

**Mémoire de fin de cycle d'apprentissage.**

**Présenté par le Dr J. VIVIER**

**Le 08/05/2024**

**En vue de l'obtention du diplôme de qualification en thérapies  
brèves de l'ARePTA IMHENA**



# Table des matières :

I. Introduction :.....	1
II. Exposé d'une technique / stratégie thérapeutique et de son utilisation avec cas pratiques : l'approche stratégique.....	2
A. Création de l'alliance : .....	2
B. Recadrages et tentatives de solution :.....	3
C. Tâches et interventions thérapeutiques :.....	4
III. Exposé d'un cas pratique (suivi de plusieurs séances) : .....	7
A. Entretien N°1 :.....	7
B. Entretien N°2 : .....	10
C. Entretien N°3 : .....	11
D. Entretien N°4 :.....	12
IV. Réflexion théorique : .....	13
V. Parenthèse narrative : .....	16
VI. Conclusion .....	18

## I. Introduction :

Au cours de la formation de psychiatre de nombreuses possibilités d'apprentissage sont proposées aux étudiants curieux. La plupart des formations visent à spécialiser le praticien, qui se verra devenir progressivement plus compétent dans des domaines spécifiques. La formation concernant les thérapeutiques médicamenteuses est souvent appuyée et encadrée pour bénéficier de prescripteurs efficaces. En contrepartie l'offre de formation en psychothérapie se veut très ouverte et peut quelquefois en devenir presque complexe du fait de la difficulté que peuvent rencontrer les étudiants à se positionner sur un courant plutôt qu'un autre.

Les exigences de chaque mouvance, leurs applications, leur adaptabilité peut parfois varier drastiquement et certaines pratiques peuvent devenir contraignantes puisque spécialisées au point d'en devenir rigides.

Pour le praticien qui se veut polyvalent et qui souhaite rester efficace, il apparaît préférable de s'orienter vers des thérapies plus généralistes, utiles quelque-soit la problématique rencontrée par le patient. L'approche systémique viendra alors bouleverser la conception du praticien qui s'y penche, puisqu'elle remet profondément en question de nombreux paradigmes.

L'approche systémique vise à observer non pas un individu mais un ensemble de systèmes relationnels en perpétuelle communication. Elle permet d'expliquer et de concevoir le « problème » par le biais des interactions qui en sont la manifestation et / ou la source. C'est une approche qui par essence, catégorise la problématique non pas sur la base d'une pathologie, mais plutôt sur un mode relationnel. Les malades ne sont plus prédestinés à l'être, ils restent des hommes et des femmes, en souffrance du fait de l'épuisement de leurs ressources et des conséquences négatives de tentatives de solution inappropriées.

Remettre du sens dans les actions du patient en exposant la problématique comme étant celle d'une communication erronée découlant d'un système perception-réaction en difficulté permet au patient d'être acteur et non plus porteur (d'un trouble). La situation vécue comme insupportable est donc le fruit d'un processus interactionnel en berne<sup>1</sup>, rigidifié par les années d'utilisation et généralisé à outrance. Il devient alors possible de voir les classifications comme le DSM, s'ouvrir et perdre de leur pertinence lorsqu'elles sont observées par le prisme systémique. Ces classifications sont importantes pour la structuration qu'elles permettent mais perdent de vue les singularités de nos patients, entraînant par voie de conséquence une approche thérapeutique moins personnalisée.

Le sujet de ce travail portera sur les applications possibles des thérapies brèves à travers une présentation de l'approche stratégique, que nous aborderons de manière privilégiée. Dans une seconde partie seront présentés des exemples pratiques illustrés par un suivi de plusieurs séances d'interventions brèves assorties de séances d'hypnose. En troisième partie nous aborderons une réflexion théorique et les possibilités d'application de l'approche stratégique en milieu pénitentiaire. Enfin, nous évoquerons une parenthèse narrative avant de conclure ce travail.

---

<sup>1</sup> Une logique des Troubles mentaux. J.J. Wittezaele ; G. Nardone

## II. Exposé d'une technique / stratégie thérapeutique et de son utilisation avec cas pratiques : l'approche stratégique.

L'approche stratégique a été développée par l'équipe du MRI de Palo Alto, sur inspiration des travaux d'Erickson. C'est une pratique qui nécessite une grande souplesse de la part du thérapeute, qui doit être interventionniste pour le bien du patient. Il est nécessaire pour le thérapeute d'avoir une vision globale et processuelle du « problème », afin d'agir sur les leviers qui permettront un changement.

Pour illustrer cette prise de recul nécessaire, intéressons-nous à la notion d'évènement adverse. A la suite d'un évènement adverse, une population constituée d'individus aux caractéristiques diverses et variées, va évoluer singulièrement de manière très différente : certains traverseront l'épreuve qui ne restera qu'un mauvais souvenir, d'autres vont développer une symptomatologie anxieuse, une symptomatologie dépressive, ou encore un psychotraumatisme, etc...

*Quels sont les tenants et aboutissants d'une réaction à un évènement adverse, qui amènera une souffrance pathologique pour le sujet ?*

La gestion des conséquences de l'évènement par le sujet est le terreau des situations de souffrance ou de résilience, en fonction du sujet, de son passé, de sa propre fragilité ou de ses capacités à faire face et de ses stratégies. En effet, les capacités de l'individu sont mises à rude épreuve, mais lorsque les stratégies habituelles de gestion de l'adversité sont inefficaces, là commence le véritable calvaire, car celles-ci peuvent majorer la souffrance existante. Il ne s'agit pourtant pas de responsabiliser pleinement le sujet souffrant d'être l'artisan de son propre malheur, ce qui pourrait majorer son mal-être et rompre l'alliance.

L'objectif des thérapies stratégiques est de reprendre les évènements, en globalité, et d'identifier les tentatives de solution inefficaces, qui ne sont ni plus ni moins que ce qu'elles sont, afin de les enrichir et de les rendre plus souples.

### A. Création de l'alliance :

La prérogative nécessaire à toute bonne thérapie bien conduite est l'acquisition de l'alliance thérapeutique, c'est cette alliance qui fera que le sujet s'autorise à une libre expression de son vécu émotionnel et des interactions relationnelles qui sous-tendent ce vécu. Il faut alors sans cesse adapter sa posture et son comportement, en conservant un regard bienveillant : *changer constamment tout en restant le même*<sup>1</sup>.

C'est la première étape, il s'agit d'aborder le patient avec une position dite basse, propice à l'accueil inconditionnellement bienveillant des plaintes et doléances de notre sujet, l'empêcher de s'auto censurer. L'écoute active, support de partage expérientiel permettra au thérapeute faisant preuve d'empathie de s'imprégner du vécu du patient, en vue de mieux comprendre son fonctionnement. Il faut alors régulièrement reformuler, reprendre les termes utilisés par le patient en vue de faciliter le sentiment de reconnaissance de sa souffrance.

---

<sup>1</sup> *Chevaucher son tigre.* G. Nardone.

En prenant exemple d'un patient utilisant le terme « les djinns » pour désigner les phénomènes hallucinatoires acoustico-verbaux et intrapsychiques, on pourra alors questionner l'importance du vécu culturel de ces phénomènes, qui ont une importance à ne pas négliger. Ils pourraient notamment aider le praticien à comprendre comment le sujet s'explique lui-même ces phénomènes, comment il tente d'y répondre, et quelles réponses ses proches ont pu tenter d'apporter.

L'environnement est également très important, le choix d'une salle d'entretien aux couleurs et au mobilier agréable doit pouvoir favoriser l'installation propice d'un climat de confiance et l'établissement d'un lien thérapeutique permettant un travail centré sur le problème.

Le Positionnement doit être empathique et bienveillant, en « *mirroring* » du patient, avec notamment une recherche attentive d'accordage corporel. Il est parfois utile de moduler le positionnement en fonction du stade de l'entretien : réserver une réponse corporelle mitigée voire peu investie lors du récit des tentatives de solutions du patient puis à l'inverse se montrer très engagé et en pleine concentration au moment d'énoncer les tâches thérapeutiques. Le positionnement doit refléter la stratégie mise en place pour faire émerger le « 180° » recherché en thérapie stratégique qui permettra l'émergence des expériences correctrices.

## **B. Recadrages et tentatives de solution :**

Après l'étape de l'écoute active, il convient de reprendre les doléances du patient afin d'utiliser ses plaintes comme objectif de travail avec lui. Il est nécessaire alors de revoir le cadre d'observation de chaque situation afin d'identifier les tentatives de solution entretenant le problème. De cette manière, le patient pourra concevoir différemment la réalité dans laquelle il se décrit comme passif et subi les conséquences de son environnement, alors qu'il est en réalité acteur et peut se mobiliser pour ajuster son environnement par ses actions en vue de le rendre plus propice au changement.

Les tentatives de solutions doivent être identifiées, il s'agit des compétences que le sujet met en place pour diminuer sa souffrance face à la situation pénible. Elles sont erronées dans le sens où elles peuvent générer de la souffrance et entretenir le problème. Ce sont avant tout des stratégies qui ont fonctionné par le passé et qui peuvent être utiles dans certaines situations, mais qui se sont rigidifiées et « automatisées », pérennisant la souffrance du sujet et parfois de son entourage.

Prenons l'exemple d'un patient souffrant d'une symptomatologie anxieuse, partiellement compensée grâce à de nombreuses demandes faites à ses proches qui pris de compassion, tentent d'apporter leur aide. Malheureusement l'anxiété tend à devenir de plus en plus envahissante, empêchant notre patient de réaliser seul les tâches quotidiennes, ce qui épuise l'entourage. Il convient d'exposer à ce patient, la part acquise de sa symptomatologie, celle qu'il entretient lui-même : en embrassant une position d'« incapable » il perd en autonomie, pérennise ce fonctionnement de dépendance de l'entourage, majorant et diversifiant les angoisses qui l'accompagnent.

La demande d'aide, qui fait preuve d'une intelligence notable, celle de reconnaître son incapacité à résoudre la situation par soi, devient tellement automatique qu'elle crée une dépendance à l'autre. Si bien qu'à terme, l'insécurité sans l'autre croît jusqu'à devenir

permanente et restreint la liberté du sujet, qui perd en sécurité interne. Le sujet développe une fausse croyance, celle d'être de plus en plus incompetent.

Il est alors recadrant pour la suite de notre exemple d'utiliser la formule suivante : « chaque fois que vous demanderez de l'aide à un de vos proches, et qu'ils acceptent vous recevez en réponse deux messages : le premier est « tu comptes pour moi, je t'aide et te protège », le deuxième, plus subtil mais tout aussi important est « je t'aide parce que tu n'es pas capable de t'en sortir seul, tu resteras malade si tu restes seul ». Je ne vous demande pas d'arrêter de demander de l'aide, je sais qu'en ce moment vous ne pouvez pas ne pas demander d'aide, mais simplement de penser à ces deux messages et au fait que vous aggravez le problème chaque fois que vous le ferez. ».

Ce type d'intervention fera naître chez le patient la peur d'aggraver la situation et permettra d'induire un changement de comportement et de produire des expériences correctrices, motivées par la peur de la peur !

De la même manière on peut se servir des recadrages pour le patient incarcéré qui écrit maints courriers (parfois cinq par jour) au juge des libertés, au juge d'application des peines, au contrôleur général des lieux de privations de liberté etc. Les réponses reçues à leurs demandes, parfois après d'interminables délais, sont rarement (jamais) satisfaisantes, et génèrent frustration, colère et sentiment d'impuissance. Il est important de le rappeler, peu de prisonniers affectionnent les travailleurs du droit et de la justice en dehors des avocats.

On peut alors créer chez ce patient l'aversion de son comportement à l'aide de la formule suivante : « Mr je dois dire que vous m'impressionnez, au rythme où vous écrivez et rappelez à l'ordre tout ce monde. Vous semblez intraitable, pire que les impôts et la police réunis, vous auriez même un avenir radieux en tant qu'huissier de justice ! ».

Il sera impératif cependant d'accompagner le patient dans la recherche d'une autre manière de mener son combat contre la colère et la frustration, en recherchant la valeur blessée et en orientant ses actions dans une autre direction.

Par la suite, avec ce patient, plusieurs entretiens ont permis la mise en évidence d'une situation insupportable de mise à distance de sa fille, dont il considérait qu'il était indispensable d'avoir une présence paternelle suffisante. Après avoir enrichi les expériences passées, support d'un fort lien basé sur l'amour et la fierté pour sa fille, il a été possible d'engager le patient à écrire des « *courriers de présence* » pour maintenir le lien le plus fort possible, et ainsi générer de la satisfaction à la place de la souffrance.

### **C. Tâches et interventions thérapeutiques :**

De nombreuses tâches thérapeutiques existent et donnent lieu à prolonger les progrès réalisés en séance dans l'environnement du patient. Les tâches sont des exercices actifs nécessitant un engagement du sujet, il est donc nécessaire de bien les amener et de leur donner du sens. Pour le patient elles doivent apparaître comme logiques et doivent répondre aux objectifs qui doivent être à la fois réalistes, réalisables et relationnels.

Il est donc nécessaire de ne pas négliger les étapes précédentes, pour que les tâches amènent à un véritable changement. Si la tâche paraît inappropriée au patient, qu'elle n'a pas été efficace ou non réalisée, c'est qu'elle n'a pas été expliquée convenablement ou qu'elle n'a pas de sens pour le patient, il faut alors reprendre la situation et redéfinir le problème et les objectifs.

Nous ne ferons pas une liste exhaustive ici des tâches thérapeutiques, celles-ci sont comme les thérapeutes, souples et personnalisées. Nous évoquerons dans cette partie quelques exemples pratiques rencontrés en clinique courante de psychiatrie clinique.

\* La demi-heure du pire<sup>1</sup> :

La demi-heure du pire est une tâche utile et puissante dans les situations de tentative de solution par l'évitement. L'idée est de « forcer le symptôme » en l'occurrence l'angoisse, en imagination, de manière régulière, afin de limiter l'effet « peur de la peur », qui paralyse les patients. C'est également une tâche très utile dans les problématiques de tentative de solution par le contrôle, qui est également une manière de limiter les sensations désagréables en essayant de maîtriser l'environnement de manière excessive, ce qui génère l'inconfort de l'entourage et peut également majorer les angoisses.

Pour illustrer la tâche, prenons l'exemple d'une patiente dans la force de l'âge, occupant une fonction importante dans une administration publique, recevant un public d'étudiants. Cette patiente consulte car, après un changement de supervision et une réduction du personnel, se retrouve en surmenage devant l'excès de dossiers à traiter dans la même temporalité que précédemment. Elle commence alors petit à petit par remplir ses tâches de plus en plus vite, entraînant des erreurs plus régulières, mais aussi sur des amplitudes horaires de plus en plus importantes, quitte à amputer une partie de son repas pour rester dans son bureau plus longtemps dans l'idée d'accomplir son devoir. Cette situation génère une tension, une anxiété quasi-permanente et aura retenti sur son sommeil, son poids et son moral.

Alors que l'alliance s'installe, que les valeurs préférentielles de la personne sont définies, il est important de reprendre le processus l'ayant conduit à développer des symptômes, puis à les entretenir, sur lequel elle peut avoir une action. La reformulation de la problématique peut prendre la forme suivante : « Si je comprends bien, on vous a confié de plus en plus de tâches, et comme votre dévouement aux étudiants est une valeur fondamentale, vous avez tenté d'assurer cette mission. Ainsi la direction a surenchéri avec d'autres suppléments en dépit de vos limites pour les réaliser, créant une sorte de cercle vicieux de surcharge de travail. Ce qui conditionne votre dévouement c'est avant tout l'envie d'aider les étudiants en faisant un travail de qualité. Actuellement ce dévouement commence à impacter votre vie personnelle et même votre santé physique et psychique, à tel point que vous avez le sentiment de ne plus faire correctement votre travail. Vos adaptations à l'adversité ont été d'augmenter le régime moteur et aujourd'hui le système est en surchauffe et vous craignez de devoir vous arrêter et d'abandonner vos étudiants. ».

A ce stade, il convient de vérifier que la patiente se reconnaît dans les valeurs et la situation telle qu'elle est présentée et de reformuler autrement si ce n'est pas le cas. Ensuite, prescrire la tâche : « A partir d'aujourd'hui, deux fois par jour, avant d'arriver au travail, et avant d'en partir, lorsque vous serez dans votre voiture par exemple, vous ferez l'exercice suivant : prenez 30 minutes pour imaginer le pire de ce qui pourrait se produire. Quitte à générer de véritables angoisses, avec des sueurs, des tremblements et tout ce qui s'ensuit. L'objectif est de vous imaginer ce qui pourrait advenir de pire si vous poursuiviez sur cette voie. Une fois la demi-heure terminée, vous pourrez reprendre vos activités où vous les aviez laissées. ». La tâche aura permis à la patiente de provoquer l'angoisse avant qu'elle ne se manifeste spontanément et ainsi en diminuer l'intensité. Éventuellement, elle pourrait réaliser en

---

<sup>1</sup> *Une logique des troubles mentaux*. J.J. Wittezaele ; G. Nardone

imagination que l'aggravation de la situation conduirait à un arrêt de travail de sa part, laissant les étudiants mécontents de l'administration qui se verrait contrainte d'embaucher plus de personnel.

\* Le journal du parano<sup>1</sup> :

Toute personne ayant un système de croyance basé sur « les autres veulent me nuire » aura tendance à attribuer aux autres les événements de vie en leur défaveur. Le raisonnement est biaisé par cette croyance, qui les protège dans de nombreuses situations d'une culpabilité personnelle, c'est un mécanisme protecteur très fort. Seulement en adoptant cette croyance et en la généralisant, nous pouvons renvoyer l'image de quelqu'un de méfiant et de réticent, avec une posture renfrognée, le regard bas, peu propice à l'échange, c'est la prophétie auto-réalisatrice.

Prenons l'exemple d'un patient, persuadé qu'un complot s'était orchestré entre l'administration pénitentiaire et le corps soignant afin de le provoquer et ainsi, en le poussant à la faute notamment en agressant du personnel, lui ajouter des peines internes et prolonger donc son séjour carcéral. Le patient arrive à l'hôpital en tension, après plusieurs semaines isolé, persuadé que le complot se poursuivra avec les soignants avant même de les avoir rencontrés.

La tâche est souvent donnée au début de l'hospitalisation, très souvent de manière formelle de la façon suivante : « j'ai bien conscience que nous avons un regard différent sur votre présence à l'hôpital. Ceci dit, je suis prêt à ce que l'on puisse échanger à ce sujet, vous semblez être très attentif aux détails de votre environnement et aux interactions humaines. Aussi pour que je comprenne mieux votre situation, il vous faudra noter de manière précise (heure, lieu, personnes présentes) les atteintes qui vous sont faites, car je ne tolérerai aucun manquement dans cet hôpital ».

La tâche donnée prendra du sens lors de sa mise en application : le patient devra interagir avec les autres, observer le service et son fonctionnement, le déroulement des activités etc. Il sera alors hors de sa chambre, obligé de porter son regard sur les autres, interagissant avec eux et créant des expériences correctrices.

\* La conspiration du silence / chaire de vérité<sup>1</sup> :

La conspiration du silence est très utile lorsque les patients envahis par leurs idées en deviennent si prolixes et débordants qu'ils en épuisent leur entourage. Dans ce type de situation, les proches sont souvent les premiers amenés à consulter mais il arrive que les patients consultent eux même, souffrant du rejet qui s'y associe.

Il est important dans un premier temps de relever l'intention positive de la démarche du patient, qui souhaite avant tout le meilleur pour ses proches. Il est d'ailleurs possible d'illustrer ce propos avec des expressions à adapter au contexte : « l'enfer est pavé de bonnes intentions », « les génies sont souvent incompris » etc.

La tâche consiste à ne plus du tout parler du problème, avec quiconque et ce jusqu'à la prochaine séance, en s'autorisant à parler de tous les autres sujets par ailleurs. Tant que possible, il est utile de demander au patient d'observer les plus petits changements qui s'opèrent.

---

<sup>1</sup> Une logique des troubles mentaux. J.J. Wittezaele ; G. Nardone

Il est possible d'y adjoindre la tâche de la chaire de vérité si les proches sont mobilisables. La tâche consiste à définir un moment dans la journée où les proches aidants sont disponibles et de consacrer 30 minutes pour parler des thématiques envahissantes. Elle peut être présentée de la façon suivante « chaque jour, à 17h00, vous prendrez un moment pour vous installer ensemble et consacrer une complète attention à votre proche pour qu'il puisse vous exposer toutes ses inquiétudes. Vous vous contenterez d'écouter attentivement, sans faire de commentaire ni de réponse. Une fois les 30 minutes écoulées vous pourrez retourner à vos occupations. Il est possible que votre proche tente d'aborder ses préoccupations en dehors du temps défini mais comme vous n'êtes pas suffisamment disponible vous lui demanderez d'attendre l'heure prévue ».

Cette tâche permettra de forcer les interactions entre les membres du système sur des thématiques ne faisant pas partie du problème, de plus, la soupape de décompression permise par la tâche de la chaire de vérité rétablit l'écoute des proches grâce à un cadre redéfini.

En fin de séance, il est également important de reprendre la ligne éditoriale de l'intervention, qui consiste à synthétiser le cheminement ayant abouti à la prescription de tâches et qui permettra de leur redonner encore plus de sens et d'importance. Cette ligne éditoriale permet en quelque sorte l'accordage des objectifs thérapeutiques définis avec le patient. Il est nécessaire au cours de cette conclusion de fin de séance de nommer les émotions et expériences vécues du point de vue du sujet pour maximiser son engagement dans les prescriptions de tâches.

### **III. Exposé d'un cas pratique (suivi de plusieurs séances) :**

Pour exposer avec plus de clarté les avancées que permettent l'approche stratégique, associée à des outils tirés d'autres approches complémentaires, intéressons-nous à un cas pratique sur plusieurs entretiens. Il s'agit de madame M. Femme de 37 ans, célibataire, sans enfant, ainée d'une fratrie de deux et dont le frère est médecin radiologue. Elle est la fille d'un couple de marocains s'étant installés en France 40 ans plus tôt. Mme M. travaille à la préfecture, elle occupe un travail de fonctionnaire dans le service d'accueil aux personnes en situation irrégulière depuis 10 ans.

Elle consulte suite à un trouble du sommeil et de concentration et déclare que son médecin traitant a insisté pour qu'elle se mette en arrêt de travail, le temps de rebondir.

Elle rapporte divers symptômes : attaques de paniques, ruminations anxieuses quotidiennes, troubles de l'attention, irritabilité, pleurs quasi quotidiens.

#### **A. Entretien N°1 :**

Th : Maintenant que j'en sais un peu plus sur vous, sauriez-vous m'expliquer à votre niveau comment tous ces désagréments ont commencé ?

Mme M. : Eh bien ça a commencé en janvier dernier, je me rappelle avoir pour la première fois pleuré dans mon bureau, je ne sais pas ce que j'ai, je ne parviens plus à travailler.

Th : Dites m'en plus sur cette journée et cette première fois où vous avez craqué, qu'est ce qui selon vous a conduit à cette réaction ?

Mme M. : Je ne sais pas vraiment, je devais être fatiguée et j'avais traîné sur un dossier sans réussir à me concentrer et les larmes sont montées... J'aime beaucoup mon travail vous savez, même s'il n'est pas toujours facile depuis quelques mois et la décision de mon supérieur de ne plus chercher activement un remplaçant pour ma collègue partie en congés maternité. Mon supérieur voyant que le travail ne débordait pas depuis quelques mois et ne trouvant personne pour remplacer, m'a carrément annoncé qu'il n'allait plus s'ennuyer à chercher quelqu'un puisque j'étais suffisante ! Sauf que là je n'y arrive plus à cause de mon sommeil, je ne suis plus aussi performante qu'avant.

Th : En effet ce doit être difficile à entendre, surtout de cette façon ...

Mme M. : Le pire dans tout ça, c'est que ma collègue n'est plus là depuis plusieurs mois, elle est partie en congés en Octobre et on est en Janvier, mais j'ai tenu le coup entre temps, quitte à mettre ma vie de côté ...

Th : c'est un véritable sacrifice que vous faites là, et pour une noble cause.

Mme M. : peut-être, mais ça mon supérieur s'en fout ! Enfin, après ce qu'il m'a dit j'ai craqué comme je vous disais, et je m'y suis remise, bouchées doubles comme on dit et j'ai continué à ce rythme-là jusqu'aux vacances de Noël, qui m'ont fait un bien fou, malgré un sommeil pas terrible mais déjà mieux que la semaine. Seulement, au moment de la reprise, impossible de dormir, et un jour je n'arrivais plus à sortir de la voiture. J'étais sur le parking, en face des locaux de la préfecture, et impossible d'en sortir, ni de retenir mes larmes. J'ai pris sur moi après 30 minutes, j'y suis allée et le soir, après une journée qui m'a paru durer 3 mois, j'ai pris rendez-vous chez mon médecin généraliste pour en discuter.

Th : C'est une bonne chose d'y avoir pensé, quelles attentes aviez-vous en appelant le généraliste ?

Mme M. : je voulais trouver une solution rapide pour dormir, je me connais, si je ne dors pas, ce qui était le cas à cette époque, je ne suis pas efficace, je suis de mauvaise humeur et je ne suis bonne à rien. Il m'a donc prescrit un cachet, qui a marché rapidement, enfin surtout pour m'endormir, mais je me suis rapidement mise à me réveiller soudainement avec des tremblements, des sueurs comme après un gros effort, je ne comprenais rien les premières fois, je crois qu'on appelle ça des crises d'angoisses non ?

Th : oui ça y ressemble, c'est quelque chose de très inconfortable et qui peut donner l'impression qu'on risque de mourir à tout instant. Je prends ce genre de manifestation très au sérieux car il s'agit de l'expression par le corps d'une grande détresse.

Mme M. : C'est toujours d'actualité, sauf que maintenant ça arrive la journée, tellement régulièrement que mon médecin m'a mis sous traitement, sauf que ça n'a pas fait grand-chose très honnêtement car je ne peux pas en prendre en continu et je ne les sens pas venir ... Pour finir il m'a obligé à prendre un arrêt de travail, un mois il disait, comme si ça allait m'aider !

Th : Pardonnez-moi mais quelque chose m'échappe ... En quoi cet arrêt de travail est un problème pour vous ?

Mme M. : C'est pour moi évident que ça ne fait que repousser le problème, je suis angoissée avant tout parce que je ne suis pas efficace au travail et que les dossiers s'accumulent, si je me repose un mois entier vous imaginez bien que la pile sur mon bureau ne vas pas descendre d'elle-même ... J'ai même peur que ça ne s'empire, d'autant que je ne suis même pas capable de tenir des formations au domicile que je fais actuellement pour m'occuper et essayer d'optimiser mon temps ! Qu'est-ce que je dois faire à votre avis ?

Th : Je vais tâcher de reprendre un peu tous ces éléments avec vous si vous êtes d'accord ... On peut dire que le travail s'est beaucoup accumulé ces derniers temps, en raison de l'absence d'une de vos collègues pour raisons médicales et familiales. De fait vous avez, avec vos capacités, compensé au mieux son travail pendant plusieurs semaines, quitte à réduire vos activités personnelles et votre sommeil c'est bien ça ?

Mme M. : Tout à fait ça.

Th : Dans cette dynamique infernale dans laquelle vous vous êtes engagée, rapidement les premiers signes sont arrivés avec notamment insomnie, problèmes de concentration, anxiété, jusqu'à générer des crises d'angoisse au bureau à tel point qu'elles vous ont rendu inutile au travail si vous me permettez de reprendre vos mots ?

Mme M. : Exactement !

Th : Et comme vous avez été mis en arrêt de travail par votre médecin généraliste, vous avez souhaité continuer de travailler sous une autre forme, dans le but de limiter l'impact de l'arrêt de travail sur vos dossiers, parce qu'être au repos c'est aussi être inutile ?

Mme M. : Oui, je suppose qu'on peut dire ça comme ça ...

Th : Et aujourd'hui, vous venez ici sur conseil de votre généraliste, en quête de conseils sur la meilleure manière pour vous de remédier à ce problème d'inefficacité, qui serait pour vous le moyen de reprendre votre vie en main. Cette inefficacité génératrice de toutes ces angoisses et qui vous empêche de vous consacrer à temps plein aux problèmes des autres.

Mme M. : Oui c'est vrai ... Alors Docteur que pouvez-vous me proposer ?

Th : Dans un premier temps, je souhaiterais que l'on puisse formaliser une forme d'entente, au sujet du travail thérapeutique que je vais vous proposer : celui-ci est un travail du quotidien, quasi permanent et qui ne souffrirait d'aucune concurrence, aussi les tâches que je vais vous proposer nécessitent que vous interrompiez vos formations à domicile. Je voudrais que vous preniez un carnet avec vous et un stylo, et que vous me fassiez un recensement d'activité. L'idée de ce travail, est de faire une sorte d'inventaire d'activité plaisir, avec la définition la veille au soir d'une activité pour le lendemain, avec un planning à respecter et un compte rendu quotidien d'activité permettant de noter sur 10 les composantes suivantes : plaisir ressenti, efficacité sur la tâche, niveau d'angoisse. Est-ce que ces consignes sont claires pour vous ?

Mme M. : Mais alors qu'en est-il de mon travail ? Mes collègues et ma famille s'inquiètent ils se questionnent comme moi sur ma reprise, c'est la première fois que je suis en arrêt depuis 15 ans !

Th : Par respect pour le travail de mon collègue généraliste, je ne remettrais pas en question l'arrêt de travail prescrit, de même le travail thérapeutique que je vous propose nécessite une concentration intense et une fine évaluation, elle implique pour vous de diversifier vos champs d'action et votre potentiel de progression, y compris pour des activités que vous avez abandonné au fil des mois passés. Pensez-vous pouvoir me rendre ce rapport d'ici une semaine ?

Mme M. : Très bien alors, je tâcherai de faire au mieux !

## **B. Entretien N°2 :**

Mme M. : Bonjour docteur ! J'ai comme convenu commencé le recensement d'activité, j'ai eu du mal à noter certaines choses, mais le plus dur était de ne pas continuer mes formations, j'ai cédé plusieurs fois car certaines de mes activités ne prenaient pas tant de temps et je ne savais plus quoi faire après ... L'angoisse m'y poussait !

Th : Très bien, j'examinerai votre rapport à tête reposée, mais dites-moi : que ressentez-vous à la suite du travail de formation ?

Mme M. : dès l'instant que je m'y replonge, l'anxiété diminue, même si c'est de peu puisque je ne parviens toujours pas à être bien concentrée. Mais après 30 minutes c'est pire, puisque je me retrouve à repenser à ma pile de dossiers sur mon bureau et je me suis effondrée en pleurs un soir ...

Th : En effet, vous avez longtemps fonctionné de cette façon, le travail étant une manière de rassurer vos angoisses, et l'expérience vous l'a démontré un certain nombre de fois n'est-ce pas ? Comme si le travail était une manière pour vous de vous rassurer.

Mme M. : oui en effet.

Th : Sauf qu'aujourd'hui, le mécanisme est grippé par un excès d'usage, une surchauffe du moteur, et comme un mauvais conducteur vous continuez d'appuyer sur l'accélérateur en dépit des voyants rouges envoyés par votre corps. Ainsi donc, chaque fois que vous travaillerez à vos formations, je vous demanderai de réfléchir au fait que ce faisant, vous entretenez le problème, et même pire vous l'entraînez à devenir plus fort !

Mme M. : ah oui ?

Th : En effet, lorsque vous travaillez d'arrache-pied en période difficile, vous recevez 2 types de messages : dans un premier temps la satisfaction d'avoir accompli quelque chose malgré l'adversité, secondairement que vous ne valez rien si vous êtes inactive / que c'est inacceptable de ne pas pouvoir. Vous recevez en quelque sorte la confirmation que pour avoir de la reconnaissance, il faut nécessairement travailler.

Entre temps, les activités au meilleur potentiel de plaisir / sentiment d'efficacité ont été reprises avec la patiente, 3 ont été sélectionnées avec elle dans le but de les rendre plus présentes au quotidien si possible : la cuisine, la lecture, les rencontres au CMP aux réunions autour de la souffrance au travail.

### **C. Entretien N°3 :**

Th : Pouvez-vous maintenant me raconter le moment qui vous a le plus marqué au cours de la semaine ?

Mme M : Cette semaine je suis allée voir mes parents ... *(Séance d'hypnose conversationnelle avec VAKOG, au cours de laquelle la patiente raconte comment elle a confectionné un gâteau traditionnel d'Afrique du nord et qu'elle l'a partagé dimanche dernier avec ses parents et son frère. Elle explique qu'ils ont passé un bon moment et qu'aucune discussion autour du travail n'a eu lieu. Un geste d'ancrage est réalisé et identifié au moment qu'elle a pu partager avec son père après le repas à discuter dans un canapé.)*

Th : Qu'est ce qui a rendu ce moment différent ?

Mme M : En fait je me souviens très bien de mon éducation lorsque nous étions petits avec mon frère. Mon père est arrivé du Maroc alors qu'il avait 27 ou 28 ans, il n'avait aucune qualification ni formation, hormis des connaissances de terrain dans la maçonnerie et la soudure. A cette époque nous vivions dans une situation modeste et mon père répétait souvent qu'il était important de travailler pour être quelqu'un, même s'il s'agit d'un travail dont personne ne veut.

Th : Je vois, c'est un bel enseignement ! J'imagine que ça n'a peut-être pas été facile de repenser à ce moment alors que vous êtes en arrêt de travail ?

Mme M : Non c'est très dur ! Alors qu'en plus mes parents me soutiennent et ne me jugent pas du fait de mon arrêt, c'est juste moi et ma culpabilité ...

Th : C'est très bien, je crois que vous avez mis en évidence une notion fondamentale sous mes yeux ! Je comprends à travers ce que vous me dites que si quelqu'un ne travaille pas il n'a pas de valeur ?

Mme M : c'est un peu plus compliqué que ça ... mais en quelque sorte oui ! Mon père était immigré, subissait le racisme comme on peut parfois le subir aujourd'hui encore et sa manière à lui de contrer ça, c'était d'aller à contre-courant des idées reçues sur les immigrés.

Th : Et votre père a eu quel genre d'évolution professionnelle ?

Mme M : oh il en a fait des choses, beaucoup de manutention, du BTP aussi ! Il changeait parfois d'emploi plusieurs fois dans l'année mais c'était une époque différente !

Th : Et jamais il n'a eu de période un peu à vide si l'on peut dire ?

Mme M : Si c'est arrivé ce n'était pas de son fait et c'était entre deux contrats ! Et je sais que parfois son dos l'empêchait de faire certains emplois, il était trop abîmé ...

Th : Ah c'est très intéressant, ça nous emmène à nous demander jusqu'à quel point sommes-nous utiles à nous-même et aux autres et surtout, qu'est ce qui nous rend vraiment utile ?

Mme M : Je ne suis pas sûre de comprendre ?

Th : Très bien, votre père, au moment de ses douleurs dorsales n'aurait pu remplir un contrat de port de charges lourdes, nous sommes bien d'accord, au risque de s'abîmer la santé d'autant plus, il se rendait alors utile à sa famille et à la société en faisant d'autres types d'emplois plus reposants pour son dos ?

Mme M : Oui c'est sur ... vous voulez dire que je pourrais être utile ailleurs ?

Th : Peut-être oui, qu'est-ce qui vous l'interdit ?

Mme M : Mais je ne suis pas prête à changer de travail, ce serait un échec pour moi ...

Th : Personne ne vous l'a demandé je crois, mais si vous souhaitez vous rendre utile, demandez-vous à quoi pourrait vous servir un moule à gâteau cassé.  
Je souhaiterais que d'ici à la prochaine fois, vous observiez les moments du quotidien, même infiniment discrets, où vous vous sentez utile.

Mme M : mais utile à quoi ?

Th : utile, juste utile au sens large, comme vous pourriez l'être à votre façon et pour quelqu'un qui compte !

*La tâche est reprise avec la patiente pour la formaliser, l'objectif étant de faire émerger des moments de valeur dans son quotidien amputé du travail, recadrage oblige, il faut mettre en évidence des moments d'exception.*

*Une petite suggestion est associée à un rappel de la séance d'hypnose conversationnelle évoquant l'utilité d'un moule à gâteau cassé, il faudra pour la patiente accepter qu'on n'est plus très utile à faire une tâche lorsqu'on s'use jusqu'à la rupture.*

#### **D. Entretien N°4 :**

Mme M : Bonjour Dr, j'ai essayé de faire votre exercice et j'ai trouvé quelques évènements.

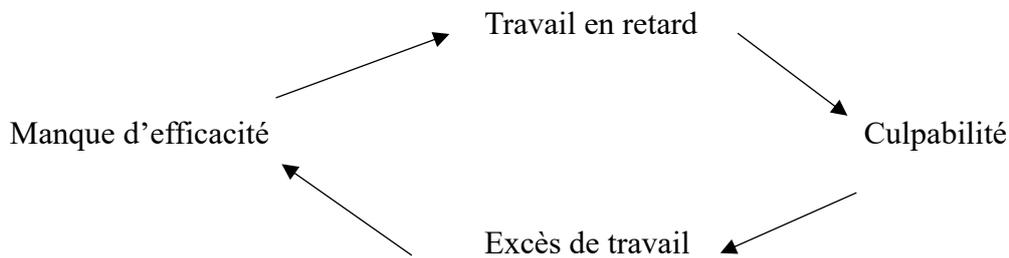
*La patiente décrit plusieurs évènements, réguliers ou pas récents ou pas. Un d'eux ressort, où elle était alors jeune arrivante dans la préfecture, et s'occupait alors du public, directement au guichet. Elle décrit bien le sentiment d'utilité aux autres, d'aide à l'insertion des personnes qui vivent une situation semblable à celle de son père des années plus tôt. L'évolution de sa carrière est née de l'objectif d'en faire plus par le biais d'un poste à plus grande responsabilités.*

Th : Très bien, et qu'avez-vous conclu de l'efficacité d'un outil cassé ?

Mme M : j'ai repensé à ça en sortant du bureau la dernière fois, j'ai un peu bloqué au début puis j'ai compris que vous parliez de moi ! Mais j'ai l'impression d'être encore plus perdue qu'avant, ça veut dire que je ne suis plus faite pour ce travail ?

Th : Tout dépend, est ce que vous êtes plus du genre à réparer quelque chose qui ne fonctionne plus ou à le transformer pour un autre usage ? Ou peut-être préféreriez-vous vous débarrasser de tout ce qui ne fonctionne plus ? Dans tous les cas, en tant que professionnelle en difficulté, vous ne rendez service à personne en travaillant. Pire, vous empirez les choses,

puisque'en insistant vous prolongez votre incapacité. C'est le cercle vicieux du dévouement, on finit par ne plus savoir poser les limites ... de sa propre utilité !



Le petit schéma est fait avec la patiente qui entrevoit l'utilité de l'arrêt de travail, et de le respecter. Elle rapporte ensuite avoir envisagé de retourner au guichet pour s'occuper du public en ayant moins de poids sur les épaules, ou de reprendre à temps partiel. Le travail réalisé avec elle consistera pour les séances suivantes à consolider les apprentissages, diversifier les activités et remettre un peu de plaisir, salvateur et nécessaire au quotidien.

Après 2 séances où elle consolide ses acquis, elle projette finalement de reprendre au guichet, source de bien-être et d'utilité associé au contact du public, qui lui manquait. Elle dira s'être fixée comme objectif de cuisiner un plat élaboré chaque semaine à partager avec un proche et de ne lire le soir que des lectures récréatives.

Le travail avec le groupe de parole s'est aussi poursuivi en parallèle, afin de remettre le travail à sa juste place dans son quotidien.

#### **IV. Réflexion théorique :**

*Comment adapter le questionnement et l'approche stratégique auprès de patients psychotiques ?*

L'approche des patients souffrant de pathologies psychotiques est quotidien dans ma pratique clinique, travaillant à l'UHSA de Lille-Seclin (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée) en service de soins sans consentement.

Les techniques de communication que j'ai pu employer, permettant d'aborder les patients hospitalisés sans consentement ont été radicalement approfondies par l'approche stratégique. Jusqu'alors, avec les patients paranoïaques, les entretiens pouvaient régulièrement tourner en rond autour des perceptions propres de chacun et la rigidité cognitive des patients (et la mienne, à m'entêter), a pu m'emmener ressentir une grande frustration. Il aura fallu comprendre comment véritablement utiliser l'approche du dialogue stratégique pour progresser dans les prises en charge.

Même lorsque les patients refusent de communiquer la moindre information, le plus utile est encore de ne pas combler le vide. Il faut accompagner le patient avec bienveillance, afin qu'il puisse se sentir écouté.

Parfois les recadrages stratégiques peuvent aider à ce que le patient se mobilise, afin d'obtenir des informations : « je ne suis pas surpris que vous soyez réticent à vous livrer, je vois beaucoup personnes paranos, qui restent seules dans leur coin toute la journée, refusant toute proposition, sur les nerfs et ne veulent rien ce qui prolonge inutilement leur hospitalisation. ». J'ajoute bien souvent le complément suivant, seconde option pour un faux dilemme donné à une personne qui veut avant tout se sentir écouté, dans un monde où ses demandes restent parfois longtemps sans réponse. « Parfois ils se trompent et tout le monde s'en rend vite compte, mais les autres restent parfois plusieurs mois isolés au milieu du service... En tout cas, prenez bien vos marques dans l'unité, c'est important de s'y sentir comme chez soi ! ».

Ce type d'approche peut être très déstabilisante pour ces patients, dont la méfiance pour certains est un organe, au premier comme au second degré. Ils se présentent alors différemment lors de nos rencontres ultérieures, se forcent avec parfois une grande maladresse à être à l'aise et à donner le change, créant eux-mêmes leur expérience correctrice.

Dans la pratique courante, le positionnement à adopter doit être souple et parlant pour les personnes auxquelles nous délivrons des soins. Le thérapeute dans ce type d'unité doit être un médiateur<sup>1</sup>, entre la problématique soulevée par la société et celle du patient. Il est donc central à l'aide de ce rôle de triangulation de pouvoir reformuler la problématique dont le patient (touriste) fait l'objet.

La souplesse du thérapeute nécessite donc de se focaliser sur le problème identifié par le patient (client), ainsi le travail peut alors commencer avec lui. Je ne suis donc plus psychiatre mais je peux être un « taiseur de voix », un « canalyseur d'énergie », un « gestionnaire de mauvaises nouvelles » etc... *Vaincre sans combattre* permet de renverser la dynamique interventionnelle en recadrant les objectifs de soins. On ne cherche alors plus à rentrer en détention, on cherche à ne plus venir à l'hôpital, à « passer sous les radars des psychiatres et des surveillants ».

Pour ce faire on reprend avec les patients les tentatives de solutions en les détaillant, celles qui sont automatiques et impulsives, et celles plus élaborées mais tout aussi inefficaces.

Il arrive que ces instants de basculement lié au pointage des tentatives de solution se déroulent lors d'épisodes de tension, y compris alors que le patient se trouve en espace d'isolement. En effet, ce sont des moments clés où le patient, en négociations pour obtenir une levée d'isolement et retourner dans l'unité auprès des autres, est souvent bien plus attentif au discours des soignants. Il s'agit alors de reprendre les événements, construire les interactions ayant généré des émotions incontrôlables et ayant donné lieu à des comportements contrôlables inappropriés.

Il est alors important de recadrer l'intervention régulièrement, avec bienveillance et en adoptant le langage du patient, en nommant les failles du système perception-réaction. De la même manière, pointer et valoriser les moments d'exception donne du sens aux interventions et permet au patient de trouver auprès d'un tiers la reconnaissance de sa valeur. Il peut être très utile pour ce faire d'employer des tâches d'observations, notamment la tâche de l'anthropologue<sup>2</sup> afin de redonner du sens aux sensations corporelles.

---

<sup>1</sup> *Intervention et thérapies brèves : 12 stratégies concrètes*. Y. Doutrélugne ; O. Cottencin ; J. Bethèze ; D. Megglé ; N. Lampole ; V. Likaj

<sup>2</sup> *Une logique des troubles mentaux*. J.J. Wittezaele ; G. Nardone

Les tâches d'observations comme la tâche du journaliste<sup>1</sup> ou le journal du parano furent d'une grande aide pour amorcer des approches contre-intuitives chez ces patients. L'organisation du service peut même faciliter certaines tâches, qui deviennent alors d'une logique imparable par exemple la tâche du comme si<sup>1</sup>. Il s'agit, comme lorsque nous avons l'âge des cours de récréations, de jouer à « comme si », sauf qu'ici, on ne joue pas incarner notre personnage favori, nous incarnons la meilleure partie de nous-même, *fake it 'till you make it*.

Ainsi, je prendrais l'exemple d'un patient que j'ai pu rencontrer récemment, parmi ses problèmes se trouvait un qui prenait une place de plus en plus importante dans son quotidien : sa date de libération. Après plusieurs années de détention, il est logique qu'elle revête une particulière importance pour les patients, lumière au bout d'un tunnel qui se fait parfois bien long. Ce que le grand public méconnaît parfois, c'est que celle-ci est souvent mobile grâce au juge d'application des peines, c'est lui qui décide des éventuels aménagements de peine, en fonction de l'implication du détenu sur le plan de la réinsertion. De même, si d'autres condamnations tombent pour des conduites délictueuses pendant l'incarcération, la durée de la peine est allongée.

De ce fait, il est parfois difficile de s'y retrouver, tant les patients que je rencontre sont parfois en difficulté pour comprendre les informations : barrière de langue, illettrisme, notifications tardives, consommations diverses ... De quoi rendre parano !

Le patient dont il est question était en rage contre la justice pour une date de libération erronée selon ses dires, de quelques mois, refaisant sans cesse des calculs alambiqués incompréhensibles pour prouver ses dires. Il lui arrivait également de devenir violent verbalement et parfois physiquement lorsque d'autres venaient contredire ses certitudes, le doute n'étant pas le bienvenu dans les discussions. Le patient était tellement obnubilé par son désir d'être entendu, qu'il se disait prêt à aggraver un magistrat pour prouver ses dires, repoussant de ce fait sa date de libération. Après quelques semaines à limiter les éclats de voix et la colère associés à cette contrariété grâce aux thérapeutiques appropriées le travail pouvait commencer.

L'approche du comme si a ainsi changé la donne : faire comme si la juge avait raison !

D'abord, quelques éléments de contexte à reprendre avec le patient : les magistrats n'aiment pas être contredits, les agents pénitentiaires n'aiment pas les cris et les insultes, et les psychiatres de la prison s'inquiètent lorsque les patients font des calculs bizarres et tournent en boucle autour des mêmes incohérences.

L'exercice consiste à faire comme si la juge avait raison, c'est-à-dire : rester poli, se concentrer sur l'après peine, travailler si possible, remplir ses obligations de suivi, éviter le mitard (quartier disciplinaire). Le patient détient alors le parfait mode d'emploi pour réorienter ses préoccupations de manière plus épanouissante et éventuellement obtenir des remises de peine supplémentaire pour bonne conduite !

Le patient apaisé sur le plan symptomatologique a pu ainsi repartir en détention avec de véritables objectifs, à la fois satisfaisants pour son épanouissement, et également lui permettant d'éviter les écueils de la détention.

Dans une pratique hospitalière de soins sans consentement, l'aide d'un confrère pour la rédaction des certificats devient considérable. Celui-ci est alors l'évaluateur objectif des progrès faits par le patient et endosse le rôle du décideur, permettant d'éviter le clivage du

---

<sup>1</sup> Une logique des troubles mentaux. J.J. Wittezaele ; G. Nardone

travail d'évaluateur et d'accompagnant. Il devient alors plus simple pour le patient d'associer nos interventions comme aidantes, puisqu'elles permettent alors de mieux convaincre le confrère, qui ne manquera pas d'observer les évolutions du patient.

Le monde des patients détenus est un monde de requins, un monde où la violence règne et où tout peut se jouer de vous, un monde où la confiance se fait rare et où chacun défend ses intérêts. Dans ce monde dans lequel les patients que je rencontre vivent, de bonnes stratégies peuvent changer la donne.

## **V. Parenthèse narrative :**

L'approche narrative, développée par M. White, consiste à redonner du sens à certaines manifestations en les intégrant dans une histoire plus vaste. Elle permet d'attribuer du sens à certaines manifestations et de réécrire certaines parties de sa propre histoire en s'accordant la liberté d'y apporter des modifications pour mieux les accepter.

Dans la pratique d'une unité d'hospitalisation accueillant un public de patients présentant des hallucinations diverses et idées délirantes, il est tout à fait envisageable de donner plus de sens à certaines manifestations en les abordant différemment.

Pour illustrer l'exemple, prenons le cas d'un patient admis pour une recrudescence de propos délirants, en cours d'introduction thérapeutique et présentant des hallucinations acoustico verbales difficiles à distinguer de sa propre « voix intérieure ».

Le patient est relativement satisfait par les thérapeutiques qui ne sont que partiellement efficaces. Seulement, après 10 jours d'observance thérapeutique, il recrache le traitement immédiatement après la prise du midi. Il est alors repris immédiatement par les soignants paramédicaux qui insistent avec bienveillance sur l'importance de faire confiance à leurs soins plutôt qu'à la voix, que le patient a déjà identifié comme ayant eu une mauvaise influence sur sa trajectoire de vie.

Dans un second temps après le repas l'épisode du midi est repris avec le patient avec l'approche narrative. On prend le temps d'essayer d'identifier la voix, que le patient nomme spontanément « le serpent », en référence à une expression que sa mère lui disait quand il était adolescent et qu'il mangeait beaucoup « tu dois avoir un serpent dans le ventre avec tout ce que tu manges ! » disait-elle. L'image est d'autant plus forte qu'elle permet de recréer du lien avec sa mère, qu'il n'a pas revue depuis plusieurs années. Nous étayons l'image et le patient décrit bien des sensations corporelles internes associées à une métaphore du venin que le serpent instille dans ses idées.

La suite de l'entretien se déroule comme suit :

Th : « Est-ce que vous êtes d'accord avec ce que le serpent a pu faire sur votre parcours de vie ? ».

P : « Non !... Mais c'est pas lui qui a choisi, c'est moi ! ».

Th : « tout à fait, vous avez fait des choix qui vous ont mené à cet instant précis. Et vous avez fait le choix d'écouter ce serpent à de multiples reprises, en dépit du mal qu'il a pu vous faire. Je sens que vous ne souhaitez plus lui faire confiance, mais qu'il garde malgré tout une influence sur vous ... ».

P : « il faut le faire taire, et le traitement fait du bien ».

Th : « oui tout à fait, mais pas trop vite, je sais à quel point il peut être difficile de se séparer d'une présence qui vous a accompagné pendant si longtemps. A ce propos je suis content d'avoir appris ce qui s'est passé ce midi ! Que vous ayez craché le traitement est une très bonne nouvelle, vous pensez savoir en quoi ? »

P : « Non ? ».

Th : « C'est une très bonne nouvelle puisque ça signifie qu'on est en train de l'affaiblir avec ce traitement, et qu'il marche, donc le serpent fait tout ce qu'il peut pour conserver son influence et son exclusivité tandis que vous tâchez de reprendre le contrôle de votre vie ! »

P : « Ah bon vous croyez ?... En effet, je n'avais pas pensé à ça ... ».

Th : « et comme il n'est pas très habitué à perdre la face il fait de son mieux et de temps en temps, il parvient encore à vous embrouiller la tête, c'est normal, lui ne sait plus perdre, et vous êtes seulement en train de reprendre le dessus après des années à subir son influence néfaste ! Mais on va l'avoir ce serpent, du moins lui apprendre à se taire quand on n'a pas besoin de lui ! ».

Dans les suites, le patient n'a plus manqué une prise de thérapeutique, il aura eu quelques difficultés à se séparer de l'influence du « serpent » sur des moments clés notamment pendant le repas. Cependant les soins ont été plus abordables et le patient aura pu se défaire de l'influence des hallucinations acoustico verbales progressivement. Au cours des entretiens la formule régulièrement reprise avec le patient dans cet objectif était « Le serpent aura toujours comme envie de reprendre le contrôle, il sera probablement présent encore un moment dans votre vie, à vous de choisir ce que vous souhaitez faire de lui. En effet si vous écoutez le serpent, vous le rendrez plus fort. ».

Cette expérience narrative aura permis de donner un nom et un sens à ces manifestations envahissantes et de pouvoir fixer un objectif commun, le rôle du praticien n'était plus d'être un psychiatre mais un charmeur de serpent.

## VI. Conclusion

L'approche stratégique bénéficie de nombreux outils et tâches qui permettent d'aborder la problématique de chaque patient avec subtilité et intelligence. La création d'un lien de qualité avec le patient est nécessaire en préambule des prescriptions de tâches, il est donc indispensable dans un premier temps de rentrer dans le monde du patient. Que la plainte vienne du patient ou de son entourage, le thérapeute gagnera à rechercher l'élément qui a entraîné la rupture d'un système bien huilé qui a fonctionné pendant parfois des décennies avant qu'un grain de sable vienne se coincer dans les rouages.

Ce n'est qu'une fois dans le monde du patient que le praticien pourra voir le symptôme pour ce qu'il est : un aménagement permettant de faire diminuer la souffrance, qui s'est rigidifié et intensifié au point d'en devenir la source. Rentrer dans le monde du patient permet d'en apprécier les codes, les formules de langages, les habitudes qui parfois sont prises pour des signes cliniques. De plus, une fois que le patient aura perçu cet intérêt envers sa personne, à l'aide d'une curiosité bienveillante, le travail thérapeutique pourra débiter.

Tout le confort des thérapies brèves réside dans cette souplesse, cette simplicité qui nécessite un apprentissage et une pratique rigoureuse. L'objectif de ce mémoire était de présenter les apports des thérapies brèves, les acquis et bénéfiques en pratique courante comme en matière de recherche et de curiosité intellectuelle. Nous avons pu évoquer à travers de nombreux exemples et concepts la richesse des approches diverses qu'il est possible de proposer, adaptables à souhait pour un public extrêmement varié.

Comme l'apprentissage et la rigueur ne s'interrompent jamais, de nombreuses avancées sont encore à venir concernant les thérapies brèves, afin de diversifier toujours un peu plus les pratiques et devenir, comme le disait si bien le Dr Alain Vallée, « *un spécialiste de l'à peu près (tout)* ».