Skill Training 3

L'expérience du crayon

Pierre Loeb

Spécialiste médecine générale FMH et médecine psychosomatique ASMPP, Senior Editor PHC

Cet article a été publié dans l'édition imprimée sous la mauvaise rubrique. Cela a été modifié dans la version en ligne.

L'intervention

Je pose mon stylo à bille au bord de mon bureau et constate qu'il y est en sécurité. Une sécurité analogue à celle de ma patiente, qui n'a pas confiance en elle. Ensuite, je pousse le stylo au-delà du bord, tout en assurant à ma patiente, quelque peu étonnée, que le stylo restera en équilibre. Puis je commence à expérimenter: je pousse le stylo de plus en plus loin, par intervalle, moi-même surpris (ma patiente, elle, est stupéfaite) de constater jusqu'où il est possible de continuer avant que le stylo perde son équilibre et oscille doucement – mais toujours sans tomber. Il faut le pousser encore une fois pour qu'il tombe, et la plupart du temps, je le rattrape. Mais il tombe parfois par terre.

L'indication

Les patients dépressifs et anxieux ont beaucoup de mal à aller «à la limite». Ils demeurent dans une zone de confort qui n'a rien de confortable et dans laquelle absolument rien ne bouge. On le sait, il ne sert à rien d'insister, et encore moins d'exercer une pression. L'expérience du stylo ne cesse de fasciner mes patients. Le symbole est convaincant, et les encourage, jusqu'à la prochaine fois, à expérimenter, à essayer quelque chose de nouveau, voire à prendre des risques.

Une zone de confort, c'est le domaine, défini par des habitudes, dans lequel une personne se sent bien, en sécurité, et dans lequel il lui semble plus facile d'interagir avec l'environnement. Cette zone de confort est propre à chaque individu, tout comme ses conséquences et les efforts nécessaires pour s'en extraire. Dans la psychologie populaire, ce terme est souvent employé pour qualifier les comportements indolents, rigides et immuables. Les habitudes naissent d'un environnement et/ou d'un entourage social qui sont déjà connus de la personne et qui, en raison de rituels et de routines ancrés aussi bien que des personnalités et des comportements, sont perçus comme habituels. La zone de confort trouve un terme à l'occasion de changements significatifs ou d'activités qui exigent un effort sur soi ou sont associées à des peurs, et ne sont donc plus ressenties comme confortables, mais au contraire comme désagréables. Ainsi les peurs, le stress et autres symptômes psychiques peuvent-ils être le signe que le patient quitte la zone de confort – pour le changement et de nouvelles expériences.

Skill Training

Avec la série Skill Training de *Primary and Hospital Care,* nous souhaitons présenter des aides à la communication simples, destinées au quotidien, sur lesquelles peut s'appuyer tout médecin de famille pour suivre de plus près l'axe psychosomatique-psychosocial pendant la consultation. Vous êtes invités à laisser vos réactions et vos questions dans la fonction commentaire, située sous le texte, de la version en ligne de l'article, à l'adresse primary-hospital-care.ch.

Une première série Skill Training a déjà été publiée en 2014. Vous pouvez la retrouver dans nos archives (primary-hospital-care.ch/fr/archives) en tapant le nom complet de l'auteur, Pierre Loeb et «skill», dans la barre de recherche.

La théorie

Le *Motivational Interviewing* s'est imposé comme position fondamentale pour parvenir à un changement de comportement. «Danser au lieu de lutter», «convaincre au lieu de contraindre» (il est plus simple de conduire un âne plutôt que de le pousser), ou, comme dans le célèbre film avec Robert Redford, «L'Homme qui murmurait à l'oreille des chevaux», reconnaître qu'il est plus facile d'arriver au but par la collaboration que par le dressage classique et son cortège de menaces [1–4].

L'impression didactique laissée par l'expérience du crayon ou du stylo est épatante. Ce simple tour encourage mes patients à chercher quelque chose de nouveau, à prendre un risque contrôlé. Même le *worst-case-scenario*, à savoir la chute du crayon (rattrapé ou non), a un effet incitatif. Il persuade les patients que la pire des situations – considérée comme expérimentation –, loin de constituer une catastrophe irréparable et irréversible, est en réalité une tentative

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

manquée dans le cadre d'une série d'expériences visant au changement. Et le simple fait d'avoir osé une tentative rend le patient fier d'avoir essayé quelque chose. QED – *quod erat demonstrandum*.

L'histoire

Un violoniste de 40 ans avec une prédilection pour la musique baroque joue dans différents orchestres. Il est timide, mais très apprécié de ses collègues. Qu'une jeune virtuose lui passe sous le nez, il l'accepte sans discuter et joue volontiers le deuxième violon… Mais son but secret est en réalité de former son propre ensemble, où il pourra jouer exactement la musique qu'il aime et avec laquelle il aimerait expérimenter. Sa modestie lui a bien valu d'être élu à la direction de l'orchestre – où, devant s'effacer, il a voulu satisfaire tout le monde – mais, souffrant de plus en plus de son travail, il a fini par faire une dépression et quitter la direction. C'était bien la «preuve» que son rêve de monter son propre ensemble devait rester secret.

Or, l'expérience du crayon lui a parlé. Elle l'a convaincu qu'expérimenter pouvait être source de plaisir, et il s'est senti exhorté à réessayer, et à chercher des collègues susceptibles de se joindre à lui. Un an plus tard, son ensemble donnait sa première.

L'exercice

Essayez une fois. Vous serez surpris par le plaisir communicatif que produit le simple fait de jouer avec son crayon au bord de son bureau. Jouez devant et avec vos patients. Testez votre habileté. Une telle expérience, de par son côté pratique, apporte une nouvelle dimension à des entretiens souvent mornes, surtout dans des situations vides d'énergie, ankylosées et dépressives.

Crédit photo
© Adrian825 | Dreamstime.com

Références

1 Loeb P. Ambivalence. PrimaryCare. 2014;14(05):80–1.
2 Loeb P. Gestion des rechutes. PrimaryCare. 2014;14(14):219
3 Loeb P. Interventions brèves et «harm reduction» en cas de consommation d'alcool à risque. PrimaryCare. 2014;14(19):304.
4 Loeb P. «Eu… ce dis-stress!» Stragégies d'empowerment en cas de disstress. PrimaryCare. 2014;14(23):362.

Je n'ai pas trouvé d'autres références sur cette expérience, mais il y a en revanche de très bons travaux sur le Motivationnal Interviewing, comme par exemple: Stephen Rollnick, Pip Mason, Chris Butler: Health Behaviour Change – a Guide for Practitioners, Churchill Livingstone, 1999.

Correspondance:
Dr. med. Pierre Loeb
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Psychosomatische Medizin SAPPM
Winkelriedplatz 4
CH-4053 Basel
loeb[at]hin.ch

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html