

## CHAPITRE 7

---

# Les approches centrées compétences au service de l'alliance thérapeutique

Hélène Dellucci

Initialement appelée « thérapie brève centrée solutions » par Steve De Shazer (1985, 1988), cette approche humaniste, centrée sur la personne a été rebaptisée « approche centrée compétences », dans le but de mettre l'accent sur l'objet central de notre attention : les compétences des personnes venues demander de l'aide en psychothérapie.

En Europe, dans le monde francophone, c'est avant tout Luc Isebaert et Marie-Christine Cabié (1997), psychiatres travaillant en milieu hospitalier en addictologie et en psychiatrie, qui ont systématisé, à travers le Modèle de Bruges, un questionnement pragmatique très aidant, amenant une hiérarchisation précise des interventions proposées.

### 1. LA THERAPIE BREVE CENTREE SOLUTIONS : UNE THERAPIE SYSTEMIQUE

Formés à Palo Alto, en thérapie systémique, Steve de Shazer et Insoo Kim Berg ont élaboré, tout en respectant la prise en compte de la complexité et de l'homéostasie caractérisant les groupes humains, une centration avant tout sur ce qui marche encore, même lorsque les personnes venues consulter nous présentent une palette de problèmes qui pourrait nous submerger et nous faire perdre espoir. C'est ainsi qu'ils ont été amenés à explorer ce que les personnes souhaiteraient voir se continuer entre eux, malgré les problèmes, quels sont les moments où le/les problèmes apparaissent un peu moins forts, ce que les personnes font dans ces moments précis.

Cette exploration ne vise nullement à minimiser les problèmes, bien au contraire. Elle cherche à explorer comment les personnes se débrouillent, malgré ce qui leur est arrivé, pour que leur situation ne soit pas plus délétère que ce qu'elle est. Les approches centrées compétences se fondent sur le postulat de base, que les personnes, à travers leurs symptômes, ont trouvé le compromis le moins pire, pour faire face à la vie, malgré ce qui leur est arrivé

C'est devant l'étonnante rapidité des changements mis en œuvre par les personnes en thérapie, qu'il s'agisse de personnes individuelles, de familles, de couples, que les auteurs ont continué à cheminer, pour nous proposer de changer de regard : c'est la centration sur ce qui marche, sur le futur et sur les compétences des personnes qui va les aider à recouvrer de leurs symptômes.

## 2. LE FUTUR : UNE DIMENSION CENTRALE

Originellement, Steve de Shazer et Insoo Kim Berg ne s'intéressaient pas au passé. Ils cherchaient à savoir à quoi ressemblerait le futur souhaité des personnes. Cette centration sur le futur visait à mettre en évidence, ce que les personnes font dans le présent pour aller vers le futur de leur choix

Cette explicitation d'objectifs clairs, l'exploration approfondie faisant émerger une multitude de détails concrets utilise la mémoire prospective, c'est-à-dire une invitation à se projeter dans le futur, le décrire suffisamment pour créer, à l'aide du ressenti corporel, une réalité palpable, qui fonctionne dans le présent comme une installation de ressources. Envisager ainsi ce futur comme possible suscite de l'espoir et une perspective dans laquelle le changement est non seulement possible, parce qu'il y a un espace créé pour le penser, mais permet aussi d'entrevoir ce que la personne a déjà fait en ce sens.

C'est ainsi que nous posons, à la première séance, la question des changements déjà intervenus depuis la prise de rendez-vous : « *Depuis que vous avez pris rendez-vous, quels sont les changements que vous avez observés ?* » Ne pas poser la question serait passer sous silence ce que le patient a déjà mis en œuvre et ce dont ils ne sont pas conscients la plupart du temps. C'est dans ces changements avant la première séance que se montre le plus clairement la preuve des compétences du patient et dès lors ses capacités de changement, avant toute intervention du thérapeute.

Les personnes venues en thérapie se retrouvent en position basse, du fait de leur demande d'aide. C'est la tâche du thérapeute de mettre en lumière ce que le patient a déjà pu mettre en œuvre, et qui va dans le sens de ce qu'il souhaite. Cette conscientisation des compétences du patient, conjointement à la description de son futur souhaité permet au thérapeute de rendre son patient co-équipier de l'entreprise thérapeutique. Nous partons du principe, que si une personne peut faire une demande d'aide, c'est qu'elle a déjà cheminé et qu'elle s'est mise au travail. Il serait dommage de ne pas le constater dès la première séance.

L'exploration du futur souhaité peut aller jusqu'à poser la question-miracle (De Jong & Berg, 1998)

### **Question miracle**

« *Maintenant je voudrais vous poser une étrange question. Supposons que pendant que vous dormez ce soir et que la maison tout entière est calme, un miracle arrive. Le miracle c'est que le problème pour lequel vous venez consulter maintenant est résolu. Et cependant, parce que vous dormez, vous ne savez pas que le miracle s'est produit. Alors, lorsque vous vous léverez demain matin, qu'est-ce qui sera différent, qui va vous faire savoir que le miracle s'est produit et que le problème qui vous amène est résolu ?* »

Chez les enfants, le thérapeute pose la question miracle en évoquant la possibilité d'une baguette magique, permettant une projection dans le futur en faisant fi des contraintes du moment : « *Si tu avais une baguette magique, qu'est-ce que tu lui ferais faire ?* » Ainsi un petit garçon dans une famille, qui se déchirait autour d'une séparation difficile après de multiples événements de vie douloureux faits de deuils, d'accidents et de maladie, avec chaque membre présentant des symptômes, évoquait que s'il avait une baguette magique, il ferait en sorte que papa l'emmène manger une pizza au restaurant le samedi soir. Le père, interloqué par ce souhait, qui lui paraissait abordable, regardait son garçon, ému en disant que c'était carrément possible. Nous aurions pu faire la prescription au père, de passer des moments de qualité avec son fils, permettant de consolider sa relation par des moments-ressource, ce qui aurait pu mettre la pression chez ce père désigné comme absent, aurait confirmé les plaintes de la mère et mis l'enfant dans un conflit de loyauté. En posant la question de la baguette magique au garçon de 7 ans, il avait trouvé un moyen très concret d'exprimer son souhait.

## 3. LES EXCEPTIONS AU PROBLEME : UN LEVIER POUR LE CHANGEMENT

Face à un patient alcoolique, habitué à la honte de ne pas pouvoir s'arrêter de boire sa bouteille de Whisky quotidienne, Luc Isebaert questionnait : « *Y a-t-il des jours où il vous arrive de boire un petit*

*peu moins ?* » En général, les patients auxquels nous posons cette question, qui vise la recherche d'une exception, aussi infime fût-elle, se demandent si nous sommes sérieux. Dans ce cas, nous explicitons notre réel intérêt, en tant que spécialiste uniquement en thérapie générale, eux cependant, spécialistes de leur vie, dans leur contexte, et sollicitons le patient pour qu'il puisse nous expliquer ce que nous ne pouvons pas savoir. C'est alors que le patient veut bien faire l'effort de chercher dans sa mémoire, puisqu'il devient clair, que le thérapeute ne connaît pas son quotidien.

Avec un patient qui est d'accord de réfléchir, et d'explorer sa vie quotidienne, il y a toujours des exceptions qui sont décelables. Aucune crise d'angoisse ne dure tout le temps, aucun accès dépressif ne s'exprime continuellement. Il y a des exceptions : les moments où l'angoisse s'apaise, une nuit où le patient s'est réveillé moins souvent, plus tard, un moment passé où l'humeur était un peu moins pesante.

Si nous revenons au patient alcoolique de Luc Isebaert, celui-ci a, en effet pu dire que par moments, il s'arrête de boire aux trois quarts de la bouteille. Plutôt que de se demander pourquoi le patient boit encore, pourquoi il ne peut pas être abstinent, .... l'approche centrée compétences va s'intéresser à ce que le patient a fait concrètement, pour s'arrêter aux trois quarts de la bouteille. Souvent, ce que se dit le patient, ce qu'il ressent ou ce qu'il fait, sombre dans la honte devant le fait de ne pas avoir pu s'empêcher de boire. L'exploration authentique des observations, des hypothèses et des comportements mis en œuvre pour que cette exception soit possible permet de les expliciter, de les rendre conscientes, et de ce fait, répliquables.

C'est ainsi qu'une patiente, qui avait des idées suicidaires, nous a expliqué comment elle s'était retenue de sauter par la fenêtre, qu'elle avait déjà ouverte : la thérapeute, se centrant sur le fait que la patiente était devant elle, donc bien en vie, a choisi d'explorer comment la patiente avait fait pour rester vivante : « je me suis couchée par terre, et je suis restée couchée, jusqu'à ce que j'ai senti que je pouvais aller me coucher pour dormir. » Elle était restée ainsi plusieurs heures, couchée par terre devant la fenêtre ouverte, puis la nuit tombée, ressentant qu'elle commençait à avoir froid, elle a eu envie d'aller regagner son lit pour dormir plus confortablement. Cet exemple a pour but d'illustrer que cette approche est indépendante de la gravité des problèmes énoncés. Tant que les personnes ne sont pas dans un danger immédiat, l'exploration des exceptions, des compétences et des ressources est possible.

De la même manière que la recherche d'exceptions, à chaque séance ultérieure, les changements, même mineurs sont explorés et détaillés en termes de pensées, de sentiments, de comportements et de comportements sociaux (Isebaert, Cabié & Dellucci, 2015), dans le but de les rendre explicites, conscients, et reproductibles.

## 4. L'UTILISATION D'ECHELLES

Les échelles centrées compétences mesurent le changement, l'avancée vers le futur souhaité. Au-delà du constat par une valeur donnée par le patient, une réponse nuancée, les échelles sont utilisées en thérapie centrée compétences comme un outil permettant d'explorer de possibles scénarios, tout en invitant le patient, co-équipier de la thérapie, d'élaborer et d'évaluer ses avancées pas à pas. Cette exploration par micro-objectifs permet de dynamiser le processus d'élaboration. L'objectif sur l'échelle est toujours du côté des valeurs les plus élevées.

- Échelle de mesure de l'état actuel : « *Sur une échelle entre 0 et 10, où 0 signifie le moment où le problème a été le pire pendant ces 6 derniers mois, et 10 le moment où votre problème est résolu, où est-ce que vous situez votre état aujourd'hui ?* » Cette échelle peut être appliquée dès la première séance. L'intuition du patient, qui vient donner une valeur, a toujours raison, quelle que soit le chiffre énoncé. Le thérapeute va explorer les éléments concrets dans la vie du patient, qui correspondent à sa réponse sur l'échelle. L'espace entre 0 et le chiffre donné est exploré en détail par la question : « *Comment faites-vous pour être à .... et pas à 0 ?* » C'est là que se trouvent les compétences centrales du patient, et qui méritent d'être explicitées et conscientisées. Une fois l'état actuel exploré, nous allons questionner à quoi correspondrait un niveau x+1 sur l'échelle. Qu'est-ce qui se passerait alors dans la vie du patient ? Quelles pistes se dessinent pour aller en direction de cet état souhaité ? L'enjeu sera d'explorer le changement proximal, ce qui permet d'augmenter la probabilité de le mettre en œuvre, dans la mesure où cette description

détaillée, incarnée sur le plan corporel, fonctionne cérébralement comme une mise en œuvre déjà agie. Au-delà du changement proximal, il est bien sûr possible de questionner l'objectif final, c'est-à-dire à quoi le patient verra qu'il sera à 10, signifiant que son problème sera résolu.

- Échelle de progression : Comme son nom l'indique, cette échelle mesure la progression dans la thérapie. A l'occasion de bilans réguliers, tous les 3-4 mois, ce questionnaire permet d'évaluer le travail et l'adéquation de celui-ci par rapport aux objectifs. « *Sur une échelle entre 1 et 10, 1 signifie le moment où nous avons commencé le travail thérapeutique, et 10 celui où vous aurez suffisamment avancé pour pouvoir continuer seul, sans plus avoir besoin de venir en séance, où vous trouvez-vous maintenant ?* » Le chiffre 1 du début de thérapie implique qu'il y a déjà eu du changement avant la première séance. 10 ne signifie pas forcément que le problème du patient est résolu. Il s'agit du moment où le patient aura suffisamment de pistes et d'avancées pour pouvoir continuer seul, sans l'aide du thérapeute. Ici aussi, à partir du chiffre donné, le thérapeute questionne par quel biais la suite du travail thérapeutique peut se faire, et la décision commune engage le patient davantage dans ce qu'il ressent être juste pour lui. Le patient se sent ainsi respecté dans sa progression et a son mot à dire dans le processus de coopération.
- Chez des patients souffrant de dépression, qui peuvent présenter un ressenti presque allergique à toute idée de progression, et qui ont besoin en premier lieu d'être entendus dans leur souffrance et leur malaise, nous utilisons une échelle allant de -10 (le pire), en passant par 0 (un état neutre), jusqu'à 10 (un état souhaité), le processus allant de -10 à 0 permettant d'illustrer et de reconnaître les efforts du patient pour cheminer hors de la dépression. Ici nous ne parlons pas d'amélioration, dans le but de respecter le cadre sémantique dont le patient a besoin. Une fois qu'il atteint 0, nous pourrions élaborer des pistes vers un mieux-être.
- L'échelle de sécurité est plus particulièrement utilisée en psychotraumatologie centrée compétences : « *Sur une échelle entre 1 et 10, 1 signifiant 'je ne me sens pas du tout en sécurité ici, avec les personnes présentes' et 10 signifiant que 'je me sens complètement en sécurité dans ce lieu, avec les personnes présentes', à quel degré évaluez-vous le sentiment de sécurité que vous ressentez maintenant ?* » Une fois que le corps du patient a pu être apaisé, cette mesure permet au thérapeute d'estimer, au-delà du degré de sécurité ressentie aussi l'état de stabilité du patient. Cette échelle permet aussi l'explicitation de peurs, d'inconforts, ce qui permet au thérapeute de proposer des ajustements nécessaires pour que la suite du travail puisse se faire dans de bonnes conditions.

Les approches centrées compétences utilisent ces questions d'échelle au-delà d'une mesure comme l'utiliserait la recherche ou l'objectivation d'une douleur, d'une perturbation ressentie. Il s'agit d'entamer une discussion entre deux co-experts, où le thérapeute, dans une posture de celui qui ne sait pas ce qui est pertinent dans la vie du patient, va inviter ce dernier à réfléchir et à expliciter, dans une co-création, des pistes de changements possibles.

## 5. LE MODELE DE BRUGES

Luc Isebaert et Marie-Christine Cabié (1997) ont proposé, à travers le Modèle de Bruges, où le choix du patient est au centre de la posture éthique du thérapeute, une lecture de la relation thérapeutique en différentes étapes, dégageant ainsi des niveaux de collaboration différents, répondant chacun à des enjeux et des règles bien spécifiques. Leur questionnaire très pragmatique invite à une lecture phénoménologique, au-delà de la question de savoir pourquoi le patient en est là.

Nous constatons régulièrement en supervision que lorsque le travail thérapeutique n'avance pas, les patients sont le plus souvent à un autre niveau de la relation thérapeutique que ce qu'estiment les thérapeutes. Cela coûte à l'alliance thérapeutique, où les efforts des uns ne rencontrent pas ceux des autres, menant à de l'énergie gaspillée, de la frustration, et parfois à l'arrêt d'une démarche pourtant prometteuse.

## 5.1 La relation non-engagée

Est-ce que le patient a une demande d'aide travaillable ? Si non, alors il se trouve dans une relation non-engagée. Les auteurs décrivent métaphoriquement un patient qui regarde la vitrine d'un magasin, mais qui n'entre pas. Il passe son chemin.

Bien entendu, le patient n'est pas seul dans la relation thérapeutique. Il est possible que le thérapeute lui-aussi se retrouve dans une situation où il ne peut pas s'engager dans la relation.

Il s'agit ici de patients qui n'ont pas de demande d'aide. Ou alors une demande telle, qu'elle n'est pas travaillable, comme p.ex. « je voudrais que mon mari change, que mon chef arrête de me faire subir ..., qu'autrui soit plus respectueux avec moi, que je ne sois pas handicapé, que tel événement ne soit pas arrivé, ... ». Dans le cas d'une telle demande impossible, la tâche du thérapeute sera de faire le tri entre ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, de transformer la demande pour qu'elle devienne travaillable.

Comment se fait-il alors que le patient se retrouve devant un thérapeute alors qu'il n'a aucune demande d'aide ? Le plus souvent c'est une autre personne qui demande : un juge, un conjoint, un travailleur social, un patron, un parent, lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent. Bref, quelqu'un qui pense que le patient devrait venir travailler en thérapie.

Lorsque le patient est un conjoint ou un enfant, nous réunissons dans les premières séances ceux qui ont une demande, pour qu'ils puissent l'explicitier, ainsi que ce qui leur ferait dire que la personne amenée n'aura plus besoin de venir. C'est ainsi que nous pouvons reconnaître les souhaits constructifs de ceux qui demandent, entendre leur avis. Le demandeur d'aide impliqué ici dans la démarche est implicitement invité à changer de regard sur celui pour lequel il demande, tout en permettant au tandem thérapeutique d'avoir une base de travail par l'information donnée (Dellucci & Wolf, 2011).

Si la demande provient d'une autorité ou d'une personne qui ne peut venir expliciter sa demande, nous reconnaissons que le patient n'a pas de demande pour lui, et nous l'invitons à réfléchir à ce qu'il faudrait pour que l'auteur de la demande puisse arrêter de demander. Autrement dit, nous ne proposons aucune réflexion sur le changement, car pour le patient, il n'y a pas de changement souhaité.

« Lorsque le patient ne demande rien, la seule chose que nous pouvons faire, c'est d'accepter cela et ne pas tenter de le faire changer, » disait Luc Isebaert. Donc pas de définition d'objectifs, pas d'échelles, pas de consigne, pas de tâche. Les seules questions que nous sommes autorisées à poser sont celles qui nous permettent de faire connaissance avec le patient : quels sont les domaines dans lesquels il se débrouille bien ? qu'est-ce qui lui tient à cœur ? quels sont les activités qu'il aime ? les personnes qui comptent pour lui ? Autant de questions qui ont pour but de permettre au patient de sentir son intégrité et son non-choix respecté. Pas facile pour un thérapeute, qui a une trousse d'outils efficaces, qui ne demandent qu'à être utilisés. « Ne réparez pas ce qui n'est pas cassé » insistait Steve De Shazer, invitant le thérapeute à accepter d'être en lien sans rien vouloir. Paradoxalement c'est là qu'une demande d'aide a le plus de chances d'émerger.

## 5.2 La relation de recherche

Une fois que le patient exprime une demande d'aide, la prochaine question que pose le Modèle de Bruges est : Est-ce que le patient est prêt à se mettre au travail ? Si oui, c'est parfait, nous allons à la prochaine étape. Si non, nous sommes en face d'un patient qui se trouve dans une relation de recherche. Il entre dans le magasin, et il demande quelque chose, mais aucune denrée que lui propose le vendeur n'est à son goût. Donc il continue à chercher.

Voilà le type de relation thérapeutique qui désespère le plus de thérapeutes. Se sentant mis sous pression par un patient qui exprime une souffrance, qui demande de l'aide, ils s'évertuent à essayer tout ce qu'ils ont comme arsenal thérapeutique, et rien ne marche. Pourtant, dans leurs lectures, dans leurs formations on leur avait vanté telle méthode, telle approche...

Du côté du patient, celui-ci exprime une plainte, et se comporte comme si c'était le thérapeute qui devrait faire quelque chose pour qu'il soit soulagé. « Je ne peux pas m'empêcher de ... », « Je suis toujours angoissé ! », « Ça ne va toujours pas mieux. » C'est comme si le patient n'avait pas compris que c'est lui qui effectue le travail thérapeutique. Les patients coincés dans une relation de recherche

sont souvent des patients qui souffrent de dépression, des patients présentant des problématiques chroniques, qui ont déjà beaucoup essayé, et qui se sont installés dans l'impuissance et l'immobilisme. Certains d'entre eux n'arrivent pas à croire que les choses peuvent changer.

Notre tâche de thérapeutes est de reconnaître tous les efforts que ces patients ont déjà faits jusqu'ici, toute la souffrance qu'ils ont endurée. Souvent ces patients se retrouvent seuls, ou dans des relations où cette reconnaissance fait défaut. Ici aussi, toute proposition ou demande de tenter un changement est perçue comme un défaut de reconnaissance, et est dès lors sabotée. C'est comme si le patient nous adressait une demande implicite de l'accepter comme il est, de comprendre ce qu'il a traversé, pas en surface, mais en profondeur, ce qui implique que le thérapeute s'intéresse à tout ce que le patient a essayé, même si ça n'a pas marché, comment le patient a fait pour que les choses ne soient pas pires que ce qu'elles sont. Le thérapeute pourra proposer des tâches de continuation, d'explorer ce qui ne devrait pas changer, les choix existentiels du patient. Cette exploration et cette reconnaissance amènera le patient, petit à petit à des petits changements, qui pourront être explorés. Ici aussi, en n'attendant pas du patient qu'il change, celui-ci aura l'espace pour se mettre au travail. Le thérapeute ne peut que suivre le rythme du patient.

### **5.3 La relation de consultance**

Le patient a une demande et il veut bien se mettre au travail. Il demande au thérapeute quoi faire et il s'exécute dans toutes les tâches que celui-ci lui donnera. Comme les méthodes sont éprouvées, il y aura du changement, dont le patient et le thérapeute peuvent se féliciter. Alors où est le problème ?

Le modèle de Bruges propose ici la question de savoir si le patient est conscient de ses propres ressources ? Si oui, nous sommes face à un co-expert. Si non, le patient plébiscitera le thérapeute, la méthode thérapeutique, mais risquera de devenir dépendant de la thérapie, car tant qu'il est en lien avec un professionnel si compétent, il va bien, mais il ne pourra pas continuer seul, car il n'est pas encore conscient, que c'est avec ses propres ressources qu'il chemine en thérapie.

La tâche du thérapeute sera d'explorer et de mettre en lumière tout ce que le patient a lui-même réalisé pour mettre en œuvre le changement qu'il rapporte. Il s'agira de mettre la loupe sur tout ce que le patient a pensé, ressenti, fait concrètement dans l'entre-deux séances, comment il s'est débrouillé pour inventer de nouvelles façons de faire, et comment il a répondu aux personnes qui ont réagi dans son entourage. C'est ainsi, toujours dans une posture de non-savoir, que le thérapeute, qui n'était pas là lorsque le patient a mis en œuvre le changement entre les séances, explorera en détail les éléments d'une nouvelle habitude qui se dessine (Isebaert, Cabié & Dellucci, 2015). Cela ira dans le sens d'une meilleure autonomisation du patient, un ingrédient essentiel dans la sécurisation du lien thérapeutique sécuritaire.

### **5.4 La relation de co-expertise**

Dans une relation de co-expertise, le patient a une demande, est prêt à se mettre au travail et a conscience qu'il a des ressources qu'il peut mettre en œuvre. Il est en mesure de définir des objectifs, de reconnaître les exceptions, et de poursuivre la réflexion sur les pas nécessaires pour pouvoir atteindre son objectif. C'est ici que la thérapie va le plus vite, que le patient est le plus créatif.

L'erreur la plus fréquente que peut faire le thérapeute, c'est de croire que le patient se trouve dans une relation de co-expertise, alors qu'il n'y est pas encore, et de négliger les tâches qui incombent à l'aider à passer au mode relationnel suivant. Il va de soi que lorsque le patient est déjà co-expert, il n'y a pas ce souci. Se reposer ces trois questions que propose le modèle de Bruges est utile, surtout lorsque les résultats thérapeutiques ne sont pas au rendez-vous là où ils étaient attendus.

## 6. LA POSTURE DU THERAPEUTE DANS LES APPROCHES CENTREES COMPETENCES

Les approches centrées compétences ne sont pas du tout incompatibles avec une approche centrée problème. Pour nous, thérapeutes systémiciens et psychotraumatologues, elles s'articulent comme un métamodèle, qui nous invite à considérer au moins autant la dimension des ressources du patient, ses souhaits, ses projections dans le futur, les domaines dans lesquels il se débrouille bien, que le ou les problème-s qui l'amène-nt à consulter. En psychotraumatologie, nous considérons le regard centré problème adapté lorsqu'il est question de survie. Au-delà de celle-ci, il devient important de pouvoir faire un pas de côté, ce qui nécessite une décision consciente et délibérée de la part du professionnel de la relation d'aide (Dellucci & Wolf, 2011).

Le modèle de Bruges s'articule autour du choix du patient comme posture éthique dans la relation d'aide. Les auteurs de cette approche considèrent la pathologie comme une situation de non-choix. Dès lors, respecter le choix du patient comme première option est considérée comme essentiel. C'est ainsi que Luc Isebaert laissait le choix aux patients alcooliques d'opter pour une abstinence complète ou pour une prise de boisson contrôlée. Ce n'est que lorsque le choix du patient ne s'avère pas être la bonne option, qu'il est d'accord d'essayer la seconde. Le patient sera d'autant plus motivé de tenter les essais proposés qu'il aura l'impression que le thérapeute ne voudra rien lui imposer.

Le thérapeute utilisant l'approche centrée compétences se considère comme spécialiste uniquement en thérapie générale. Le patient est considéré comme expert de sa vie, dans son contexte. Cela met le thérapeute dans une posture de non-savoir en ce qui concerne la vie du patient, et il va avoir besoin du patient comme co-équipier pour adapter la thérapie à sa situation particulière. Le thérapeute peut bien sûr faire des propositions, mais ce sera le patient qui pourra estimer ce qui marche pour lui, et à partir de quand il n'aura plus besoin d'aide.

### **Conclusion**

C'est dans une co-construction entre deux experts, le thérapeute, spécialisé en thérapie générale, le patient, expert de sa vie, dans son contexte, coopérant dans un cheminement vers les objectifs définis par ce dernier, que l'alliance thérapeutique peut se déployer et inventer des possibilités nouvelles répondant aux contraintes l'ayant amené à consulter.

La centration sur le futur, l'exploration minutieuse des compétences du patient et des exceptions au-x problème-s, soutenues par l'hypothèse selon laquelle le symptôme est déjà une solution partielle, ou du moins le moins pire compromis que le patient a trouvé pour faire face à ce qui lui est arrivé, amènent un changement de regard chez le tandem thérapeutique, permettant d'ouvrir le champ de la réflexion vers des pistes originales, à partir des compétences et des valeurs déjà présentes.

Le Modèle de Bruges ajoute à cet édifice une démarche pragmatique de questionnement et une hiérarchisation des interventions du thérapeute, ayant pour but, d'aider le patient à trouver sa place de co-expert dans la relation d'aide.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

DE SHAZER, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York, Guilford Press. Pour une traduction française: Clés et solutions en thérapie brève. Editions Satas

DE SHAZER, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York, Norton. Pour une traduction française: Explorer les solutions en thérapie brève. Editions Satas.

DE JONG, P. & BERG, I.K. (1998). *Interviewing for Solution*. Brooks/Cole.

DELLUCCI, H. & WOLF, (2011). Choisir ses représentations dans la relation d'aide au service de plus de confort et d'efficacité. *Revue Thérapie Familiale*, 32, (2), 275-291

ISEBAERT, L. & CABIE, M.C. (1997) *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Toulouse, Erès, coll. Relations.

ISEBAERT, L., CABIE, M.C. & DELLUCCI, H. (2015). *Alliance thérapeutique et thérapie brèves. Le Modèle de Bruges*. Toulouse, Erès, coll. Relations