

La pré-thérapie et le travail du contact

**Jean-Marc Priels, Suzanne Verhaegen
Philip Gyselinck, Nancy Miro**

Jean-Marc Priels, psychologue formé à l'ACP, exerce la fonction de coordinateur des paramédicaux et des psychologues à la Clinique Sans Souci (Bruxelles). Dans ce même hôpital, Philip Gyselinck occupe la fonction de cadre intermédiaire au sein du département infirmier. Tout deux sont membres du Pretherapy International Network. Nancy Miro est infirmière psychiatrique et chef de l'équipe infirmière du service pluridisciplinaire dans lequel travaille Suzanne Verhaegen, ergothérapeute.

Résumé

Cet article rend compte d'une réflexion issue d'une expérience d'introduction de la pré-thérapie dans le projet d'équipes pluridisciplinaires exerçant en hôpital psychiatrique. Garry Prouty a fait de la notion de contact la pierre d'angle de sa théorie et a conçu la pré-thérapie comme une évolution théorique de la psychothérapie centrée sur la personne. Après avoir explicité la notion de contact psychologique telle qu'elle a été abordée dans les écrits de Carl Rogers, cet article illustre la diversité des applications possibles de la pré-thérapie: pré-thérapie au long cours en consultation individuelle, moments de contact pré-thérapeutiques en consultation individuelle, moments de contact dans les soins au quotidien, travail d'aménagement d'un climat et d'un milieu de contact en institution.

Mots-clés: pré-thérapie, travail de contact, milieu de contact, psychose, unité de soins, psychiatrie.

Or, le temps des personnes est infiniment rare et vide au regard du temps des choses. Nous vivons endormis dans un Monde en sommeil. Mais qu'un tu murmure à notre oreille, et c'est la saccade qui lance les personnes: le moi s'éveille par la grâce du toi.

Martin Buber

Un projet « pré-thérapie » : origine et cadre d'application

Un projet d'application de la pré-thérapie se développe depuis quelques mois au sein de deux équipes pluridisciplinaires de la clinique psychiatrique Sans Souci à Bruxelles. Des soignants y sont activement impliqués. Ils sont psychiatres, infirmiers, infirmiers psychiatriques ou infirmiers sociaux, ergothérapeutes, psychologues – psychothérapeutes, membres des équipes de base, infirmiers chefs ou membres du staff de la clinique. Le fait qu'un tel projet soit soutenu par le médecin de référence des unités de soins et par la direction de la clinique a d'emblée été posé comme une condition de sa réussite. Au sein de deux unités, ils travaillent dans un cadre de revalidation psychosociale avec des personnes souffrant de troubles psychotiques sévères et de longue durée. Ils accueillent des personnes psychotiques qui, pour la plupart, sont en proie à la schizophrénie dans ses aspects déficitaires et pour lesquelles le contact avec la réalité est assez précaire, quand il n'est pas constamment perturbé par des éléments hallucinatoires ou délirants. En d'autres termes il s'agit de personnes nécessitant une attention particulière (persons with special needs – Pörtner, 2000) et pour lesquelles l'accompagnement thérapeutique proposé veille spécifiquement à leur accorder le maximum d'autonomie et d'ancrage possible dans la réalité.

Au sein de ces deux équipes de soins, les modèles de travail sont multiples. La pré-thérapie prend place au sein d'un projet global de réhabilitation psychosociale que l'on qualifiera d'éclectique. Au départ, le modèle bio-psycho-social s'actualise en lien avec des théories et modèles d'application issus tant de la psychiatrie biologique et clinique que des modalités de communication en soins infirmiers (par exemple la référence infirmière et la psycho-éducation), ou de savoirs issus de la psychologie (par exemple la psychopathologie cognitive) et de la psychothérapie (par exemple l'approche centrée sur la personne mais aussi la systémique, l'analyse transactionnelle ou la thérapie comportementale).

L'institution hospitalière est une organisation complexe. On comprend dès lors pourquoi le développement d'un tel projet nécessite du temps et le passage par de nombreuses étapes. Ainsi, c'est après avoir pris connaissance

de la philosophie de base de la pré-thérapie qu'un groupe de professionnels de ces deux équipes de soins a choisi de s'engager dans un processus de formation avec Dion Van Werde. Certains ont ensuite assisté à des séminaires spécialisés, et une conférence a été organisée sur le lieu de travail (Dierick, 2004) tandis qu'un séminaire régulier d'intervision a été mis en place. L'ensemble des soignants a finalement invité Garry Prouty à Bruxelles.

La notion de contact dans l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers

À côté des paradigmes analytique, systémique et cognitivo-comportemental, l'approche centrée sur la personne et expérientielle est l'une des quatre formes de psychothérapie reposant sur une base théorique scientifiquement validée (CSH, 2005), (Lietaer et coll., 2003), (Lietaer et coll., 2005).

Sensible aux multiples aspects de la communication et de la relation interpersonnelle, Carl Rogers a développé une théorie des relations humaines et de la relation thérapeutique. La relation thérapeutique n'est en fait, écrit-il, qu'un cas particulier du domaine des relations humaines (Rogers, 1965). Tout au long de sa carrière de recherche il n'a ainsi jamais établi de frontières strictes entre la psychothérapie d'une part et le développement de la personnalité d'autre part. Carl Rogers a toujours défini la santé en termes positifs. Elle n'est pas entrevue comme une absence de pathologie mais bien comme une phase du processus de développement des potentialités d'un organisme cherchant à s'actualiser sans cesse de façon plus complète.

Selon Carl Rogers (1965), la complexité des phénomènes et mécanismes présents dans la relation thérapeutique est aussi en jeu dans le cadre de toute relation humaine. On peut dès lors s'interroger quant au fait que, parlant de psychothérapie, il ait pris la peine de conceptualiser la notion de contact et de la présenter comme l'une des notions systématiques de sa praxis. Cette notion est en effet définie en regard différentiel avec celle de relation. La notion de contact est définie comme «une condition minimum nécessaire à la relation». Ceci est valable tant pour la relation thérapeutique que pour toute relation humaine, mais il précise notamment que le terme de relation «tend à suggérer une relation en profondeur, d'une qualité et d'une signification qui caractérisent une relation véritablement thérapeutique». Le contact est par contre à comprendre comme une amorce ou encore «une ébauche de relation» (Rogers, 1965). Il pose par ailleurs «l'hypothèse

qu'aucune modification positive et de quelque importance de la personnalité ne peut advenir en dehors d'une relation» (Rogers, 1957).

On oublie souvent de mentionner que Carl Rogers fut le précurseur du mouvement de la recherche en psychothérapie et qu'il n'a eu de cesse de valider scientifiquement les concepts opérationnels qu'il avançait (Rogers, 1942). C'est ainsi que, dès le départ, sa théorie de la psychothérapie a été énoncée en termes de variables indépendantes et de variables dépendantes. La notion de contact est alors reprise comme étant la première condition nécessaire au développement ultérieur d'un mouvement thérapeutique. Le contact est la condition minimale de base à tout mouvement psychothérapeutique et à toute relation. Citons : «Pour que le processus thérapeutique se produise il faut: 1) que deux personnes soient en contact» (Rogers, 1965).

On pourrait penser que ce postulat de base est un truisme et qu'il ne fait que constater l'évidence même. Si l'on se penche plus attentivement sur les écrits de Carl Rogers, on relève cependant quelques nuances. Tout d'abord, il introduit une notion de temps nécessaire. Il arrive souvent, écrit-il, que le contact ou rapport doive «mûrir» quelque peu et doive s'étendre sur un certain laps de temps avant que le processus puisse s'appeler véritablement thérapeutique (Rogers, 1965). Cette notion temporelle indique bien que le contact est l'amorce du processus, du mouvement thérapeutique. La condition sine qua non de toute modification positive de la personnalité exige, écrit-il, qu'il soit satisfait, pendant un certain laps de temps, aux conditions suivantes: 1) l'existence d'un contact psychologique entre deux personnes (Rogers, 1957). Il reprend ensuite les conditions d'acceptation positive, d'empathie et de congruence, etc. sur lesquelles nous ne nous attarderons pas dans le cadre de cet article... Enfin, il faut garder à l'esprit qu'il parle de contact psychologique et non de la simple mise en présence physique de deux personnes. En effet, l'aspect psychologique du contact participe véritablement de la mise en présence de deux champs phénoménologiques singuliers: «Quand deux personnes sont en présence l'une de l'autre et que chacune d'elles affecte le champ expérientiel de l'autre dans une mesure soit perçue, soit subliminale, nous disons que ces personnes sont en contact» (Rogers, 1965).

La notion de temporalité du contact psychologique minimal, préalable nécessaire au développement d'un mouvement thérapeutique, est particulièrement intéressante pour le praticien de la pré-thérapie. La définition reprise ci-dessus signifie en effet que selon C. R. Rogers, le contact psychologique peut être opératoire à un niveau subliminal dans la relation.

Le contact est de l'ordre de la rencontre mutuelle et, dirons-nous en citant Levinas (1972), de la reconnaissance subjective originelle d'«un humanisme de l'autre homme». Le contact ainsi entendu est d'abord opératoire sur le plan phénoménologique de la présenciation des personnes. Il pose simplement la réalité du Je-Tu et du Je-Cela comme matière première créatrice du Je-Nous et de la relation possible (cf. M. Buber, 1969). Il est d'ordre dialogique. Promoteur de réciprocité il peut cependant ne pas encore être opératoire à la façon d'un dialogue, d'une rencontre pleinement consciente des deux parties en présence, d'une relation qui se développe et se construit. Il est particulièrement vrai, avec des personnes psychotiques en proie aux symptomatologies délirantes, hallucinatoires et à des tableaux déficitaires, que le contact soit au départ minimal. Il en acquiert un aspect d'autant plus précieux qu'il nécessite du temps pour «mûrir».

De la pré-thérapie au travail du contact

Dans la suite de ce texte nous ne reviendrons pas trop longuement sur les concepts théoriques de base de la pré-thérapie. Notre objectif est plutôt de commenter diverses modalités d'application de la pré-thérapie entendue comme «travail du contact» (Contact work).

Le travail de pré-thérapie au long cours en consultation individuelle

La pré-thérapie est un prolongement des fondements même de la non-directivité. Elle nécessite d'être très actif dans la rencontre de l'autre. Son offre de contact nécessite une démarche personnelle consciente de la part du pré-thérapeute, un accompagnement et une présence qui démontrent l'authenticité de ses attitudes. Le risque de la non-directivité mal comprise est en effet celui de ne rien faire et donc d'éviter le changement. Si elle est l'inverse de la confrontation, du jugement, de la pression ou de la sanction, l'attitude non-directive ne correspond certainement pas à une attitude de distance ou d'attente, de laisser-faire, d'ordres vagues ou de comportements visant à se placer hors d'atteinte, d'observations, d'explications, d'interprétations non impliquantes. A. de Peretti (1976) la définit précisément comme une attitude de contact qui exige de la part du thérapeute une grande qualité de présence à ce qu'il vit et à ce que vit son client dans l'instant. Elle est, écrit-il, faite de patience et de respect du rythme, d'une non-imposition qui

respecte l'individualité dans une présence active et sécurisante en posant sa confiance dans les capacités actuelles et à venir (cf. Priels 1995).

Si la pré-thérapie participe de la non-directivité, entendue dans un sens assez fondamental (Prouty, 1999), il est aussi intéressant de ne pas perdre de vue qu'elle est une évolution théorique importante de l'approche centrée sur la personne (Prouty, 1990, 1994). En 1967, la publication des résultats du Wisconsin Project, un projet de recherche en psychothérapie avec des patients schizophrènes, attirait l'attention sur le fait que ces personnes étaient peu enclines à percevoir le contact empathique et que par conséquent l'efficacité de toute offre de relation thérapeutique est avec eux d'emblée mise à mal. A la suite de ces résultats, pour les thérapeutes rogériens, se posait donc la question de savoir ce qui peut être spécifiquement proposé aux clients pour lesquels il y a absence ou dégradation du contact psychologique minimal nécessaire à la relation. La pré-thérapie est clairement une réponse concrète à cette question (Prouty, 1990). C'est ainsi que la théorie phénoménologique des fonctions de contact (Contact avec la réalité – Contact affectif avec soi-même – Contact communicatif) et la théorie pragmatique des réflexions de contact (Réflexions situationnelles – RS – Réflexions faciales – RF – Réflexions corporelles – RC – Réflexions réitératives – RR) ont été élaborées. Les réflexions de contact sont une méthode avec laquelle le thérapeute tente d'établir du contact.

Dès le départ, Garry Prouty a envisagé la pré-thérapie comme un processus visant à amener le client au seuil d'un véritable mouvement psychothérapeutique. C'est en ce sens qu'il a d'abord utilisé le préfixe «pré». Ce préfixe indique bien que son travail se déroule sur un plan pré-expressif et peut être appliqué lorsque le client n'a pas l'expressivité suffisante à la psychothérapie proprement dite. Or, si la pré-thérapie n'est pas une thérapie, il reste néanmoins qu'il y a, selon Garry Prouty, un processus possible sur le long terme qui s'appelle pré-thérapie. Il ne s'agit alors pas seulement de restaurer un contact non présent, de renforcer un contact précaire, mais bien d'aboutir au recouvrement d'un contact habituel. Les travaux de Gary Prouty exposent des études de cas cliniques ayant pris cours sur de nombreuses séances et dans lesquels une évolution est notée chez le client.

Le travail des moments de contact en consultation individuelle

Outre ces processus pré-thérapeutiques conçus dans des liens au long cours, la pré-thérapie s'avère également utile en entretiens individuels lors de

psychothérapies menées avec des clients au processus fragile ou précaire. Ces clients se trouvent généralement dans ce que Dion Van Werde appelle une «zone grise». Il est alors souvent difficile de savoir si la personne en thérapie communique au départ de sa réalité psychotique singulière ou de la réalité partagée. Les réflexions qu'utilise la pré-thérapie de Prouty fournissent ici un cadre de référence utile pour choisir le genre de réaction qui convient, car elles sont aussi bien significatives à l'égard de la réalité partagée qu'elles sont efficaces pour aider le client à restaurer une communication congruente à partir d'une réalité initialement psychotique. La vignette clinique qui suit propose une illustration de ce travail.

La consultante dont il est question est une personne âgée de 35 ans, qui a deux enfants. Elle a fait de nombreux passages obligés en hôpitaux psychiatriques suite à des crises d'agressivité et d'automutilation. Elle est porteuse d'un handicap mental léger (QI = 63) et a reçu un diagnostic de personnalité borderline ou de schizophrène avec des composantes abandonniques importantes et une dimension hallucinatoire et délirante par moment. Elle a eu une enfance maltraitée. Au début de l'entretien elle fait part d'un premier mariage avec un homme qui lui avait été désigné par ses parents et qui s'est montré violent avec elle.

T: Vous arrivez ici aujourd'hui et vous me parlez de ça!

C: Ben oui... Je sens que c'est important mais je ne sais pas comment on peut m'aider avec ça.

T: Vous ne savez pas par quel bout commencer... et vous dites: «Je ne sais pas comment est-ce qu'on pourrait m'aider avec ça».

C: Comment est-ce que je pourrais être délivrée de ce mal?

T: Oui... comme si c'était un mal qui était là!

C: Oui... Il est là!

T: Oui... Il est là! Il est là!

(...)

C: J'ai un petit ami maintenant... Et il m'aime... Et il voudrait que j'aille mieux...

(...)

(La consultante remonte alors la manche de son avant-bras gauche et me montre les traces encore récentes de ses dernières automutilations.)

T: Vous me montrez là des... *(gestes de coupures de la part du thérapeute)*. Vous me dites: «il voudrait que j'aille mieux»... et vous me montrez des griffes sur votre bras.

C: Oui parce que je me coupe.

T: Oui... (*gestes de coupures*).

C: Oui.

T: (...) des coupures... longues.

C: Oui... J'en ai de plus longues que ça!

(*La consultante relève encore la manche et montre des cicatrices sur le bras.*)

T: Des coupures aussi sur tout votre bras... Vous dites: «Il m'aime» et vous me montrez des coupures.

C: Oui, mais c'est pas lui qui en a la responsabilité. Il m'aime mais moi j'essaie de plus le faire. C'est pas facile.

T: C'est pas facile... de ne pas se couper.

C: Oui.

T: Oui d'accord... Je comprends.

C: Je suis contente que vous me compreniez! Vous êtes le premier à me comprendre.

(...) (...)

Après que cette consultante ait abordé la violence subie auparavant dans sa vie, elle amène subitement très explicitement une demande d'aide (Comment est-ce que je pourrais être délivrée de ce mal?). En même temps, elle parle du mal qui est là (Oui il est là!). A ce moment le climat de l'entretien indique que la consultante se trouve sur une rive psychotique de la zone grise et l'angoisse est perceptible en elle. La tension inhérente à son positionnement entre la réalité partagée et sa propre réalité psychotique est perceptible («Je ne sais pas comment je pourrais être délivrée de ce mal»). Il est probable que c'est dans des moments comme ceux-là que l'automutilation s'installe pour anéantir l'angoisse si elle s'accroît.

Après que le thérapeute ait réfléchi l'instant présent mot à mot (Oui... Il est là), un silence et une attitude plus paisible s'installent et indiquent au thérapeute que la cliente est entrée en contact avec quelque chose de neuf. La réalité s'impose alors à nouveau comme aidante pour elle face à l'angoisse qui était auparavant palpable (J'ai un petit ami... et il voudrait que j'aie mieux). C'est alors qu'elle présente très ouvertement ses bras remplis de traces d'automutilations. Le thérapeute, restant dans la zone grise avec la cliente, réfléchit à la fois les deux rives de cette zone existentielle (Vous me montrez là... Vous dites «il voudrait que j'aie mieux» Vous dites «Il m'aime et vous me montrez des coupures»). Tout au long de cette

séquence le thérapeute garde en tête que dans sa lutte (C'est pas facile) il importe que la consultante puisse à tout moment poser elle-même le choix du contact avec la réalité (Mais ce n'est pas lui qui en a la responsabilité). Cette phase de l'entretien se termine par une reconnaissance de la part de la consultante du contact empathique et de l'acceptation positive inconditionnelle qui lui a été offerte (Je suis contente que vous me compreniez... Vous êtes le premier à me comprendre).

A la lecture de cette vignette clinique, on comprendra que la pré-thérapie demande de la part du thérapeute un engagement personnel important. En effet, selon Prouty, la principale capacité d'un pré-thérapeute c'est de pouvoir être confortable devant le symptôme et d'oser prendre le risque d'en contacter la dimension existentielle fondamentale que lui apporte ainsi le client. Il importe de se permettre de valider les comportements pré-expressifs présentés par le client car ils sont des balises utiles sur le chemin du renforcement du contact. Ces comportements sont une voie qui mène au renforcement des fonctions de contact et qui permet l'entrée dans l'expérience et la réalité existentielle complexe du client. Le symptôme, en tant que modalité pré-expressive, est écouté comme une partie de l'expression totale de la personne. Il est une manifestation que l'on ne peut pas séparer de la personne dans son ensemble. Le thérapeute accepte la personne dans son entièreté, en tenant compte de l'expression concrète de ses symptômes. C'est pourquoi la pré-thérapie ne se base pas seulement sur les symptômes à observer ni, à l'inverse, uniquement sur la partie saine de la personne. Elle se base plutôt sur l'observation de l'ensemble des comportements de contact et sur leur dimension existentielle pré-expressive. Les réflexions de contact se font de façon empathique et acceptante, sans jugement, sans interprétation.

Le travail des moments de contact dans les soins au quotidien

En milieu thérapeutique résidentiel, la pré-thérapie est utile tout au long du quotidien. Ses applications peuvent être assez larges: rétablir le contact, créer le contact, faciliter le contact, renforcer le contact, créer des conditions de contact. Chaque soignant peut profiter des multiples situations qui se présentent à lui pour effectuer un travail de contact avec les clients. Pour les infirmiers, comme pour tout autre soignant, l'écoute est un acte de soin

(Frobert, A., 2003) et elle prend souvent la forme d'entretiens fréquents et de courte durée (Chalifour, J., 1989). C'est le cas au moment du lever, au moment des soins d'hygiène, au moment de la distribution des médicaments, au moment du café, dans la file au restaurant, en marchant dans le parc, etc. C'est par ailleurs souvent en faisant des choses ensemble (Nelissen, E., Broecks, A., 2004) au sein même des groupes ou des activités thérapeutiques que les opportunités de contact se présentent.

La pré-thérapie nous interpelle: dans une unité de soins il y a pour les soignants une foule de choses à faire et entre toutes ces choses, il y a les moments où l'on peut être avec le patient (Bea Segers 2004). Il faut alors pouvoir choisir ces moments, prendre le temps de les cultiver, et savoir susciter soi-même les moments de contact. En regard de cela apparaît une question essentielle: quelle place le soignant va-t-il se permettre de laisser au rythme du patient? Tout ceci est fondamental car la vitesse de réflexion et d'intervention du soignant est souvent routinière et plus vélocité que celle du patient. Pratiquer la pré-thérapie est donc autant une question de rythme que d'intensité.

La vignette clinique qui suit illustre le fait que, s'il respecte quelques conditions de centration sur la personne, le travail du contact peut s'insérer dans le quotidien.

Clara a 54 ans et souffre de schizophrénie de type paranoïde et d'un retard mental léger. Depuis l'âge de 17 ans, elle a vécu la plupart du temps en institution fermée. Cette patiente est très méfiante et en repli. Elle a des hallucinations très fréquentes. Sa famille vient régulièrement la chercher et se comporte en général de manière très directive avec elle. Clara est dès lors rétive lorsque quelqu'un de sa famille vient en visite. Or voici que la sœur de Clara arrive, demandant à la voir. Il est 15 heures Je vais dans sa chambre pour la chercher tandis que sa sœur nous attend. Clara occupe une chambre de trois personnes. Elle est couchée dans son lit et tient les draps tenus sur la tête. J'aperçois juste ses cheveux.

T: Bonjour Clara, il y a de la visite pour toi.

[Clara me regarde...]

C: NON, JE NE VEUX PAS!!

[Clara se cache à nouveau...]

(...)

T: Clara, ta sœur ne vient pas te chercher mais seulement te dire bonjour.

[*Cl reste cachée...*]

(...)

T: Tu es cachée sous ton drap, je ne vois que tes cheveux et tes doigts repliés...

Seulement ton pouce bouge un peu...

La fenêtre est ouverte.

Il y a du vent frais dans la chambre...

(...)

T: Tu es cachée sous ton drap, je vois ton pouce qui bouge un peu plus...

Il y a du vent frais dans la chambre.

Je vois ton pouce qui bouge beaucoup plus.

Il bouge maintenant très fort...

[*Clara enlève le drap un peu et montre la fenêtre du doigt...*]

T: Il y a du vent froid qui vient par la fenêtre.

[*Clara fait un grand sourire... Elle enlève ses draps et s'assied...*]

T: Tu viens dire bonjour à cette dame?

[*Clara se lève, me regarde...*]

C: Mais après, je retourne dans mon lit, d'accord?

T: Oui, tu ne devras pas partir avec elle!

[*Alors elle m'accompagne, calmement...*]

La vignette clinique ici présentée illustre bien que la pré-thérapie peut être appliquée comme un travail de contact susceptible d'applications pertinentes en milieu institutionnel dans le contact quotidien avec des patients fortement régressés.

Dans cette séquence, après avoir pris contact de façon formelle avec la cliente (Bonjour Clara), la pré-thérapeute aurait pu arriver avec la demande explicite qu'elle se lève et vienne rencontrer sa sœur. Néanmoins, sans aucune pression, elle expose simplement la situation présente comme un élément de réalité (Il y a de la visite pour toi). Étant donné l'accueil reçu, mise en difficulté devant le refus manifeste de la cliente, elle fait alors le choix de quitter le rythme et les préoccupations de son travail ordinaire pour se placer au même niveau de contact que celui de la cliente. L'enjeu est alors de rester centrée sur la personne de la cliente plutôt que sur le problème présent ou la solution à trouver. La pré-thérapeute reflète alors avec confiance les éléments concrets de la réalité qu'elle partage avec la cliente. (Tu es cachée sous tes draps. La fenêtre est ouverte...). En thérapie classique on écoute, et en pré-thérapie il y a aussi tout un accent porté

à regarder, à voir le client dans ses réactions et réponses comportementales significatives de contact. Décidant ensuite de prendre plus de temps, sans savoir cependant où cette interaction va la mener, la pré-thérapeute laisse alors son offre de contact mûrir en réitérant sa réflexion de la réalité (Tu es cachée sous ton drap. Il y a du vent frais dans la chambre). Le défi est ici de laisser la porte de la communication ouverte pour construire des interactions successives. En même temps la pré-thérapeute observe les comportements de contact émis par la cliente (Je vois ton pouce qui bouge un peu plus fort. Il bouge très fort maintenant) et elle les réfléchit pour renforcer petit à petit le lien établi. Elle reste dans le mouvement du processus ébauché et qui lui permet de renforcer les fonctions de contact. Une fois le contact communicationnel établi (Clara fait un grand sourire. Elle enlève ses draps et s'assied), la pré-thérapeute s'adresse directement à la cliente (Tu viens dire bonjour à cette dame?). Notons que dans ses commentaires, la pré-thérapeute a mentionné que ce qui l'a aidée dans cette intervention, c'est d'avoir été seule avec la cliente pour oser répéter de nombreuses fois la même chose. Elle a par ailleurs remarqué que ce qui était le plus difficile, c'était de soutenir les longs temps de silence tendus et sans savoir quelle serait ensuite la réaction de Clara. Ce type de travail de contact exige de la part des soignants de mettre de côté toute tentative d'étiqueter l'un ou l'autre comportement et d'apprendre à être là. La thérapeute adopte alors une attitude phénoménologique, et offre du contact en prenant authentiquement en considération tous les comportements, qu'ils soient d'allure psychotique ou pas. Un tel travail peut être mené partout dans l'unité de soins, à quelque moment de la journée que ce soit, chaque fois que l'occasion s'en présente.

En soi cette séquence indique bien combien l'acceptation (Spaniol, L., Gagne, C., 1997) et la tolérance sont des composantes importantes dans la thérapie du délirant. La qualité et l'efficacité de la relation thérapeutique dépendent du degré de tolérance témoigné pour communiquer au départ de l'incommunicable (Laxenaire, 1992). Elle renvoie aussi le thérapeute à une confrontation avec lui-même et à ses attitudes devant la symptomatologie. Il s'agit pour lui de choisir de faire un saut qualitatif dans ses contacts quotidiens avec les clients, de s'écouter lui-même et d'être prêt à gérer ce qui se passe en lui pour ouvrir l'espace à l'autre. A ce titre la pré-thérapie est un travail discret, concret, emprunt d'une humble justesse et d'une grande précision. Il n'en reste pas moins que, si cela est simple en apparence, il s'agit d'un travail attitudinnel complexe. Pour reprendre Garry Prouty: «*Technique is easy but the art is difficult.*»

Le travail d'aménagement du climat et du milieu de contact en institution

Dans notre travail avec des personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques, nous essayons de proposer au quotidien la « dimension de sens » que nous voulons prégnante dans le travail institutionnel – sens qui donne son statut au passé dans ses liens avec l'ici et maintenant, entre ce passé et les désirs du patient qu'il projette dans le futur. Avec des personnes peu autonomes, souffrant de psychoses chroniques, et nécessitant une hospitalisation sur le long terme, d'un point de vue pré-thérapeutique, la structure institutionnelle en tant qu'offre de réalité donne des points de repères pour vivre dans le monde et sa réalité. Ainsi existe-t-il des temps, des lieux différenciés. « Ce travail passe par un cadre construit au rythme des activités institutionnelles, des horaires, des règles et des limites » (Titeca et coll., 2005). Lors de l'une des dernières sessions du Pre-Therapy Network, Bea Segers notait que la question la plus présente pour les soignants est souvent celle de savoir s'ils peuvent se permettre une certaine flexibilité devant la somme requise des choses à faire dans une unité de soins. Autrement dit se pose la question de savoir quelle place ils accordent aux contraintes du temps, de l'espace de travail et à celles qui viennent de la structure des communications en équipe ? Le thérapeute, facilitateur de contact, peut être présent pour construire des ponts entre le processus individuel du patient et les exigences de la structure hospitalière. Il est alors essentiel de se rappeler que c'est précisément le fait de structurer l'espace et le temps, ainsi que de « faire des choses ensemble », qui restent la manière la plus adéquate de mettre la réhabilitation psychosociale en pratique dans de telles unités de soins. Le contact direct reste bien entendu une priorité dans le fonctionnement (Nelissen, E., Broecks, A., 2004) mais, outre l'attention portée au climat relationnel de ces unités accordant de l'importance au renforcement des capacités saines du client, c'est aussi l'organisation architecturale et l'aménagement intérieur des unités qui méritent une attention accrue pour être pensés en fonction de l'ancrage dans la réalité. Loin des couloirs d'un hôpital impersonnel, stérile et conventionnel, l'ouverture sur le parc et ses intempéries, les opportunités saisonnières de décoration, les photos de voyages, la pose de miroirs, les journaux qui donnent l'actualité, les horaires de la salle télé, l'arrangement du mobilier, les voyages, les déplacements pour des démarches extérieures, l'agencement des locaux en faveur d'une communication accrue sont autant de petites choses qui, bien organisées, peuvent offrir des conditions favorables pour que la personne puisse

renforcer son ancrage dans la réalité. Il en est de même pour les activités thérapeutiques et de loisir, les moments tels que le café, les sorties en week-end, la préparation d'un repas, une sortie à la ferme, les visites en groupe. Ce sont autant de possibilités offertes d'enrichir les opportunités de contact et d'ancrage des patients dans la réalité communicationnelle, affective et objective du monde. Le soignant peut donc faire beaucoup tout en faisant très peu pour autant qu'il accorde une importance particulière à l'instant de la rencontre. De nombreuses activités thérapeutiques proposées peuvent se profiler dans un milieu structurant et dans lequel l'espace et le temps peuvent être mis à profit pour restaurer, renforcer ou élargir les capacités saines de contact de nos clients. Le milieu de vie est incontestablement celui de la réalité partagée entre les soignants et les résidents, et c'est en quoi il est un outil de travail dont il est important de prendre soin.

Conclusion

Au départ du projet de quelques soignants sensibilisés à la pré-thérapie et travaillant avec des patients psychotiques chroniques en institution psychiatrique, nous avons présenté et illustré les bases de la pré-thérapie et du travail de contact. Après avoir explicité la notion de contact psychologique telle que définie dans les travaux de Carl Rogers, nous avons présenté la pré-thérapie comme un développement ultérieur de la psychothérapie centrée sur le client. Sans trop revenir sur le cœur de la théorie phénoménologique pragmatique de la pré-thérapie, nous en avons présenté quelques modalités d'application : le travail de pré-thérapie au long cours en consultation individuelle, le travail des moments de contact en consultation individuelle, le travail des moments de contact dans les soins au quotidien, le travail d'aménagement d'un climat et d'un milieu de contact en institution.

Pour conclure, laissons la parole à Garry Prouty : «Souvent, dit-il, dans ma pratique, je suis déjà heureux si le travail peut se faire au moment même, si je peux travailler au plus proche de l'instant et des lieux, si je peux être là et ne pas attendre une hiérarchie d'outcomes spectaculaires. Le travail pré-thérapeutique est un travail de contact humble et discret dans lequel le moindre petit progrès établi mérite la plus grande attention».

Pour contacter les auteurs :

Clinique Sans Souci, 218 avenue de l'exposition, B-1090 Bruxelles
www.sans-souci.be

Références

- Buber, M., (1923), *Je – Tu*, (*Ich und Du*, Martin Buber Estate, 1923), Trad. G. Bianchis, Paris, Aubier, 1969.
- Chalifour, J., (2003), Les entretiens fréquents et de courte durée (extrait de Chalifour, J., *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique – humaniste*, Québec, Lamarre, 1989, pp. 218-220), *Santé mentale*, n° 79, pp. 37.
- Conseil Supérieur de l'Hygiène, (2005), *Psychothérapies: définitions, pratiques, conditions d'agrément. Avis du CSH n° 7855*, Bruxelles, SFP Santé Publique.
- Dierick, P., (2004), Approche Centre sur la Personne et Pré-thérapie en milieu psychiatrique. Séminaire à la Clinique Sans Souci, Bruxelles, 11 juin 2004, *Trait d'Union de la Clinique Sans Souci*, Bruxelles, n° 19, p. 56.
- Frobert, A., (2003), L'écoute est un traitement, *Santé mentale*, n° 79, pp. 47-49.
- Laxenaire, M., (1992), La tolérance. Première condition de la psychothérapie du délirant, *Annales médico-psychologiques*, 150, 9, pp. 690-692.
- Lietaer, G., Van Broeck, N., Igodt, P., (2003), *Profil professionnel du psychotérapeute en Belgique. Rapport sur le projet de recherche. Financé par le Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement (STA/1/4156)*, Bruxelles.
- Lietaer, G., Van Broeck, N., Dekeyser, M., Stroobant, R., Trijsburg, W., (2005), Doelstellingen en interventies in de vier psychotherapeutische hoofdorïentaties: een vergelijkend onderzoek op basis van enquêtegegevens van Belgische therapeuten, *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 43, 3, pp. 165-189.
- Levinas, E., (1973), *Humanisme de l'autre homme*, Paris, Fata Morgana.
- Nelissen, E., Broecks, A., (2004), Faire des choses ensemble La réhabilitation dans une unité de soins, (Samen-Dingen-Doen. Rehabilitatiepraktijk ope en verblijfsafdeling, *Psychiatrie en Verpleging* n° 80, 1, 2004 4-20), Trad. Ph. Gyselinck et J.-M. Priels, *Trait d'Union de la Clinique Sans Souci*, n° 20, pp 3-22.
- Peretti, A. de, (1973), *Liberté et relations humaines*, Paris, EPI., pp. 274-279.
- Pörtner, M., (2000), *Trust and Understanding. The Person-Centered Approach to everyday care for people with special needs*, PCCS Books, Ross-on-Wye.
- Priels, J-M., (1995), A propos des attitudes. Quelques éléments livrés en vrac, *Le Journal de l'AFPC*, n° 4, pp. 7-12.
- Prouty, G., (1990), A theoretical evolution in the Person-Centered/Experiential Psychotherapy of Schizophrenia and Retardation, in Lietaer, G., Rombauts, J., Van Baelen, R., (eds), (1990), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*, Leuven, Leuven University Press, pp. 645-685.
- Prouty, G., (1994), *Theoretical Evolutions in person-centered experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses*, New York, Praeger.
- Prouty, G., (1999), Carl Rogers et les thérapies expérientielles; une dissonance? (Carl Rogers and Experiential Therapies: a Dissonance?, *Person-Centered Practice*, 1999, Vol.7, n° 1), Trad. F. Ducroux-Biass, *Mouvance Rogérienne*, 2000, n° 21, pp. 4-17.

- Prouty, G., (2004), Les fondements de la pré-thérapie (Translated from Prouty, Van Werde, Pörtner, 1998 by Françoise Ducroux-Biass), *Mouvance Rogérienne*, 7, pp. 19-78.
- Prouty, G., Van Werde, D., Pörtner, M., (2002), *Pre-Therapy*, Ross-On-Wye, PCCS Books.
- Rogers, C.R., (1942), The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques, *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 3, pp. 429-434.
- Rogers, C.R., (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology*, 21, 2, pp. 95-103.
- Rogers, C., Kinget, M., (1965), *Psychothérapies et relations humaines; Théorie et pratique de la thérapie non-directive*, Louvain, Publications Universitaires de Louvain, Paris, Editions Nauwelaerts, Vol. I.
- Spaniol, L., Gagne, C., (1997), Acceptance: some reflections, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3, pp. 75-77.
- Titeca, R., Wancket, Ph., Priels, J.-M., Van Ertvelde, J., (2005), Des maisons hospitalières – Du concept à la réalisation, *Acta Psychiatrica Belgica*, 105/3, pp. 167-174.
- Van Werde, D., (2002), La pré-thérapie, *Acta Psychiatrica Belgica*, 102, pp. 50-56.
- Van Werde, D., (1998), Ancrage: un concept foncier dans le travail avec des personnes psychotiques (*Anchorage as a core concept in working with psychotic people*, in Thorne, B, Lambers E. (eds), (1998), *Person-Centred Therapy: a European Perspective*, London, Sage, p. 105-205), Trad. H. Henneman, inédit, 12 p.
- Van Werde, D., (2005), Face au fonctionnement psychotique: un travail de contact centré sur la personne dans un contexte résidentiel (Facing Psychotic Functioning: Person-centred contact work in residential psychiatric care. First published as chapter 11 (pp. 158-168), in: S. Joseph & R. Worsley (eds.), (2005), *Person-Centred Psychopathology. A positive psychology of Mental Health*, PCCS Books, Ross-on-Wye), Trad. Ph. Gyselinck et J.-M. Priels, *Trait d'Union de la Clinique Sans Souci*, 2006, 23, pp. 25-45.