

L'approche systémique centrée solution (ACS) un levier pour le développement du pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap

Jean-Paul Durand
Mars 2019

L'ACS du fait de son changement de paradigme et des processus opérationnels qui s'y rattachent se présente comme une voie appropriée pour servir l'orientation des pratiques professionnelles visant de plus en plus à permettre aux personnes en situation de handicap de contacter et d'utiliser leur pouvoir d'agir. La place redonnée au pouvoir d'agir est commune aux différentes politiques publiques déployées à travers le monde. Ainsi le retrouve-t-on en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande dans le concept de rétablissement défini de la façon suivante par Mead et Copeland (2000) : « *L'objectif ultime de l'expérience de rétablissement n'est pas nécessairement de retrouver la santé en termes de rémission de symptômes. Il s'agit plutôt, pour une personne, de parvenir à l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales afin d'atteindre un état de bien-être et d'équilibre dans les conditions de vie qu'elle-même aura choisies* », mais encore aux Pays-Bas dans le paradigme de la citoyenneté, dont les valeurs fondamentales sont : « *une pleine participation à la société, l'autodétermination de la personne, son soutien plutôt que sa prise en charge et la promotion de la qualité de vie* ».

Avant de présenter en quoi l'ACS répond de façon pertinente aux nouvelles orientations en matière d'accompagnement de personnes en situation de handicap, nous souhaitons en faire une brève présentation.

L'ACS a été créée dans le début des années 1980 au Brief Family Therapy Center à Milwaukee (USA) par Steve de Shazer et ses collaborateurs. Elle s'inscrit dans les courants de la systémie (introduisant les notions de système, de communication interactionnelle, de contexte, d'environnement socio-familial...), et du constructionnisme social (la réalité est coconstruite par les jeux de langage dans l'interaction).

Si nous présentons l'ACS sous l'angle de la thématique du pouvoir d'agir, on peut d'ores et déjà noter que tout le travail de cette approche est guidé par la personne accompagnée puisqu'il est au service des perspectives de changements qu'elle souhaite pour elle-même. Il consiste à créer un contexte interactionnel évolutif permettant à la personne de se révéler par elle-même ses forces et compétences, d'activer sa créativité et de construire ses solutions pour servir ses aspirations. La singularité de l'ACS est qu'elle n'emprunte plus pour ce faire les processus de « résolution de problème » communément employés jusqu'ici, mais des processus de « construction de solution ».

Quels sont les postulats, postures et processus proposés par l'ACS aux professionnels accompagnant les personnes en situation de handicap pour favoriser le développement de leur pouvoir d'agir ?



⇒ **Choisir des représentations permettant au pouvoir d'agir de la personne accompagnée de s'exercer.**

Une des clefs d'accès au développement du pouvoir d'agir dans la relation réside dans la nature du regard que pose le professionnel sur la personne en situation de handicap. *De quoi est fait ce regard ? Comment le professionnel envisage-t-il la personne ? Quelles en sont ses représentations ?* Cela va déterminer à la fois la posture du professionnel, la forme de son accompagnement, l'orientation de ces observations et ses propositions interactionnelles. Cela semble évident mais soulignons-le, le professionnel aura peu de chance de contribuer à favoriser l'expression du pouvoir d'agir de la personne s'il ne la pense pas en capacité de pouvoir le faire. Les premiers réajustements nécessaires peuvent de ce fait concerner ses propres représentations.

L'ACS invite donc le professionnel à envisager toutes personnes accompagnées, qu'elles soient en situation de handicap ou non, comme des personnes expertes de leur propre vie ; selon Trepper et al. (2012) « ...l'hypothèse première est que les personnes sont résilientes et utilisent continuellement cette résilience pour apporter des changements. De plus, il existe une conviction forte selon laquelle la plupart des gens ont les forces, la sagesse et l'expérience nécessaires pour opérer un changement ».

Ainsi le professionnel ne se positionne plus comme l'expert indiquant à la personne la direction à prendre et comment résoudre son problème. Puisqu'il la considère comme capable d'activer des ressources et possédant des connaissances sur les moyens de servir ses perspectives de changements, il œuvre simplement à créer un espace interactionnel pouvant agir comme un véritable « bain révélateur » permettant à la personne de s'auto-renseigner sur ses caractéristiques intrinsèques afin de rendre ce qu'elle souhaite pour elle-même atteignable. En d'autres termes « il l'accompagne un pas en arrière » pour favoriser son pouvoir d'agir.

Disposer des représentations les plus utiles au développement du pouvoir d'agir de la personne accompagnée est pour l'ACS à la fois indispensable et non-suffisant. Le professionnel doit trouver comment rendre explicite et opérationnel le regard positif porté sur la personne. Ses interventions doivent illustrer ses postulats sous peine de les contredire !

Les points abordés dans les items suivants sont autant de voies proposées par l'ACS pour permettre d'incarner de façon congruente, dans l'interaction, les représentations les plus utiles au développement du pouvoir d'agir de la personne.



⇒ **Créer une relation de qualité : s'affilier**

Les personnes en situation de handicap peuvent du fait des adaptations nécessaires avoir recours de façon répétée et parfois sur du long terme à des aides dans le champ du soin ou de la gestion du quotidien. Etre vigilant à créer une relation de qualité, une affiliation, avec la personne, c'est avoir une incidence favorable sur la réussite de l'accompagnement, sa pérennité et sur son bien-être émotionnel (Roeden, J.M. et al. 2010), mais c'est aussi créer les conditions interactionnelles propices à l'expression de son pouvoir d'agir. Cette affiliation est donc primordiale. Des

recherches menées sur la qualité de l'alliance (Bachelor et Horvath, 1999) ou sur les facteurs communs d'efficacité en thérapie (Duncan, 2010) convergent à démontrer que l'affiliation est la dimension activée par l'intervenant qui a la plus grande influence sur l'efficacité de l'accompagnement. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, elle amène le succès de l'intervention et non l'inverse. Elle doit donc être à la fois une intervention en elle-même, le cadre global dans lequel les interventions s'inscrivent et une des propriétés de chacune d'entre elles.

L'objectif premier et continu de l'ACS dans le cadre du travail d'accompagnement est justement celui de l'affiliation avec les personnes afin de rendre possible la collaboration elle-même constitutive de l'expression du pouvoir d'agir individuel. L'affiliation telle que définie par Bordin (1979) est composée de plusieurs éléments en interdépendance. Leur connaissance indique au professionnel une sorte de « marche à suivre » donnant toutes les chances de la créer. Tout d'abord le lien relationnel entre l'intervenant et la personne, doit parler de la capacité d'empathie du professionnel et du regard positif qu'il pose sur la personne. Parallèlement, l'affiliation est liée à l'entente sur les objectifs qui les réunissent au sein de leur collaboration. Les paragraphes suivants éclaireront ce qui dans l'approche centrée solution permet de servir ce regard positif et de construire « l'accord sur les objectifs à poursuivre ensemble » notion équivalente à celle du « projet commun », développée en ACS notamment par Harry Korman (2004).



⇒ Créer un espace collaboratif de co-expertise et adopter la posture de non-savoir

La personne est vue comme l'experte de sa propre vie (Walter et Peller, 1992). Le travail est donc respectueux de son cadre de valeurs et de croyances, de sa compréhension de la réalité et de ses choix. Ceci place de fait l'interaction personne-intervenant dans un cadre de co-expertise et de collaboration.

Toutes les interventions du professionnel sont guidées par cette notion de co-expertise. L'expertise du professionnel est faite de ses connaissances et compétences métier incluant celles relatives aux processus interactionnels efficaces à mettre en place. L'expertise de la personne est faite de sa connaissance sur sa propre vie, ses aspirations et valeurs, ses ressources et ses forces, elle ne vient cependant ni concurrencer ni remplacer l'expertise du professionnel. Dire que la personne est experte d'elle-même ne signifie pas qu'elle est omnisciente. Il s'agit bien ici d'une co-expertise, celle de l'intervenant se déploie légitimement dans l'accompagnement, elle est simplement mise au service de l'expertise de la personne et vice versa.

Puisque la personne est experte d'elle-même, le premier pas de l'accompagnement consiste, pour le professionnel, à lui permettre de formuler son propre objectif au sens de « futur souhaité », « destination » à laquelle elle aspire, autrement dit son projet de vie. Ainsi le travail collaboratif proposé par l'ACS, le processus de construction de solution, n'a pas vocation à analyser le problème, mais à identifier, amplifier et construire les solutions de la personne (forces, ressources, représentations, actions, changements...) pour qu'elle avance en les activant vers la destination qu'elle a identifiée par et pour elle-même.

Le projet commun conçu entre l'intervenant et la personne doit donc émaner des réponses apportées à des questions clefs comme : « en lien avec notre collaboration qu'observerez-vous de différent dans votre vie, même un tant soit peu, qui vous fera dire qu'elle vous est utile ? ». Ce projet commun est de ce fait un espace où doit se construire une adéquation entre la « Destination » souhaitée par la personne, et le mandat et champ de compétences du professionnel. Le projet professionnel venant se mettre au service du projet de vie de la personne

et non l'inverse. Cette précaution est là aussi constitutive du développement du pouvoir d'agir de la personne en situation de handicap dans le contexte d'accompagnement.

Enfin autre avantage, reconnaître le statut d'expert de la personne a pour conséquence d'augmenter au sein de la relation d'accompagnement son sentiment d'efficacité personnelle dont on connaît l'impact favorable sur le développement du pouvoir d'agir.

Par ailleurs il faut souligner que la notion de co-expertise est nécessairement couplée à la posture de non-savoir de l'intervenant, au sens de « *je ne sais pas pour vous* ». Elle invite le professionnel à mettre de côté ses « cartes interprétatives » de lecture des situations et des personnes, ses schémas explicatifs et les modèles de résolution qui leur sont logiquement rattachés. Condition nécessaire pour qu'il puisse s'en remettre alors, avec une curiosité bienveillante, à l'expertise qu'a la personne d'elle-même, en découvrant, grâce aux jeux de langage spécifiques utilisés en ACS, quelles sont ses propres compréhensions, ses souhaits, ses solutions, ses valeurs, et comment elle perçoit l'efficacité des solutions qu'elle envisage. La personne elle-même est la mieux placée pour répondre à cela.

Pour finir sur cet item concernant la « personne experte », nous renvoyons le lecteur au concept de « *pair-aidance* » St-Onge (2017) qui en est une illustration parfaite dans l'orientation des politiques actuelles.



⇒ Permettre à la personne de retrouver du pouvoir d'agir face aux limitations

Que considère-t-on comme « limitation » en ACS ? Une limitation concerne les éléments qui ne peuvent être changés. Aucune solution ne peut être trouvée pour les modifier. Par opposition, un problème est défini comme un élément sur lequel il est possible d'agir directement. Les limitations peuvent être de différentes natures : biologiques (l'âge, la couleur de peau, une pathologie chronique, un handicap, etc.), sociales ou culturelles (pays de naissance, appartenance culturelle, antécédents familiaux, etc.), ou encore dues au parcours de vie (les éléments faisant partie du passé ne peuvent plus être modifiés) (Cabié et Isebaert 2006).

Dans le contexte de l'accompagnement de personne en situation de handicap, un certain nombre d'éléments appartiennent assurément à cette catégorie « limitation ». Il est donc nécessaire que le professionnel puisse différencier lui-même et avec la personne ce qui relève d'une limitation ou d'un problème. En effet travailler à résoudre une limitation serait contre-productif et entrainerait la personne et le professionnel dans une impasse pouvant générer chez la personne frustration, épuisement, voire désespoir, impactant défavorablement son sentiment d'efficacité personnel et de fait son pouvoir d'agir. Les limitations nécessitent généralement un autre type de travail. Tout d'abord celui de la mise en lumière des capacités d'adaptation et de résilience de la personne : comment la personne fait-elle pour faire face ? (*coping question*). Cette exploration révèle la part de pouvoir d'agir toujours présente malgré la limitation. Mais aussi un travail d'identification avec la personne, à la fois des problèmes entraînés par la limitation, et des perspectives de changements qu'elle souhaite vis-à-vis de ces problèmes. Dans cet espace de travail la personne peut alors retrouver le pouvoir d'agir que la limitation semblait lui rendre inaccessible. L'idée étant qu'il est possible de « faire quelque chose de différent » afin que sa vie devienne plus satisfaisante, le but n'est pas de s'attacher à éliminer le problème, mais de collaborer à la construction du futur que la personne souhaite (une solution) malgré les circonstances actuelles de la vie (de Shazer, 1986, p. 49).



⇒ Se baser sur les compétences et s'orienter sur les ressources

L'ACS invite le professionnel à se centrer sur les compétences plutôt que sur l'exploration et l'analyse des limites, insuffisances, faiblesses, conflits et problèmes du côté de leurs hypothétiques causes. En effet, Steve de Shazer et ses collaborateurs ont constaté qu'il était souvent plus efficace de poser des questions permettant aux individus de porter leur attention sur leurs ressources personnelles plutôt que de chercher à découvrir des causes profondes liées à des problèmes complexes dont une partie des déterminants ne sont pas modifiables (Berg & Szabo, 2005 ; de Shazer et al., 1986).

L'ACS présuppose d'une part, que toute personne, même lorsqu'elle est en situation de demande de soutien, possède des compétences et des ressources pour développer ses propres solutions, déterminer ce qu'elle souhaite pour elle-même ; et que d'autre part qu'elle a déjà mis en place des solutions, au moins dans une certaine mesure. L'exploration des « exceptions » (les moments, même temporaires, où le problème est absent ; moins présent ou un peu moins intense ; où il s'interrompt ; où les conditions de sa survenue sont présentes mais où il n'apparaît pas) font partie des paysages de vie de la personne choisis par le professionnel pour venir y identifier ses ressources. Cette exploration permet à la personne de maintenir et d'amplifier ses solutions (c'est-à-dire les forces et ressources qu'elle utilise déjà) pour aller vers ce qu'elle souhaite. L'orientation vers les ressources et les compétences consiste aussi, nous l'avons vu, à se centrer sur les capacités d'adaptabilité et la résilience des personnes face aux situations difficiles, mettant ainsi à jour les compétences, habiletés et ressources qu'elle mobilise dans de telles situations.

Ces différents paysages contiennent tous des « preuves » des ressources mobilisées par la personne. Dans chacun de ces espaces, le professionnel vient poser des questions de compétences : « *Comment avez-vous réussi à faire cela ? Qu'est-ce que cela dit de vos compétences, et de ce qui est important pour vous ?* ». Cela permet à la personne de se renseigner sur ses ressources, valeurs, et la manière dont elle les utilise, les rendant ainsi plus facilement mobilisables et augmentant d'autre part son sentiment d'efficacité personnel moteur de son pouvoir d'agir.

En outre, l'approche centrée solution peut être considérée comme une intervention basée sur l'autogestion. En effet elle utilise des processus tels que l'auto-observation en demandant par exemple à la personne de repérer les exceptions ; tels que l'auto-évaluation en utilisant par exemple, les échelles ou en lui faisant déterminer le futur qu'elle souhaite et ce qui lui permettra de constater l'utilité de l'accompagnement ; enfin tels que l'auto-renforcement par l'utilisation de tâche de continuation (Roeden John, 2012). Tous ces processus d'autogestion signifient, sans même avoir à le nommer à la personne, que le professionnel se représente la personne comme détentrice de compétences : ils contiennent par essence le présupposé de sa capacité à agir par elle-même et pour elle-même.

En quoi l'ACS peut-elle répondre aux trois besoins psychologiques fondamentaux identifiés dans la théorie de l'autodétermination (TAD Deci et Ryan (2000)) ?

Nous souhaitons dans ce paragraphe mettre en perspective les postulats portés par l'approche centrée solution, et les processus et jeux de langage qu'elle propose pour les traduire dans l'accompagnement avec le concept des trois besoins psychologiques fondamentaux afin d'éclairer comment ils y répondent au mieux.

En effet, le sentiment de compétence de la personne peut être augmenté par la centration sur ses forces et ses compétences ; l'identification de ses capacités d'adaptation au problème, des compétences et ressources qu'elle mobilise dans les moments d'exceptions. Ce besoin est aussi nourri par l'instauration de la relation de co-expertise et enfin par la posture de non-savoir du professionnel.

Le sentiment d'autodétermination est favorisé quant à lui par l'identification et le soutien du futur souhaité par la personne et du projet commun qui en découle ; par la posture collaborative ; la mise à jour des liens entre actions, moyens visés et valeurs, buts de vie ; mais aussi par la vigilance du professionnel à maintenir ses interventions dans le cadre de référence de la personne, guidé en cela par la possibilité offerte à la personne d'auto-évaluer régulièrement la pertinence et l'utilité de l'accompagnement.

Enfin le sentiment de proximité sociale est favorisé par la volonté d'affiliation constante poursuivie par le professionnel : le regard positif qu'il porte sur la personne, ainsi que par sa posture collaborative et le soutien de ses choix.

La satisfaction de ces trois besoins psychologiques fondamentaux et leurs interactions vertueuses augmentent le bien-être et la motivation intrinsèque de la personne. Or ceux-ci font partie des conditions nécessaires à la persistance de l'effort, qui active à son tour le sentiment d'efficacité personnelle et par conséquent le pouvoir d'agir de la personne.

Pour clore ce chapitre en reprenant la définition du concept de rétablissement, l'approche centrée solution nous semble donc représenter une voie concrète et appropriée pour permettre à la personne en situation de handicap « *de parvenir à l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales afin d'atteindre un état de bien-être et d'équilibre dans les conditions de vie qu'elle-même aura choisies* ». En d'autres termes l'ACS nous semble représenter une voie utile pour permettre à la personne non seulement de développer son pouvoir d'agir, mais de plus, et cela nous paraît essentiel, de le mettre au service de son projet de vie.

Bibliographie :

- Bachelor, A. & Horvath, A.O. (1999). The therapeutic relationship. In M.A.
- Berg, I. K., & Szabo, P. (2005). *Brief coaching for lasting solutions*. New York, NY : W. W. Norton.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260
- Cabié Marie-Christine Isebaert Luc: Pour une thérapie brève, Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie Ed érès 2006
- Duncan, B. (2010). On becoming a better therapist. Washington, DC, American Psychological Association.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « what » and « why » of goal pursuits : Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 227–268.
- De Shazer, S. (1986). An indirect approach to brief therapy. *The Family Therapy Collections*, 19, 48–55.
- Korman, H. (2004). The common project. Accessible en PDF : www.sikt.nu
- Mead, S. & Copeland, M. E. (2000). *What Recovery Means to Us*. New-York: Plenum publishers.
- Roeden, J.M., Maaskant, M.A. & Curfs, L.M.G. (2010). The Views of Clients with Mild Intellectual Disabilities regarding their Working Relationships with Caregivers. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24, 398-406.
- Roeden John (2012). *Solution-Focused Support of People with Intellectual Disabilities*, Chapitre 1.
- Walter, J. L., & Peller, J. E. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York : Brunner/Mazel.
- St-Onge Myreille.(2017) Le rétablissement et la pair aideance en contexte québécois www.cairn.info/revue-rhizome-2017-3-page-31.htm
- Trepper, T.S., McCollum, E.E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W.J. & Franklin, C. (2012). *Solution-Focused Brief Therapy Treatment Manual*.
- Walter, J. L., & Peller, J. E. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Brunner/ Mazel.