

**Mémoire Christelle Barthez – Diplôme Clinicien de la Relation LACT
& Mastère Clinique CTS 2022/2023**

**Parcours d'une clinicienne de la relation
sur un Point Accueil – Écoute Jeunes**

**Choix et adaptation du cadre et du type d'intervention thérapeutique grâce aux
outils de l'approche systémique et stratégique**

Hypothèse de travail : Dans l'approche de la thérapie brève systémique et stratégique, dans quelle mesure l'identification du client et l'établissement d'une alliance thérapeutique sont des facteurs clés pour orienter l'intervention de manière efficace avec les adolescents et les familles.



« Un homme, voyant un papillon lutter pour se libérer de son cocon, voulut l'aider.

Il écarta avec beaucoup de douceur les filaments pour dégager une ouverture.

Le papillon libéré sortit du cocon et battit des ailes, mais ne put s'envoler.

Ce qu'ignorait cette personne compatissante, c'est que c'est seulement au travers du combat pour la naissance que les ailes peuvent devenir suffisamment fortes pour l'envol.

Sa vie raccourcie, il la passa à terre.

Jamais il ne connut la liberté, jamais il ne vécut réellement. »

« Ce sont les meilleures intentions qui produisent les pires effets ». Oscar Wilde,

Remerciements

Merci à tous les jeunes et à tous les parents qui m'ont fait confiance pour expérimenter avec eux cette approche, qui m'ont suivi même quand j'étais maladroite, hésitante dans mes prescriptions.

Merci à mes enfants et à mon mari qui m'ont permis de m'investir totalement dans cette formation, en acceptant que « Palo Alto » entre dans notre vie, ils ont « mangé » du Palo Alto, matin, midi et soir.

Merci à toutes mes amies qui m'ont encouragé et soutenu tout au long de ce parcours, avec qui j'ai partagé mes doutes, mes joies, mes peurs de ne pas être à la hauteur.

Merci à toute l'équipe de Lact pour leurs expertises professionnelles, leurs pédagogies et pour leurs belles qualités humaines.

Merci aux superviseurs qui m'ont accompagné dans mon parcours d'apprentie clinicienne de la relation sur un PAEJ afin de devenir une bien meilleure professionnelle.

Merci au directeur du PAEJ qui m'a permis de réaliser et suivre cette formation pour mieux accompagner les jeunes et leurs familles.

Merci à ma binôme de formation, pour notre belle collaboration et pour nos échanges riches pendant ces trois années intenses.

Enfin, merci à ma collègue d'être engagée à mes côtés pour apaiser la souffrance des jeunes et des familles et pour défendre les valeurs des PAEJ qui nous tiennent tant à cœur.

Sommaire

1. L'adolescent et sa famille: une perspective interactionnelle.....	3
1.1. L'adolescence: bouleversement individuel et familial: un moment clé de l'existence.....	3
a. <i>Relation de soi à soi</i>	3
b. <i>Relation de soi avec les autres</i>	5
c. <i>Relation de soi au monde</i>	5
1.2. Principaux types d'organisations relationnelles entre les parents et les adolescents.....	6
a. <i>Modèle surprotecteur</i>	6
b. <i>Modèle démocratique-permissif</i>	7
c. <i>Modèle altruiste</i>	7
d. <i>Modèle aléatoire</i>	7
e. <i>Modèle délégataire</i>	7
f. <i>Modèle autoritaire</i>	7
2. Identification du client dans le travail thérapeutique.....	8
2.1. Qui est le demandeur?.....	8
a. <i>Le client</i>	9
b. <i>Le plaignant</i>	9
c. <i>Le touriste</i>	9
2.2. Le système pertinent.....	10
2.3. Résistances au changement: déverrouiller les portes des résistances.....	10
a. <i>Le collaborant</i>	10
b. <i>L'empêché émotionnellement</i>	11
c. <i>L'opposant</i>	11
d. <i>Celui qui ne peut ni collaborer ni s'opposer</i>	12
2.4. Clientéliser les adolescents et les parents.....	12
a. <i>Importance d'établir et de maintenir une bonne relation thérapeutique</i>	12
b. Approche et intervention systémique et stratégique.....	13
3. Orienter l'intervention en fonction du client.....	14
3.1. Thérapie directe: le jeune comme client principal.....	14
3.2. Thérapie indirecte: le parent comme co-thérapeute.....	15
3.3. Thérapie mixte.....	16
4. Vignettes cliniques.....	17
4.1. Thérapie directe: M. et son anévrisme.....	17
a. <i>L'histoire de la traversée</i>	17
b. <i>J'ai traversé le pire, je veux m'en sortir !</i>	18

<i>c. Plus j'essaye de ne pas y penser, plus j'y pense ! L'analogie de l'éléphant rose !....</i>	18
<i>d. J'ai l'impression de vivre à nouveau !.....</i>	19
4.2. Thérapie indirecte : S. la maman de K.....	20
<i>a. L'histoire d'une maman solo.....</i>	20
<i>b. Aidez-moi à aider ma fille !.....</i>	20
<i>c. La rencontre individuelle avec K.....</i>	21
<i>d. Intervention auprès de la maman: c'est avec les meilleures intentions que l'on provoque les pires effets.....</i>	21
<i>e. J'ai enfin retrouvé ma fille !.....</i>	23
4.3. Thérapie mixte : A. et sa maman.....	24
<i>a. L'histoire de A.: j'aurais aimé avoir une autre famille !.....</i>	24
<i>b. La rencontre et la demande initiale : grosse colère !.....</i>	24
<i>c. De l'importance du premier entretien : la relation encore et toujours la relation !....</i>	25
<i>d. De la thérapie directe vers la thérapie mixte.....</i>	26
<i>e. Intervention auprès de A. : devenir un fin stratège !.....</i>	26
<i>f. L'évolution au fil des séances : la chrysalide devient papillon.....</i>	27
<i>g. L'intervention auprès de la maman : ne plus jouer les arbitres !.....</i>	27
<i>h. Ce que cela m'a apporté dans mon travail.....</i>	29
Conclusion.....	29

Introduction

Je travaille en tant que médiatrice sociale sur un Point Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) depuis plusieurs années. « Ce sont des structures d'accueil et d'écoute désinstitutionnalisées, généralistes, inconditionnelles et gratuites, permettant le repérage et l'accompagnement d'adolescents et de jeunes adultes confrontés à des questionnements ou difficultés spécifiques. Il s'agit autant de prévenir les ruptures que d'accompagner la réinscription sociale des jeunes et de soutenir leur entourage. »,(ANPAEJ – site officiel de l'Association nationale des points accueil-écoute jeunes, s. d.)

Dans ma pratique quotidienne, j'apprécie particulièrement les échanges avec ces jeunes. Ils portent en eux les caractéristiques de leurs propres contradictions, alliant des émotions intenses, une spontanéité rafraîchissante, une forme de rébellion et une sincérité profonde. Ils sont à la fois attachants grâce à leur authenticité et à leur manière franche de s'exprimer, tout en étant parfois «attachants», comme je le dis souvent en parlant de mes propres adolescents (Donzelli & Caroline, 2020). C'est cette dualité qui fait leur charme et qui rend si captivante leur période de développement.

J'admire également sincèrement les parents pour leur engagement et leur dévouement à guider leurs enfants à travers cette période de turbulences pour toute la famille. En tant que professionnelle sur un PAEJ, je ressens une profonde empathie envers les défis auxquels les parents sont confrontés à ce moment crucial, et c'est avec un profond respect que je m'efforce de les accompagner, eux et leurs adolescents, dans cette aventure de croissance et de transformation.

L'intervention thérapeutique auprès des jeunes et des parents constitue un véritable challenge complexe et stimulant. En effet l'adolescence, période d'opportunités mais également de vulnérabilités, peut conduire à des comportements à risque et à des troubles psychiques. Cette fragilité s'est vue exacerbée par la pandémie de Covid-19, révélant une souffrance psychologique chez certains jeunes. C'est ce contexte singulier, combiné aux problématiques du PAEJ, qui a suscité mon envie de me former à l'approche systémique et stratégique de l'école de Palo Alto. En outre je constatais qu'il y avait beaucoup de souffrances liées à des problématiques relationnelles: relations avec les autres, avec soi-même, avec le monde. Dans ma pratique professionnelle, je me retrouvais régulièrement face à des situations complexes à gérer sans être outillé. Je voyais bien qu'en cas de problématiques très enkystées, l'accompagnement et l'aide que j'apportais aux jeunes et aux parents n'étaient pas adaptés et suffisants. Au cours de mes lectures c'est une phrase de Paul Watzlawick sur l'approche systémique et stratégique qui m'a beaucoup parlé «On ne soigne pas les personnes mais les relations qui dysfonctionnent». C'est cet autre regard qui

m'a plu, qui m'a séduite et m'a conduite à être une clinicienne de la relation en apprentissage sur un PAEJ pendant 3 ans.

J'y ai découvert que cette approche originale, pragmatique, puissante et alternative était également très performante et efficiente pour résoudre les problématiques familiales.

Mon expérience dans l'accompagnement des adolescents révèle une complexité majeure : les adolescents ne sont pas toujours les clients directs, mais souvent les porteurs des symptômes.

Au cœur du travail thérapeutique avec ce public se pose la question essentielle du choix, de l'adaptation du cadre et de l'intervention aux situations spécifiques. Cette interrogation fondamentale a motivé le choix de mon sujet de mémoire. J'ai voulu mettre en lumière deux piliers de la thérapie brève systémique et stratégique (TBSS) que sont la détermination du client et la création d'une alliance thérapeutique solide comme éléments pour orienter de manière efficace l'intervention. Ces deux clés permettent d'ouvrir la porte à une thérapie adaptée et efficace pour répondre aux problématiques des jeunes et de leurs familles.

Dans la première partie plongera dans l'univers complexe de l'adolescence, période de profonds bouleversements individuels et familiaux. Elle mettra en lumière les interactions au sein des familles et leur impact sur le développement des jeunes, en considérant différents modèles familiaux.

Dans la deuxième partie, j'explorerai l'identification du client et son rôle crucial dans le choix et l'adaptation du cadre thérapeutique. J'exposerai en quoi une relation de confiance entre le thérapeute, l'adolescent et la famille est fondamentale pour une intervention efficace. Cette alliance favorise l'exploration et la résolution des problématiques, en permettant de collaborer efficacement pour des résultats positifs.

Dans la troisième partie, je discuterai du choix de l'orientation de l'intervention en fonction du client. J'analyserai comment les éléments identifiés et les liens tissés au préalable peuvent orienter le choix entre les différents types de thérapies possibles: directe, indirecte ou familiale.

Enfin, la dernière partie illustrera ces concepts au travers de trois vignettes cliniques. Chacune d'elles décrira comment l'approche systémique et stratégique, combinée à l'identification du client et à l'alliance thérapeutique, a permis de diriger l'intervention de manière adaptée, offrant un aperçu concret des bénéfices de cette approche dans la pratique.

En conclusion, ce mémoire proposera d'examiner comment l'approche systémique et stratégique, en plaçant l'adolescent et sa famille au cœur de la réflexion, offre des outils pertinents pour une intervention plus ciblée et efficace, répondant aux besoins spécifiques de chaque situation.

1. L'adolescent et sa famille: une perspective interactionnelle

Si l'existence toute entière est une succession de crises d'identité et de métamorphoses intimes, le moment de l'adolescence en est sans doute la plus aiguë. Il accompagne la quête de différenciation et d'autonomie du jeune au regard de ses parents et, surtout, la recherche d'un sens et d'une valeur à sa vie. L'adolescence représente donc une période de transition majeure dans la vie d'un individu et de sa famille, marquée par de profonds changements physiques, émotionnels, cognitifs et sociaux. Dans le travail thérapeutique au sein d'un PAEJ, il est essentiel de prendre en compte ces particularités pour offrir un soutien adapté aux jeunes et aux familles.

1.1. L'adolescence: bouleversement individuel et familial: un moment clé de l'existence

Dans le cadre de mon travail, j'accompagne les jeunes de 11 à 25 ans, ce qui correspond à ce que l'on nomme aujourd'hui l'adolescence. Ce terme est apparu dans le vocabulaire de nos sociétés occidentales au milieu du XIX siècle, ces critères de définition ont varié au fil de l'histoire. Aujourd'hui, elle englobe une phase de développement physique et mental qui s'étend de la puberté à l'âge adulte. Sur le plan biologique, l'organisation mondiale de la santé définit les adolescents comme étant les jeunes de 10 à 19 ans, « ils connaissent une croissance physique et un développement cognitif et psychologique rapides. Cela a des conséquences sur ce qu'ils ressentent et la manière dont ils pensent, prennent des décisions et interagissent avec le monde qui les entoure. » (World Health Organization : WHO, 2019).

Mais selon d'autres scientifiques cette période transitoire pourrait aller jusqu'à 25 ans, où l'on parle plutôt de « jeunes adultes ».

Selon l'approche systémique et stratégique, les difficultés ne trouvent pas leur source dans l'individu mais sont en lien avec son environnement. Les problèmes émergent alors des interactions interpersonnelles, des relations avec autrui et avec le monde qui l'entoure. (Nardone et al, 2018, p. 25). Les divers changements à l'adolescence peuvent de ce fait accentuer les problèmes préexistants ou en révéler de nouveaux, car ils naviguent entre leurs propres aspirations et les attentes familiales et sociales.

a. Relation de soi à soi

D'un point de vue biologique, l'être humain traverse une période de bouleversement physique et psychologique entre 12 et 19 ans. L'adolescent va remettre son image en question, chercher à trouver sa nouvelle place dans le monde (Nardone et al, 2018, p. 32).

Cela l'oblige de ce fait à remettre en question son sens de lui-même, son identité (Gammer, 1992). Ces changements sont considérés comme faisant partie de l'ensemble des changements auxquels les adolescents sont confrontés et peuvent influencer et entraîner des répercussions sur leur perception d'eux-mêmes.

Dans le cadre de mon travail au PAEJ, je constate régulièrement que ces transformations du corps peuvent générer un mal être. Des difficultés banales comme les fixations sur une partie du corps peuvent apparaître. Le corps devient l'expression d'une recherche identitaire ou d'un contrôle de son image, via les vêtements, la coiffure, le tatouage ou encore le piercing.

Les jeunes filles, plus que les garçons, prennent de plein fouet le poids de la norme esthétique. Ce mal être peut devenir plus douloureux et dangereux. Les conduites à risque, les troubles alimentaires, les addictions signent un mal être plus profond. Il s'exprime plus « silencieusement » chez les filles (troubles alimentaires, scarification, tentatives de suicide) que chez les garçons. Plus « expressifs », les garçons se réfugient dans la violence, la délinquance, l'alcool, la toxicomanie... L'affirmation de l'identité est souvent attisée et valorisée par le groupe. Mais pour la majorité des cas, ces expérimentations ne seront finalement qu'un rite de passage.

Comme le précise Marie-Christine Cabié, il existe, dans les sociétés traditionnelles, des rituels symboliques qui fournissent le soutien de toute la communauté pour cette transition épineuse. Or, dans la société occidentale ou contemporaine, il n'existe aucune aide de ce type. Tout incombe à la famille peu préparée pour ce nouveau voyage. (Gammer, 1992)

Pendant cette phase de transition, les adolescents sont également souvent emportés dans des montagnes russes émotionnelles. Des chercheurs de l'université de Harvard et de Washington ont découvert que les adolescents avaient tendance à connaître plusieurs émotions en même temps et qu'ils avaient du mal à les différencier et donc à les réguler. L'adolescence est, de ce fait, une période pendant laquelle les émotions ressenties sont bien plus confuses. (Nook et al., 2018). Les émotions sont au cœur de l'humain et prennent une place importante dans l'approche systémique et stratégique, car ce sont elles qui guident nos actions. Leurs débordements sont à la base de nombreuses problématiques personnelles mais aussi relationnelles. C'est pourquoi en tant que praticienne de la relation, leurs manifestations constituent un axe fondamental d'intervention auprès de ce public. Elles nous fournissent ainsi une information sur ce qu'il y a lieu d'affronter ou d'éviter, pour aider à résoudre le problème.

Ainsi, au même titre que les comportements et que les cognitions auxquelles ils sont inévitablement intriqués, les émotions sont une composante essentielle des interactions que nous entretenons avec nous-mêmes comme avec le monde. Il est de ce fait important de comprendre leurs implications multi-systémiques afin de développer une posture et une intervention adaptées.

Auprès des jeunes que j'accompagne, j'aime à leur rappeler qu'il n'y a pas d'émotions « négatives » et que chacune d'entre elles a une fonction, mais aussi un message à nous transmettre, en chuchotant ou en hurlant. Il est important alors d'en prendre soin, de l'accueillir, de la normaliser ! J'utilise alors cette phrase assez régulièrement : « tu as sûrement de bonnes

raisons de ressentir ce que tu ressens ». Ces mots désamorcent une appréhension d'en parler ; se sentant entendus et compris, le jeune va alors pouvoir en parler plus facilement.

b. Relation de soi avec les autres

Carole Gammer et Marie-Christine Cabié mettent en évidence la complexité des relations à cette étape de la vie. L'adolescence représente une épreuve pour tous les membres de la famille. Les adolescents remettent en question les valeurs familiales et doivent faire face à de multiples émotions et défis. Tous ces changements envahissent la sphère familiale, provoquant des conflits de loyauté et exigeant la négociation et l'acceptation de nouveaux liens et frontières.

Elle peut être une étape traversée avec plus de facilité et être source d'apprentissage pour certaines familles, tandis que pour d'autres, elle peut devenir un véritable challenge avec des crises et des conflits. Dans ces situations, l'aide externe devient essentielle pour l'adolescent et sa famille. (Gammer, 1992).

La TBSS m'a permis d'adopter une approche innovante pour mieux comprendre et gérer les interactions entre parents et adolescents. Comme elle s'attache à trouver des portes d'entrée et des leviers d'intervention, elle m'a permis de travailler préférentiellement avec les parents sur les interactions avec leurs enfants, d'autant plus si ces derniers sont des adolescents, intrinsèquement mobilisés dans l'opposition et la résistance. C'est un des aspects que je développerais dans la suite de ce mémoire.

Par ailleurs le groupe de pairs devient une référence sociale principale et une sphère privilégiée permettant au jeune d'élargir et de différencier les modes de socialisation et d'individuation. Ainsi, durant cette période de transition, les relations aux pairs, qu'elles soient étroites ou plus groupales, contribuent positivement ou négativement au développement psychosocial de l'adolescent et jouent indubitablement un rôle crucial dans le développement de l'identité (Erikson et al. ,1972).

Un des premiers intérêts du groupe est de répondre au besoin d'appartenance, c'est au sein du groupe de pairs que le jeune va se construire. L'importance du regard des autres à l'adolescence pousse les jeunes à suivre le mouvement, à faire comme les autres ou à se démarquer selon les personnalités. Ainsi, au sein du groupe d'appartenance, des normes, des rituels et un langage propre peuvent se construire et être partagés.

Il est important de rejoindre le jeune dans sa vision du monde, de parler son langage et de manifester un réel intérêt pour ce qui le passionne afin de bâtir une relation de confiance essentielle pour répondre au mieux à ses problématiques.

c. Relation de soi au monde

L'adolescence est une phase de remise en question des croyances et des valeurs acquises pendant l'enfance. Les jeunes explorent différentes perspectives pour définir leurs convictions

personnelles et leur place dans le monde. Cette période se caractérise par une curiosité intellectuelle et une ouverture d'esprit envers de nouvelles idées et expériences.

Les adolescents sont également confrontés à de nouvelles réalités sociales et culturelles qui élargissent leur horizon et influencent leur vision du monde. Ils peuvent être exposés à des influences variées provenant de leur entourage, des médias, des pairs et des différentes sous-cultures auxquelles ils s'identifient. Ainsi dans leur relation au monde, ils peuvent contester les normes et les valeurs sociales, exprimant parfois leur désaccord et cherchant à se définir en dehors des attentes conventionnelles. Cela peut les conduire à adopter des positions radicales ou à se rallier à des groupes aux idéologies extrêmes.

Cette recherche de croyances et d'identité peut être à la fois stimulante et déstabilisante, suscitant un sentiment d'incertitude dans leur quête de soi.

La TBSS en considérant l'adolescent comme faisant partie intégrante d'un système familial et social plus large, met l'accent sur les interactions et les influences réciproques entre l'individu et son environnement. Elle permet de prendre en compte les dynamiques familiales, les normes sociales et les contextes culturels dans lesquels évolue l'adolescent.

Ainsi, cette approche permet de mieux appréhender les enjeux propres à l'adolescence, de développer des stratégies d'intervention adaptées pour soutenir le jeune et sa famille dans cette période de changement et de construction de soi.

1.2. Principaux types d'organisations relationnelles entre les parents et les adolescents

Au sein de chaque famille, un style communicatif et relationnel spécifique s'établit entre les parents et les enfants, ce qui façonne les interactions familiales. Des recherches menées par G. Nardone, E. Giannotti et R. Rocchi (2001) ont identifié six modèles familiaux qui ne sont pas nécessairement problématiques, mais qui peuvent le devenir lorsque les interactions deviennent rigides et dysfonctionnelles, mettant en péril le bien-être familial.

La société contemporaine influence les familles, les transformant en fonction de ses tendances.

a. Modèle surprotecteur

Dans les sociétés latines actuelles, le modèle de surprotection est le plus courant. Les adultes facilitent la vie des jeunes pour leur éviter les difficultés. La communication est douce et chaleureuse, quant à la relation, elle est toujours de type complémentaire avec des parents en one-up (position de supériorité) et des enfants en one-down (position d'infériorité). Malheureusement, cette surprotection peut conduire à l'émergence d'enfants fragiles, incapables de prendre leurs responsabilités et de faire face aux défis de la vie, car ils n'ont pas été progressivement préparés à le faire.

b. Modèle démocratique-permissif

Ce modèle familial se caractérise par l'absence d'autorité et de hiérarchie. Les décisions sont prises collectivement et les relations familiales se basent sur le dialogue. Cependant, la gestion des comportements des enfants au quotidien peut devenir complexe en l'absence de règles strictes et de sanctions. Ces difficultés peuvent évoluer vers des troubles psychologiques tels que les obsessions ou les troubles alimentaires.

c. Modèle altruiste

Ce modèle se caractérise par des parents qui se sacrifient constamment pour les autres, leur relation avec les enfants est basée sur un altruisme excessif, donnant sans attendre de retour. Cela peut créer des jeunes ayant des attentes excessives, demandant une aide constante de leurs parents et engendrer de l'amertume chez ces derniers face au déséquilibre entre donner et recevoir. Cette atmosphère peut générer de l'anxiété, poussant parfois l'adolescent à chercher à s'échapper de la maison.

d. Modèle aléatoire

Dans ce modèle intermittent, les parents alternent entre différents styles éducatifs, ce qui crée de la confusion chez les enfants. Cette instabilité rend difficile la résolution durable des problèmes, car les interventions éducatives perdent leur efficacité. Ce modèle est courant dans une société en évolution constante, où les dernières stratégies en vogue semblent être privilégiées. Avec les médias diffusant de nouvelles solutions en continu, il est facile de douter de ses choix et actions.

e. Modèle délégataire

Ici, les parents délèguent leur rôle à d'autres figures externes et par conséquent ne sont pas considérés comme des points de référence par leurs enfants. Il en résulte des difficultés pour les adultes qui n'adoptent pas un front uni et qui n'appliquent pas des méthodes d'éducations analogues.

f. Modèle autoritaire

Dans ce modèle, les parents exercent leur pouvoir de manière décisive et rigide et s'érigent dans une position de supériorité. En cas de rébellion, les conflits peuvent être violents et en réaction à cet environnement les enfants chercheront à vivre des expériences en secret, à s'éloigner des valeurs familiales et à rechercher l'autonomie afin de quitter la maison le plus tôt possible. Bien que ce style ait prévalu il y a 30 à 40 ans, il subsiste encore dans certaines familles aujourd'hui.

Ces différentes dynamiques familiales ont un impact significatif sur l'adolescent, qui cherche à se forger une identité, à développer son autonomie et à se positionner dans le monde. Elles peuvent influencer sa quête d'indépendance ainsi que son bien-être psychologique.

En prenant en compte les spécificités de chaque modèle et leurs implications sur la dynamique familiale, cela me permet de faciliter la prise de conscience des parents et des adolescents, favorisant ainsi des relations familiales plus équilibrées et harmonieuses tout en soutenant le développement sain des jeunes à cette étape cruciale de leur vie. Avoir en tête ces modèles familiaux me permet de comprendre ce qui se passe aujourd'hui et aider au mieux les jeunes et leurs familles à sortir de situations parfois inextricables.

Je partage les observations de G. Nardone et son équipe sur le nombre grandissant de familles hyper-protectrices qui représentent la tendance actuelle des parents qui viennent demander de l'aide au PAEJ.

2. Identification du client dans le travail thérapeutique

Lors de ces 3 années de formation, une des grandes découvertes pour moi et une des plus utiles dans mon quotidien a été la notion d'identification du client. En effet, se poser la question initiale de savoir si le jeune est en position de patient/client, de plaignant ou de touriste est un des éléments clé pour proposer une intervention personnalisée et ciblée. (Aïm, 2015)

2.1. Qui est le demandeur?

Dans notre travail thérapeutique, nous rencontrons tout d'abord le client initial, c'est-à-dire la personne avec laquelle nous interagissons directement. Ensuite, selon les différentes « positions » décrites dans l'ouvrage de référence intitulé « Tactiques du changement », nous distinguons deux catégories : les « clients » et les « non-clients », parmi lesquels figure le « touriste », qui est un patient sous contrainte, et le « patient restrictif », qui cherche à imposer ses conditions.

Cette classification a été simplifiée par la suite par Steve de Shazer, fondateur de la Thérapie Brève Orientée Solutions. Il a ainsi distingué le client du « visiteur » (qui consulte pour d'autres raisons que le changement) et du « plaignant » (qui exprime principalement ses difficultés sans nécessairement chercher un changement), (Vitry, s. d.).

Ainsi, aux États-Unis, pour ne pas pathologiser, on préfère utiliser les termes « clients », « plaignants » ou « visiteurs » pour décrire les attitudes des individus en thérapie.

La TBSS a clairement opté pour travailler avec « Celui qui se plaint » et non avec « Celui dont on se plaint », ainsi on ne va pas voir forcément la personne qui porte le symptôme.

a. Le client

Le terme « client » fait référence à la personne qui ressent un malaise dans sa situation actuelle et souhaite un changement (il peut y en avoir plusieurs dans un système). Il peut être considéré

comme faisant partie du système pertinent, car il est activement engagé dans la résolution du problème et est prêt à collaborer avec le thérapeute. Il est essentiel de noter que le client n'est pas nécessairement le porteur du symptôme, mais il représente le principal levier de changement dans l'approche stratégique.

b. Le plaignant

Il exprime une souffrance et se plaint de la situation, mais peut être résistant à l'idée de changer ou de s'engager pleinement dans la démarche thérapeutique. La plainte est fréquemment vague, son expression prend la forme de généralisation ou de sensation : « mon problème c'est que je n'ai pas confiance en moi, je ne supporte plus mes parents ». Ces généralisations se présentent la plupart du temps sous forme d'explication ou de spéculation à propos des causes du problème. La plainte peut aussi être floue lorsque la personne fait preuve d'incapacité à l'exprimer. (De Scorraille et al, 2017).

Et « s'il ne peut y avoir de demande d'aide sans plainte, celle-ci n'est cependant pas automatiquement une demande » (De Scorraille et al., 2017). L'intervenant doit alors déterminer si le client est acteur du système ou uniquement diffuseur de plaintes. (Vitry, s. d.).

Le patient en position de tourist a les caractéristiques suivantes : il n'a aucune demande, il est là à la demande d'un autre et il ne souscrit pas à cette demande (Aïm, 2015). Je rencontre fréquemment ce type de patient dans le public jeune que j'accompagne. Ils viennent me voir principalement sous la contrainte ou la coercition d'une autre personne, souvent les parents ou encore le personnel de l'éducation nationale. Un certain nombre d'exemples sont assez classiques et permettent d'illustrer ce type de patient, notamment : « moi je m'en fiche j'ai rien à dire, c'est ma mère qui m'a dit de venir vous voir ».

Ainsi, pour déterminer la position du patient il est nécessaire, dès la première rencontre, d'évaluer la vision de la personne qui consulte face à son problème.

Le tourist dira qu'il n'en a pas, le plaignant aimera qu'on l'écoute et donnera la responsabilité de son problème à l'extérieur de lui et le client va s'approprier son problème et mettre en œuvre les actions nécessaires pour qu'il y ait changement. De ce fait, identifier la position de la personne qui consulte détermine la direction de l'intervention. Le rôle du thérapeute sera d'amener un tourist à devenir plaignant et enfin client.

2.2. Le système pertinent

Le clinicien de la relation définit son système d'intervention suivant une approche interactionnelle du problème qu'il va établir à partir de la plainte et des symptômes qu'il recueille. Sa première action consistera à contextualiser la plainte sous une forme dynamique et opératoire que rend possible la lecture systémique et interactionnelle: qui fait quoi ? à qui ? quand ? Où ?, avec quels

effets ? sur qui ? et en quoi est-ce un problème ? Si la situation problématique implique plusieurs personnes, le clinicien de la relation privilégiera dans son dispositif d'intervention celles qui reconnaissent avoir un problème et qui sont alors les plus mobilisables pour participer à un processus de changement : celles qui souffrent le plus du problème; celles qui sont particulièrement concernées par le problème ou celles qui ont fait plusieurs tentatives infructueuses pour résoudre le problème. (De Scorraille et al. (2017))

L'identification de ce système permet à l'intervenant de cibler son intervention sur les individus les plus actifs dans leurs tentatives de solution. Plutôt que de travailler avec tous les membres du groupe, l'accent est mis sur ceux qui sont véritablement motivés pour apporter des changements. Comprendre qui mobiliser dans l'intervention permet de proposer des solutions plus adaptées et efficaces pour résoudre les problèmes.

En lien avec les notions de client, plaignant et touriste, le concept de « système pertinent » dans l'intervention thérapeutique prend par conséquent en compte les différentes attitudes et motivations des personnes impliquées dans une situation problématique.

2.3. Résistances au changement : déverrouiller les portes des résistances

Pour le thérapeute comme pour le patient, la thérapie doit constituer un partenariat en vue d'un changement. Cependant, pour construire une forte relation avec son patient, le thérapeute doit pouvoir déterminer et prendre en considération son type de résistance au changement. Aux différents types de résistance devront s'adapter des tactiques de communication et des stratagèmes différents. Des études approfondies dans divers contextes ont permis d'identifier quatre types de résistance au changement (Watzlawick & Nardone, 2004), (Nardone & Portelli, 2012, p. 38).

a. Le collaborant

C'est la personne qui, dès le départ, montre une ouverture, ne rejette pas le processus, et est fortement motivée pour changer. Elle dispose également de ressources cognitives pour surmonter le problème. Avec ce type de personne, une communication rationnelle et directive est la plus appropriée. Nous discutons avec la personne de manière logique et rationnelle de sa vision de la réalité pour qu'elle comprenne ce qui est dysfonctionnel et favoriser un changement conscient (Nardone & Portelli, 2012, p. 38).

b. L'empêché émotionnellement

Il s'agit d'une personne qui souhaiterait collaborer mais qui en est incapable. Ces personnes sont enfermées dans une perception rigide de la réalité, rationnellement elles comprennent ce qu'elles devraient faire pour changer, mais sont incapables de le mettre en pratique. Souvent, ces individus

souffrent de blocages émotionnels et comportementaux ou sont soumis à de forts interdits moraux et religieux. Dans de tels cas, les stratagèmes les plus efficaces sont des manœuvres indirectes utilisant des éléments fortement évocateurs, suggestifs pour amener le sujet à changer sans s'en rendre compte : « sillonner la mer à l'insu du ciel. »

c. L'opposant

Ces patients, souvent sous-contrainte protestent activement, délibérément, invalident nos instructions et refusent de les suivre. Dans de tels cas, le moyen de persuasion le plus efficace consiste à utiliser la résistance même du patient en adoptant des manœuvres paradoxales. C'est un profil que je retrouve majoritairement dans ma structure d'accueil. En effet, les jeunes sont souvent envoyés par un tiers, parents ou éducation nationale et ne sont pas d'emblée volontaire pour s'engager dans un accompagnement.

La thérapie orientée solution parle de « client non volontaire ». Thérèse Steiner souligne que la plupart des enfants et adolescents ne sont pas enclins à chercher de l'aide professionnelle, ils préfèrent souvent échanger avec leurs pairs en cas de difficultés. Les adolescents particulièrement sont moins disposés à s'impliquer et à accepter qu'on leur impose un cadre.

Un constat partagé avec cette auteure est que les adolescents tendent à considérer que ce sont les autres qui ont un problème. Cette perspective peut s'expliquer par le fait que la souffrance est parfois plus intense chez ceux qui envoient l'adolescent en thérapie que chez l'adolescent lui-même. Ainsi pour obtenir la collaboration de l'adolescent, la thérapie orientée solution propose que l'intervenant explicite clairement qu'il est conscient qu'il ne voit pas de raison de consulter et que ce sont ceux qui les envoient qui ont un problème. Il est important de préciser que tant que la consultation n'est pas volontaire, nous n'avons que les objectifs des tiers (parents, école, etc.).

Ainsi, pour que l'intervenant obtienne une bien meilleure coopération de la part de l'adolescent, il faudra qu'il explore et identifie avec ce dernier les moyens à mettre en œuvre pour convaincre rapidement les référents que les séances ne sont plus nécessaires. Mener l'entretien de cette manière légitime l'aspect non volontaire et amènent les adolescents à se sentir respecter et pris au sérieux.

Dans certains cas, il arrive qu'un client non volontaire reconnaissse des aspects utiles dans les demandes faites par des tiers. L'enjeu est alors de lui permettre de les considérer comme des opportunités de départ pour réaliser des objectifs personnels. (Steiner, 2018).

d. Celui qui ne peut ni collaborer ni s'opposer

Ces patients ont une telle rigidité mentale qu'ils ne peuvent pas sortir de leur vision de la réalité totalement limitée, très difficile à démontrer. Dans de tels cas, il est nécessaire d'adopter la logique non ordinaire du patient, comprendre son code de langage et ses valeurs, sans contredire ou

déprécier ses croyances tout en modifiant progressivement l'orientation de son système de représentation, sans nier sa validité.

En thérapie, une fois que nous avons identifié le type de résistance du patient, nous ne la combattons pas, mais nous l'utilisons pour provoquer un changement. Tous les changements rencontrent une résistance, un phénomène naturel visant à maintenir l'homéostasie.

Cela implique de respecter la perspective du patient tout en amenant progressivement de nouvelles perspectives qui l'aideront à transformer sa vision de la réalité. Nardone nous rappelle que la résistance émerge de l'interaction et d'une communication mal calibrée. En ajustant notre communication et en améliorant notre calibrage en relation avec l'autre, nous pouvons réduire la résistance qui résulte de la dynamique entre l'intervenant et le patient et amener le changement souhaité.

2.4. Clientéliser les adolescents et les parents

a. Importance d'établir et de maintenir une bonne relation thérapeutique

Au cœur de mon travail au PAEJ, j'observe combien il est essentiel d'établir et de maintenir une alliance thérapeutique solide avec les adolescents que j'accompagne. Ma conviction à ce sujet a été confortée lors d'une formation avec Scott Miller où il a souligné que toutes les études convergeaient vers l'idée que l'alliance thérapeutique est non seulement fondamentale pour le succès de la thérapie, voire, qu'elle surpassé même la méthode employée.

La qualité des interactions entre le praticien et le jeune va donc jouer un rôle essentiel pour transformer un jeune « sous contrainte » en un client actif engagé dans l'accompagnement.

La qualité des interactions va dépendre des attitudes fondamentales que Carl Rogers définit comme nécessaires à une relation d'aide. Il s'agit de l'empathie, de l'authenticité et d'une relation chaleureuse. D'autres qualités relationnelles comme la souplesse, le respect, la confiance, l'intérêt et l'ouverture à l'autre sont également nécessaires pour susciter une solide alliance.

L'écoute, en s'efforçant de s'intéresser à l'adolescent au-delà de la demande parentale, peut ouvrir un espace pour découvrir d'éventuelles préoccupations ou questions personnelles du jeune et l'amener à devenir client.

L'humour permet également de créer un environnement propice à la communication et à la coopération, ce qui est d'autant plus important dans le contexte où les jeunes peuvent être réticents à s'engager dans un accompagnement thérapeutique. Il permet également de faire tomber la pression, de dédramatiser un problème. (Isebaert et al., 2015).

C'est la relation qui m'a amenée à ce métier et c'est encore aujourd'hui ce que j'aime le plus dans ce que je fais, j'aime la rencontre avec le jeune, le moment où l'on s'apprivoise.

Faire alliance, c'est d'abord faire connaissance, elle se construit dès le premier rendez-vous, voir au premier regard. Ce premier entretien est essentiel parce qu'il va orienter la suite de la thérapie.

On trouve dans la TBSS des outils concrets relationnels qui facilitent l'alliance thérapeutique. Ce n'est pas parce que chaque relation est évidemment unique qu'il n'y aurait rien à apprendre sur l'amélioration de nos façons d'entrer en relation. La relation s'infiltra et s'invite au cœur de la technique, dont elle tire sa force et sa forme. Relation thérapeutique et technique thérapeutique interagissent dans des boucles circulaires. La relation n'est donc pas suffisante, la technique du thérapeute a une place non négligeable dans le processus thérapeutique. (De Scorraille et al., 2017).

b. Approche et intervention systémique et stratégique

La Thérapie Brève Systémique de l'école de Palo Alto se distingue par son approche pragmatique, non normative, non pathologisante et responsabilisante (Wittezaele & Nardone, 2016)

Dans le contexte de travail avec les jeunes et leurs familles, cette approche offre un cadre idéal et particulièrement adaptée pour engager les adolescents dans le processus thérapeutique. La non-normativité permet de ne pas juger les comportements ou les problèmes des jeunes comme étant anormaux, ce qui favorise un climat de compréhension et de respect. La responsabilisation est également essentielle, car elle implique que le jeune et sa famille sont acteurs de leur propre changement, ce qui peut renforcer leur sentiment d'efficacité et d'autonomie. De plus, le côté pragmatique de cette thérapie est parfaitement adapté au rythme et à l'urgence souvent associés aux problématiques adolescentes. Plutôt que de se plonger dans des explorations longues et complexes, cette approche se concentre sur l'ici et maintenant en identifiant les schémas qui maintiennent les problèmes et propose des interventions ciblées pour les résoudre rapidement.

L'intervention stratégique : « l'intervention du clinicien de la relation consiste à provoquer du changement pour dénouer l'entrelacs relationnel à l'origine des symptômes persistants dont se plaignent ceux qui le sollicitent. Le changement est l'enjeu de l'intervention et requiert une démarche stratégique. » (De Scorraille et al., 2017)

« Injonctions, suggestions, artifices et stratagèmes communicationnels, rhétorique de la persuasion sont, en thérapie stratégique, le principal vecteur de changement, en cela qu'ils contournent les systèmes de représentation de la personne et font en sorte que celle-ci construise, sans en avoir une conscience immédiate, d'autres perceptions, actions et cognitions » (Nardone et al., 2018, p. 21).

La communication et le langage par le biais du dialogue stratégique représente le moyen privilégié pour appliquer les stratagèmes thérapeutiques et amener au changement souhaité : l'écoute active en soignant notamment autant l'aspect verbal que non verbal (contact visuel, proximité, posture et mouvement du corps, sourire et toutes autres expressions verbales), le questionnement

stratégique (en questionnant plutôt qu'en affirmant), un positionnement stratégique en adoptant une position basse, les paraphrases, l'utilisation d'un langage analogique et la découverte conjointe, sont autant d'outils qui ont un impact significatif sur la communication et la relation (Nardone & Salvini, 2012) et contribuent de ce fait à une meilleure alliance thérapeutique.

Ces différents éléments permettent au praticien de naviguer habilement à travers les positions de « patient » et de « touriste », afin de faciliter l'évolution vers la position de « client ».

Ainsi il est possible de créer et de renforcer l'alliance thérapeutique du patient en actionnant les outils de communication stratégiques et de feedbacks en vue d'un meilleur engagement de ce dernier et d'une meilleure observance des prescriptions.

3. Orienter l'intervention en fonction du client

3.1. Thérapie directe: le jeune comme client principal

Dans l'approche systémique et stratégique de l'école de Palo Alto, on visualise la problématique du point de vue du système dans son ensemble. Le travail thérapeutique peut être centré sur une personne spécifique qui présente des symptômes ou des difficultés. Cette personne est souvent désignée comme le "porteur de symptômes" ou le "porteur du problème". En identifiant les schémas de communication dysfonctionnels et en suggérant des changements dans le comportement ou les interactions du porteur de symptômes, il est possible d'induire des modifications dans l'ensemble du système familial.

Les jeunes peuvent être confrontés à des difficultés, porteuse de souffrance tels que les crises d'angoisse, le harcèlement, les conflits familiaux, le deuil, le mal-être, les relations amoureuses, ou encore les difficultés scolaires. Elles peuvent influencer considérablement leur vie globale et les amener à prendre l'initiative de demander de l'aide auprès des professionnelles du PAEJ ;

Dans une grande majorité, ce sont plutôt les lycéens qui vont être dans cette démarche autonome et volontaire. Cette attitude les place alors en tant que clients potentiels du processus de changement et ouvre la voie à une collaboration thérapeutique. Dans ces situations, la thérapie directe se révèle efficace pour les accompagner dans leurs problématiques. Elle se focalise sur le jeune en tant que client principal, tout en gardant en perspective le contexte systémique dans lequel il évolue.

Pour les collégiens, souvent orientés vers le PAEJ par leurs parents ou par l'éducation nationale, le travail diffère légèrement. Dans ces cas, mon rôle consiste dans un premier temps à déterminer s'ils peuvent devenir des clients actifs du processus thérapeutique.

Je vais alors appliquer de manière concrète et effective la méthodologie d'intervention systémique et stratégique avec eux. Cependant, il est important de rappeler qu'il ne faut pas appliquer

systématiquement les techniques sans prendre le temps de rencontrer le jeune, « non seulement d'entrer dans son univers, dans sa logique, mais aussi de découvrir sa sensibilité et les processus avec lesquels il régule ses émotions, la confrontation ou l'évitement » (De Scorraille et al., 2017).

Être ou devenir client dépend beaucoup de la relation praticien/jeune. En effet, un jeune non demandeur peut le devenir suite à la bonne relation entretenue avec l'intervenant. L'orientation de l'intervention s'adapte en fonction du client : quand c'est le jeune lui-même qui est en demande, alors celle-ci prend la forme d'une thérapie directe, quand ce n'est pas le cas, alors il faut orienter l'intervention différemment.

3.2. Thérapie indirecte: le parent comme co-thérapeute

Nous savons que ce n'est pas forcément le patient désigné ou porteur du symptôme qui a le plus envie ou besoin que les choses changent. Pour neutraliser les tendances homéostatiques de tout système, l'approche systémique et stratégique considère que les personnes qui sont éloignées de leur état d'équilibre (donc celles qui sont en inconfort, dans la souffrance psychologique) sont les meilleurs leviers de changement. Dans certains cas, nous pouvons ainsi travailler avec l'entourage pour soulager des difficultés engendrées par la gestion du comportement d'un proche, comme dans les relations parents-ado (dans lesquelles on peut ne voir que les parents, voire un seul parent). Ce sont les thérapies indirectes. Un problème n'existe que parce que quelqu'un le perçoit comme tel. Pour rappel et comme énoncé précédemment c'est la souffrance ou l'insatisfaction engendrée par une situation donnée qui est à la base de l'intervention, et non une théorie normative qui définirait les critères de la santé mentale. Le processus thérapeutique nécessite un engagement, une collaboration, un désir de s'investir afin de déstabiliser un équilibre dysfonctionnel ou une stabilité non désirable. (Wittezaele & Nardone, 2016)

En s'appuyant sur les personnes qui luttent pour trouver une solution et en acceptant les résistances des autres membres du système, nous considérons que nous favorisons le processus de changement et évitons beaucoup de résistance parasites. (Wittezaele & Nardone, 2016, p. 97).

L'approche systémique et stratégique brève préconise pour les jeunes enfants de ne pas travailler directement avec eux mais de collaborer avec les parents au moins jusqu'à l'âge de quatorze à quinze ans. En effet le Dr. Roberta Cieri considère que, s'ils sont bien guidés dans l'utilisation de techniques et de stratégies, les parents seront les meilleurs thérapeutes pour leurs enfants.

Comme avec les adolescents, la thérapie indirecte commence par l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. Ensuite, avec les parents, on va étudier et analyser la situation pour comprendre, d'un point de vue stratégique, comment le problème fonctionne et comment il se maintient dans le temps, en donnant les stratégies et les techniques pour intervenir sur le problème de la manière la plus fonctionnelle pour changer.

Les difficultés concernant l'adolescence sont très souvent partagées par les parents qui, dans une tentative de trouver une solution, peuvent sans le savoir devenir complice et rester empêtrés dans la situation: « avec les meilleures intentions, on peut produire les pires effets» Oscar Wilde. Malheureusement, une difficulté, si elle se répète dans le temps, peut devenir un véritable problème. Heureusement, les parents peuvent devenir le levier utile pour le changement des enfants, grâce à l'aide de techniques et de stratégies adaptées à chaque problème individuel. Dans le travail avec les adolescents, quand on met en place ce type d'intervention spécifique, on a besoin de tout l'engagement et la collaboration des parents qui assument alors le rôle important de co-thérapeutes.

3.3. Thérapie mixte

La thérapie mixte peut être une réponse flexible et adaptée aux différentes dynamiques et problématiques qui se présentent dans le travail avec les adolescents et leurs familles.

En effet, comme nous l'avons déjà démontré, ce qui doit guider notre intervention c'est de savoir qui est le client, s'il y en a plusieurs clients, et s'ils le sont pour la même chose. Lorsque la situation implique deux clients avec deux problématiques différentes, alors la thérapie mixte prend tout son sens.

La dynamique de la thérapie mixte repose sur la possibilité de proposer à la fois des interventions directes, indirectes ou familiales en fonction des spécificités de chaque situation et en adaptant les outils et les méthodes.

On va pouvoir travailler en thérapie directe avec le jeune lors de séances individuelles et en parallèle, on pourra travailler avec les parents dans une approche indirecte. Parfois, on pourra encore réunir le jeune et les parents pour des séances conjointes, où chacun pourra exprimer ses points de vue et où les conflits pourront être abordés directement. La véritable force de la thérapie mixte réside dans sa capacité à s'adapter à la situation, au contexte, en fonction de chaque famille et des différentes problématiques.

Lorsqu'une intervention directe est requise pour l'adolescent et une intervention indirecte pour le parent, la thérapie mixte devient la voie privilégiée pour travailler simultanément sur deux fronts.

Comme nous avons pu le voir tout au long de cette revue de littérature, le travail thérapeutique avec les adolescents peut s'envisager de plusieurs façons selon que ceux-ci seront demandeurs ou non d'une aide thérapeutique.

Ainsi, l'orientation thérapeutique ne devrait pas être dictée par une règle fixe de consulter la famille entière ou de traiter uniquement le jeune porteur de symptômes mais au contraire d'être flexible en traitant chaque cas individuellement. Les besoins, les dynamiques familiales et les problématiques diffèrent d'une situation à l'autre, ce qui signifie qu'adapter la stratégie thérapeutique en fonction du client est la voie à suivre.

En somme, la clé pour un travail thérapeutique efficace avec les adolescents réside dans la capacité de s'ajuster aux circonstances uniques de chaque cas, en se rappelant que le critère véritablement déterminant pour choisir et adapter une orientation efficace est la position de « client ».

Après avoir exploré les diverses orientations possibles pour l'intervention, nous allons illustrer ces concepts à travers des vignettes cliniques concrètes, révélant ainsi la mise en pratique des 3 thérapies dans le contexte réel des consultations au PAEJ.

4. Vignettes cliniques

4.1. Thérapie directe: M. et son anévrisme

a. L'histoire de la traversée

M., âgé de 20 ans, est arrivé en France il y a 5 ans après avoir fui la Guinée pour des « raisons familiales », notamment le décès de son père. Son parcours pour atteindre la France a été marqué par des épreuves difficiles : la violence, l'errance, l'angoisse et la terreur liée à un voyage en mer, dangereux. Malgré ces défis, M. a réussi à accomplir plusieurs **réalisations** significatives, notamment l'obtention d'un baccalauréat professionnel en maintenance des systèmes, l'acquisition d'un permis de conduire, l'achat d'une voiture et un logement autonome. Actuellement, il est en deuxième année d'un BTS en alternance.

Cependant, il y a un an, M. a commencé à souffrir de maux de tête sévères. Des examens médicaux ont révélé la présence d'un anévrisme. Depuis cette découverte, M. vit dans l'inquiétude et le stress constants. Il craint de mourir ou, pire encore, de devenir paralysé en raison de cet anévrisme. Ses maux de tête persistants ont également un impact négatif sur sa scolarité, le poussant à manquer fréquemment les cours. Ces maux de tête rappellent en permanence la menace de l'anévrisme et les risques associés. M. est angoissé à l'idée de ne pas réussir son BTS, de rester paralysé, et de perdre tout ce qu'il a bâti et pour lequel il s'est battu

b. J'ai traversé le pire, je veux m'en sortir !

C'est M. qui a pris l'initiative de demander de l'aide. Lors de notre première séance, il a partagé son histoire, évoquant les nombreuses difficultés qu'il a rencontrées, ainsi que les tragédies personnelles, notamment la perte de son père et de son frère dans son pays d'origine. Il a également exprimé sa nostalgie pour son pays d'origine. Son arrivée en France a représenté un nouveau départ, marqué par l'adaptation, l'intégration, et la vie loin de sa famille. L'annonce de cet anévrisme a ajouté un « fardeau » supplémentaire, et il a mentionné que cela commencé "à faire beaucoup", comme il me l'a confié. Pour la première fois, malgré avoir traversé des épreuves bien

plus graves par le passé, il se sent totalement désemparé. M. a exprimé : «*j'ai traversé le pire, ça forge tu te dis que tu ne peux pas connaître pire et là ça te tombe dessus.*»

Tout au long de cet accompagnement, j'ai été profondément touché par le courage de M. et tout ce qu'il a enduré sans jamais se plaindre. J'éprouve sincèrement l'envie de lui apporter mon aide, sachant que l'approche à laquelle je me suis formé peut résoudre rapidement et efficacement ce type de problématique. Cependant, j'ai ressenti des inquiétudes quant à ma capacité à réussir. Au-delà de la relation et de la communication, je suis consciente qu'il faudra que je fasse preuve de stratégie.

Après avoir écouté attentivement son récit et expliqué ma méthode de travail ainsi que l'approche que j'utilise, j'ai posé une question importante à M. : «*Tu as vécu des épreuves très difficiles, et tu as toujours su les surmonter avec courage. Aujourd'hui, avec cet anévrisme qui te tombe dessus, comment puis-je t'aider ?*» La réponse de M. a été très claire: «*je sais que je ne peux rien changer, cet anévrisme est là et je peux pas le faire partir, ce que je veux, c'est vivre le plus normalement possible, que ça ne m'empêche plus d'avancer dans mes projets*». L'objectif était donc bien défini.

M. me faisait confiance pour l'aider, il m'avait partagé son histoire douloureuse, c'était à moi à présent de le questionner en m'appuyant sur la grille systémique et stratégique afin de comprendre la structure fonctionnelle du problème, et ainsi lui proposer des prescriptions appropriées pour amorcer le changement.

c. Plus j'essaye de ne pas y penser, plus j'y pense ! L'analogie de l'éléphant rose !

Dans un premier temps, je devais distinguer le profil hypocondriaque du profil pathophobique, car malgré des symptômes similaires, les interventions sont différentes. Dans le cas de M., il correspondait au profil pathophobique, ce qui signifiait que mon intervention devait se concentrer sur la modification de sa perception phobique par rapport à la situation redoutée. Par conséquent, j'ai dû orienter mes actions vers les techniques et les tâches adaptées à ce profil spécifique. Je savais que le cœur de l'intervention résidait dans la demi-heure du fantasme du pire. Cependant, en tant que clinicienne en formation, prescrire cette tâche était l'un des défis les plus difficiles à relever pour moi, car cela impliquait pour commencer de surmonter mes propres peurs.

Avant de « vendre » cette tâche, j'ai veillé à établir une solide relation de confiance avec M. Je savais pertinemment que pour qu'il accepte cette prescription, il était essentiel que notre alliance thérapeutique soit solide et maintenue tout au long de notre travail. Bien que la relation fût déjà en place, il était crucial de la préserver. Afin de le convaincre de suivre cette prescription, j'ai d'abord utilisé l'analogie de l'éléphant rose. J'ai encouragé M. à s'autoriser à consacrer une demi-heure à envisager le pire scénario, lui offrant ainsi un espace pour penser à ses peurs. Je lui ai expliqué que l'effort pour ne pas y penser en permanence était en réalité la cause de ses pensées

obsessionnelles. Moi : « *c'est le fait d'essayer de ne pas y penser qui t'amène à y penser sans cesse* ».

Cette analogie a résonné chez M. et j'ai pu percevoir, à travers ses expressions non verbales, que j'avais touché quelque chose qui rendrait la prescription de la tâche plus facile. J'étais confiante, car il était maintenant convaincu de la nécessité de cette tâche. Tout ce qu'il restait à faire à présent était de la lui prescrire. Pour cela, j'ai minutieusement étudié la prescription, je me suis entraînée pour la maîtriser et je l'ai adaptée spécifiquement à M. M. a relevé ce défi difficile, et j'étais fière de moi, mais surtout heureuse pour lui, car cela signifiait qu'il pouvait reprendre ses projets.

En plus de cette tâche, je lui en ai prescrit une autre consistant à dresser une liste de toutes les choses qu'il évitait, en les classant. L'objectif était de l'accompagner à introduire un petit stress dans sa journée, pour qu'il prenne conscience qu'il était capable de le gérer et que son corps fonctionnait correctement. Cela visait à renforcer sa confiance en lui.

d. J'ai l'impression de vivre à nouveau !

J'ai été surprise par la rapidité avec laquelle la prescription a eu un effet positif. Dès la séance suivante, M. a ressenti moins d'inquiétude et d'anxiété, et cette amélioration s'est confirmée au fil des séances suivantes. Après seulement quatre séances, M. était capable de vivre sa vie « *normalement* » malgré l'anévrisme, et il pouvait à nouveau faire ce qu'il souhaitait.

Lors de la dernière séance, j'ai utilisé l'outil de l'échelle pour évaluer si le problème de M. était résolu et si nous pouvions mettre fin à la thérapie. Je lui ai demandé : « *La première fois que nous nous sommes rencontrés, tu avais estimé que ton problème était à 9 sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le niveau maximum d'angoisse et de peur. Aujourd'hui, le problème tu le situes à combien sur l'échelle ?* ». M. a répondu : « *Aujourd'hui, c'est super, je me sens revivre, je suis à 3, c'est incroyable* ». Il a confirmé que le problème était résolu et que même si l'anévrisme pouvait encore occasionnellement lui causer de l'inquiétude, ce n'était plus un problème, car ces moments d'anxiété étaient brefs et ne l'empêchaient plus d'avancer. M. a ajouté : « *Je ne pourrai jamais atteindre 0, ce n'est pas réaliste. C'est normal que cela me fasse peur, mais ça me convient comme ça* ».

Dans cette vignette, l'orientation de la thérapie était évidente dès le départ. M. était le client principal, il souffrait, avait pris l'initiative de demander de l'aide et souhaitait changer sa situation. Mon rôle, ici, en tant que praticienne était de devenir plus stratégique tout en maintenant une relation solide et une communication efficace avec M. pour le guider à travers la tâche de manière à apporter le changement nécessaire. Cette situation m'a permis de développer mes compétences

cliniques et stratégiques au sein de l'approche thérapeutique, en gagnant en confiance et en osant intervenir.

4.2. Thérapie indirecte : S. la maman de K.

a. L'histoire d'une maman solo

S. est la mère de deux adolescents : J., 17 ans, et K., 15 ans. Elle les élève seule depuis plusieurs années, car les enfants voient très rarement leur père, qui apparaît et disparaît de leur vie.

K., la cadette, a été victime de harcèlement lorsqu'elle était plus jeune, en raison notamment de sa couleur de peau et de ses origines. Même aujourd'hui, elle semble avoir des difficultés dans ses relations avec les autres, étant régulièrement impliquée dans des conflits, que ce soit avec d'autres élèves ou avec les enseignants. Sa mère intervient systématiquement pour défendre sa fille. Récemment, elle a même décidé de changer K. de lycée, mais cela n'a pas résolu les problèmes, car les mêmes difficultés ont resurgi dans le nouvel établissement.

b. Aidez-moi à aider ma fille !

C'est la mère qui a contacté le PAEJ, car elle s'inquiète pour sa fille. Elle sait que sa fille souffre, mais elle ne sait plus comment l'aider. Ce qui a motivé la prise de rendez-vous, c'est un commentaire que K. a fait sous une vidéo TikTok d'une jeune fille parlant de suicide. Je les ai donc reçues toutes les deux lors d'une première séance afin de déterminer qui est le client principal et quelle serait la meilleure orientation thérapeutique pour la situation.

S. a exprimé le souhait que sa fille soit accompagnée pour qu'elle puisse parler de son mal-être et être écoutée. À ce moment-là, j'ai ressenti que cette mère avait besoin d'être rassurée par le fait que sa fille serait prise en charge, car elle ne savait vraiment plus comment agir et était profondément inquiète. Elle était très émotive pendant la séance, j'ai ressenti un attachement très fort pour ses enfants et je pouvais clairement voir qu'elle faisait tout ce qui était en son pouvoir pour eux.

c. La rencontre individuelle avec K. : le regard noir de K.

Lors de la séance, j'ai d'abord essayé d'établir un lien avec K. et voir si elle pourrait être cliente pour un problème qu'elle m'amènerait, tout en étant une visiteuse pour le problème soulevé par sa mère. Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, s'il n'y a pas de problème, pas de demande, il n'y a pas de client. K. est une jeune fille très réservée, c'est son mode de fonctionnement. J'ai donc dû avancer lentement avec elle, chercher à gagner sa confiance pour établir une relation.

Pour ce faire, j'ai dû parler son langage et choisir les mots appropriés dès le départ, parsemé d'un brin d'humour. La grille systémique et stratégique m'a servi de guide et m'a aidé à réaliser que, pour le moment, K. n'était pas vraiment cliente. La situation pour laquelle sa mère se plaignait ne semblait pas la déranger personnellement. K. était « sous contrainte », elle n'avait pas vraiment le choix. En tant qu'adolescente de 15 ans, elle venait me voir en quelque sorte pour rendre service à sa mère, lui faire plaisir, mais cela s'arrêtait là. De plus, elle avait des avantages à ne pas changer pour le moment.

Il est essentiel dans cette situation de ne pas forcer les choses, d'éviter d'aller trop vite et de ne pas exercer de pression excessive, afin de ne pas la mettre sur la défensive. Lors de cette rencontre, j'ai réussi à établir un lien initial, et ce lien a pour objectif de préserver la possibilité qu'un jour, si elle est confrontée à un problème, elle se sente suffisamment en confiance pour revenir au PAEJ et exprimer une demande d'aide.

La rencontre avec K. m'a conduite à orienter mon intervention vers une approche thérapeutique indirecte.

d. Intervention auprès de la maman: c'est avec les meilleures intentions que l'on provoque les pires effets.

Le travail se focalisera alors principalement sur la maman en tant que co-thérapeute. Dès le début, il était évident que la maman exprimait clairement sa souffrance, la rendant ainsi la plus mobilisable pour tenter quelque chose de différent.

La demande d'aide et la problématique : lors d'un entretien téléphonique, cette maman exprimera sa propre demande d'aide, soulignant qu'elle ne souhaite pas porter seule la situation, car elle se sent épuisée.

Lors de la séance qui suivra cet appel téléphonique, la mère s'impliquera activement dans la thérapie. À ce stade, je lui présenterai mon cadre de travail et discuterai avec elle de la manière dont nous pourrions ensemble trouver des solutions pour aider K. de manière indirecte, étant donné que K. ne formulait pas de demande d'aide pour le moment.

Elle débutera en expliquant que K. a été victime de harcèlement à l'école et qu'en réponse, elle s'est construite une carapace, adoptant un comportement dur et vulgaire à l'extérieur du cercle familial. Elle exprimera son inquiétude en disant : « *Je ne reconnaît plus ma fille, elle n'est pas comme ça à la maison. Elle fait la 'caïra', mais elle est fragile en réalité.* »

Au cours de notre discussion, elle ajoutera : « *Ma fille me dit tout, j'ai toujours essayé de l'aider, de la défendre, de l'écouter et de la réconforter, mais là je vois qu'elle souffre. Je ne sais plus quoi faire ni comment l'aider. J'ai besoin de vous pour que vous l'aidez et pour que vous m'aidez à l'aider.* »

Dans le même temps, elle me confiera son sentiment d'impuissance, résultant du fait qu'elle se soit battue maintes fois pour sa fille, même dans son ancien lycée, et constate que la situation se répète et même s'aggrave. Elle me dira qu'elle sait qu'elle la protège peut-être trop, son fils d'ailleurs lui fait remarquer régulièrement mais qu'elle pense que c'est son rôle en tant que maman solo. Elle réalisera, alors, grâce à mon questionnement, que sa fille l'appelle tout le temps dès qu'elle a un problème relationnel, et que, si elle ne va pas dans son sens ou n'intervient pas à sa place, elle se braque, lui raccroche au nez, et boude ensuite.

Cette maman est plongée dans un cocktail d'émotions contradictoires, entre la colère générée par les comportements provocateurs de sa fille, la tristesse due à son sentiment d'impuissance face à la situation, la peur qu'elle puisse se mettre en danger, ainsi que la crainte de perdre leur lien et leur complicité si elle ne la défend plus.

Dans cet accompagnement, l'objectif était de réorienter l'aide qui avait déjà été mise en place. Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, chaque famille développe un style de communication et de relation spécifique entre parents et enfants, ce qui influence grandement leurs interactions familiales.

Dans le cas de cette maman, nous pouvions identifier les principales caractéristiques d'un modèle surprotecteur dans ses interactions avec sa fille. Elle percevait sa fille comme fragile, pensant qu'elle était incapable de faire face aux défis de la vie et que de ce fait elle se devait de la protéger. Elle reconnaissait que sa fille avait construit une sorte de carapace pour se protéger, et elle comprenait que cette situation était difficile pour elle, notamment en l'absence de son père: « *Je sais qu'elle s'est mise une carapace, je sais qu'elle souffre, et que c'est dur pour elle de ne pas voir son père* ».

Au cours de nos séances, j'ai alors exploré à travers le dialogue stratégique, sa perspective, sa vision du monde et les stratégies qu'elle utilisait pour apaiser la situation. Pour stopper ces tentatives de solution, j'ai principalement employé des reformulations et des recadrages pour l'aider à visualiser le cercle vicieux entourant la problématique de l'aide.

Un des recadrages que j'ai formulés et qui a marqué un premier changement de perception a été: « *Chaque fois que vous intervenez entre votre fille et les autres, que ce soient ses amis ou les enseignants, vous lui envoyez deux messages. Le premier, explicite, est 'je t'aide parce que je t'aime'. Le second, plus implicite, est 'je t'aide parce que tu n'es pas capable de te défendre seule'* ». Il était important également pour renforcer ce premier changement de lui faire une peur plus grande pour casser le mécanisme de protection qui renforçait les difficultés relationnelles de sa fille. C'était la seule façon pour que cette maman puisse prendre son courage à deux mains et change sa manière d'agir. En parallèle, j'ai prescrit des tâches d'observation pour l'aider à identifier les moments où sa fille la manipulait et où elle se transformait en véritable tyran !

Le changement a été significatif quand elle a réalisé que c'est son assistance à K. qui la fragilisait davantage. Je lui ai alors dit en citant Oscar Wilde que : « *c'est avec les meilleures intentions que*

l'on peut produire les pires effets ». De plus, dans cette thérapie indirecte, il était essentiel de la soutenir pour résister aux sollicitations d'aide de sa fille. Pour ce faire, j'ai exploré son histoire familiale, révélant que sa propre mère ne l'avait pas du tout protégée, mais avait été protectrice envers son frère et sa sœur et qu'aujourd'hui me dira-t-elle « *ils sont incapables de se débrouiller seuls dans la vie* ».

Même si notre approche en TBSS ne se concentre pas sur le passé, l'exploration de son vécu a néanmoins été un catalyseur de changement. Cela lui a permis de changer sa vision du monde et a ouvert la voie à des changements significatifs par la suite. Elle a partagé en suivant son ressenti : « *Je n'avais pas vu les choses comme ça, mais désormais, à chaque fois que K. me demandera de l'aide, je penserai à ma propre sœur, ce qui me permettra de rester ferme et de ne pas intervenir au moindre de ses appels et plaintes !* ».

e. J'ai enfin retrouvé ma fille !

Cette intervention a eu un impact significatif sur la perception de cette maman concernant le problème. Elle a conduit à ce qu'elle ne se substitue plus autant à sa fille, renonçant à lui faciliter la vie ou à résoudre toutes les difficultés qu'elle rencontrait. K. a gagné en autonomie et ne sollicite plus constamment sa mère à chaque conflit ; elle trouve désormais ses propres solutions dans ses relations avec les autres. La maman, quant à elle, se sent mieux, elle est moins épuisée, et rassurée de conserver une complicité et un lien fort avec sa fille malgré son changement de posture. Les relations familiales sont plus apaisées. K. va également mieux, et les inquiétudes de sa maman se sont atténuées. Dans cette thérapie indirecte, il était essentiel de cultiver une relation thérapeutique basée sur la confiance dès le départ, comme pour les autres types d'intervention afin que la thérapie fonctionne.

4.3. Thérapie mixte : A. et sa maman

a. L'histoire de A.: j'aurais aimé avoir une autre famille !

A. A 14 ans, elle est en classe de 3^e au collège et vit dans un petit appartement avec ses deux parents en attendant la fin de la construction de leur maison. Dans l'appartement, elle partage sa chambre avec sa grande sœur, M., âgée de 17 ans.

A. est une adolescente qui comme beaucoup à cet âge, n'aime pas l'école. Au collège, A. mène sa vie de jeune adolescente, elle a un groupe de copines avec qui « elle traîne » pour ne pas rester seule, mais n'a pas de véritables amies. Elle aime jouer aux jeux vidéo, est très attachée à son chat et est plutôt solitaire. Elle aime prendre soin d'elle, et peut passer des heures dans la salle de bain. Comme beaucoup d'autres encore, elle ne supporte pas sa grande sœur avec qui elle se dispute beaucoup et trouve ses parents insupportables.

La situation familiale est compliquée. Les parents d'A. se sont séparés il y a quelques années suite à l'infidélité de son père. Les deux filles ont alors vécu une période de garde alternée. Cependant,

la mère a finalement pardonné et aujourd’hui, les parents sont à nouveau ensemble. Cette reprise de vie de couple est difficile à gérer pour A., qui a du mal à comprendre pourquoi ils font comme si rien ne s’était passé. Les relations familiales sont tendues. Les propos d’A. contre son père peuvent être assez virulents, elle reste très en colère contre lui et ne lui pardonne pas la séparation.

b. La rencontre et la demande initiale : grosse colère !

La première rencontre commence avec la maman par un appel téléphonique. Au cours de ce premier contact, elle exprime sa préoccupation quant au comportement de sa fille cadette, qui devient problématique à ses yeux. Elle déclare : « *elle n'arrive pas à maîtriser sa colère !* », et elle explique que sa fille partage une chambre avec sa sœur aînée de 17 ans, avec qui elle a des relations conflictuelles. Elle précise alors : « *Elles se disputent tout le temps, elles se battent, et peuvent être violentes l'une envers l'autre verbalement et physiquement* ». « *Ce n'est plus tenable* ».

Je comprends dans son récit que l’élément déclencheur de la demande de prise en charge c’est qu’ils habitent dans un petit immeuble calme, où des voisins âgés se plaignent du bruit. Elle m’expose alors leur contexte de vie passé et actuel : la séparation, puis le retour à la vie de couple. Ces deux filles auraient préféré qu’ils ne se remettent pas ensemble, elles la jugent beaucoup « *elles me reprochent d'avoir pardonné quelque chose d'impardonnable* ». Depuis lors, elles mènent la vie dure à leurs parents. Ce premier temps par téléphone est important pour créer un premier lien, c’est un moment où les parents déversent beaucoup et où ils ont besoin d’être écoutés et entendus dans leur souffrance. Une fois qu’elle a terminé de partager ce qu’elle jugeait important que je sache, je lui rappelle l’importance que A. soit d’accord de venir, sans quoi il me sera compliqué de l’accompagner. Elle me répond qu’elles en ont discuté ensemble et qu’elle n’y ait pas opposée. Je lui propose alors de les rencontrer toutes les deux dans un premier temps.

c. De l’importance du premier entretien : la relation encore et toujours la relation !

Je suis très étonnée lors du premier entretien, car la jeune fille que j’ai en face de moi ne correspond pas à la description donnée par la maman par téléphone. Je m’attendais à rencontrer une adolescente à l’attitude rebelle or A. paraît douce et posée.

Ce premier entretien est très instructif, car il me fournit de nombreux éléments sur la dynamique interactionnelle. J’ai pu recueillir les points de vue et les positions à la fois de la maman et d’A. J’ai également eu l’occasion pendant ce temps de les observer toutes les deux, en prêtant attention à leur posture, leur langage corporel, leur communication non verbale, afin de rassembler des informations qui me permettront d’établir une première alliance thérapeutique.

Je leur expose dans un premier temps mon cadre d’intervention et ma méthodologie basée sur l’approche systémique et stratégique. Je précise dès le début à A. que je suis là pour l’aider et

l'accompagner, mais que la décision finale lui appartient. Si, après, lui avoir expliqué ma manière de travailler, elle estime que je peux lui être utile, alors nous fixerons un rendez-vous individuel. Cependant, si elle préfère ne pas poursuivre, je respecterai sa décision sans aucun jugement, et la porte du PAEJ restera ouverte. Il est essentiel d'accepter un refus et de réagir avec une attitude positive, respectueuse et valorisante.

Je décris ensuite ma démarche en lui disant : « *je travaille avec une approche originale, on sera dans un échange, bon pour commencer on va d'abord apprendre à se connaître, et tu verras je te poserais plein de questions pour que tu m'aides à t'aider. C'est toi qui sais mieux que moi comment t'aider. J'aurais besoin de toi. Mais ce n'est pas tout je vais te donner des choses à faire Ne t'inquiète pas, elles seront beaucoup plus intéressantes que tes devoirs et je suis certaine que tu les trouveras sympas à faire.* ».

Lors de cette première rencontre, A. sourit à plusieurs reprises, ce qui me laisse penser que j'ai réussi à établir un début d'alliance. Cependant, je suis consciente qu'il sera essentiel de la renforcer et de la maintenir tout au long de la thérapie. Pour le moment, j'ai gagné un peu de sa confiance, et elle accepte de me revoir. Cependant, le chemin à parcourir est encore long. Mon prochain objectif sera de déterminer si A. est cliente, en identifiant son problème et en évaluant s'il est similaire à celui de sa mère. À ce stade, je m'engage alors dans une thérapie directe.

Je sens bien que la maman est la véritable cliente, c'est elle qui est en demande et pourtant je n'oserais pas lui proposer un travail mixte à ce moment-là.

d. De la thérapie directe vers la thérapie mixte

Je vais intervenir sur plusieurs séances en thérapie directe avec la jeune. C'est lors d'un temps de supervision que Vincent Gérard va m'éclairer et me donner les clés pour orienter la thérapie différemment en adoptant une approche mixte, mieux adaptée à cette situation.

Bien que notre approche de travail soit systémique, je me suis rendu compte que dans mon contexte de travail au PAEJ, j'avais l'habitude de travailler avec le porteur du symptôme, alors que, comme nous l'avons exploré dans ce mémoire, cette personne n'est pas forcément le client.

Je dois maintenir un cadre d'intervention souple, en gardant à l'esprit que le critère discriminant c'est la détermination du ou des clients. C'est ce questionnement visant à déterminer s'il y a plusieurs clients et s'ils sont clients pour la même chose qui me guidera mon choix en matière d'intervention.

e. Intervention auprès de A. : devenir un fin stratège !

Importance de prendre le temps de la relation

L'importance dans un premier temps, était de créer un climat respectueux et d'établir une relation de confiance. Le premier pas consistait à apprendre à la connaître, à m'intéresser à elle, à ses centres d'intérêts. Étant peu loquace et répondant souvent à mes questionnements par des « je

sais pas », il était important de ne pas insister, de lui accorder le temps nécessaire pour répondre, d'accepter les silences et de composer avec l'absence de réponses. L'observation de son langage non verbal a également été utile pour établir cette alliance. De plus, l'utilisation de l'ORS à la fin de chaque séance m'a permis de me calibrer et de me réajuster au fil des séances.

Le questionnement stratégique m'a permis d'entrer dans sa vision du monde, m'a aidé à comprendre sa position initiale : elle ne peut pas agir cela ne dépend pas d'elle. Elle se retrouvait alors coincée, car le problème était externe à elle.

Là, soit je trouvais un levier d'intervention pour la rendre cliente du changement et l'amener à modifier son positionnement soit la thérapie était compromise et avait peu de chance d'aboutir favorablement.

Le problème ce ne sont pas les conflits avec ma sœur, ni ma colère, ce sont les punitions !

Pour poursuivre, j'avais besoin de mieux comprendre ce qui se passait et ce qu'elle faisait lors des disputes avec sa sœur : « *j'ai besoin que tu me donnes un exemple, que tu décrives la scène comme si on regardait ça ensemble sur un écran* ». Elle m'a alors raconté une scène qui s'était déroulée le matin même dans la salle de bain. Elle explique: « *M. tape à la porte de la salle de bain pour que j'ouvre, mais bon moi je me prépare pour aller au collège et je n'ai pas fini de me préparer alors je ne réponds pas* ». Je lui dis : « *j'imagine que ta sœur ça la met en colère, car elle aussi doit se préparer pour aller au lycée* », A. : « *exact, elle s'énerve, tambourine à la porte, se met à crier, j'ouvre la porte et là elle se jette sur moi, du coup je me défends et je la pousse, elle se cogne à la porte, me traite de folle, appelle maman en hurlant et en pleurant que lui ais fait mal et là maman arrive, m'engueule, dit qu'elle en a assez et me punit* ». J'ai continué en lui demandant « *bouh j'imagine que c'est pas cool, ça doit vraiment pas être drôle d'être punit tout le temps ?* » A : « *oui, j'en ai vraiment marre d'être puni, encore quand elle me prive de téléphone c'est ch... mais bon ça passe mais quand elle me prend l'argent de poche là vraiment ça m'énerve encore plus* ». J'ai alors reformulé ses propos : « *corrige-moi si je me trompe tu as en plus d'être puni, un sentiment d'injustice, tu te dis c'est pas juste et le conflit suivant est encore pire !* » A. « *oui c'est exactement ça !* ». Bingo, j'avais trouvé ce qui lui posait problème, à présent j'allais pouvoir continuer le questionnement stratégique et avancer dans la thérapie.

L'intervention : lui apprendre à être plus stratégique dans les conflits

Les disputes entre les sœurs suivent un schéma toujours similaire. Le conflit débute, déclenché par l'une ou l'autre des sœurs, les tensions montent, et invariablement elles finissent par appeler leur mère. La maman intervient, M. se met à pleurer, se positionne en victime, tandis qu'A. se défend, prend une position forte, et ne cède pas.

Je dirais alors à A. « *je peux t'aider à être moins punie en t'apprenant à être plus stratégique, par contre il va falloir ne pas dévoiler toutes les stratégies comme une botte secrète sinon elle n'est plus secrète donc n'est plus efficace, qu'est-ce que tu en penses ?* ». A. : « *ah oui pourquoi pas, je peux toujours essayer* ». J'ai alors remarqué ses yeux s'illuminer et un léger sourire se dessiner au coin de sa bouche. À cet instant précis, j'ai su qu'elle était prête à me suivre et que le changement devenait possible.

Par la suite, j'ai utilisé des métaphores, des recadrages pour changer sa perception sur le combat et lui fournir des « armes » stratégiques. A., petit à petit, a bougé sa vision des choses, a gagné en flexibilité.

f. L'évolution au fil des séances : la chrysalide devient papillon

Nous avons également consacré beaucoup de temps à s'entraîner à jouer les situations de conflits à la maison et A. est devenue de plus en plus créative développant des stratégies alternatives pour se positionner autrement.

Nous avons également travaillé sur la colère, avec des lettres de colère comme prescription. Elle a suivi ces recommandations avec sérieux, écrivant beaucoup sur son père et sur sa mère. Ces lettres de colère lui ont permis de libérer toute la colère qu'elle avait enfouie depuis la séparation. J'ai accompagné A. pendant sa dernière année de collège et j'ai pu observer sa transformation, Elle a évolué, grandi, et s'est assouplie dans ses positionnements et sa relation aux autres. Elle est sortie de sa chrysalide pour devenir papillon. Mais tous ces changements n'auraient pas été possibles sans l'aide en parallèle de sa maman et la mise en place d'une intervention mixte.

g. L'intervention auprès de la maman : ne plus jouer les arbitres !

Convaincue de la nécessité de mettre en place une intervention mixte ,j'avais bien ici deux clientes mais pour deux problèmes différents, je ne savais pas pour autant comment m'y prendre.

J'ai pu compter sur l'expertise de mon superviseur.

Il me suffisait de la rappeler pour lui proposer un travail mixte. Lors de notre conversation téléphonique, j'ai alors abordé la question en lui demandant si elle était encore en difficultés concernant certaines situations à la maison et je lui ai posé mon cadre d'intervention : « *est-ce que vous seriez d'accord pour qu'on en discute, c'est ma manière habituelle de travailler quand les parents sont en difficultés, on essaie de travailler ensemble* ». Elle a répondu qu'elle me remerciait de ma démarche de la contacter à nouveau et qu'elle trouvait mon approche très intéressante et inhabituelle. J'avais des craintes et à ma grande surprise, cette démarche s'est avérée plus facile que je ne l'imaginais, elle a accepté de collaborer sans réticence.

En parallèle, j'avais pris mes précautions au préalable en informant A. de ma démarche pour ne pas perdre l'alliance thérapeutique mise en place avec elle au cours de la thérapie.

Lors de l'entretien, nous avons commencé par échanger sur les changements qu'elle avait déjà perçus chez sa fille : « *pour A. c'est important de venir vous voir, j'ai remarqué même si les disputes sont encore bien présentes que quelque chose de différent se passe, mais je ne saurais vous dire quoi exactement* ». Ses propos ont confirmé que la relation était solidement établie avec A. et qu'elle jouait un rôle significatif lors des séances avec sa fille.

Par la suite, je lui ai rappelé ma demande initiale, formulée lors de notre première rencontre en présence d'A., où je lui avais demandé de tenter de ne plus intervenir entre les filles et de ne plus prendre part à leurs conflits. À ce moment-là, elle m'a confié penser souvent à ce premier entretien et à ce que je lui avais dit. Cependant, elle avoua qu'elle éprouvait des difficultés à agir

différemment. Elle exprime ses inquiétudes en disant : « *J'ai vraiment peur que si je n'interviens pas ça finissent mal ! que M. fasse vraiment mal à A. ou se fasse du mal* ».

Grâce au questionnement stratégique, j'ai pu approfondir ma compréhension du problème, sa vision du monde, et sa position par rapport au problème. J'ai découvert qu'elle percevait sa fille aînée, M., comme étant fragile : « *M. est fragile, elle me parle de suicide, a besoin de beaucoup d'attention de ma part, de compréhension, d'écoute, elle me sollicite beaucoup, menace de faire très mal à sa sœur si je n'interviens pas, ses crises sont spectaculaires différentes de celle d'A.* ». Par la suite, le travail thérapeutique a été axé sur la modification de sa perception en utilisant divers recadrages, notamment en insistant sur l'idée que « plus on protège quelqu'un de fragile, plus on le fragilise ». L'objectif était de l'amener à revoir sa position en lui faisant prendre conscience des conséquences de sa surprotection. Pour cela je lui ai fait « une peur plus grande ». J'ai également aidé cette maman à se confronter à ses peurs en lui prescrivant le « scénario du pire » afin de lui faire traverser ses pires angoisses.

Cette intervention a également facilité la prise en charge de M. par un psychiatre, ce qui a contribué à apaiser la maman et à améliorer le climat familial. Cette approche mixte m'a amené des informations me permettant ainsi d'être plus efficace dans mon travail avec A. et de mieux comprendre le cercle vicieux des interactions. Cela m'a également permis d'adapter mes recadrages et mes prescriptions en fonction du contexte et des relations en jeu dans cette situation.

Des relations familiales plus sereines

Aujourd'hui, il y a encore des disputes entre les sœurs, ce qui est normal et inévitable dans une famille. Cependant, la différence réside dans le fait qu'elles sont devenues moins fréquentes et moins intenses, et surtout, elles ne sont plus un problème pour la famille. La maman n'intervient quasiment plus entre les filles, les laissant se débrouiller. M. a obtenu son baccalauréat et s'apprête à commencer sa vie étudiante à l'université, tandis qu'A. rentre au lycée.

De plus, la famille a emménagé dans une nouvelle maison où les filles disposent chacune de leur propre chambre, éliminant ainsi les problèmes de voisinage.

h. Ce que cela m'a apporté dans mon travail

Les clés données par le superviseur m'ont ouvert la porte à une intervention mixte. L'approche systémique et stratégique m'a permis d'ajuster mon cadre d'intervention de manière appropriée : je peux désormais rencontrer les adolescents et les parents individuellement à certains moments, les voir ensemble à d'autres moments, et je m'autorise aujourd'hui ce va-et-vient pour essayer d'aider les familles le plus efficacement possible. Je pratique depuis cette thérapie mixte sur le PAEJ et confirme l'efficience de cette intervention.

Conclusion

Pour conclure, les trois vignettes cliniques ont confirmé mon hypothèse de départ selon laquelle l'identification du client et l'établissement d'une alliance thérapeutique sont des éléments essentiels pour orienter l'intervention de manière efficace auprès des adolescents et des familles. Elles illustrent notamment comment l'approche systémique et stratégique peut être mise en œuvre de manière concrète au sein d'un PAEJ. Ces cas démontrent également que le succès dans le travail thérapeutique avec les adolescents et les familles réside dans la capacité à s'adapter, à écouter et à comprendre les systèmes complexes dans lesquels ils évoluent. Ainsi en conjuguant la théorie systémique et stratégique à une pratique flexible et empathique, il est possible d'apporter des changements durables qui ont un impact positif sur la vie de ces jeunes et de leur parent. La réflexion sur le cadre et ma pratique professionnelle visant à orienter et adapter l'intervention en fonction du client identifié, a été particulièrement pertinente pour moi, car elle m'a permis d'améliorer mon efficacité.

Mon parcours sur ces trois années en tant que clinicienne en apprentissage sur un PAEJ m'a offert l'opportunité de pratiquer de manière continue. Timidement, au départ, et au fil du temps avec plus d'assurance. Ces mises en situation réelle m'a permis de développer ma propre identité en tant que clinicienne de la relation. J'ai pu intégrer progressivement les principes et les techniques de cette approche dans ma pratique, en trouvant mon propre style et en gagnant en confiance pour intervenir de manière plus stratégique. Cette approche correspond à mes convictions et à mes valeurs, à qui je suis. Ma rencontre avec ce modèle a été un véritable coup de foudre. Trois années pour apprendre à le connaître, pour mieux me connaître, pour découvrir sa subtilité, sa finesse, son approche résolutoire, presque magique. Trois années pour acquérir davantage de confiance et oser intervenir, pour passer d'une simple posture d'écoute à une posture plus stratégique, plus devenir plus efficiente dans mes accompagnements tout en restant fidèle à moi-même. C'est une rencontre qui marquera ma vie, qui a changé ma vision du monde, qui a fait de moi, je l'espère, une meilleure professionnelle.

Je serais, bientôt, une future clinicienne de la relation, mais, avant tout, je suis la maman de trois enfants, dont deux adolescentes. On ne naît pas parent, on le devient et je pense que la même chose est vraie pour le thérapeute. Chaque jour j'apprends mes enfants m'apprennent ce dur métier de parent, tout comme les jeunes que je reçois dans mon travail m'apprennent à devenir une meilleure professionnelle. Leur spontanéité, leur franchise, leur authenticité me poussent à m'améliorer chaque jour. Avec eux, il n'y a pas de compromis, c'est soit ça passe, soit ça casse. Leur confiance est un cadeau précieux.

Je suis particulièrement sensible à ce public et à ce qu'il me confie, les histoires de ces parents et de ces adolescents me touchent et résonnent en moi en tant que maman.

Je peux être traversée par tout un panel d'émotions en leur présence. Ces résonances sont à la fois ma plus grande force et ma plus grande vulnérabilité.

En fin de compte, ce mémoire représente bien plus qu'un simple travail académique. Il incarne une rencontre significative qui a profondément marqué ma vie et ma pratique clinique. Il a élargi ma vision du monde, a enrichi ma compréhension des systèmes familiaux et m'a permis de devenir une clinicienne de la relation plus compétente et empathique. Cette approche centrée **notamment** sur l'identification du client et l'alliance thérapeutique continuera à guider mon chemin professionnel, car elle incarne véritablement la clé du succès dans le travail thérapeutique avec les adolescents et leurs familles.

Bibliographie

- Aïm, P. [. (2015). *Écouter, parler : soigner : Guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants.*
- ANPAEJ – site officiel de l'Association nationale des points accueil-écoute jeunes. (s. d.).
<https://anpaej.fr/>
- De Scorraille, C., Brosseau, O., & Vitry, G. (2017). *Quand le travail fait mal : Une clinique de la relation pour soigner les maux du travail.*
- Donzelli, M., & Caroline, M. (2020). *Adoleschiante.* Delcourt.
- Erikson, E. H., Nass, J., & Louis-Combet, C. (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité.*
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1986). *Tactiques du changement : thérapie et temps court.*
- Gammer, C. (1992). *L'adolescence, crise familiale : thérapie familiale par phases.* Eres.
- Garcia-Rivera, T., De Scorraille, C., & Brosseau, O. (2020). *Stratégies de changement : 16 prescriptions thérapeutiques.*
- Isebaert, L., Cabié, M., & Dellucci, H. (2015). *Alliance thérapeutique et thérapies brèves : Le modèle de Bruges.*
- Nardone, G., Giannotti, E., & Rocchi, R. (2018). *Conflits de familles : comment sortir des impasses relationnelles entre parents et enfants.*
- Nardone, G., & Portelli, C. (2012). *La connaissance par le changement : l'évolution de la thérapie stratégique brève.* Satas.
- Nardone, G., & Salvini, A. (2012). *Le dialogue stratégique : Communiquer en persuadant : techniques avancées de changement.*
- Nook, E. C., Sasse, S. F., Lambert, H. K., McLaughlin, K. A., & Somerville, L. H. (2018). The nonlinear development of emotion differentiation : granular emotional experience is low in adolescence. *Psychological Science*, 29(8), 1346-1357. <https://doi.org/10.1177/0956797618773357>
- Steiner, T. (2018). *La thérapie orientée vers les solutions avec les enfants, les adolescents et leurs familles.*
- Vitry, G. (s. d.). *LAGT - formation Intervention Systémique stratégique et Hypnose.*
<https://www.lact.fr/>
- Wittezaele, J., & Nardone, G. (2016). *Une logique des troubles mentaux : Le diagnostic opératoire systémique et stratégique (DOSS).*
- World Health Organization : WHO. (2019). Santé des adolescents. www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab1

Annexe 1 : schéma interactionnel de M.

<p>Vision du monde : il faut tenir, il y en a qui ont des maladies bien plus graves. Il a traversé le pire, il n'a pas le choix. Les médicaments engendrent des effets secondaires, il préfère supporter la douleur que les prendre. Il pense que les médecins veulent juste le rassurer</p>	<p>Tentatives de solution redondantes Évite de penser à cet anévrisme et à ces maux de tête, évite de prendre les médicaments pour éviter effets secondaires N'en parle pas Pense que certains ont pire, essaye de se rassurer Évite comportement à risque pour anévrisme (tabac, alcool, sport)</p>
<p>Position : je ne peux rien changer, ce n'est pas de ma faute</p>	<p>AUJOURD'HUI</p>
<p>Système pertinent M.</p>	<p>Où : partout (chez lui, en cours, au travail)</p>
<p>Sensation dominante : Peur</p>	<p>Quand : à n'importe quel moment</p>
<p>Problème Quoi : M. a un anévrisme et de fortes douleurs à la tête En quoi est-ce un problème : ses maux de tête perturbent sa scolarité et lui rappellent son anévrisme, cela génère des angoisses (peur de ne pas réussir sa scolarité, peur de mourir ou de finir paralysé)</p>	<p>Avec qui : de soi à soi</p>
<p>Objectif : apprendre à accepter à vivre avec cet anévrisme et gérer ses maux de tête</p>	

Annexe 2 : schéma interactionnel de la maman de K.

Vision du monde :

Les gens ne sont pas gentils, ils sont racistes et jaloux. K. n'a pas son père et elle doit donc la protéger encore plus, c'est son rôle de mère de la protéger et de la défendre. Une mère doit être complice avec ses enfants, ils doivent tout lui dire.

Tentatives de solution redondantes :

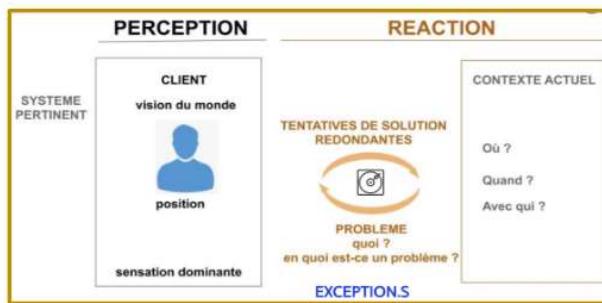
Elle l'écoute, lui parle, la réconforte, la rassure. Elle intervient dans les relations de K. avec les autres (école, pairs). Elle prends tout le temps sa défense, l'excuse. « Parle-moi, dis-moi, je suis là pour ça, je peux t'aider ! »

Position : elle peut agir cela dépend d'elle

Système pertinent
Maman de K.

Sensation dominante :
colère/tristesse/culpabilité/
impuissance/peur

Objectif : ne plus s'interposer entre sa fille et les autres



AUJOURD'HUI

Où : partout
Quand : tout le temps
Avec qui : avec sa fille

Problème

Quoi K. est malheureuse, elle souffre de l'absence de son père et de la méchanceté des gens, elle se met dans des situations compliquées, la maman veut l'aider à aller mieux.

En quoi est-ce un problème : malgré tout ce qu'elle fait pour elle, elle voit que ça ne change pas la situation voire l'aggrave, elle est épuisée.



PROBLEME & TENTATIVES DE SOLUTION

UNIVERSITÉ
PARIS 8
VINCENNES-SAINT-LÉONARD

Annexe 3 : schéma interactionnel de A.

Vision du monde

Sa mère préfère son père et sa sœur
 Elle se fait toujours punir c'est injuste.
 L'école c'est nul !

Tentatives de solution redondantes :

S'énerve, se met en colère, crie
 Répond
 Se bat avec sa sœur
 Appelle sa mère
 Se justifie en hurlant
 Joue la forte

Position : elle peut agir
 cela dépend d'elle

Système pertinent
 Sa mère

Sensation dominante :
 Colère

AUJOURD'HUI

Où : à la maison
Quand : tout le temps
Avec qui : sa sœur,



Problème

Quoi : se dispute tout le temps avec sa sœur

En quoi est-ce un problème : se fait à chaque fois punir (privé de téléphone, d'argent de poche...)

Objectif : Ne pas se faire punir systématiquement lors des disputes avec sa sœur



PROBLEME & TENTATIVES DE SOLUTION



Annexe 4 : maman de A.

Vision du monde

Il n'y a pas eu de connexion entre les sœurs.
Des sœurs doivent bien s'entendre, se soutenir.
M. est fragile, une mère se doit de la protéger
A. veut contrôler et diriger
Elles sont trop différentes pour s'entendre

Tentatives de solution redondantes :

Intervient lors des conflits: leur demande de se calmer, de baisser d'un ton, les sépare, les écoute, essaye de trouver l'origine du conflit. Se place en arbitre
Mise en place d'un planning pour occupation de la salle de bain
Punit le plus souvent A.
Écoute les plaintes de M., la rassure, la réconforte, la calme

Position : elle peut agir cela dépend d'elle

Système pertinent
A.,

Sensation dominante :
Peur, culpabilité



AUJOURD'HUI

Où : à la maison
Quand: tout le temps
Avec qui : les deux sœurs

Problème

- Quoi** : les violentes disputes entre les sœurs
- En quoi est-ce un problème** : elles crient fort cela dérange les voisins elles peuvent en venir aux mains, la maman a peur que ça dégénère.

Objectif : intervenir de moins en moins dans les conflits



PROBLEME & TENTATIVES DE SOLUTION



Résumé : Choix et adaptation du cadre et du type d'intervention thérapeutique grâce aux outils de l'approche systémique et stratégique

Ce mémoire explore l'intervention thérapeutique auprès d'adolescents et de leurs familles au sein d'un Point Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) à travers l'approche systémique et stratégique de l'école de Palo Alto. En se penchant sur l'adolescence en tant que période de transformation individuelle et familiale, il met en avant l'importance de l'alliance thérapeutique et de l'identification du client comme clés d'une intervention ciblée. En analysant trois vignettes cliniques, il démontre comment cette approche offre des outils pertinents pour une intervention efficace. Ce mémoire ouvre des perspectives novatrices pour un accompagnement adapté, soulignant l'importance de la relation dans la résolution des problématiques relationnelles.

Alliance thérapeutique – Thérapie brève systémique et stratégique – Thérapie directe – Thérapie indirecte – Thérapie mixte – Adolescent – Parents – Famille

Abstract : Selection and Adaptation of Framework and Therapeutic Intervention Approach through Systemic and Strategic Approach Tools

This thesis delves into therapeutic intervention with adolescents and their families within a Youth Listening and Support Center (YLC) using the systemic and strategic approach of the Palo Alto School. By examining adolescence as a period of both individual and familial transformation, it underscores the significance of therapeutic alliance and client identification as pivotal to targeted intervention. Through analysis of three clinical vignettes, it demonstrates how this approach provides relevant tools for effective intervention. This thesis presents innovative perspectives for tailored support, emphasizing the centrality of relationships in addressing relational challenges.

Therapeutic alliance - Brief systemic and strategic therapy - Direct therapy – Indirect therapy-
Mixed therapy – Adolescent – Parents - Family