-goût de sa vie future va permettre au patient et au thérapeute d'identifier les germes ou les débuts de solution disponibles pour l'expérimentation.

Des travaux sur l'efficacité de deux formes de pensées projectives, et leur conséquence sur la motivation et la réussite (OETTINGEN & MAYER, 2002) nous semblent pertinents pour préciser l'intérêt de la question miracle :

- Une simple visualisation idéale, utopique, de l'état dans lequel on sera après disparition du problème, ou réalisation d'un rêve, sape l'énergie nécessaire à l'atteinte de cet objectif. En effet, cette idéalisation, en permettant à la personne de profiter ici et maintenant des bénéfices de cet état hypothétique, **occulte les efforts nécessaires à son accomplissement**, et finalement **renforce le sentiment d'impuissance et bloque toute tentative de débiter quelque chose**. L'écart à franchir est amplifié. Cela reste un rêve inatteignable.

- Au contraire, une attente rationnelle positive de cet état après résolution, s'appuyant sur les expériences et réussites passées, procure une base solide pour l'investissement comportemental nécessaire à la mise en route du changement. Cette espérance intègre les probabilités de concrétisation d'un tel résultat, donc **prend en compte les forces favorables et les obstacles qui se présenteront**. L'écart est correctement évalué. C'est un rêve accessible.

La technique de la question miracle, si elle conduit à imaginer en premier lieu un état plus favorable, idéal, met l'accent sur ce que le patient va ressentir d'abord,

puis sur ce que les autres (l'entourage du patient) vont déceler de différent. Elle attire l'attention, indirectement, sur ce que le patient aura dû changer dans son comportement pour atteindre ce nouvel état, donc le ramène implicitement à la notion de changement réalisé, de progression, d'évolution, de chemin parcouru. Nous l'avons vu, les patients racontent des miracles très réalistes et réalisables, sans exagérations, des choses très communes somme toute. Parallèlement, la recherche des exceptions permet de renforcer la crédibilité d'un futur meilleur, par l'identification de forces existantes, déjà exprimées mais non encore reconnues.

On pourrait dire que certaines formes de thérapies tentent de modifier les conséquences présentes du passé (psychanalyse, cognitivo-comportementale, systémique), alors que d'autres (centrée sur la solution) vont chercher dans le « futur hypothétique du problème résolu » les formes de la solution à développer dans le présent.

V. CONCLUSION

Un facteur qui pourrait différencier le plus simplement les thérapies entre elles serait l'orientation générale du travail thérapeutique : une orientation vers le problème et ses constituants, ou bien une orientation vers une solution.

La véritable originalité d'une thérapie centrée sur la solution consiste en cette volonté, une fois reconnue l'existence d'un problème à résoudre, de consacrer l'essentiel du temps d'interaction entre deux personnes à trouver ce qui participe à l'élaboration d'une solution.

On peut imaginer que le médecin généraliste puisse s'inspirer d'une manière judicieuse de cette approche s'appuyant sur les exceptions et sur ce qui est sain, pour favoriser la détente et la coopération avec son patient. Celui-ci allant jusqu'à dire des choses auxquelles il ne pensait pas avant d'arriver en consultation.

La thérapie centrée sur les solutions semblerait particulièrement intéressante dans les cas où le patient ne considère pas qu'il a un problème avec l'alcool, dans les situations où le patient n'est pas demandeur de suivi et consulte par obligation de soin, ou lorsque c'est un tiers qui consulte.

Nous avons également, grâce à cette étude, pu découvrir ou mieux connaître les autres pratiques exposées. Cet approfondissement pourra contribuer à une meilleure compréhension des termes et concepts utilisés dans les différentes techniques, favorisant ainsi les échanges avec les autres professionnels, dans le cadre du travail au CSAPA.

Si cette thérapie peut être séduisante ou déroutante pour nous médecins, il serait aussi intéressant de découvrir la perception que peuvent avoir les patients d'une approche centrée sur la solution.

« La simplicité de ce modèle, parfois déconcertante, est proportionnelle à la rigueur nécessaire à sa mise en œuvre. » (CABIÉ, 2005)

VI. BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON, H. & COOLISHIAN, H. (1988). A view of human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27 (4), 371-393.

ANDRE, C. (2006) in WIDLOCHER et al. (2006) "Choisir sa psychothérapie"- Odile Jacob.

BARDOT E., BETBÈZE J., & MARTINEAU W., (2009) in DENEUX A., et al. (2009). « Les psychothérapies : approche plurielle », Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

BEM, D. J. (1967). Self-perception : An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review*, 74 (3).

BERG, I. K., & MILLER, S. D. (1992). *Working with the problem drinker*. New York : W. W. Norton & Company. Pour la traduction française (1998) : *Alcool, une approche centrée sur la solution*. Bruxelles: Satas.

BERGERET J. (1981) « Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane », Paris, Dunod.

BETBÈZE, J. (2004). *Thérapies brèves et estime de soi. Choisir de changer*. N°265-266. Juin-Juillet-Août 2004.

BETBÈZE, J. (2007). *Les grands praticiens: Steve de Shazer. Hypnose et Thérapies brèves n°4*, Avon, Ed. Métawalk.

BETBÈZE, J. (2007). *Les grands praticiens: Insoo Kim Berg. Hypnose et Thérapies brèves n°5*, Avon, Ed. Métawalk.

BETBÈZE, J. (2009) in DENEUX A., et al. (2009). « Les psychothérapies : approche plurielle », Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

BLOOM, B. L. (1981). *Focused single-session therapy: Initial development and evaluation*. In S. H. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy*. New York: Guilford.

BREHM S. S., & BREHM, J. W. (1981) *Psychological reactance: A theory of freedom and control*, New York: Academic Press.

CABIÉ M.-C. (2005). Hommage à Steve de Shazer. *Thérapie Familiale* 4/2005 (Vol. 26), p. 333-334.

DAEPPEN J.-B., BERDOZ D. (2006). « Comment motiver un patient pour qu'il arrête de boire ? » *La Revue du Praticien. Malades de l'alcool ; Quels soins ?* Tome 56 - N°10.

DESCOMBEY J.-P. (1985). La dépendance alcoolique. *Le Bulletin freudien* n°4

DE MONDRAGON M. & LEGRAND, J.M. (2009) in DENEUX A., et al. (2009). « Les psychothérapies : approche plurielle », Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

DE SHAZER S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: W. W. Norton.

DE SHAZER S. (1988). *Clues : Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton.

DE SHAZER S. (1991). *Putting difference to work*. New York: W. W. Norton & Company. Pour la traduction française: *Différence, changement et thérapie brève*, Bruxelles, 1996.

DE SHAZER S. (1994). *Words were originally magic*. New-York: W. W. Norton & Company. Pour la traduction française: *Les mots étaient à l'origine magiques*, Bruxelles, 1999.

DE SHAZER, S. & BERG, I. K. (1992). *Doing therapy : A post-structural revision*. *Journal of Marital and Family Therapy*.

ELAYLI R.(2009) in DENEUX A., et al. (2009). « Les psychothérapies : approche plurielle », Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

ERICKSON, M. H. (1965). The use of symptoms as an integral part of hypnotherapy. *American Journal of Hypnosis*, 8, 57-65.

ERICKSON, M. H. & ROSSI, E. L. (1973). From a taped dialogue. In E. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson* (vol. 4). New York: Irvington.

ERICKSON, M. H. & ROSSI, E. L. (1979). Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington.

HALEY, J. (1967). Advanced techniques of hypnosis and psychotherapy: Selected papers of Milton Erickson. Cupertino, CA: Meta Publications.

HALEY, J. (1987). Problem solving therapy (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

HESTER, R. & MILLER, W. (1989). Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives. New York: Pergamon Press.

ISEBAERT, L., Cabié, M.-C. (1997). Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès.

JOHNSON, V. (1973). I'll quit tomorrow. New York : Harper & Row.

KOGAN, L. S. (1957a). The short-term case in a family agency. Part I. The study plan. Social Casework, 38, 231-238.

KOGAN, L. S. (1957b). The short-term case in a family agency. Part II. Results of study. Social Casework, 38, 296-302.

KOGAN, L. S. (1957c). The short-term case in a family agency. Part III. Further results and conclusions. Social Casework, 38, 366-374.

KRAL, R. (1988). Strategies that work. Milwaukee, WI: Author.

LAMBERT M. J. (1992) The Handbook of Psychology Integration, Basic Books, États-Unis.

LAMBERT, M. J., & OGLES, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.

LASSELIN M. (1979) « Avec des alcooliques, des créateurs...En deçà du miroir » -Lille IFPAC

LE CLAIRE Y. (2009) in DENEUX A., et al. (2009). « Les psychothérapies : approche plurielle », Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

LELARGE E. (2004) " Approche psychotherapique solutionniste en institution – À propos d'une adolescente en situation de crise " - Thèse Pour le Diplôme d'état de docteur en médecine. Nantes.

LELARGE E., et al.(2005) - "Prescription de tâches, prescription d'expériences dans le cadre des thérapies brèves" - L'information psychiatrique vol. 81, n° 6 - juin-juillet 2005.

MARLATT, G. A. & GORDON, J. (Eds.) (1985). Relapse prevention. New York : Guilford.

MARTINEAU, W. (2004). Cours sur les Thérapies solutionnistes. Nantes : ARePTA.

MILLER, S. (1988). The symptoms of solution. The journal of Strategic and Systemic Therapies.

MONJAUZE M. (1999) « La part alcoolique du soi », Paris, Ed. Dunod,

NARDONE, G. (1998). « Psicosoluzioni ». RCS Libri. Pour l'édition et la traduction française (1999): « Psychosolutions, comment résoudre rapidement les problèmes humains complexes ». Le Bouscat : L'Esprit du Temps.

NOONAN, R. J. (1973). A follow-up of psychotherapy dropouts. Journal of Community Psychology, 1, 43-45.

NORTON, R. (1982). Communicator style: Theory, application and measures. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

OETTINGEN & MAYER, (2002) « The Motivating Function of Thinking About the Future: Expectations Versus Fantasies. » Journal of Personality and Social Psychology Copyright 2002 by the American Psychological Association, Inc. Vol. 83, No. 5.

O'HANLON & WILK (1987). Shifting contexts : The generation of effective psychotherapy. New York : Guilford.

OLIVENSTEIN C. (1987). La clinique du toxicomane. Paris, Ed. Univ.

PAILLE F. (2000). L'alcool : de l'usage à la dépendance. Gaillard : Laboratoires Roche Nicholas SA.

PAILLE F. (2011) « Existe-t-il des données permettant de proposer un type de psychothérapie à un profil de patient ? (matching) » Réunion de la Société Française d'Alcoologie – Paris, mars 2011.

PENN, R. (1985). Feed-forward: Future questions, future maps. *Family Process*, 24 (3), 299-310.

PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. (1982). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (3).

ROLLNICK S., MILLER W. R. & BUTLER C. C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care – Helping Patients Change Behavior*. The Guilford Press. Pour la traduction française : *Pratique de l'entretien motivationnel – Communiquer avec le patient en consultation*. Paris : InterEditions-Dunod, 2009.

ROSSI, E. L. (1973). Psychological shocks and creative moments in psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16 (I), 9-22.

ROUCHOUSE B. & FANGET F. (2009) in DENEUX A., et al. (2009). « Les psychothérapies : approche plurielle », Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

SPIEGEL, H. & LINN, L. (1969). The "ripple effect" following adjunct hypnosis in analytic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 126, 53-58.

TALMON, M. (1990). *Single session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco : Jossey-Bass.

TOMM, K. (1987a). *Interventive interviewing. Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist*. *Family Process*, 26 (I), 3-13.

TOMM, K. (1987b). *Interventive interviewing. Part II. Reflexive questioning as means for the therapist to enable self-healing*. *Family Process*, 26 (2), 167-183.

VALLEE, A. (2009) in DENEUX A., et al. (2009). « Les psychothérapies : approche plurielle », Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson

VACHONFRANCE G. (2006) « Psychanalyse et addiction », Traité d'addictologie, Ed Flammarion.

VÉNISSE J.L. (2009) in DENEUX A., et al. (2009). « Les psychothérapies : approche plurielle », Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson

WEINER-DAVIS, M., de Shazer, S. & Cingerich, W. J. (1987). Building on pretreatment changes to construct the therapeutic solution : An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13 (4), 359-363.

ZWEBEN, A., Perlman, S. & Li, S. (1988). A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of marital systems study. *British Journal of Addiction*, February.

VII. ANNEXE

Extraits du cas clinique « La journée-miracle de M. Meeks »

Les quelques extraits qui suivent, issus d'un cas clinique pris dans la littérature (BERG & MILLER, 1992), et secondairement annotés, permettront d'illustrer certains éléments de l'approche centrée sur la solution.

Orientation positive de l'entretien

« Le thérapeute commence avec une question qui cherche à attribuer les caractéristiques positives et les qualités décrites [précédemment] par le client à un effort conscient, à un comportement visant un objectif. (...) Quand la conversation commence à glisser vers une conversation centrée sur le problème (...), ce qui est caractéristique des conversations qui se déroulent en début de thérapie centrée sur la solution, le thérapeute, à l'aide d'une nouvelle question, redonne à la conversation son orientation sur la solution." "Prend place alors une sorte d'histoire psychosociale spontanée, centrée sur la solution, dans laquelle les points forts, les compétences, les succès, les ressources, etc., du client vis-à-vis de son problème sont d'une importance et d'un intérêt fondamentaux."

Acceptation de la conception actuelle du patient sans chercher à le convaincre ; Prise en compte de l'objectif recherché par le patient ; Identification du type de relation patient-thérapeute

« M. Meeks dit qu'à ce stade, il n'est pas absolument sûr que sa consommation d'alcool et ses problèmes de famille soient liés. Remarquez que le thérapeute centré sur la solution ne perd pas de temps à essayer de le convaincre du contraire. Estimant que le "déli" l'empêchait de voir cette relation, certains spécialistes auraient pu être tentés d'intervenir afin "d'aider" M. Meeks à admettre la relation entre les deux. Cependant, à ce stade, une telle démarche de la part du thérapeute serait allée à l'encontre de la coopération entre eux. Dans l'approche centrée sur la solution, le thérapeute accepte plutôt la conception actuelle du client et centre la discussion sur ce que le client veut changer. On évite ainsi de revenir à la discussion du problème et on

oriente le client sur les objectifs qu'il souhaite atteindre. M. Meeks dit que sa consommation d'alcool constitue le "problème majeur" et qu'il veut faire quelque chose afin de provoquer un changement. L'ensemble de ces indices suggère qu'une relation de type acheteur commence à se dessiner."

Respect de l'objectif du patient, sans projection de la part du thérapeute

« (...) Même si M. Meeks voit le fait de boire comme un problème majeur, et même si les exceptions obtenues jusqu'ici sont impressionnantes et semblent constituer une base solide sur laquelle élaborer une solution, on ne peut affirmer, à cet instant, que l'objectif du client soit de cesser de boire. Il se peut en effet que l'objectif du client soit quelque chose de totalement différent et que sa consommation d'alcool ne soit qu'un moyen de parvenir à cet objectif. Quoiqu'il en soit, à ce stade, le thérapeute doit être extrêmement prudent pour ne pas aboutir à une conclusion prématurée à propos des objectifs thérapeutiques du client, et il doit se garder de la tentation d'imposer au client ses propres objectifs quant à la consommation ou la non consommation d'alcool. Pour ceux qui ont été témoins des effets destructeurs de la boisson sur les individus comme sur les familles, ceci peut constituer un véritable défi. Cependant, forts de notre expérience, nous pouvons dire que la réussite dans notre travail avec la personne qui a des problèmes d'alcool ne vient que si l'on a précisé les objectifs du client et travaillé dans le sens de ceux-ci. (...) A ce stade, le thérapeute a besoin de déterminer avec beaucoup plus de précision ce que le client souhaite obtenir en venant suivre un traitement. La « question-miracle » s'est révélée très utile pour déterminer ce que le client veut réaliser en suivant une thérapie – en d'autres termes, son objectif. » (...)

Question miracle et au-delà

« Ensuite, et c'est le plus important, le thérapeute demanda à M. Meeks de continuer à donner une description très détaillée de la journée-miracle en posant la question cruciale : « Quoi d'autre ? » Par exemple, « Quoi d'autre allez-vous remarquer de différent dans votre journée-miracle ? » Après que M. Meeks eut décrit

beaucoup de choses différentes et qui devraient continuer à l'être (par exemple, il sourirait plus souvent, il aurait plus de contacts sociaux, il sortirait de sa « coquille »), le thérapeute lui posa une dernière fois la question « Quoi d'autre ? (...) :

- Eh bien, je serai capable de ne plus boire comme je l'ai fait cette dernière semaine !

- Ah, je vois. En quoi cela vous a-t-il aidé ?

- Eh bien, je suis plus proche de ma famille. Vous savez, nous nous entendons beaucoup mieux et... maintenant que j'y pense... nous ne nous disputons plus.

- Super ! »

Découverte des conséquences de son alcoolisation par le patient lui-même

« Contrairement à ses précédentes déclarations, M. Meeks reconnaît désormais que sa consommation d'alcool a effectivement des conséquences sur sa vie de famille. Le plus remarquable est peut-être qu'il en soit venu là sans que le thérapeute n'ait cherché à le confronter à cette idée. »

Changements significatifs déjà survenus dans la vie du patient. Affinage de l'objectif thérapeutique

« (...) M. Meeks et le thérapeute ont continué à évoquer combien le fait de changer ses habitudes vis-à-vis de l'alcool avait déjà eu un retentissement et continuerait à avoir des conséquences positives sur sa vie de famille. Le thérapeute et l'équipe (derrière la glace sans tain) comprirent très vite que l'objectif thérapeutique de M. Meeks était, en fait, de continuer à améliorer ses rapports familiaux ainsi que sa vie de famille. A cet égard, maîtriser ce problème d'alcool était juste le moyen d'arriver à ses fins. (...)

Recadrage du patient par le thérapeute pour orienter l'entretien vers la solution

« M. Meeks signala n'avoir pas bu un verre depuis plus d'une semaine. Naturellement, le thérapeute se renseigna sur cette exception, en particulier en

demandant comment M. Meeks avait pu réussir. « (...) Depuis combien de temps êtes-vous sobre ?

- Normalement, je ne bois pas plus de...peut-être, si je bois, peut-être un jour, peut-être deux jours au plus...

- Depuis combien de temps... ?

- Environ une semaine.

- *(d'une voix neutre)* Une semaine ? Comment avez-vous fait ?

- Comme je vous l'ai dit, je commence à... faire plus ou moins attention parce que, euh, il y a des choses dont je ne me souviens pas. Et aussi, je vois maintenant que quand je suis comme cette semaine, nous sommes un peu plus proches les uns des autres... et...

- *(Alors que le client continue)* Ah, vraiment ? Ça, alors !

- On m'a proposé des verres et je les ai refusés.

- Comment avez-vous pu refuser de cette façon-là ?

- Vous savez, vu l'alcoolique que je suis, cela a été dur !

- J'imagine ! Comment avez-vous fait ?

- *(Il secoue la tête de gauche à droite.)*

« [M. Meeks] ne « sait » littéralement pas comment il a fait pour refuser (...) et il le montre non verbalement en secouant la tête. Il y a de grandes chances pour qu'on ne lui ait jamais demandé de réfléchir ou qu'il n'ait jamais réfléchi à l'absence du problème d'alcool ; le client est beaucoup plus capable de parler et de prédire la présence de son problème (...). Il est probable que ce genre de discussion ait constitué l'essentiel des expériences de traitement de M. Meeks. Ici, par contre, le thérapeute centre à nouveau rapidement la discussion sur la solution. ».

Compliments : validation des succès du patient

Le thérapeute met en évidence les réussites de M. Meeks à refuser des propositions d'alcoolisation, tenant ainsi un discours encourageant et valorisant pour celui-ci : « C'est super, mais je veux dire, cela ressemble à un véritable défi ! »

Le thérapeute demande au patient de préciser comment il a fait pour refuser la prise d'alcool : « Alors, comment avez-vous fait pour tenir jusqu'à, vous savez, jusqu'à ce que vous descendiez du bus ? » ...Et comment il pourra encore refuser à l'avenir : «Alors, comment savez-vous que vous pourrez continuer à refuser des verres ? Parce que, comme vous le savez déjà, on va continuer à vous en offrir. »

Questionnement détaillé sur l'exception pour rendre cette expérience concrète : Quand, où, comment, avec qui ? Cela s'est-il déjà produit antérieurement ?

« Il ne suffit pas de découvrir des exceptions au problème d'alcool. Pour utiliser ces exceptions à la construction de solutions, il est indispensable d'aider le client à identifier la manière dont les exceptions se produisent. (...) Après que M. Meeks eut commencé par indiquer qu'il ne savait pas, le thérapeute dut insister un moment pour aider M. Meeks à décrire comment cette exception s'était produite. Assez vite, cependant, M. Meeks put rattacher ce succès au fait d'être resté douze ans sans boire. (...) Le thérapeute poursuivant dans le même sens, M. MEEKS put décrire dans le détail comment il était resté sobre pendant douze ans. Il découvrit de nombreux facteurs qui, selon lui, avait contribué à ce succès prolongé (par exemple, se tenir à l'écart de ses copains de beuverie, s'impliquer dans sa vie de famille, travailler, aider les autres, etc.). »

NOM : DENIAUD PLANCHARD

PRÉNOM : Françoise

Titre de Thèse :

APPROCHE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE SOLUTIONNISTE
EN CONSULTATION D'ALCOOLOGIE

Résumé

Nous tenterons d'aborder le sujet du point de vue du médecin généraliste sans formation complémentaire spécifique.

La véritable originalité d'une thérapie centrée sur la solution consiste en cette volonté, une fois reconnue l'existence d'un problème à résoudre, de consacrer l'essentiel du temps d'interaction entre deux personnes à trouver ce qui participe à l'élaboration d'une solution.

On peut imaginer que le médecin généraliste en consultation d'alcoologie puisse s'inspirer d'une manière judicieuse de cette approche s'appuyant sur les exceptions et sur ce qui est sain, pour favoriser la détente et la coopération avec son patient, et par là améliorer l'efficacité de la relation thérapeutique.

MOTS-CLÉS

psychothérapie - thérapie solutionniste - alcoologie – question miracle

alliance thérapeutique - communication