



**HAL**  
open science

# La thérapie orientée solution, un outil dans la continuité de l'hypnose ericksonienne pour la prise en charge médicale : revue systématique de la littérature

Louise Anne Gabrielle Thiou

## ► To cite this version:

Louise Anne Gabrielle Thiou. La thérapie orientée solution, un outil dans la continuité de l'hypnose ericksonienne pour la prise en charge médicale : revue systématique de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04132534

**HAL Id: dumas-04132534**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04132534>**

Submitted on 19 Jun 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2023

Thèse n°45

Thèse pour l'obtention du

**DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Par THIOU Louise Anne Gabrielle

Née le 14/05/1998 à Libourne

Le 05/06/2023

La thérapie orientée solution, un outil dans la continuité de l'hypnose  
ericksonienne pour la prise en charge médicale :  
revue systématique de la littérature

Sous la direction de :

Monsieur Yves DELBOS

Membres du Jury :

Madame Marie-José Boileau Professeur des Universités	Président
Monsieur Yves Delbos Maître de conférences des universités	Directeur
Madame Audrey Aussel Maître de conférences des universités	Rapporteur
Monsieur Terence Barsby Praticien hospitalier et ancien Assistant des hôpitaux de Bordeaux	Assesseur

# UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ  
01/01/2023

*Président* M. LEWIS Dean  
*Directeur de Collège des Sciences de la Santé* M. PELLEGRIN Jean-Luc

## **COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES**

*Directrice* Mme BERTRAND Caroline 58-01  
*Directeur Adjoint à la Pédagogie* M. DELBOS Yves 56-01  
*Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche* M. CATROS Sylvain 57-01  
*Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales* M.SEDARAT Cyril 57-01

### **ENSEIGNANTS DE L'UFR**

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme Caroline BERTRAND Prothèse dentaire 58-01  
Mme Marie-José BOILEAU Orthopédie dento-faciale 56-01  
M. Sylvain CATROS Chirurgie orale 57-01  
M. Raphaël DEVILLARD Dentisterie restauratrice et endodontie 58-01  
M. Bruno ELLA NGUEMA Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux 58-01  
M. Jean-Christophe FRICAÏN Chirurgie orale 57-01

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme Elise ARRIVÉ Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-02  
Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques 58-01  
Mme Cécile BADET Biologie Orale 57-01  
M. Etienne BARDINET Orthopédie dento-faciale 56-01  
M. Michel BARTALA Prothèse dentaire 58-01  
M. Cédric BAZERT Orthopédie dento-faciale 56-01  
M. Christophe BOU Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-02  
Mme Sylvie BRUNET Chirurgie orale 57-01  
M. Jacques COLAT PARROS Sciences anatomiques et physiologiques 58-01  
M. Jean-Christophe COUTANT Sciences anatomiques et physiologiques 58-01  
M. François DARQUE Orthopédie dento-faciale 56-01  
M. François DE BRONDEAU Orthopédie dento-faciale 56-01  
M. Yves DELBOS Odontologie pédiatrique 56-01  
M. Emmanuel D'INCAU Prothèse dentaire 58-01  
Mme Mathilde FENELON Chirurgie Orale 57-01  
Mme Hélène FRON-CHABOUIIS Dentisterie restauratrice et endodontie 58-01  
Mme Elsa GAROT Odontologie pédiatrique 56-01  
M. Dominique GILLET Dentisterie restauratrice et endodontie 58-01  
Mme Olivia KEROUREDAN Dentisterie restauratrice et endodontie 58-01  
M. Jean-François LASSERRE Prothèse dentaire 58-01  
M. Yves LAUVERJAT Parodontologie 57-01  
M. Adrien NAVEAU Prothèse dentaire 58-01

M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	58-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

#### **PRATICIENS HOSPITALIER-UNIVERSITAIRE**

M.	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01

#### **AUTRES ENSEIGNANTS**

M.	Maxime	BOITEAUD	CDD 2e degré Santé publique	56-02
----	--------	----------	-----------------------------	-------

#### **CCU-AH (Chefs de Clinique Universitaire - Assistant des Hôpitaux)**

M.	Adrien	AMELINE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	William	AUMAILLEY	Prothèse dentaire	58-01
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Diane	DELADRIERE	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Mathieu	DELOLME	Parodontologie	57-01
M.	Quentin	DESPERIEZ	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Laura	DONNET	Biologie Orale	57-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Joran	GARDIN	Parodontologie	57-01
M.	Paul	GIRARDEAU	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
M.	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Jean-Baptiste	IRIBARREN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Aymeric	JOUBERT DU CELLIER	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Sarah	KAWCHAGIE	Prothèse Dentaire	58-01
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Xavier	LAGARDE	Chirurgie Orale	57-01
M.	Clément	LEBRET	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	LEVRIER	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Chiara	PASCALI	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Imane	RAMDANI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Ana	RIBEIRO MAGALHES	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Florianne	VILLAT	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

## Remerciements

- **A notre Présidente de thèse**

Madame le Professeur Marie-José Boileau

Professeur des Universités

Section orthopédie dento-faciale

Merci d'avoir accepté avec gentillesse de présider ma thèse.

- **A notre Directeur de thèse**

Monsieur le Docteur Yves Delbos

Maître de conférences des universités- Praticien hospitalier

Section odontologie pédiatrique

Merci de m'avoir proposé un sujet différent et très intéressant et de m'avoir accompagnée dans la rédaction de ma thèse. Merci de m'avoir fait découvrir l'hypnose. Merci pour votre investissement tout au long de mes études.

- **A notre Rapporteur de thèse**

Madame le Docteur Audrey Aussel

Maître de conférences des universités-Praticien hospitalier

Section odontologie pédiatrique

Merci de m'avoir guidée à toutes les étapes de la rédaction de ma thèse. Merci d'avoir également participé à mon intérêt pour l'hypnose. Merci pour tous les conseils prodigués aussi à l'hôpital lors des vacances de soins pédiatriques.

- **A notre Assesseur**

Monsieur le Docteur Terence Barsby

Praticien hospitalier/Chef de service CH Libourne – Ancien assistant hospitalo-universitaire des hôpitaux de Bordeaux

Merci de nous avoir permis de passer de passer une 6e année aussi instructive qu'agréable. Merci de m'avoir fait confiance et pour votre gentillesse, bonne humeur et disponibilité pour nous donner toujours de bons conseils.

A mes parents, merci de m'avoir toujours poussée et accompagnée pendant toutes mes études en particulier pendant ma PACES. Vous êtes mes exemples.

A mes frères Simon et Henri, merci d'avoir écouté mes histoires de dents avec patience. Je vous assure de mon admiration pour vos parcours si différents du mien.

A mes grands-parents, merci mamie pour les calots, merci papi pour la sagesse, merci grand-mère pour les cours de chimie et merci grand-père de m'avoir appris à relativiser.

A mes copains dentistes Alice, Lucie, Mégane, Aurélie, Cheche, Chloé, Mélanie, Ginou, Jean-Etienne, Mike, David, Valérian, merci pour ces années partagées entre le travail et tout le reste. Je suis ravie de vous avoir pour confrères.

A mes binômes Louisa, Elodie et Mathilde, merci d'avoir partagé mes premières expériences de dentiste. Vous êtes des consœurs au top.

A Laetitia et aux copains de la GED, merci de m'avoir montré qu'être dentiste, c'était aussi faire partie d'une grande famille qui partage des beaux moments.

A Camille, merci d'avoir été une binôme de tous les instants. Les cours d'anglais, les tps et tout le reste n'auraient pas eu la même saveur sans toi.

A Anna et Marion, merci d'avoir traversé la PACES avec moi. Vous avez été mes plus grands soutiens et je sais que je peux toujours compter sur vous.

A Marie T et Marie DLF, merci de m'avoir toujours soutenue et poussée vers le haut. Vous êtes toujours inspirantes.

A Juline, merci d'être une amie de si longue date. Tu as toujours une place importante dans ma vie.

Aux cabinets de Bassens et de Sainte Terre, merci de m'avoir fait confiance pour vous remplacer et de m'avoir fait découvrir avec bienveillance la profession.

Au cabinet des Docteurs Ponsan, merci de m'avoir accueillie au sein de votre cabinet familial. Merci de partager vos expériences avec moi.

A l'équipe de l'hôpital de Libourne, merci pour tous ces moments passés avec Mathilde qui nous ont appris que le travail en équipe est précieux. Je suis ravie de rester travailler avec vous tous.

A mes professeurs, merci de m'avoir soutenue, poussée, fâchée, fait confiance, remise à ma place, fait aimer mon métier...

## Table des matières

Introduction.....	7
I. Revue Systématique.....	8
A. Objectif.....	8
B. Matériel et méthodes.....	8
1. Critères d'éligibilité.....	8
2. Type d'études.....	8
3. Source des données.....	8
4. Stratégie de recherche.....	8
5. Critères d'inclusion des articles.....	9
6. Critères d'exclusion des articles.....	9
7. Synthèse des données.....	9
C. Résultats.....	10
D. Discussion.....	14
II. La thérapie orientée solution, un outil précieux pour le patient dans sa démarche de soins.....	15
A. Une aide dans la prise en charge de la maladie chronique pour une amélioration de la qualité de vie.....	15
B. Une prise en charge complémentaire à la prise en charge médicamenteuse dans le cas de troubles mentaux.....	23
C. Un complément de prise en charge pour potentialiser les paramètres médicaux.....	28
III. Une prise en charge médicale nouvelle grâce à une communication enrichie par la thérapie orientée solution pour le soignant.....	33
A. Une amélioration de la relation dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique.....	33
B. Un éclairage nouveau pour les soignants traitant l'addiction.....	39
C. Une relation renouvelée entre le soignant et le patient pour une prise en charge médicale reposant sur une alliance thérapeutique.....	44
Discussion.....	54
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	56
Table des illustrations.....	59

## Introduction

L'hypnose conversationnelle ericksonienne (1–4) est aujourd'hui connue des patients et des thérapeutes. C'est une façon d'aborder les choses dites « axées ressources ». Quelle que soit la cause, le problème est traité de la même façon avec un investissement du patient dans le processus.

La thérapie orientée solution (5–7) est une évolution de l'hypnose ericksonienne. Dans les années 1970 aux Etats-Unis, les scientifiques Steve de Shazer (8,9) et Insoo Kim Berg ont souhaité développer un entretien solutionniste pour les patients leur permettant, dans un délai court, de surmonter un blocage.

L'objectif de la thérapie orientée solution (10–13) n'est donc pas de définir un problème mais bien de montrer au patient qu'il a la solution. Le thérapeute construit sa relation avec le patient pour lui montrer que ce n'est que sa vision du monde déformée par le problème qui entraîne des blocages. Les ressources sont ancrées et ne demande qu'à être mises au jour. Le thérapeute ne se concentre donc pas sur la définition du problème ou les causes possibles mais uniquement sur sa résolution.

Le thérapeute et le patient co-construisent une solution en quelques séances. Les séances de thérapie orientée solution sont structurées autour de différentes étapes : définition du problème, appréciation d'exceptions, pose de la question miracle, mise en place d'échelle de progrès, compliments du soignant, mise en avant des progrès. Cela permet au patient de voir rapidement des évolutions importantes.

La thérapie orientée solution est utilisée principalement dans les cas de peur phobique (14,15), d'anxiété importante, de traumatisme, de comportement addictif, de troubles autistiques ou de stress lié à la prise en charge médicale.

Dans le cadre d'une prise en charge bucco-dentaire, les praticiens font face à différents profils de patients phobiques, anxieux, atteints de pathologies générales lourdes ou encore de handicaps mentaux.

Le but de cette étude est de mettre au jour l'intérêt de la thérapie orientée solution dans la prise en charge médicale. L'autre objectif sera de savoir comment elle peut être incluse dans la prise en charge bucco-dentaire du patient par le chirurgien-dentiste.

Dans une première partie, nous exposerons le déroulé de la revue systématique de littérature.

Dans une deuxième partie, les bénéfices pour le patient dans sa prise en charge médicale seront mis en avant.

Dans une troisième partie, le point de vue du soignant qui cherche à améliorer sa communication et son investissement dans la démarche de soin sera exposé.

# I. Revue Systématique

## A. Objectif

Le but de l'étude est de réaliser une revue systématique de littérature sur la thérapie orientée solution et son utilisation dans la prise en charge médicale.

L'objectif secondaire de la revue systématique est d'objectiver l'utilisation de la thérapie orientée solution dans la prise en charge bucco-dentaire par le chirurgien-dentiste et donc d'objectiver la communication axée ressources entre le patient et le praticien.

## B. Matériel et méthodes

La revue a été menée selon le plan, les critères et les principes du Proposed Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA).

### 1. Critères d'éligibilité

Nous incluons dans cette étude tous les articles en anglais traitant de la Thérapie orientée solution (ou Solution-Focused therapy) dans le cadre d'une prise en charge médicale. Les articles concernant une prise en charge bucco-dentaire en particulier seront également pris en compte.

### 2. Type d'études

Il s'agit d'une revue systématique de la littérature regroupant des articles datant de 1990 à 2022.

### 3. Source des données

Les recherches sont numériques et ont été faites sur 2 bases de données : PubMed et Embase avec la même méthode pour chaque base de données.

Une recherche manuelle complémentaire a été faite à partir des listes de références des articles collectés lors de la recherche numérique.

### 4. Stratégie de recherche

Les mots clefs utilisés pour la recherche bibliographie sont exclusivement « Solution-focused therapy ». Il n'y a pas eu d'association de mot supplémentaire pour avoir une vision d'ensemble des thèmes abordés autour de la thérapie orientée solution. Les mots clefs doivent être trouvés dans le titre de l'article et/ou dans l'extrait sur les bases de données Pubmed et Embase.

## 5. Critères d'inclusion des articles

Les articles sont inclus dans l'étude lorsqu'ils traitent de :

- la thérapie orientée solution dans le cadre d'une prise en charge médicale
- l'utilisation de la thérapie orientée solution par le soignant pour sa relation de soin ou même sa relation vis-à-vis de son métier
- la relation patient-soignant avec une communication orientée solution.

## 6. Critères d'exclusion des articles

Certains articles ont été exclus de la revue systématique pour les raisons suivantes :

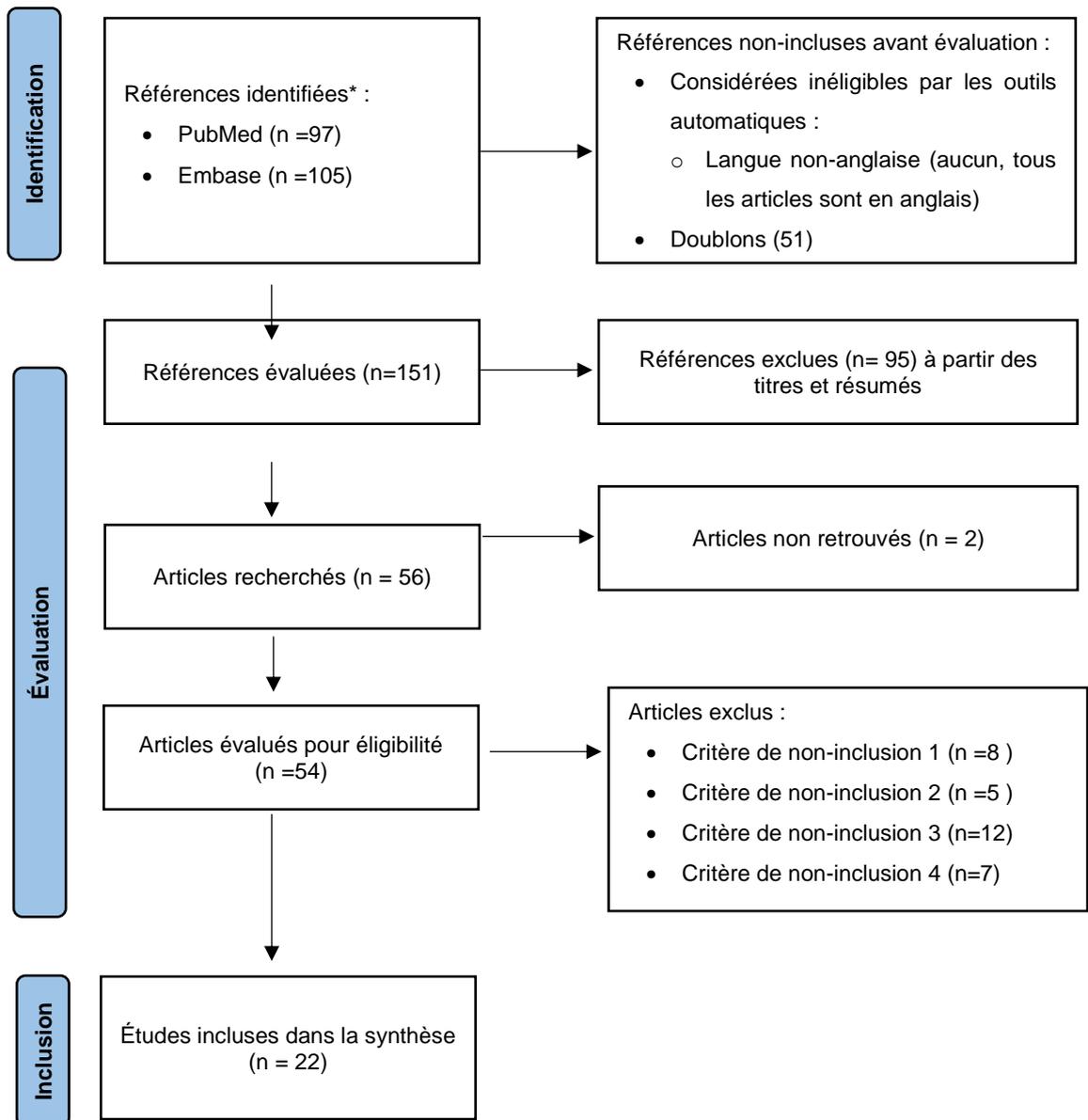
- Critère 1 : l'article traite de la prise en charge sociale et non médicale d'un patient
- Critère 2 : l'article compare plusieurs thérapies entre elles et ne traite donc pas exclusivement de la thérapie orientée solution
- Critère 3 : l'article était purement descriptif de techniques propres à la thérapie orientée solution ou ne traitait que de recommandations destinées aux professionnels de santé mentale
- Critère 4 : l'article traitait d'une étude déjà abordée dans un autre article.

## 7. Synthèse des données

Après avoir identifié les articles répondant à nos critères, nous les avons classés selon :

- Le titre de l'article
- Le premier auteur
- La date de publication
- Le point de vue sur la thérapie orientée solution mis en avant

## C. Résultats



Au début de notre recherche, nous avons identifié 97 articles sur PubMed et 105 articles sur Embase pour un total de 202 articles.

Les 51 doublons ont été retirés ce qui nous laisse 151 références à évaluer.

95 références sont exclues à partir des titres et des résumés.

56 articles sont recherchés mais 2 ne sont pas retrouvés.

54 articles sont évalués pour éligibilité. Après analyse approfondie des articles, 8 articles sont exclus sur la base du critère de non-inclusion 1, 5 articles sont pour le critères de non-inclusion 2, 12 articles pour le critère de non-inclusion 3 et 7 le sont pour le critère de non-inclusion 4.

22 références seront incluses dans l'étude et sont listées par ordre alphabétique dans le tableau suivant.

	<b>Titre</b>	<b>Premier Auteur</b>	<b>Date de Publication</b>	<b>Point de vue sur la TOS mis en avant</b>
<b>1.</b>	A preliminary analysis of narratives on the impact of training in solution-focused therapy expressed by students having completed a 6-month training course.	Smith	2010	6 mois de formation pour les étudiants infirmiers sur la TOS, analyse de l'amélioration de leur relation de soins après cela
<b>2.</b>	A qualitative investigation into the effects of brief training in solution-focused therapy in a social work team	Smith	2011	Analyse de la formation des professionnels de santé sur la thérapie orientée solution et les facteurs à modifier pour que l'application soit durable et importante
<b>3.</b>	Brief Solution Focused Therapy on schizophrenia: A preliminary study of family characteristics and psychopathology.	Aivalioti	2022	Mise en avant des améliorations liées à l'application de la TOS en complément du traitement médical pour les patients schizophrènes et leurs familles
<b>4.</b>	Brief solution-focused strategies for behavioral pediatrics.	Klar	1995	Utilisation de la TOS par les pédiatres lors de problèmes mineurs de comportement chez les enfants
<b>5.</b>	Clinical- and cost-effectiveness of a technology-supported and solution-focused intervention (DIALOG+) in treatment of patients with chronic depression-study protocol for a multi-site, cluster randomised controlled trial [TACK]. Trials	McNamee	2022	Traitement de l'état dépressif et remise du patient dans une prise en charge médicale
<b>6.</b>	Communication skills training for general practitioners to promote patient coping: the GRIP approach.	Mjaaland	2009	Proposition d'une communication basée solution aux praticiens et observation des résultats sur la prise en charge du patient

<b>7.</b>	Effect of Solution-Focused Therapy on Cancer-Related Fatigue in Patients With Colorectal Cancer Undergoing Chemotherapy	Xian	2022	Rôle de la thérapie orientée solution dans l'amélioration de la qualité de vie du patient pris en charge pour un cancer
<b>8.</b>	Enhancing Supportive-Educative Nursing Systems to Reduce Risk of Post-Breast Cancer Lymphedema	Armer	2009	Utilisation de la thérapie orientée solution par les infirmières pour que les patients réduisent le risque de lymphoedème après une opération de cancer du sein
<b>9.</b>	Finding solutions through empowerment: a preliminary study of a solution-orientated approach to nursing in acute psychiatric settings.	Stevenson	2003	Dans un service de soins psychiatriques, point de vue du patient et de l'infirmière sur la TOS
<b>10.</b>	Fostering a culture of engagement: a pilot study of the outcomes of training mental health nurses working in two UK acute admission units in brief solution-focused therapy techniques	Hosany	2007	Etude de l'application de la TOS par des infirmières dans une unité de soins psychiatriques aigüs
<b>11.</b>	General level of knowledge about Brief Solution Focused Therapy (BSFT) in Polish addiction treatment centers	Szczegielniak	2013	Evaluation de la connaissance de la TOS par les patients et soignants dans le cadre du traitement d'une addiction à l'alcool
<b>12.</b>	IMPACT of nurses' solution-focused communication on the fluid adherence of adult patients on haemodialysis.	Beyebach	2018	Communication basée sur la TOS de la part des infirmières prenant soin des patients en hémodialyse pour améliorer leur compliance
<b>13.</b>	Mental health nursing from a solution focused perspective.	Wand	2020	Utilisation de la thérapie orientée solution dans une relation de soin patient-infirmière
<b>14.</b>	Might within the madness: solution-focused therapy and thought-disordered clients.	Hagen	2001	Evaluation de l'apport de la TOS pour les infirmières prenant soin de patients ayant de troubles de la pensée

15.	Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with Type 1 diabetes: a pilot study.	Viner	2003	Sessions de groupe de TOS chez des adolescents atteints de diabète de type 1, observation du contrôle de leur glycémie sur les mois suivants
16.	Solution focused therapy: a promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease. J Crohns Colitis.	Vogelaar	2011	Utilisation de la thérapie orientée solution avec des patients atteints de la maladie de Crohn et observation du résultat sur la qualité de vie et la fatigue et sur le coût de la santé
17.	Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) with individuals with brain injury and their families.	Gan	2020	Utilisation de la TOS pour les patients porteur d'une lésion cérébrale acquise à la naissance et leurs familles dans le but de leur faire changer de regard sur leur situation
18.	Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program	Cockburn	1997	Inclusion de la TOS dans un programme de rééducation orthopédique pour une prise en charge globale incluant l'aspect psychologique
19.	Solution-focused therapy: an alternative approach to addictions nursing.	Chandler	1995	Introduction de la TOS dans une prise en charge médicale et psychologique de l'addiction par les infirmières
20.	Study to assess the effect of a structured communication approach on quality of life in secure mental health settings (Comquol): study protocol for a pilot cluster randomized trial.	MacInnes	2013	Mise en place d'une communication orientée solution dans un central médical pour améliorer l'investissement des patients dans leur prise en charge médical
21.	The effects of group solution- focused therapy on depression and completion of treatment in patients with chronic hepatitis B	Arvand	2012	Patients atteints d'hépatite B pour lesquels on utilise la thérapie orientée solution pour améliorer l'investissement dans le traitement

22.	Using solution-focused therapy during a psychotic crisis: A case study	Rhodes	2005	Application de la TOS à un patient en crise psychotique et questionnement sur la façon de communiquer des soignants avec ce patient
-----	------------------------------------------------------------------------	--------	------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Synthèse du tableau :

La thérapie orientée solution est un outil intéressant dans plusieurs domaines de la prise en charge médicale. Les articles concernent en effet plusieurs domaines de la prise en charge médicale.

En premier lieu, du point de vue du patient, elle permet une prise en charge plus complète des pathologies générales.

Dans un second temps, du point de vue du praticien, elle permet une prise en charge avec une communication nouvelle et inclusive.

## D. Discussion

La revue systématique présentée couvre à l'heure actuelle un large champ de domaines médicaux. Cependant, la littérature est encore trop peu présente pour identifier des indications précises à l'utilisation de la thérapie orientée solution. Elle s'étale sur plusieurs décennies. Il sera intéressant de voir l'évolution de la littérature dans les prochaines années pour voir si des utilisations claires se dessinent. De plus, les auteurs sont, à ce jour, des professionnels de la santé mentale plutôt que des somaticiens. Des études de l'utilisation de la thérapie orientée solution, dans le cadre d'une prise en charge médicale, seraient à privilégier dans les années à venir pour permettre un développement de sa pratique. D'autre part, les articles abordant les formations pour les professionnels de santé sont encore peu nombreux et concernent surtout les professions paramédicales. Cependant, les articles présentés nous laissent penser que le champ d'utilisation de la thérapie orientée solution peut être étendu tant pour les patients que pour les soignants. Une littérature enrichie pourra permettre de démocratiser l'utilisation de la thérapie orientée solution et de définir plus clairement ses indications.

## II. La thérapie orientée solution, un outil précieux pour le patient dans sa démarche de soins

### A. Une aide dans la prise en charge de la maladie chronique pour une amélioration de la qualité de vie

L'apport de la thérapie orientée solution dans l'acceptation d'une maladie chronique et l'amélioration de la qualité de vie du patient a été discuté dans différentes études.

En effet, une maladie chronique est un chamboulement important pour le patient, tant dans sa vie personnelle que dans son environnement social. Les ajustements de vie impactent de nombreuses personnes autour du patient et demandent un temps d'acceptation et d'adaptation. Pendant ce temps, le patient devra quand même rester impliqué dans sa prise en charge médicale et bien suivre les traitements, souvent lourds, imposés par sa pathologie. Les prises en charge psychologiques ne sont pas encore couramment incluses dans la prise en charge de la pathologie générale. C'est dans ce contexte que des scientifiques se sont penchés sur la thérapie orientée solution comme outil psychologique à la prise en charge. La thérapie orientée solution ne comprend que quelques séances, peu chronophages, et s'inclut facilement dans une démarche de soins.

L'équipe iranienne de Arvand *et al* en 2012 (16) s'est intéressée à l'utilisation de la thérapie orientée solution pour les patients souffrant d'hépatite B chronique. Ils ont constaté que des désordres psychiatriques peuvent être associés à l'hépatite B, ainsi qu'une dégradation de la qualité de vie. Une des conséquences les plus importantes de ces désordres psychiatriques sera la baisse de la compliance à prendre les médicaments prescrits et à suivre les régimes thérapeutiques.

Les 22 patients ont été séparés entre le groupe contrôle, ne bénéficiant pas de psychothérapie et le groupe intervention, bénéficiant de séances de thérapie orientée solution pendant 7 semaines à compter de 2 heures par semaine.

Le questionnaire Beck Depression Inventory (BDI) est utilisé au départ et à la fin de l'expérience pour déterminer le niveau de dépression des patients mais également la facilité à observer le traitement prescrit par le médecin.

Les conclusions tirées par cette équipe n'indiquent pas une diminution de la présence de la dépression chez les patients mais une diminution significative de l'importance de celle-ci. De plus, les patients du groupe intervention ont également suivi leur traitement médical avec plus d'assiduité et de compliance. On note en effet un score de BDI de 3,6 à la fin de l'étude pour le groupe intervention et un score de 14,8 pour le groupe contrôle. Tous les participants du groupe intervention ont achevé leur traitement alors que seulement 4 participants du groupe contrôle ont parfaitement complété leur traitement.

Table 1. Comparison of variables among two groups at the beginning study

Variables		Interventional group (n=11)	Control group (n=11)	p-value
Depression*		9.4±9.4 <sup>‡</sup>	14.6±13.1	0.29
Completion treatment				0.3
	Good	5(45.5) <sup>§</sup>	4(36.4)	
	Moderate	1(9)	4(36.4)	
	Bad	5(45.5)	3(27.2)	

\*Depression score by Beck depression inventory; <sup>‡</sup>mean±standard deviation; <sup>§</sup>Number (%)

Table 2. Comparison of variables among two groups at the end of study

Variables		Interventional group (n=11)	Control group (n=11)	p-value
Depression*		3.6±4.8 <sup>‡</sup>	14.8±13.5	0.02
Completion treatment				0.006
	Good	11(100) <sup>§</sup>	4(36.4)	
	Moderate	0	4(36.4)	
	Bad	0	3(27.2)	

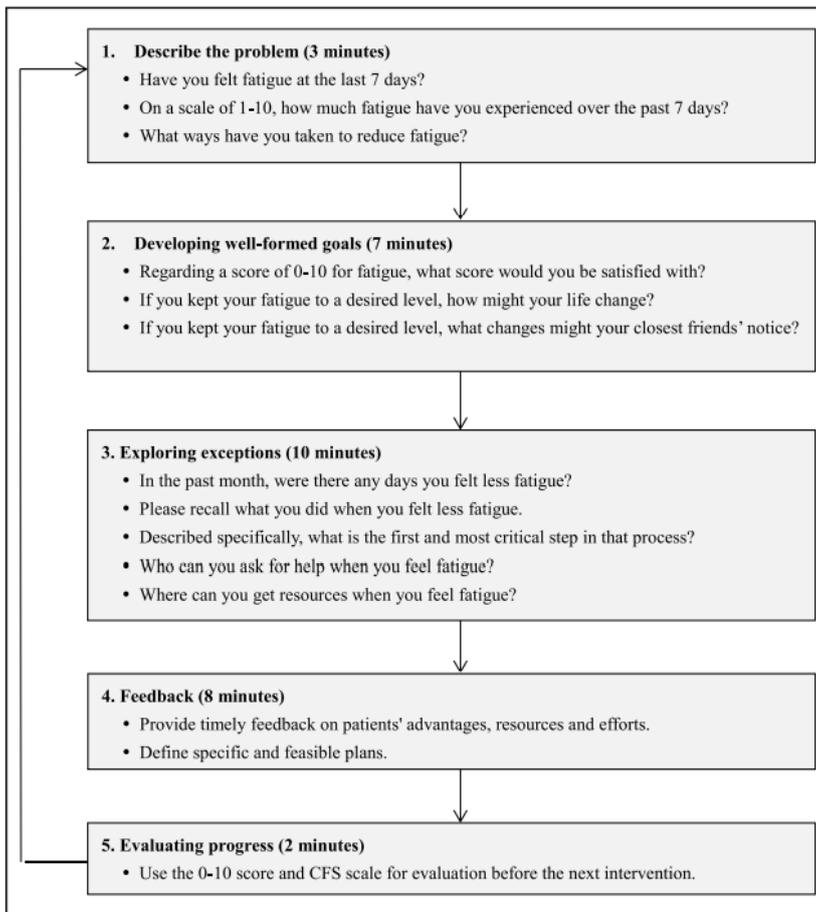
\*Depression score by Beck depression inventory; <sup>‡</sup>mean±standard deviation; <sup>§</sup>Number (%)

Figure 1 Tableaux de comparaison du score de dépression entre les deux groupes au début et à la fin de l'étude

La thérapie orientée solution semble donc être un outil très utile, peu chronophage et peu onéreux, pour prendre en charge les conséquences de l'hépatite B sur la santé mentale du patient. Elle semble aussi rendre le patient acteur de sa prise en charge médicale par des encouragements le rendant plus compliant et plus observant de son traitement médical.

Le cancer constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique et entraîne des traitements longs pour les patients. Xian *et al* (17) se sont intéressés à la fatigue relative au traitement du cancer colorectal par chimiothérapie. Cette fatigue oblige les patients à adapter leur vie, en particulier dans le domaine social, et devient source de dépression à cause des restrictions qu'elle entraîne. La fatigue ressentie comprend la fatigue physique entraînant des symptômes somatiques, la fatigue affective (intérêt pour des choses, concentration, travail actif...) et la fatigue cognitive (négligence, erreurs de parole, lenteur de pensée...).

2 groupes de patients ont été constitués : un groupe contrôle avec 62 patients ayant une éducation à la santé classiquement enseignée lors de prise en charge des cancers et un groupe intervention de 62 patients ayant un entretien de thérapie orientée solution de 30 minutes avant chaque session de chimiothérapie. Les patients sont amenés à remplir la Cancer Fatigue Scale-Chinese version (CFS-C) au démarrage de l'étude, à 3 mois et à 6 mois. Les infirmiers du service d'oncologie sont formés à la thérapie orientée solution.



**1. Description du problème (3 minutes)**

- Vous êtes vous sentis fatigués pendant les derniers jours ?
- Sur une échelle de 1 à 10, combien de fatigue avez-vous ressenti pendant ces 7 derniers jours ?
- Quelles voies avez-vous suivi pour réduire la fatigue ?

**2. Développement d'objectifs bien définis (7 minutes)**

- Sur une échelle de 1 à 10 de fatigue, à quel score seriez-vous satisfait ?
- Si vous gardiez votre fatigue au niveau désiré, comment cela changerait votre vie ?
- Si vous gardiez votre fatigue au niveau désiré, quel changement verrait vos amis les plus proches ?

**3. Exploration d'exceptions (10 minutes)**

- Durant le dernier mois, y-avait-t-il des jours où vous ressentiez moins de fatigue
- Rappelez ce que vous avez fait quand vous ressentiez moins de fatigue.
- Décrivez précisément la première et l'étape la plus importante du processus.
- A qui pouvez-vous demander de l'aide quand vous ressentez de la fatigue ?
- Où pouvez-vous trouver des ressources quand vous ressentez de la fatigue ?

**4. Faire un retour (8 minutes)**

- Donner un retour chronométré sur les avantages, les ressources et les efforts du patient
- Définissez des plans spécifiques et faisables.

**5. Evaluer la progression (2 minutes)**

- Utiliser les scores de 1 à 10 et l'échelle CFS pour évaluation avant l'intervention suivante.

Figure 2 Protocole de déroulement d'une séance de thérapie orientée solution pour les patients en cours de traitement de cancer

Les résultats de l'étude indiquent que la fatigue est significativement diminuée chez les patients du groupe intervention et la qualité de vie est améliorée, en particulier dans les premiers mois. La différence avec le groupe contrôle est importante. Les patients sont également plus susceptibles d'augmenter leur observance au traitement quand ils suivent les séances de thérapie orientée solution. Précisément, les patients ont une expérience psychologique positive, une réduction des réactions négatives, une capacité à s'adapter et à trouver des solutions pour faire face. Le potentiel du patient est mis à jour par l'infirmier et exploité au maximum.

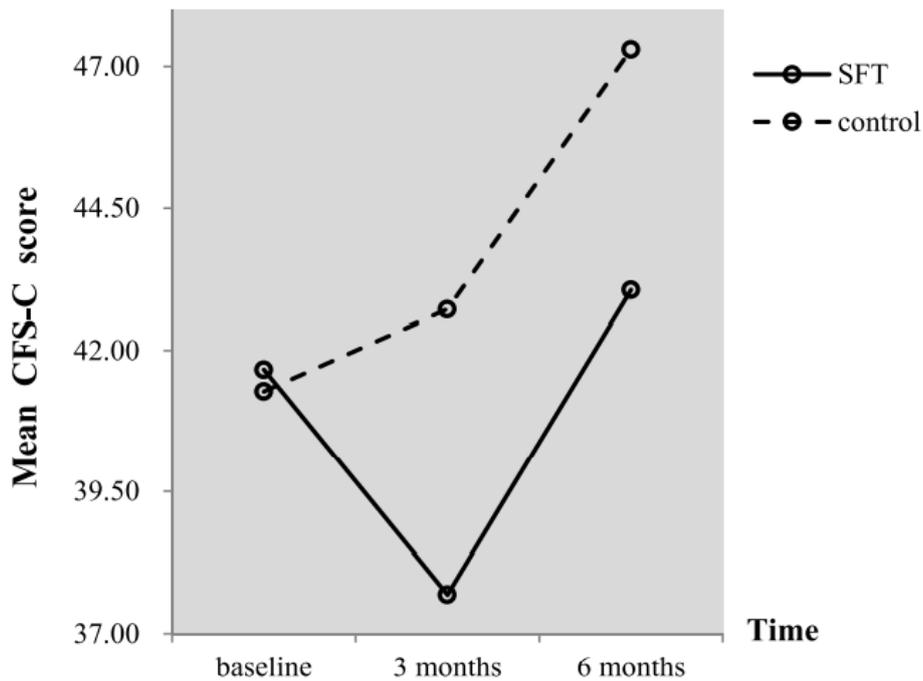


Figure 3 Graphique d'évolution de la fatigue des patients au cours du temps, comparaison du groupe contrôle et du groupe thérapie orientée solution

La qualité de vie a également un effet sur les conséquences somatiques du traitement, comme dans le cas du cancer colo-rectal : douleurs, difficultés de sommeil, réactions gastro-intestinales, anémie ou encore diminution de la moëlle osseuse. La thérapie orientée solution pourrait donc améliorer la santé physique en plus de la santé mentale.

Vogelaar *et al* (18) se sont penchés sur l'utilisation de la thérapie orientée solution dans le cas de patients atteints de la maladie de Crohn, maladie chronique inflammatoire du système digestif. Elle oblige le patient à un suivi très régulier chez son médecin. Le patient note très souvent une baisse de sa qualité de vie. L'objectif de l'étude sera de comparer un groupe contrôle de 20 patients ayant un suivi médical mais sans prise en charge psychologique à des groupes interventions (10 patients dans chaque groupe intervention), soit avec une thérapie orientée solution, soit avec une thérapie orientée problème.

Le groupe thérapie orientée solution participe à 5 sessions de thérapie pendant les 3 mois de durée d'étude. Le groupe thérapie orientée problème participe à 10 séances.

Les patients remplissent la Checklist Individual Scale (CIS) constituée de 20 items, chacun noté sur une échelle de 7, mesurant les 5 dimensions de fatigue : expérience subjective de la fatigue, concentration, motivation, niveau d'activité physique et un score total.

**Table 3** Checklist Individual Strength scores between baseline and follow up (in %).

	TAU (%)	SFT (%)	PST (%)
CIS fatigue			
Increase	54.5	14.3	40.0
Decrease	45.5	85.7	60.0
CIS concentration			
Increase	40.0	50.0	60.0
Decrease	60.0	50.0	40.0
CIS motivation			
Increase	50.0	33.3	50.0
Decrease	50.0	66.7	50.0
CIS physical activity			
Increase	54.5	14.3	60.0
Decrease	45.5	85.7	40.0
CIS total			
Increase	54.5	14.3	40.0
Decrease	45.5	85.7	60.0

Increase: a higher score from baseline to follow up = impairment of this domain.

Decrease: a lower score from baseline to follow up = improvement of this domain.

TAU: treatment as usual.

SFT: solution focused therapy.

PST: problem solving therapy.

**Checklist des scores de force individuelle entre le début de l'étude et le suivi**

- Score fatigue
- Score concentration
- Score motivation
- Score activité physique
- Score total

*Augmentation : un score plus élevé au départ qu'au moment du suivi = déficience dans ce domaine*

*Baisse : un score plus bas au départ qu'au moment du suivi = amélioration dans ce domaine*

*Figure 4* Tableau de comparaison de l'évolution des scores des patients des différents groupes selon différents critères observés

Les conclusions tirées à l'issue de cette étude sont une amélioration de la qualité de vie et une diminution de la fatigue pour les deux thérapies. Cependant, les améliorations des scores sont plus importantes pour la thérapie orientée solution. De plus, les coûts liés à la prise en charge sont beaucoup moins élevés dans le cas de la thérapie orientée solution car les séances sont moins nombreuses, les patients ont moins besoin de médicaments pour traiter la dépression et il y a moins d'admissions à l'hôpital.

D'autre part, le nombre de patients ayant abandonné la thérapie est plus important dans le groupe orienté problème : 44% contre 12% pour le groupe orienté solution. Cela s'explique par le manque de compréhension des patients dans la thérapie orientée problème et un meilleur investissement des patients dans la thérapie orientée solution. Les patients se sentent plus écoutés et compris.

D'après les auteurs de cette étude, la thérapie orientée solution semble très prometteuse pour suivre les patients atteints de la maladie de Crohn et leur permettre une amélioration de la qualité de vie, une diminution de la fatigue et une meilleure adhérence au traitement médical ou psychologique. Les limitations physiques constituent également un frein à la qualité de vie, la santé mentale et le bien-être social du patient. Des mesures doivent être prises pour que le patient puisse reprendre le travail.

Cockburn *et al* en 1997(19) ont étudié l'apport de la thérapie orientée solution dans les programmes de réinsertion professionnelle pour les patients ayant des problèmes orthopédiques.

Les patients ayant un suivi orthopédique ont souvent des limitations physiques importantes malgré un état général très bon. Les patients sont plus jeunes et ressentent donc beaucoup le handicap sur leur vie quotidienne.

Une comparaison a été faite entre un groupe contrôle, utilisant les techniques classiques de prise en charge, et un groupe intervention, suivant une thérapie orientée solution. Les facteurs psychosociaux sont primordiaux dans la réinsertion professionnelle de ces patients.

**Table V. Chi-square Analysis of Return to Work in Treatment and Control Groups**

Category	Treatment groups (n = 25)		Control groups (n = 23)	
	n	%	n	%
No work re-entry	0	0	5	21
<7 days	17	68	1	4
7 to 30 days	6	24	10	43
>30 days	0	0	7	30
Revocation <sup>a</sup>	2	8	0	0

<sup>a</sup>Revocation included those patients who voluntarily chose to access an agency or commission for additional training prior to returning to the workforce.

**Analyse du retour au travail dans les groupes traitement et contrôle**

Catégories :

- Pas de retour au travail
- Retour au travail en moins de 7 jours
- Retour au travail entre 7 et 30 jours
- Retour au travail en plus de 30 jours
- Démission

La démission inclut les patients qui ont volontairement choisi de s'adresser à une agence pour se former plus avant de retourner au travail.

Figure 5 Tableau de comparaison du groupe traitement et du groupe contrôle quant à leur retour au travail

L'étude conclut que les patients suivant la thérapie orientée solution trouvent plus facilement du travail, participent plus aux revenus et à la mobilisation de leur famille. Le tableau indique qu'aucun patient n'a pas été en mesure de reprendre le travail. La majorité des patients du groupe intervention a pu reprendre le travail en moins de 7 jours. Dans le groupe contrôle, les patients mettent en majorité entre 7 et 30 jours pour reprendre le travail. La thérapie orientée solution permet ainsi aux patients de voir qu'ils ont les ressources pour reprendre le contrôle sur leur vie, malgré leur santé.

Gan *et al* (20) en 2020 au Canada ont étudié la thérapie orientée solution comme aide pour les patients atteints de lésions cérébrales et leurs familles. Ces pathologies entraînent une diminution importante de la qualité de vie, des capacités motrices et cognitives et de l'estime de soi pour le patient. L'équilibre d'une famille est fortement modifié et tous les membres doivent s'adapter.

Les lésions cérébrales ne sont pas curables donc le patient doit apprendre à vivre avec. La thérapie orientée solution permet au patient de se concentrer sur ses ressources, ses forces et sur ses capacités qui lui permettront d'ajuster sa vie mais de continuer à évoluer.

Table 1  
Comparison of traditional medical paradigm with solution-focused paradigm

Traditional medical paradigm	Solution-focused paradigm
Expert approach – professional defines goals	Client driven – client/family defines goals
Hierarchical approach	Partnership and collaborative approach
Focuses on 'doing for' the client	Focuses on 'doing with' the client
Focuses on deficits and what is wrong	Focuses on strengths and resources
Pathology orientation	Non-pathologizing stance
Problem dominated and complaint focused	Solution oriented and resource focused
Orients to the past and details of the problem	Orients to the future and client goals
Focuses on failures and what doesn't work	Focuses on successes and what works
Focuses on fixing the problem	Focuses on possibilities for the future
Fosters dependence, helplessness, and despair	Promotes competence, optimism and hope

<i>Comparaison entre le paradigme médical traditionnel et le paradigme orienté-solution</i>	
<i>Paradigme médical traditionnel</i>	<i>Paradigme orienté solution</i>
<i>Approche d'expert – les professionnels définissent les objectifs</i>	<i>Mené par le client – le client/la famille définissent les objectifs</i>
<i>Approche hiérarchisée</i>	<i>Approche de partenariat et collaborative</i>
<i>Concentration sur « faire pour » le client</i>	<i>Concentration sur faire avec le client</i>
<i>Concentration sur les déficits et ce qui ne va pas</i>	<i>Concentration sur les forces et les ressources</i>
<i>Orientation sur la pathologie</i>	<i>Posture non pathologisante</i>
<i>Problème dominant and concentration sur la plainte</i>	<i>Orienté vers les solutions et axé sur les ressources</i>
<i>Orientation sur le passé et les détails du problème</i>	<i>Orientée vers le futur et les objectifs du client</i>
<i>Concentration sur les échecs et ce qui ne fonctionne pas</i>	<i>Concentration sur les succès et ce qui fonctionne</i>
<i>Concentration sur la résolution de problème</i>	<i>Concentration sur les possibilités futures</i>
<i>Favorisation de la dépendance, l'impuissance et le désespoir</i>	<i>Promeut la compétence, l'optimisme et l'espoir</i>

Figure 6 Tableau de comparaison des paradigmes médicaux traditionnel et orienté solution

L'article se penche sur le déroulé de la prise en charge par thérapie orientée solution des patients atteints de lésions cérébrales. Dans ce cas précis, les questions miracles doivent être posées avec attention car la maladie n'est pas curable. Il ne faut donc pas donner de faux espoir au patient. Il faut prendre en compte la souffrance du patient mais l'aider à se concentrer quand même sur le futur. Cette prise en charge permet également de normaliser l'état du patient. Il faut lui rappeler qu'il n'est pas le seul et que d'autres malades réussissent à avancer dans la vie.

Pour conclure, un parallèle peut être fait entre la prise en charge de ces pathologies chroniques et une prise en charge de patients au cabinet dentaire. D'une part, le chirurgien-dentiste est amené à soigner de nombreux patients atteints de maladie chronique ne leur permettant pas de s'investir pleinement dans leur prise en charge bucco-dentaire. En effet, leur attention est tournée exclusivement vers leur pathologie dominante. Cela constitue une perte

de chance pour la santé bucco-dentaire du patient. La thérapie orientée solution peut donc permettre au patient de trouver des ressources lui permettant de faire face à sa pathologie chronique, tout en ne négligeant pas sa santé d'un point de vue global.

D'autre part, certaines pathologies bucco-dentaires sont chroniques et demandent un investissement et une compliance importante du patient. On pense notamment aux douleurs neuropathiques plus rares mais surtout aux maladies parodontales. En effet, la clé de la prise en charge de ces pathologies est de rendre le patient actif de sa prise en charge. La thérapie orientée solution pourrait permettre au chirurgien-dentiste, en adaptant sa communication, d'améliorer les résultats de sa prise en charge.

## B. Une prise en charge complémentaire à la prise en charge médicamenteuse dans le cas de troubles mentaux

La prise en charge psychiatrique repose en premier lieu sur une prise en charge médicamenteuse, permettant de stabiliser l'état du patient. Une prise en charge psychologique complémentaire permet, entre les épisodes aigus, d'améliorer la compréhension de sa maladie par le patient et de trouver des solutions alternatives et plus durables à son état. Une relation nouvelle est également créée entre les soignants et les patients. Une des clés de la prise en charge est la confiance du patient dans son traitement et dans l'équipe médicale.

McNamee *et al* (21) en 2022 ont proposé un protocole d'études d'utilisation de DIALOG+, un outil de communication basé sur la thérapie orientée solution pour traiter les patients dépressifs. DIALOG+ est une intervention assistée par la technologie. D'une part, les soignants sont formés à une prise en charge orientée solution et, d'autre part, les outils numériques permettent au patient d'évaluer son état mais aussi de le comparer entre les séances avec son soignant. Les patients notent leur satisfaction à propos de 11 catégories : 8 sur la qualité de vie et 3 sur les aspects du traitement.

Les évaluations par les patients de leur état à l'aide de l'outil numérique se font au début de l'étude, au bout de 3 mois, 6 mois et 12 mois.

La sélection des patients regroupe plusieurs critères :

- Agé de 18 à 100 ans
- Ayant actuellement des symptômes de dépression ou une baisse de l'humeur non liée à des désordres psychiatriques depuis au moins 2 ans
- Reçoit actuellement un traitement d'un service de santé mentale avec un suivi avec le même praticien
- A la possibilité de donner un consentement éclairé, peut parler et comprendre l'anglais à un niveau permettant l'utilisation de l'outil DIALOG +.

Une dépression chronique a des conséquences cliniques et sociales majeures : augmentation du risque de suicide, qualité de vie diminuée, comorbidité physique, liens sociaux altérés...

Les praticiens sont également sélectionnés selon différents critères :

- Travaille en tant que professionnel de la santé ou professionnel de la santé mentale
- A au moins 6 mois d'expérience dans un établissement de soins de santé
- Voit régulièrement les patients avec une base mensuelle
- A de l'expérience dans le traitement de la dépression chronique
- Ne souhaite pas quitter son poste dans les 6 mois à venir.

Le nombre de patients inclus dans l'étude est de 367 entre les groupes intervention et contrôle. Le nombre de cliniciens est de 112.

Les patients sont donc pris en charge de manière différente pour la partie psychologique mais suivent toujours le traitement médical médicamenteux habituel et des interventions sociales leur sont toujours proposées.

L'étude est actuellement en cours de réalisation. Les premiers résultats vont dans le sens d'une grande amélioration pour les épisodes de dépression pour les groupes intervention. Les résultats concernant la dépression au long cours ne sont pas encore connus. Cette technique est appréciée par les patients et les soignants car elle ne nécessite pas l'intervention de nouveaux spécialistes. Les soignants peuvent être formés rapidement et efficacement.

Les résultats tendent vers une amélioration nette de la qualité de vie pour les patients. De plus, ils sont satisfaits de leur prise en charge et sont donc très investis dans leur démarche de soins et dans leur relation avec le soignant.

Les résultats définitifs de l'étude sont attendus dans les prochaines années pour déterminer les améliorations exactes et les indications précises de cette technique.

Dans une autre étude datant également de 2022, Aivaloti *et al* (22) étudient l'application de la thérapie orientée solution chez des patients atteints de schizophrénie. Les changements de comportement de la structure familiale sont analysés pour observer les effets sur la maladie.

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique sévère ayant un impact significatif sur le fonctionnement social des patients et constitue souvent un fardeau pour leurs familles. Les familles ayant un membre atteint de schizophrénie ont des caractéristiques de fonctionnement communes comme une augmentation des conflits et de l'agressivité entre les membres. Des rechutes de la maladie peuvent découler de l'environnement négatif, stressant, de l'hostilité ou de la critique qui régissent l'environnement familial. La qualité d'environnement familial est donc un facteur déterminant de l'évolution des symptômes de la maladie. Par conséquent, les hospitalisations sont moins nombreuses quand les symptômes de la maladie sont gérés.

Les thérapies familiales ont démontré une efficacité pour le traitement de la schizophrénie. Elles permettent de prévenir les rechutes de la maladie liées à des facteurs familiaux, quand les symptômes sont déjà atténués grâce à une prise en charge médicamenteuse.

Le but de l'étude est d'examiner l'efficacité de la thérapie orientée solution chez les patients atteints de schizophrénie, en se concentrant sur l'impact du changement dans les caractéristiques de la famille telles que cohésion, conflit, organisation, indépendance...

La thérapie orientée solution utilise le langage pour créer une réalité plus douce en se concentrant sur les aspects positifs, les ressources et surtout sur l'avenir. On ne parle pas du

problème mais du changement à faire pour arriver à une « solution ». Le thérapeute décrit avec le patient des objectifs réalistes et des choses à changer à la maison. Dans le cas de l'environnement familial du patient schizophrène, cela permet à la famille d'être en accord sur les changements à opérer, les objectifs et de voir les progrès effectués au cours des séances. Le futur est modelé selon les espérances de l'ensemble de la famille. Le patient se sent écouté, il peut parler des conséquences pour lui de sa pathologie et pas seulement parler de la maladie en elle-même.

30 patients sont partagés entre le groupe contrôle et le groupe intervention. Le groupe contrôle reçoit la prise en charge classique pour la schizophrénie et le groupe intervention reçoit une thérapie brève orientée solution. L'intervention consiste en 5 séances délivrées pendant 3 mois. Les résultats sont évalués à l'aide de la Family Environment Scale (FES) pour les caractéristiques familiales et à l'aide de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) pour mesurer les symptômes liés à la sévérité de la maladie.

Les patients sont sélectionnés selon différents critères :

- Sont dans une démarche de soins psychiatriques régulière
- Parlent grec couramment
- Démonstrent des capacités de lecture adéquates pour compléter les outils de recherche
- Consentent à participer à l'étude.

Les résultats de l'étude montrent que la thérapie orientée solution a un impact positif sur les maladies psychiatriques traitées médicalement. Les scores liés au conflit sont réduits alors que ceux liés à la cohésion, l'expression et aux loisirs sont augmentés selon la perspective des patients. La thérapie orientée solution semble donc être un outil efficace pour l'ensemble du système familial mais en particulier la cohésion, le conflit, l'organisation et le contrôle, ce qui a un impact sur la réduction des symptômes de la pathologie. Les symptômes du patient schizophrène sont donc réduits par la thérapie orientée solution. Les patients du groupe contrôle n'ont noté aucune différence dans le fonctionnement familial.

Une étude avec une inclusion de patients plus nombreux pourrait apporter davantage de résultats significatifs. En effet, le nombre de patients inclus dans l'étude constitue ici un biais. Une étude à plus long terme serait également intéressante ainsi qu'un élargissement des conditions d'inclusion des patients (par exemple, inclusion de patients hospitalisés ou instables).

En 2001, Hagen *et al* (23) ont étudié l'utilisation de la thérapie orientée solution chez 3 patients atteints de troubles mentaux, en particulier la schizophrénie.

Les étapes classiques de la thérapie orientée solution sont appliquées lors des séances :

- Demander au patient d'identifier le problème principal lié à son état de son point de vue. On note un changement de paradigme par rapport aux soins classiques fournis aux patients souffrant de désordres mentaux. Ici, on détermine avec lui quel est le problème le plus important : solitude, hygiène, perte de travail, complications sociales, voix intrusives ...
- Poser des questions utilisant des échelles pour que le thérapeute et le patient puissent situer le problème et voir son évolution. Les situations sont placées sur une échelle de 1 à 10. Les changements peuvent être notés objectivement entre les séances.
- Déterminer une exception et des situations où le problème a été vu différemment. Le patient doit trouver des moments pendant lesquels le problème était absent ou atténué et savoir ce qui était différent à ce moment-là. Le patient se rend compte qu'il a déjà réussi seul à mettre en place des stratégies d'évitement. Cela permet au soignant de mettre en valeur les forces du patient.
- Poser la question miracle. Le but de cette question est de faire imaginer au patient ce que serait sa vie sans le problème mentionné. Il doit essayer de dresser un tableau clair et précis de ce que serait la situation idéale.
- Instaurer des objectifs à atteindre à la maison entre les séances. Après avoir mis le doigt sur les moments où le problème était moins présent, le patient doit essayer de restaurer ces « parts de miracle » en reproduisant des activités ou des comportements.

Après l'application de la thérapie orientée solution dans le cas de ces 3 patients, plusieurs leçons sont tirées. Tout d'abord, le patient est vu comme un ensemble de forces et de ressources et pas seulement au travers d'une pathologie et de symptômes psychiatriques. Les hallucinations et les visions des patients sont prises au sérieux par les thérapeutes pour qu'ils se sentent compris et écoutés et qu'ils puissent trouver des solutions.

Le patient est vu comme un être humain à part entière et ses hallucinations sont discutées. Elles sont vues comme des manifestations à considérer et sensées et pas exclusivement comme des conséquences directes de la pathologie. Le patient peut mieux mettre en place des stratégies d'évitement lorsqu'il sent que la base de ses problèmes est comprise par le soignant.

Les échanges entre le patient et le soignant sont riches. Cela encourage les soignants à s'engager pleinement dans la démarche de soins, à innover. Les soignants se sentent moins frustrés de ne pas comprendre leurs patients. Le rôle du soignant est transcendé, il n'est pas exclusivement là pour délivrer le traitement médical mais également pour améliorer la compréhension de la situation du patient via la communication orientée solution. Les solutions de coping sont trouvées par l'équipe formée par le patient et son soignant.

La question miracle est cependant plus compliquée à appliquer dans le traitement des troubles mentaux. En effet, la pathologie ne peut pas disparaître, elle fait partie du patient. Il a donc du mal à imaginer une vie sans les hallucinations de toutes sortes. L'objectif pour la schizophrénie sera de diminuer les symptômes mais surtout de trouver les meilleures façons pour le patient de gérer sa pathologie au quotidien.

La thérapie orientée solution semble donc être une aide précieuse dans la prise en charge des troubles mentaux, tels que la schizophrénie, et toutes les conséquences qu'ils engendrent. Le patient est acteur de sa prise en charge et se sent écouté sans être vu uniquement à travers sa pathologie. Le soignant se sent également plus valorisé et investi dans la démarche de soins car la compréhension de la situation du patient est améliorée.

A la lumière de ces différents articles, la thérapie orientée solution semble être un outil prometteur dans la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Le patient se sent considéré comme un être humain à part entière et pas seulement vu à travers sa pathologie. L'investissement du patient est amélioré ainsi que sa compréhension dans les solutions de prise en charge complémentaires à la prise médicamenteuse. La relation avec le soignant est améliorée car il y a formation d'une alliance thérapeutique entre les deux acteurs du soin.

Ces études sont intéressantes également du point de vue des soins bucco-dentaires. Les patients souffrant de troubles mentaux sont difficiles à prendre en charge et développent souvent des habitudes néfastes pour leur santé bucco-dentaire. Un apport psychologique à la prise en charge permettrait au praticien de mieux mettre en place tous les soins nécessaires et surtout que le patient les accepte mieux. Une alliance thérapeutique peut être mise en place avec le patient. La confiance est un élément majeur d'autant plus important chez les patients atteints de troubles mentaux. Une stabilisation des symptômes va dans le sens de l'amélioration de la santé générale du patient.

### C. Un complément de prise en charge pour potentialiser les paramètres médicaux

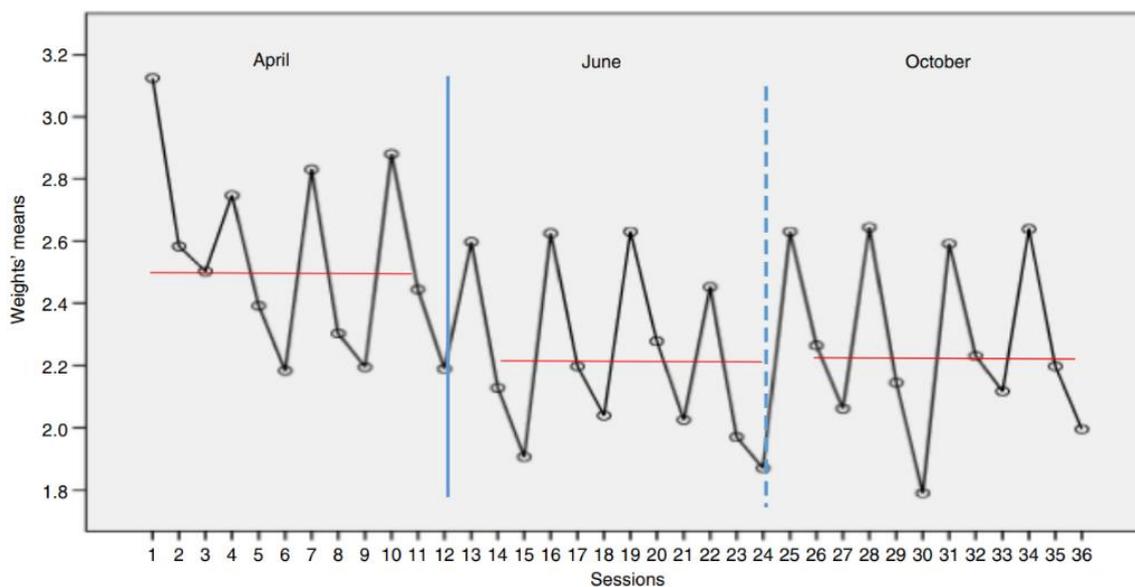
La prise en charge d'un patient ne repose pas uniquement sur la prise en charge purement somatique. En effet, on sait maintenant qu'une part de la prise en charge repose sur une communication saine et un investissement du patient dans son traitement. La question est posée de savoir si une relation et une communication renouvelées peuvent permettre d'améliorer les paramètres médicaux des patients.

Dans une étude datant de 2018, Beyebach *et al* (24) se sont intéressés à l'impact de la formation des infirmiers en thérapie orientée solution sur les patients en traitement par hémodialyse. Ces derniers sont soumis à de nombreuses restrictions quant à l'ingestion de fluides pendant le traitement. Les interventions psychosociales permettent aux soignants de faire mieux comprendre et adhérer le patient à son traitement.

Le traitement par hémodialyse permet de soigner les patients souffrant d'une insuffisance rénale sévère. Le comportement alimentaire des patients est un facteur primordial de la réussite du traitement. Ils ne doivent pas gagner de poids entre les différentes séances. Une observance au traitement permet de réduire le taux de complications médicales et donc d'augmenter le taux de survie.

Les 3 infirmiers du service d'hémodialyse ont suivi une formation de quelques heures sur la thérapie orientée solution et l'importance de l'adhérence au contrôle de l'ingestion des fluides. Ils ont été entraînés à féliciter le patient pour ses progrès, à partager avec les patients sur les détails des efforts demandés en termes de comportement. En cas d'augmentation du poids entre 2 séances, les infirmiers sont encouragés à valider les difficultés du patient et à faire preuve d'empathie.

36 patients sont inclus dans l'étude. Leur variation de poids est analysée entre les différentes sessions d'hémodialyse d'avril à octobre à compter d'une séance par semaine.



**FIGURE 1** Average IDWG for 3 months (year 2016) . Higher IDWG values represent poorer adherence with the fluid intake regime. The average IDWG for each of the three months is marked by the horizontal lines [Colour figure can be viewed at [wileyonlinelibrary.com](http://wileyonlinelibrary.com)]

*Moyenne du poids moyen gagné sur 3 mois. Les valeurs élevées représentent une adhésion faible au régime de prise de fluides. Les lignes horizontales montrent la moyenne sur 3 mois.*

Figure 7 Graphique représentant le poids moyen des patients au cours des sessions

Les résultats montrent une différence significative entre les scores au début des séances et à la fin, après application de la thérapie orientée solution. Les patients gagnent en moyenne moins de poids après que les infirmiers ont inclus une communication orientée solution à leur prise en charge.

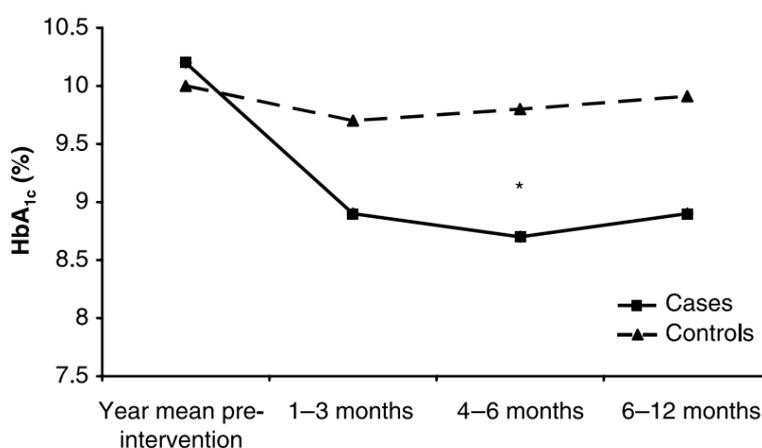
Ces résultats suggèrent qu'une adaptation de la communication des infirmiers avec leurs patients peut induire des changements notables dans le comportement des patients en dehors des sessions à l'hôpital. Une toute nouvelle approche de la prise en charge des patients en soins d'hémodialyse, basée sur une communication nouvelle, permet d'améliorer leur adhésion aux contraintes imposées par le traitement. La relation de soin entre le soignant et le patient peut être un outil majeur dans la prise en charge médicale. C'est une solution collaborative. La thérapie orientée solution est facile à enseigner et à inclure pour les soignants, ce qui constitue un outil peu onéreux, simple et efficace pour améliorer la prise en charge.

Cette étude présente cependant des limitations qui pourraient être gommées dans une étude future. L'échantillon devrait être plus grand et avoir un groupe contrôle pour comparer avec le groupe intervention. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés mais sont engageants quant à une efficacité de la thérapie orientée solution pour améliorer l'adhérence des patients au régime lié au traitement des insuffisances rénales sévères par hémodialyse.

Dans une autre étude plus ancienne datant de 2003, Viner *et al* (25) ont étudié l'application de la thérapie orientée solution comme outil pour aider les adolescents à stabiliser le diabète de type 1.

Le diabète de type 1 est une maladie chronique se déclarant parfois dès le plus jeune âge. Les adolescents ont donc de grandes responsabilités quant à la gestion de leur maladie. Ils doivent adapter leurs habitudes de vie pour suivre un régime plus strict que les autres adolescents. Cette gestion peut être difficile et repose sur une connaissance de leur maladie mais aussi sur la relation qu'ils entretiennent avec les soignants. La thérapie orientée permet de proposer une approche psychologique complémentaire à la prise en charge médicale.

77 jeunes patients sont inclus dans cette étude. Ils présentent un taux d'hémoglobine glyquée supérieur à 8,5%. Un groupe contrôle est constitué pour comparer avec le groupe intervention de 21 adolescents suivant des séances de groupe de thérapie orientée solution. 56 patients sont inclus dans le groupe contrôle mais seulement 21 seront analysés pour comparer les résultats avec le groupe intervention. Les participants répondent à plusieurs questionnaires au début de l'intervention : Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), the Self Efficacy in Diabetes (SED) and the Socrates stages of change questionnaire (questionnaire de mesure de motivation pour les patients diabétiques). Les réponses sont données au départ de l'intervention et au bout de 3 mois. Le taux d'hémoglobine glyquée est suivi sur une année.



**Figure 1** HbA<sub>1c</sub> before and after intervention in cases and controls.  
\*  $P < 0.05$ .

*Figure 8 Graphique représentant le taux d'hémoglobine glyquée des patients au cours du temps, comparaison des groupes contrôle et intervention*

Les résultats de l'étude montrent une diminution de l'hémoglobine glyquée chez les patients du groupe intervention. Le changement est déjà notable dans la période des 3 premiers mois mais il continue jusqu'à 1 an. Le bénéfice persiste donc après l'intervention.

Le biais principal de cette étude est le choix fait par les patients de participer ou non à l'étude. Cependant, les résultats encouragent à investiguer davantage l'utilisation de la thérapie orientée solution pour les patients atteints de diabète. Un soutien psychologique orienté solution permettrait donc aux patients de mieux gérer leur pathologie au quotidien et d'améliorer leurs paramètres de santé.

Dans une étude de 2009, Armer *et al* (26) se sont intéressés à l'effet d'une communication orientée solution par les infirmières pour réduire le risque de lymphœdème suite à une opération de cancer du sein.

Le lymphœdème est une des complications principales faisant suite à une opération de cancer du sein. La lymphe ne retourne pas dans la circulation et s'accumule souvent au niveau axillaire. S'il apparaît, il devient chronique et les patients devront y faire face à vie. Plusieurs consignes sont données aux patients pour éviter l'apparition du lymphœdème à la suite de l'opération : ne pas gagner de poids, ne pas soulever trop de poids avec le bras homolatéral, éviter une infection du membre... L'application et la compréhension des conseils post-opératoires sont donc primordiales pour les patients. La thérapie orientée solution est envisagée ici car les patients parlent de fatigue et d'absence de motivation quant à l'application des conseils post-opératoires.

27 patientes programmées pour une opération après diagnostic de cancer du sein participent à l'étude. Le volume du membre est mesuré en préopératoire, post-opératoire et tous les 6 mois pendant 18 mois après l'opération. Un questionnaire est rempli par les patients pour explorer leurs capacités d'engagement à prendre soin d'eux.

Les résultats du questionnaire soulignent les difficultés des patients dans différents domaines : capacité à maintenir l'attention et la vigilance aux facteurs significatifs pour le bien-être, capacité à raisonner selon une référence de soins personnels, motivation et capacité à mettre en place continuellement des opérations pour prendre soin de soi.

Les résultats soulignent le fait que la part psychologique dans la réussite du traitement est prépondérante. Dans cette optique, les soignants du service sont formés à une communication nouvelle orientée solution pour essayer d'accompagner le patient dans sa conduite post-opératoire. La thérapie orientée solution permet, ici, de s'appuyer sur une relation différente entre les infirmiers et les patients pour potentialiser les paramètres médicaux. En effet, la santé générale peut être améliorée par un complément psychologique et relationnel au traitement médical.

Cette étude pourrait être menée avec des paramètres plus précis et être étendue à plus de patients pour avoir des résultats et des adaptations plus probants. Un suivi plus rigoureux des scores collectés au début de l'intervention pourrait également rendre l'étude plus significative.

Pour résumer, on peut dire que la thérapie orientée solution semble être un complément novateur pour améliorer les paramètres médicaux liés aux pathologies générales. En effet, la relation entre le patient et son soignant est un élément important de la prise en charge. Elle permet au patient de s'investir et de mieux comprendre les contraintes liées à sa maladie pour améliorer son état de santé.

A la lumière de ces conclusions, l'application de la thérapie orientée solution apparaît comme une aide pour le chirurgien-dentiste. D'une part, les praticiens sont confrontés à des patients atteints de pathologies générales comme le diabète ou les affections de la formule sanguine qui ont une incidence bucco-dentaire majeure sur la cicatrisation, le risque infectieux... Une stabilisation de ces paramètres médicaux permet une prise en charge plus efficace de la cavité orale. D'autre part, le chirurgien-dentiste, en adaptant sa communication, peut améliorer les paramètres de son patient pour la sphère orale (comme pour les paramètres définissant la parodontite) ou pour la santé générale (meilleure compréhension d'une pathologie et de son incidence).

### III. Une prise en charge médicale nouvelle grâce à une communication enrichie par la thérapie orientée solution pour le soignant

#### A. Une amélioration de la relation dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique

Les soins psychiatriques sont une branche de la prise en charge médicale reposant sur une relation soignant/soigné. Cela constitue un élément primordial pour améliorer les symptômes du patient. Pour le soignant, la prise en charge constitue donc un investissement personnel et professionnel. Certaines difficultés peuvent être rencontrées et peuvent faire perdre la gratification liée à la réussite des traitements. Plusieurs études ont donc été réalisées, du point de vue du soignant, sur l'apport de la thérapie orientée solution pour améliorer la prise en charge psychiatrique des patients.

En 2003, Stevenson *et al* (27) ont appliqué la thérapie orientée solution aux soins infirmiers dans un service de soins psychiatriques d'urgence.

En effet, la gestion des décompensations de maladies psychiatriques demande une implication importante des soignants dans la relation avec le patient en complément du traitement médical. Le développement d'un milieu thérapeutique aide à l'amélioration de l'état des patients. Cependant, du point de vue infirmier, les formations nécessaires à la mise en place de cet environnement ne sont pas dispensées. La thérapie orientée solution pourrait permettre aux infirmiers de se concentrer sur les solutions à trouver rapidement pour leurs patients. Le patient est vu comme l'expert pour résoudre ses propres problèmes car c'est lui qui possède les clés pour entraîner des changements.

Plusieurs éléments permettent le bon déroulé de l'étude :

- Les infirmiers répondent à un test initial pour évaluer leurs connaissances sur la thérapie orientée solution. Le même test est proposé à la fin de l'étude pour comparer les savoirs.
- Pour la dernière formation, les infirmiers doivent faire un résumé de cas décrivant comment ils ont utilisé la thérapie orientée solution et l'impact de l'adaptation de leur état d'esprit sur leur pratique clinique.
- Les notes des infirmiers ont été analysées pendant les 2 ans de durée d'étude.
- L'expérience du patient est incluse aussi par un questionnaire bref sur l'efficacité de la session de thérapie orientée solution.
- Les infirmiers formés ont finalement rempli un questionnaire sur l'impact de la thérapie solution dans leur pratique quotidienne.

La formation repose sur plusieurs vidéos de mises en situation de soins et sur des sessions individuelles ou de groupe. 3 formations ont été planifiées sur une période de 3 mois. 23 infirmiers sont inclus dans l'étude. Ils travaillent dans des services d'hospitalisation soignant les patients atteints de désordres psychiatriques aigus ou dans une association chargée de prendre soin de patients atteints de troubles psychiatriques. 11 infirmiers ont terminé l'étude en remplissant le questionnaire final. 15 patients ont accepté de répondre aux questionnaires de l'étude.

**Pre-course test/Marking Strategy (Max score/60)**

1. What do you need to know about the client before the session? (5 marks)

*Name – nothing else (5)*

2. In order to gain rapport with the client what questions might you ask? (5 marks)

*Problem free talk (1)*

*Express an interest (1)*

*Notice strengths and changes, however small (1)*

*Chat that is unrelated to the problem (2)*

3. Having found out about the person's problems how would you take them from the *past* and into the *future*? (5 marks)

*Look for exceptions to the problem rule (1)*

*Describe what life would be like without the problem (1)*

*Miracle question (1)*

*How will it feel (1)*

*Scaling (1)*

4. When looking for 'exceptions to the problem rule' what is the therapist trying to do? (4 marks)

*Look for times when the problem did not exist, was less of a problem (2)*

*Find 'keys' to the solutions (2)*

*Test précédent le cours*

1. Que devez-vous savoir à propos du client avant la session ? (5 points) Nom et rien d'autre (5)

2. Pour améliorer le rapport avec le client, quelles questions devez-vous poser ? (5 points)

*Discussion sans le problème (1), Exprimer un intérêt (1), Noter les forces et les changements, même minimes (1), Discuter de choses non liées au problème (2)*

3. Maintenant que vous savez ce qu'est le problème de la personne, comment vous faites passer la personne du passé au futur ? (5 points)

*Chercher des exceptions au problème (1), Décrire ce que serait la vie sans le problème (1), Question miracle (1), Comment la personne se sentira (1), Echelle (1)*

4. Lors de « la recherche d'exceptions au problème », qu'est-ce que la thérapeute essaie de faire ? (4 points)

*Chercher des moments où le problème n'existait pas ou était moins un problème (2), Trouver les clés aux solutions (2)*

Figure 9 Extrait du test avant l'intervention orientée solution

A la fin de l'étude, les infirmiers disent avoir noté un réel impact positif de la thérapie orientée solution sur leur pratique clinique. Une grande majorité de soignants souhaitent continuer à l'inclure dans leur relation de soin. La culture infirmière peut changer de paradigme grâce à l'utilisation de la thérapie orientée solution. On n'utilise plus d'outils pour prendre soin des patients mais on fait évoluer la façon de considérer le patient. Mettre en place une relation fondée sur l'écoute, l'inclusion et la projection vers le futur autorise le tandem soignant/patient à se projeter dans un avenir plus serein.

Les patients ont également apprécié l'utilisation de cette thérapie. Ils se sont sentis plus écoutés et mieux pris en charge. Leur humeur et leur envie d'avancer dans la vie se sont améliorées.

En 2013, MacInnes *et al* (28) ont rédigé le protocole pour l'étude de l'utilisation de l'outil DIALOG dans la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques. Cette étude est la rédaction du protocole appliqué dans l'étude de 2022 de McNamee et co citée dans la première partie.

Les scientifiques se sont basés sur le constat qu'il fallait renouveler la relation thérapeutique dans les cas de prise en charge psychiatrique. En effet, de nombreux patients n'ont pas un état stable et font régulièrement des séjours en hospitalisation. De leur côté, les soignants ne tirent pas de gratification de ces situations d'échec et aimeraient avoir un impact plus positif sur la situation de leurs patients. Les soignants sont très au fait des traitements médicaux à donner aux patients mais reçoivent peu de formation sur la prise en charge psychologique, pourtant prépondérante dans ces cas. Le but est de remettre la perspective du patient au centre de la discussion.

Le protocole d'étude propose un suivi de patients sur 36 mois. Un groupe contrôle suivant une prise en charge classique regroupant 48 patients et un groupe intervention équivalent bénéficiant de la thérapie orientée solution. L'intervention comprend 6 sessions de thérapie sur une période de 6 mois. Les patients évaluent régulièrement leur satisfaction à propos des changements sur leur vie et sur leur traitement. L'évaluation par les échelles permettait aux patients et aux soignants de discuter pour améliorer la situation à chaque session. Le but de l'étude est de redéfinir la relation entre le patient et le soignant en se basant sur les retours des 2 parties.

Le protocole d'étude semble correct à la lumière de cet article. Il a été appliqué et les résultats en 2022 ont montré un bénéfice manifeste du point de vue du patient et du soignant. Les 2 parties se sentent plus en confiance dans la relation de soin et remplissent plus facilement leur part du cheminement. Les patients ont moins d'épisodes aigus de leur pathologie psychiatrique et les soignants se sentent utiles et investis dans la prise en charge.

Rhodes *et al* (29) en 2003 ont présenté un cas clinique sur l'utilisation de la thérapie orientée solution chez un patient en crise psychotique. Le patient souffre de schizophrénie paranoïaque et croit voir des démons. Il est suivi pendant 2 années et son thérapeute utilise la thérapie orientée solution.

Pendant les sessions du patient, la thérapie orientée solution permet de mettre en lumière les recours possibles pour le patient qui n'est pas satisfait de son état. Les discussions permettent de déterminer quelles sont les situations présentant des exceptions à l'état aigu du patient,

d'imaginer un futur meilleur et de se concentrer sur des objectifs simples. La relation est coconstruite par le patient et son thérapeute.

Le patient souffre d'une pathologie de schizophrénie se manifestant parfois par des crises psychotiques. Durant ces crises, il dit voir et entendre des démons se moquer de lui et le juger. La prise en charge médicamenteuse est mise en place.

L'efficacité de la thérapie orientée solution est évaluée à l'aide de questionnaires : Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) et 3 échelles de la thérapie cognitive (Chadwick ; Birchwood et Trower ; Fowler, Garretu et Kuipers). Chaque échelle comprend 5 niveaux. Elles permettent de déterminer le degré de conviction, la préoccupation et la détresse du patient.

La première étape de la prise en charge orientée solution est de faire face à la crise. Les hallucinations du patient sont prises au sérieux. La possibilité de donner des détails à propos des démons lui est laissée. Des situations d'exceptions sont soulignées et le patient est encouragé à les reproduire. Après plusieurs séances, la peur de l'attaque de démons peut être contrôlée par le patient. On passe donc ensuite à une phase de consolidation des progrès. Les questions sur les ressources, le futur et les projets continuent d'être posées et permettent au patient de cheminer vers une solution pour gérer ses angoisses et hallucinations. Des objectifs lui sont proposés entre les séances pour qu'à la maison également, les progrès continuent. La dernière phase de la thérapie sera de passer à autre chose. L'angoisse de l'attaque de démons est presque absente et son état mental est beaucoup plus stable. Il peut donc essayer d'évoluer dans sa vie en termes professionnels et sociaux.

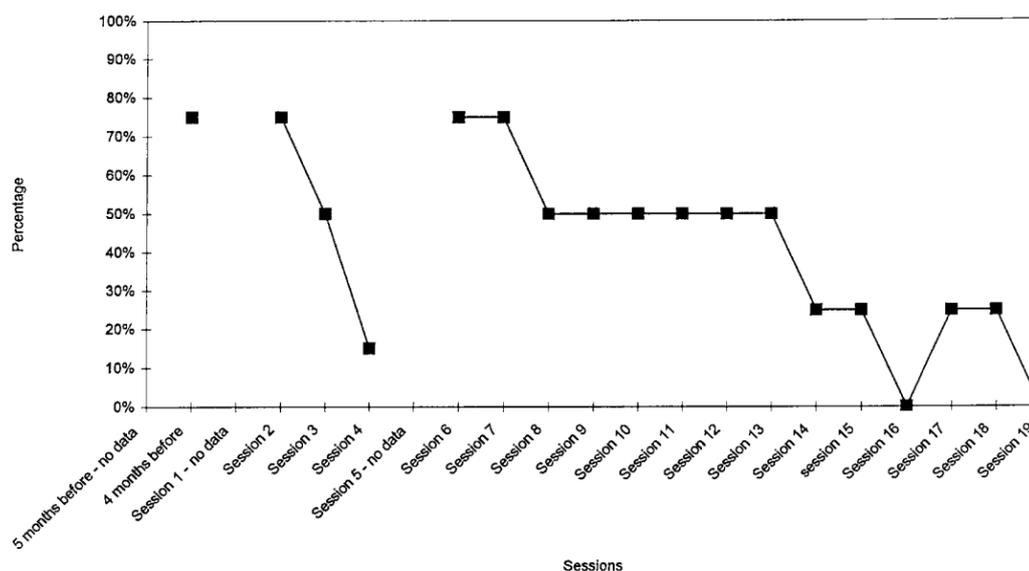


Figure 1. Percentage conviction during therapy

Figure 10 Graphique représentant le pourcentage de conviction à la phrase « The demons will come to test me on what I am reading. If I get it wrong, I'll go to hell; if right, I'll go to heaven » au cours des sessions

Après 2 ans, le patient présente un état mental beaucoup plus stable. Il est beaucoup plus en confiance malgré quelques épisodes de doutes. Il peut se concentrer sur son futur et avoir des objectifs sans dépendre de crises psychotiques. Le niveau de symptômes a drastiquement baissé et de gros changements sont intervenus dans la vie du patient. Il souffre moins d'isolement social et de peur de mourir.

Le thérapeute a donc permis au patient de se réinsérer dans la société, de contrôler sa pathologie et de se concentrer sur son avenir. La thérapie orientée solution, en complément de la prise en charge médicale, a donc permis dans ce cas de remettre le patient dans un cadre social. La relation thérapeutique est primordiale avec un suivi de 2 ans avec le même thérapeute. La thérapie orientée solution a permis au thérapeute, malgré l'impossibilité pour lui d'envisager des démons, d'accepter les problèmes du patient. Le patient sent que ses hallucinations sont prises au sérieux et écoutées. On ne soigne pas uniquement les conséquences de la schizophrénie.

Finalement, la thérapie orientée solution semble être un outil d'avenir dans la prise en charge psychiatrique. Les soignants peuvent parfois faire face à des situations paraissant insolubles. Ils n'obtiennent pas forcément de gratification et ont du mal à s'investir pleinement dans leur rôle de thérapeute complémentaire à la prise en charge médicale. La communication orientée solution leur permet de remettre le patient au centre du soin et de voir les progrès réguliers. Le futur est envisagé comme plein de promesses et d'améliorations, permettant au patient de reprendre le contrôle sur sa vie et d'accepter la pathologie sans être débordé. Les conséquences des désordres psychiatriques sont prises en compte mais les ressources du patient pour y faire face sont mises en lumière.

Les chirurgiens-dentistes sont amenés à prendre en charge des patients atteints de désordres psychiatriques. Cela constitue un obstacle à une prise en charge optimale. Un état psychologique stable et une communication adaptée vont permettre de faciliter les soins et la relation du patient avec le chirurgien-dentiste. Le praticien sera également plus en confiance s'il peut s'appuyer sur un outil comme la thérapie orientée solution. Elle permettra au chirurgien-dentiste d'être à l'écoute du patient qui peut avoir des peurs paraissant irraisonnées mais qui doivent être écoutées. Quand les objectifs sont définis entre praticien et patient, les appréhensions sont plus facilement calmées. La thérapie orientée solution est donc un outil intéressant pour la prise en charge bucco-dentaire de patients atteints de désordres psychiatriques et pour autoriser le déroulé optimal du plan de traitement.

## B. Un éclairage nouveau pour les soignants traitant l'addiction

Le traitement de l'addiction est un enjeu de santé public. Il entraîne une prise en charge pluridisciplinaire impliquant une relation de confiance avec tous les professionnels de santé. La prise en charge médicale du syndrome de sevrage est importante mais la considération de l'état psychologique du patient est fondamentale.

Szczegieliński *et al* en 2013 (30) ont étudié le niveau général de connaissance sur la thérapie orientée solution des patients et des thérapeutes dans les centres polonais traitant l'addiction.

La thérapie orientée solution est encore peu utilisée par les professionnels de santé car peu enseignée et connue. Les patients n'ont pas non plus conscience de la possibilité de bénéficier de thérapie orientée solution et non problème. Le but est de voir la thérapie à travers la solution et non à travers le problème. Le tandem soignant/patient se concentre sur le futur et non sur le passé. Il faut modifier la perspective sur les actions du patient, déterminer où sont les forces et que les patients en soient conscients.

L'alcoolisme a des répercussions importantes pour le patient, sur sa structure familiale et sa vie sociale. Les problèmes rencontrés le plus couramment sont : perturbations de la vie de famille, problèmes à interagir avec d'autres, problèmes financiers, violences contre l'entourage, problèmes avec la loi. Le diagnostic principal est somatique et le traitement qui en découle est pharmacologique.

L'étude inclut 64 thérapeutes et 191 patients. Les 2 groupes ont répondu à des questionnaires. Le questionnaire du thérapeute est constitué de 27 questions et celui du patient de 25 questions. Les 2 comprennent des questions informatives comme l'âge, le sexe, l'expérience de travail.

Des questions sont posées aux soignants quant aux paramètres déterminant le choix de la thérapie à utiliser. Les tableaux ci-dessous montrent que les habitudes sont difficiles à changer à cause de la pression liée à la structure de travail mais également à cause du manque de connaissances d'autres méthodes au cours de la carrière.

**Table 1.** What influences the choice of the form of therapy?

	Frequency	Percentage	Valid percentage
Tradition of the centre	34	36.17%	36.17%
Type of the therapists' education and skills on the model	38	40.43%	40.43%
Financial issues	12	12.77%	12.77%
No access to information about other methods	9	9.57%	9.57%
Other	1	1.06%	1.06%
N/A	0	0.00%	
Total amount	94	100.00%	

**Table 2.** How well do you know the Brief Solution Focused Therapy (BSFT) methods for solving problems?

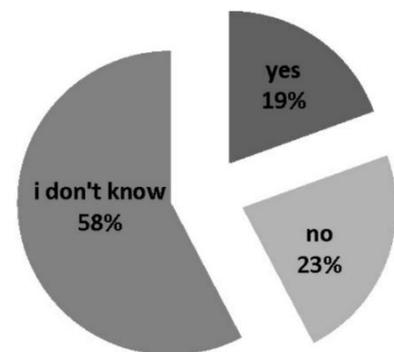
	Frequency	Percentage	Valid percentage
Not at all	5	7.94%	7.94%
I heard about it, but I do not know the details	44	69.84%	69.84%
I know the method, but only from a theoretical point of view	11	17.46%	17.46%
I know the method from a theoretical point of view and have it practiced	3	4.76%	4.76%
N/A	0	0.00%	
Total amount	63	100.00%	

*Figure 11 Tableaux indiquant les influences pour le choix des thérapies et le niveau des connaissances des professionnels de santé sur la thérapie orientée solution*

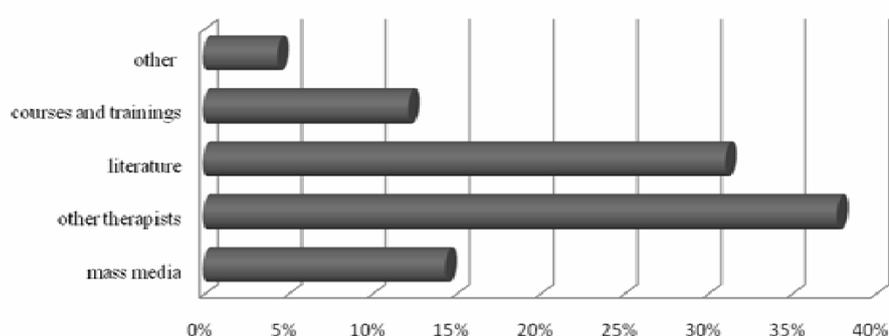
Les résultats du point de vue du patient montrent que 2/3 des patients connaissent le nom de la thérapie utilisée pour traiter leur addiction. Une partie des patients a indiqué que la thérapie qu'ils suivent ne résout pas leur problème ou seulement partiellement. Une grosse majorité des patients pensent qu'une autre forme de thérapie devrait leur être offerte à la fin de leur traitement. Quand il est demandé aux patients s'ils souhaitent suivre une thérapie orientée solution, ils indiquent ne pas avoir les informations nécessaires pour avoir une opinion claire sur cette thérapie.

**Table 7.** Having this treatment finished, would You like to be presented some alternative therapy methods, other than the ones experienced before?

	Frequency	Percentage	Valid percentage
Yes	127	66.49%	66.49%
No	23	12.04%	12.04%
I don't know	41	21.47%	21.47%
N/A	0	0.00%	
Total amount	191	100.00%	

*Figure 13 Tableau présentant la réponse à la question posée aux patients "Voudriez-vous que l'on vous présente des méthodes de thérapie alternative à celles que vous avez expérimenté auparavant?"***Figure 4.** Would you like to try the BSFT method?*Figure 12 Graphique présentant la réponse à la question posée aux patients "Voudriez-vous essayer la thérapie brève orientée solution?"*

Du point de vue des soignants, les réponses montrent que la thérapie utilisée pour la prise en charge des patients est celle enseignée lors de la formation reçue initialement. La tradition dans la prise en charge du patient est aussi évoquée. 2/3 des thérapeutes indiquent avoir entendu parler de la thérapie orientée solution. Les sources principales de connaissances sont les autres thérapeutes et les journaux professionnels. Cependant, les thérapeutes indiquent avoir envie d'avoir plus de formations au sujet de la thérapie orientée solution. Les thérapeutes pointent du doigt les différences culturelles dans la difficulté de prise en charge de l'addiction à l'alcool. Les patients peuvent avoir honte d'admettre souffrir d'une addiction. La seconde barrière est le manque de connaissances et le peu de prévention quant aux abus de substances. Les thérapeutes privilégient à l'heure actuelle les traitements associant des approches psychologique, biologique, environnementale et sociale.



**Figure 1.** What are the primary sources of your knowledge about the BSFT method?

*Figure 14 Graphique présentant les réponses à la question posée aux soignants "Quelles sont les sources principales de vos connaissances en thérapie brève orientée solution?"*

La thérapie orientée solution semble répondre aux besoins de thérapie centrée sur le traitement et non sur le problème. Elle semble intéresser les patients et les soignants mais n'est pour le moment pas très connue dans le cadre de prise en charge d'addiction. Les jeunes soignants sont plus prêts à faire évoluer leur prise en charge que les plus âgés, très attachés à leurs habitudes. L'introduction de la thérapie orientée solution comme solution plus compréhensive au traitement de l'addiction semble désirée du côté du patient et du soignant.

Chandler *et al* (31) en 1995 proposaient la thérapie orientée solution comme approche alternative pour les soins infirmiers traitant de l'addiction.

La thérapie orientée solution contraste avec les traitements habituellement délivrés pour les patients souffrant d'addiction. Ils étaient précédemment centrés sur la confrontation avec le déni du patient. L'addiction a une grande part psychologique liée à la difficulté d'acceptation de la situation, la honte et la gestion des conséquences sur la vie du patient.

La thérapie orientée solution permet au patient au soignant de se concentrer sur les forces du patient, sur les situations où il a réussi à gérer l'addiction et à se concentrer sur la possibilité d'un avenir sobre. Le soignant ne doit pas appuyer sur les moments de faiblesse du patient qui ont entraîné le problème mais sur la façon de le résoudre.

Le traitement couramment utilisé de l'addiction consiste à insister sur les conséquences de l'addiction dans la vie du patient : emploi, relations, santé, finances... Les membres de la famille sont souvent inclus pour qu'ils montrent au patient à quel point la vie a changé pour tout le monde depuis l'addiction.

Du point de vue du soignant, le but est de mettre en place une atmosphère positive et qui ne culpabilise pas le patient. C'est également gratifiant pour lui de pouvoir observer les progrès des patients et de les voir envisager sereinement l'avenir.

Le traitement se fait en 3 phases. La première phase consiste à créer une atmosphère dans laquelle le patient se sent actif dans son traitement et avec du pouvoir. Il doit sentir que le changement est possible. Il faut également mettre le doigt sur les changements déjà apparus et les succès que le patient a expérimentés. La seconde phase permet au patient de déterminer avec son thérapeute les changements voulus et quels seront les bénéfices réels de ces changements. Le cadre de référence du patient doit être respecté et la coopération entre patient et soignant doit se faire dans ce cadre. Le patient doit voir l'avantage pour lui d'être sobre sans que cela constitue le point final du traitement. En effet, ce sont les bénéfices qui en découlent qui sont un levier de motivation pour le patient. La question miracle est abordée pour se baser sur des situations où déjà le patient progressait sans le savoir. Des échelles sont mises en place pour observer les progrès entre les séances pour le patient et pour le soignant. Les progrès quantifiables sont également motivants pour les 2 parties. La troisième phase implique d'identifier les changements qui ont eu lieu et de voir les bénéfices qui en sont retirés. Cela implique de petits changements permettent de grands progrès. La responsabilité du patient est reconnue. C'est bien lui qui a fait les efforts et qui s'est donné la chance d'évoluer positivement. Souvent, plus le patient voit les progrès, plus il a envie de fournir des efforts. Même en cas de rechute, une erreur est reconnue mais le tandem soignant/patient peut s'appuyer sur les succès passés. Les proches du patient, par leur retour positif, permettent encore de nouveaux changements positifs.

Cette thérapie permet aux infirmiers de changer leur relation de soins. Ils créent une alliance thérapeutique avec le patient pour aller ensemble vers un objectif commun. Le soignant est récompensé de son travail et voit aussi les résultats. L'approche de soins est plus humaniste car centrée sur la personne. Le patient est au centre du traitement et c'est le soignant qui lui permet de s'en rendre compte. Une relation différente et plus gratifiante pour les deux parties est envisagée.

Pour résumer, la thérapie orientée solution peut être un outil très complémentaire aux médicaments dans la prise en charge de troubles psychiatriques que ce soit pour le patient ou pour le soignant. Il permet aux soignants qui ne sont pas forcément thérapeutes de repenser leur philosophie de soins en rendant le patient acteur de son traitement. Le soignant voit les résultats de son investissement ce qui rend son rôle plus gratifiant.

Dans le cadre d'une prise en charge bucco-dentaire, les praticiens sont souvent confrontés à des patients souffrant d'addictions. Les conséquences sont en général très rapidement importantes sur la cavité orale. Une participation du chirurgien-dentiste à cette prise en charge pluridisciplinaire est primordiale. La thérapie orientée solution est un outil de communication permettant au praticien d'encourager le patient sans le juger. En effet, la honte est un des facteurs à prendre en compte dans ce cas. Une inclusion d'une communication nouvelle peut donc être intéressante à l'échelle du cabinet dentaire également.

### C. Une relation renouvelée entre le soignant et le patient pour une prise en charge médicale reposant sur une alliance thérapeutique

La prise en charge médicale repose aujourd'hui sur des soins somatiques mais également sur une considération de l'état psychologique du patient. Créer une relation de confiance permet au patient de s'investir dans son soin et de faire preuve de compliance vis-à-vis du traitement proposé. Une façon de communiquer tournée vers la solution et un avenir meilleur comme la thérapie orientée solution peut être un outil novateur pour tendre vers une alliance thérapeutique bénéfique à l'état de santé du patient.

Wand (32) en 2010 s'intéressait à une perspective orientée solution pour les soins infirmiers dans le cadre d'une prise en charge globale du patient. La thérapie orientée solution prend en compte le problème mais les causes de celui-ci ne déterminent pas la direction à prendre pour trouver une solution. Le soignant détermine avec le patient ce qu'il veut de différent et explore ce qui doit être fait pour y arriver.

Prendre soin est la valeur fondamentale des soins infirmiers. La thérapie orientée solution et son approche humaniste sont donc en accord avec les fondements des soins infirmiers. Ces bases sont : la confiance, promouvoir une orientation positive pour le patient, affirmer et promouvoir les forces et mettre en place des objectifs pour la santé du patient. Les autres approches sont souvent centrées sur la résolution d'un problème en éliminant la cause. Le soignant utilise son autorité liée au statut et aux connaissances acquises. Le patient a un rôle passif et doit suivre les recommandations qui lui sont données. Certains problèmes peuvent donc ne pas être résolus. La thérapie orientée solution amène, au contraire, une nouvelle vision des choses applicables à la pathologie en question mais également à d'autres domaines de la vie. Pour les infirmiers, cette façon de travailler est plus optimiste, respectueuse...

Dans les soins médicaux, la façon de voir le patient est souvent en fonction du diagnostic. Il est vu selon un axe étroit médical et pas dans son contexte plus large de vie. Une liste de symptômes peut donc obscurcir la vision de la personne en elle-même.

L'intervention de thérapie orientée solution se déroule en plusieurs étapes :

- La première séance qui est la plus importante et pendant laquelle le plus gros travail est effectué. Les objectifs sont énoncés. Le contexte de vie est posé.
- La question miracle qui permet au patient de se projeter dans le futur en envisageant des possibilités meilleures.
- La mise en place d'échelles qui autorise le patient à voir les progrès qui sont faits entre les séances. C'est un très bon outil de communication entre le soignant et le patient.

- L'identification d'exceptions qui sont des situations où le patient avait déjà trouvé des solutions par lui-même avec une amélioration notable pour lui de la situation.
- La normalisation pour rassurer le patient sur le fait que beaucoup de gens font aussi face à des problèmes. Ils ne sont pas seuls et les problèmes ne sont pas hors de contrôle.
- Les compliments pour attirer l'attention du patient sur ce qu'il a déjà fait de bien et d'utile. Les compliments indirects permettent au patient de trouver seul ses forces.
- Les stratégies de coping (stratégies de d'adaptation) sont analysées par le patient et le praticien pour détourner l'attention de la solitude et de la souffrance et se concentrer sur ce que fait le patient pour faire face au problème.
- La fin de session pour que le praticien donne un retour au patient sur la séance. Les retours doivent être constructifs pour que le patient continue à entrevoir des changements positifs.
- Sessions suivantes avec mise en lumière des progrès toujours via les échelles mises en place dès le début de la thérapie.

La figure suivante issue de l'article liste les questions fréquemment posées par le thérapeute lors de la première séance pour définir ensemble les objectifs de la prise en charge.

**TABLE 1:** *Routine solution focused therapy questions*

---

What is it that brings you here to see me today?  
 What do you hope to get out of coming here today?  
 What are your best hopes for this session?  
 How will you know that coming here was helpful?  
 What will be different when this problem is solved?  
 How do you keep going?  
 What will be the first small thing that tells you things are headed in a positive direction?  
 How did you do that?  
 How did you decide to do that?  
 How did that make a difference?  
 When is it working?  
 How do you want things to be?  
 When are the times you feel like you handle it even a bit better?  
 How does that make a difference?  
 What will people see you doing that will tell them that you are happier?  
 What will be happening when this is all over?  
 How will other people know that things are better?

---

Questions de routine en thérapie orientée solution

Qu'est ce qui vous pousse à venir me voir aujourd'hui ?  
 De quoi espérez-vous sortir en venant aujourd'hui ?  
 Quels sont vos attentes pour cette session ?  
 Comment saurez-vous que votre venue vous aura aidé ?  
 Quelle sera la différence quand votre problème sera réglé ?  
 Comment continuez-vous ?  
 Quelle sera la première petite chose qui vous dira que vous allez dans la bonne direction ?  
 Comment avez-vous fait cela ?  
 Comment avez-vous décidé de faire ça ?  
 Comment cela a-t-il fait une différence ?  
 Comment cela fonctionne-t-il ?  
 Comment voulez-vous que les choses soient ?  
 Quand sont les moments où vous sentez que vous gérez un peu mieux ?  
 Comment cela fait-il une différence ?  
 Que ferez-vous pour que les gens voient que êtes plus heureux ?  
 Qu'est-ce qui se passera quand tout sera terminé ?  
 Comment les autres personnes verront que les choses vont mieux ?

Figure 15 Questions posées en routine lors de thérapie orientée solution

La thérapie orientée solution peut paraître être une thérapie superficielle ne s'intéressant qu'à la surface du problème et pas aux causes profondes. Il faut faire confiance aux patients pour qu'ils trouvent lui-même les ressources. Certains praticiens sont donc frileux à appliquer ces nouvelles techniques.

La thérapie orientée solution a pourtant montré son utilité dans différents contextes de soins. Elle partage les valeurs humanistes des soins infirmiers qui s'appuient sur une relation entre l'infirmier et le patient. Cela permet à l'infirmier d'encourager le patient à trouver des ressources sans prendre en compte la pathologie ou les symptômes.

Mjaaland *et al* (33) en 2009 ont développé un programme de développement des capacités de communication pour les médecins généralistes. Le programme se concentre sur les ressources du patient pour faire face aux problèmes que la pathologie soit sévère ou non.

La méthode GRIP a 4 objectifs :

- *Get a measure of the patient's subjective complaints and illness attributions.* Mesurer les plaintes du patient et les conséquences de la maladie.
- *Respond to the patient's understanding of the complaints.* Répondre à la compréhension des plaintes du patient.
- *Identify resources and solutions.* Identifier les ressources et les solutions.
- *Promote positive coping.* Promouvoir les réactions positives.

Historiquement, le dialogue entre le praticien et son patient est concentré sur les plaintes et les symptômes. Cette méthode s'inscrit dans la philosophie de la thérapie orientée solution pour donner plus d'emphasis à la participation du patient, à sa prise de décision et à ses qualités. Cette relation nouvelle est d'autant plus efficace pour les pathologies entraînant des plaintes subjectives sans pathologies biomédicales claires. Le praticien propose souvent une prise en charge physique quand le patient partage ses besoins psychologiques. Cela s'applique également aux pathologies chroniques pour lesquelles la relation praticien-patient influence la description de la maladie.

Aujourd'hui, les patients sont très concernés par la promotion de la santé, l'autonomie et la liberté de choix. La relation entre le médecin généraliste et son patient doit donc être repensée pour répondre à une vision différente de la santé. La méthode GRIP est proposée aux praticiens pour faire développer aux patients des techniques de coping en se basant sur les ressources et les qualités du patient. Le but de l'intervention est d'augmenter les techniques de communication utilisées par les médecins généralistes pour promouvoir les capacités de coping de leurs patients. La formation en thérapie orientée solution peut donc avoir un effet positif sur les patients et réduire leur stress.

25 médecin généralistes norvégiens sont inclus dans l'étude. 15 sont inclus dans le groupe intervention appliquant la méthode GRIP et 10 sont inclus dans le groupe contrôle. 40 heures de formations sur 8 semaines sont mises en place pour les praticiens. Le nombre de patients participant à l'étude s'élève au nombre de 266. La participation des patients se situe entre 25% et 60% selon les praticiens. Les consultations des praticiens et patients acceptant de participer sont enregistrées par vidéo.

Le comportement de communication des patients est évalué par le Roter Interaction Analysis System (RIAS) modifié pour n'analyser que la communication. Les questionnaires des patients sont le Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25), le Positive And Negative Affective Schedule (PANAS) et le Patient Experiences Questionnaire (PEQ).

Les résultats montrent qu'après l'intervention basée sur la méthode GRIP la communication dans la relation de soins est beaucoup plus centrée sur le patient. Le résultat est d'autant plus important quand le patient est dans une situation de détresse plus importante. Les émotions positives sont plus nombreuses dans le cas où le praticien utilise la méthode GRIP basée sur la thérapie orientée solution. Hors, un état d'esprit positif est une contribution majeure à la relation de confiance entre le praticien et le patient.

**Table 4**  
Total frequencies of turns in each of the coding categories in control and intervention groups before and after intervention.

	Intervention group				Control group			
	Before intervention (95 consultations)		After intervention (62 consultations)		Before intervention (50 consultations)		After intervention (59 consultations)	
	N	M (S.D.)	N	M (S.D.)	N	M (S.D.)	N	M (S.D.)
<b>ARCS codes</b>								
Attribution	36	.38 (.73)	30	.48 (1.35)	11	.22 (.68)	21	.36 (1.59)
Resources	58	.61 (1.89)	42	.68 (1.24)	6	.12 (.44)	24	.41 (.98)
Coping	47	.49 (.231)	22	.35 (.89)	3	.06 (.24)	10	.17 (.83)
Solution-focused techniques	21	.22 (.51)	43	.69 (2.28)	3	.06 (.24)	6	.10 (.36)
<b>General RIAS codes</b>								
Social talk	321	3.38 (4.20)	152	2.45 (3.83)	256	5.12 (6.48)	317	5.37 (6.74)
Biomedical questions	1079	11.36 (8.30)	590	9.52 (7.11)	499	9.98 (5.98)	547	9.27 (7.42)
Biomedical information	1325	13.95 (10.12)	802	12.94 (8.78)	697	13.94 (9.73)	828	14.03 (9.07)
Questions about lifestyle and psychosocial issues	844	8.88 (9.11)	543	8.76 (7.25)	309	6.18 (6.63)	398	6.75 (6.02)
Information about lifestyle and psychosocial issues	592	6.23 (7.55)	373	6.02 (5.89)	279	5.58 (6.53)	350	5.93 (6.83)
Gives orientation	677	7.13 (5.23)	420	6.77 (5.14)	424	8.48 (6.13)	406	6.88 (5.38)
Facilitation	612	6.44 (6.05)	391	6.31 (6.41)	305	6.10 (4.88)	377	6.39 (5.99)
Empathy	247	2.60 (2.93)	188	3.03 (2.94)	79	1.58 (2.38)	122	2.07 (2.59)
Shows disapprovalment	7	.07 (.26)	2	.03 (.25)	4	.08 (.34)	12	.20 (1.20)
Residual, unintelligible	307	3.23 (3.36)	190	3.06 (2.92)	168	3.36 (2.84)	181	3.07 (2.90)

Figure 16 Tableau présentant l'évolution des patients des groupes contrôle et intervention selon différents critères

Cette étude présente toutefois des limites. Le fait que les consultations soient enregistrées en vidéo découragent certains patients à participer, en particulier les jeunes patients souffrant de troubles de la santé mentale. Les praticiens choisissent également de participer ou non donc

le groupe intervention n'est composé que de soignants plus impliqués que s'ils étaient attribués aléatoirement.

Cependant, les résultats de cette étude sont encourageants et vont dans le sens d'une amélioration de la relation praticien/patient lors de l'utilisation d'une méthode de communication s'appuyant sur la thérapie orientée solution. Le changement de paradigme évoqué implique de passer du modèle biomédical à une vision remettant le patient en tant qu'être humain au centre de la prise en charge.

Dans un article de Smith IC (34) en 2011, une étude qualitative de l'effet d'une courte formation en thérapie orientée solution pour une équipe de travailleurs sociaux a été mise en place.

Les travailleurs sociaux sont amenés à prendre en charge des adultes porteurs de handicaps mentaux. La dimension psychologique de cette prise en charge est fondamentale de part et d'autre de la relation de soins. On cherche donc aujourd'hui à former ces travailleurs d'un point de vue psychologique. La thérapie orientée solution ne nécessitant qu'une formation brève avec une efficacité rapide semble donc être un bon outil dans le cas de la mise en place d'une formation à la psychologie.

Dans cette étude, 6 participants d'une équipe de travailleurs sociaux sont inclus. Ils prennent en charge des adultes porteurs de handicaps mentaux. Ils suivent une formation de 2 jours en thérapie orientée solution. 9 mois après, ils sont interrogés sur leur expérience. L'entretien se base sur les questions du Helpful Aspects of Therapy Questionnaire (HAT) légèrement modifiées.

Les conclusions, à l'étude des différents entretiens, montrent qu'une formation très courte obligent les participants à fournir beaucoup d'efforts pour inclure la thérapie orientée solution dans leur communication. Cela nécessite de la motivation et de la persévérance. Il est également difficile de faire accepter une nouvelle approche à certains collègues de travail.

Certains travailleurs ont pointé du doigt leur légitimité à appliquer la technique. Ils subissent une pression des organisations pour lesquelles ils travaillent pour avoir une philosophie de prise en charge toujours identique.

Malgré les difficultés, les participants ont noté un changement dans leur façon de communiquer avec les patients. Ils passent plus de temps à les écouter et les remettent au centre de la prise en charge. Ils prennent le temps de déterminer avec eux les objectifs et les perspectives d'avenir.

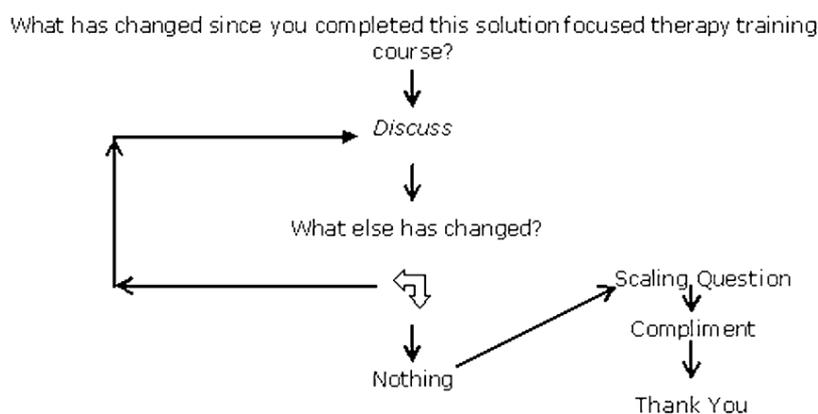
Les participants se sentent donc plus investis et efficaces dans leur travail. Leur confiance en leurs capacités grandit. Cela constitue un grand bénéfice pour les travailleurs sociaux qui sont un métier avec un taux de burn-out important.

Cette étude montre donc les difficultés à appliquer la thérapie orientée solution pour les travailleurs sociaux. Cependant, elle donne des pistes d'amélioration pour arriver à des changements : soutien des pairs, soutien de l'organisation... Les patients, les travailleurs et l'organisation semblent bénéficier ensemble d'une amélioration. Le niveau de collaboration et de communication est plus élevé. La résolution des difficultés est plus permanente.

Les limites de cette étude sont nombreuses mais elle donne tout de même des pistes pour d'autres études à approfondir. Il faudrait inclure un plus grand nombre de participants venant de plusieurs organismes.

Dans la même optique que l'article cité précédemment, Smith S (35) dans une étude datant de 2010, a étudié l'impact de la formation en thérapie orientée solution pour des étudiants en soins infirmiers sur une période de 6 mois. Le but est d'analyser la perception d'eux-mêmes des soignants en cas d'application de la thérapie orientée solution.

Les 8 participants sont invités à prendre part à une formation de 6 mois sur la thérapie orientée solution dans le cadre de leur formation initiale en soins infirmiers. Des questions leur sont posées lors d'entretiens individuels pour qu'ils parlent de l'impact de cette formation en thérapie orientée solution sur leur pratique. Les entretiens sont enregistrés par vidéos et sont ensuite analysés. Ils ont lieu plusieurs mois après la fin du cours donné et après que la thérapie orientée solution a été appliquée dans le cadre de soins.



**Figure 1**  
Schematic representation of the interview process

*Figure 17 Schéma de représentation du processus d'une séance de thérapie orientée solution*

Les résultats ont indiqué que les termes revenant le plus régulièrement lors des entretiens sont « confiance dans les patients », « positivité », et « confiance ». Les soignants ont l'impression d'avoir une meilleure compréhension de leurs patients en écoutant ce qui est important dans

leur vie. La foi des soignants augmente quant aux progrès possibles. Le travail se fait en meilleure collaboration soignant/soigné. Le second mot souligne le fait que les étudiants infirmiers montrent de l'enthousiasme à exercer leur métier et à voir des résultats concrets pour leurs patients. L'entretien individuel est mené plusieurs mois après la fin de la formation et le début de l'application de la thérapie orientée solution mais les bénéfices semblent être ancrés. Les soignants indiquent que la récompense de pouvoir changer la vie des patients, et pas seulement de se concentrer sur leurs problèmes, est gratifiante. Le mot « confiance », souligné également par les participants, indique que la gratification liée aux résultats sur la vie des patients permet aux jeunes soignants de prendre confiance dans leur pratique.

Cette étude constitue une petite étude pilote qui doit être approfondie et élargie pour permettre de donner des conclusions plus franches sur le sujet. Mais la thérapie orientée solution semble permettre aux soignants de remplir leur rôle avec enthousiasme et de retrouver les raisons pour lesquelles ils ont choisi le métier de soignant.

En 2007, Hosany *et al* (36) ont mis en place une étude pour favoriser la culture de l'engagement chez les infirmiers en soins psychiatriques d'urgence. Le but est de leur faire appliquer la thérapie orientée solution pour permettre aux soignants de se concentrer sur les forces et les stratégies de coping positives du patient plutôt que sur les problèmes et les faiblesses.

La prise en charge psychiatrique souffre parfois d'un manque d'engagement thérapeutique. Les résultats cliniques sont difficiles à prévoir. Un haut niveau d'intervention et d'interaction thérapeutique permet de diminuer la lassitude, la violence et les perturbations faisant suite au traitement. La relation de soins positive devrait être la norme dans la prise en charge de troubles mentaux.

Dans cette étude, 36 infirmiers en service de soins psychiatriques d'urgence sont inclus. Ils ont donné leur accord pour introduire des approches orientées solutions dans leur relation de soin et pour participer aux éléments d'évaluation. La formation intensive prodiguée au début de l'intervention dure 2 jours. Une échelle visuelle de 10cm est proposée aux participants pour évaluer à quel point leur travail est centré sur les problèmes du patient, sur les forces du patient, sur la quête de solution et sur les objectifs du patient. Des explications sont fournies en complément des échelles. Les questionnaires sont remplis avant la formation, 2 semaines après la formation et 3 mois après.

Les résultats montrent des résultats très positifs au bout de 2 semaines mais les effets de la formation commencent à se dissiper au bout de 3 mois. Les améliorations sont significatives en ce qui concerne la réduction de la concentration sur les problèmes, la concentration sur les objectifs personnels du patient, l'utilisation de la question miracle, la mise en avant d'exceptions, l'utilisation de questions de coping, la mise en place d'échelles.

Les résultats ne sont pas significatifs pour la concentration sur les forces et les ressources du patient et sur la recherche de solutions. Les soignants expliquent ces résultats par le fait que les entretiens individuels étaient déjà, avant l'utilisation de la thérapie orientée solution, des moments où le patient était au centre de la prise en charge.

Cette étude est un bon indicateur des avantages que peut présenter la thérapie orientée solution, pour les soignants, dans le cas d'une prise en charge psychiatrique aiguë, malgré une formation brève. L'utilisation et la connaissance de la thérapie orientée solution a été clairement augmenté au cours de l'étude. Une autre étude pourrait être mise en place pour déterminer les avantages réels sur la relation infirmier-patient. Les résultats sont quand même en faveur de ce qu'attendaient les scientifiques. La sélection d'un échantillon plus important permettrait d'avoir des résultats encore plus significatifs.

Le but de la thérapie orientée solution dans ce cas est de développer les compétences thérapeutiques des infirmiers et d'améliorer leur motivation, leur moral et leur confiance en eux. Elle semble donc être une aide pour les soignants d'unité de soins psychiatriques faisant face à des prises en charge complexes pour le patient mais également dans la demande d'investissement personnel de leur part.

Klar *et al* (37) en 1995 s'intéressaient à l'utilisation de la thérapie orientée solution dans des cabinets de médecine pédiatrique. Les pédiatres sont les interlocuteurs privilégiés des parents lorsqu'ils rencontrent un problème avec leurs enfants, qu'il soit d'ordre médical ou non. Le pédiatre connaît souvent l'enfant et peut se place comme médiateur auprès de l'école ou d'autres structures accueillant l'enfant.

**Table 1. BRIEF, SOLUTION-FOCUSED THERAPY**

<b>What It Does</b>	<b>What It Does Not Do</b>
1. Focuses on the client's goals and the steps he or she must take to realize his or her vision of the future.	1. Focuses on the past and the roots and causes of the problem.
2. Begins with what is right about the client by identifying and building on strengths and successes.	2. Begins with an assessment of the client's problem by focusing on or diagnosing psychopathology.
3. Aims at helping clients make useful changes by exploring and practicing behaviors that result in solutions that work for them.	3. Aims at helping clients change by exploring the meaning and origins of problematic behaviors.
4. Aims at resolving the client's complaint.	4. Aims at reconstructing the client's personality or character structure.
5. Views the time between therapy sessions and the opportunity it provides for practice and learning as the primary vehicle of change.	5. Views the discussion between client and therapist in session as the primary vehicle of change.
6. Views the client as the expert on the problem and the solution.	6. Views the therapist as the expert on the problem.
7. Ends therapy when the client feels he or she has realized specific goals or knows what to do to maintain his or her goals.	7. Ends therapy when the client has understood and worked through the origins of the problem.

**LA THERAPIE BREVE ORIENTEE SOLUTION**

**Ce qu'elle fait**

1. Se concentre sur les objectifs du client et les étapes qu'elle doit suivre pour réaliser sa vision du futur
2. Commence par ce qui est bien sur le client en identifiant et construisant sur les forces et les succès
3. Vise à aider le client à faire des changements en explorant et appliquant des comportements qui donnent des solutions fonctionnant pour le patient.
4. Vise à résoudre la plainte du patient.
5. Voit le temps entre les sessions et l'opportunité d'entraînement et d'apprentissage comme le premier moyen de changement
6. Voit le client comme l'expert sur le problème et la solution
7. Finit la thérapie quand le client sent qu'il a atteint ses objectifs ou sait quoi faire pour maintenir ses objectifs

**Ce qu'elle ne fait pas**

1. Se concentre sur le passé et sur les racines et causes du problème
2. Commence avec une évaluation du problème du patient en se concentrant/ diagnostiquant la pathologie
3. Vise à aider le client à changer en explorant la signification et les origines des comportements problématiques.
4. Vise à construire la personnalité ou le caractère du patient.
5. Voit la discussion entre le thérapeute et le client comme le premier moyen de changement
6. Voit le thérapeute comme l'expert du problème
7. Finit la thérapie quand le client a compris et a travaillé sur les origines du problème

Figure 18 Tableau de synthèse de "ce que fait" et "ce que ne fait pas" la thérapie orientée solution

Dans cet article, le déroulement d'une consultation centrée sur la thérapie orientée solution dans un cabinet pédiatrique est décrit. Les différentes étapes sont les suivantes :

- Mise en place d'un objectif
- Définition d'exceptions
- Réflexion autour de solutions hypothétiques
- Installation d'échelles pour évaluer la situation avec la famille
- Utilisation de compliments pour soutenir les forces et les progrès
- Devoirs donnés entre les séances

La thérapie orientée solution est un outil permettant, dans le cas d'une prise en charge familiale, de désamorcer des conflits, de réinstaller une discussion et de faire tendre tous les membres de la famille vers un objectif commun. Le praticien et la famille se concentrent sur un meilleur futur pour l'enfant. La coopération thérapeutique entre la famille et le praticien est renforcée. La pédiatrie implique, en effet, une prise en charge particulière liée à la gestion de la famille et pas seulement de l'individu seul.

L'ensemble de ces articles met en lumière la relation nouvelle amenée par l'utilisation de la thérapie orientée solution dans la communication entre soignant et soigné. Le soignant tire de la gratification du travail bien fait et de l'investissement mis dans la prise en charge. Il travaille dans l'intérêt du patient avec un investissement plus important de celui-ci dans son traitement. L'alliance thérapeutique est renforcée car tout le monde tend vers un objectif commun d'amélioration de la vie du patient en s'appuyant sur ses forces et ses réussites. Il n'y a aucune notion de culpabilité ou de responsabilité de part et d'autre. Le soignant peut

retrouver le cœur de son métier, à savoir être au service de la santé physique et mentale de son patient.

Pour le chirurgien-dentiste, une relation de soins basée sur une alliance soignant-patient serait un avantage certain. En effet, les patients sont souvent anxieux ou méfiants à l'idée de la visite au cabinet dentaire. La peur d'avoir mal est omniprésente ce qui entraîne des consultations parfois tardives et donc des bilans avec de nombreuses séances à prévoir. La thérapie orientée solution permet au couple praticien-patient de définir ensemble les objectifs réalisables à atteindre et de noter les progrès au fur et à mesure des séances. Le praticien se sent plus écouté également. Le soin devient plus gratifiant pour le praticien quand il sait que les objectifs sont clairs et partagés avec le patient. La méfiance qui peut parfois prédominer chez les patients est absente de la relation de soins. La thérapie orientée solution est donc un outil novateur pour la communication dans la prise en charge médicale et par extension au sein du cabinet dentaire.

## Discussion

La thérapie orientée solution trouve son application dans de nombreux domaines de la prise en charge médicale. La littérature est encore absente sur son utilisation pour les soins dentaires. Cependant, la communication orientée solution est enseignée dans le cadre de certains DU d'Hypnose médicale pour les soignants somaticiens.

En effet, la communication orientée solution est un complément aux techniques d'hypnose conventionnelle.(38) Elle permet au praticien de définir des objectifs de prise en charge avec le patient dès son arrivée au cabinet. Le but est de déterminer la raison de sa venue et ses objectifs de fin de traitement. Elle permet, avant d'utiliser les techniques purement hypnotiques, d'engager le patient et son praticien vers un but commun.

Cette communication est déjà utilisée par des praticiens comme le Dr Catherine Martin, chirurgien-dentiste en Corrèze.

Dans le cadre d'une prise en charge pédiatrique, elle peut permettre aux praticiens de trouver des leviers de progrès pour l'acceptation des soins ou pour des dysfonctions concrètes comme la succion de pouce. Il y a une entente de toutes les parties engagées (enfant, parents et praticien) vers un but commun qui est le bien-être et la santé de l'enfant.

Pour une prise en charge psychologique d'un grand édentement, entraînant une perception nouvelle de lui-même pour le patient, la thérapie orientée solution met en place, en début de soins, un accord entre le praticien et son patient. Le patient se rend compte qu'il a les ressources pour faire face à ce changement parfois radical en accordant sa confiance au praticien. Le praticien, de son côté, reconnaît les forces du patient qui fait face à une situation problématique.

On peut donc penser que les indications de la thérapie orientée solution sont très nombreuses dans le cas des soins dentaires. L'anxiété et la douleur étant des thèmes abordés par les patients durant la majorité des consultations chez le chirurgien-dentiste, on peut penser que la thérapie orientée solution ne demande qu'à être incluse dans une prise en charge du patient dans sa globalité par le praticien.

La question se pose de savoir si une initiation à cette communication pourrait être incluse dans la formation initiale des jeunes chirurgiens-dentistes. A l'heure actuelle, seuls les praticiens se formant en particulier aux techniques d'hypnose ont connaissance de techniques simples, utilisables quotidiennement au cabinet dentaire. Une communication renouvelée permettrait de faire face aux problématiques actuelles de méfiance de certains patients vis-à-vis de la profession. Une acceptation des soins permet une prise en charge plus complète et éclairée.

## Conclusion

La thérapie orientée solution semble être un outil novateur pour mettre en place une relation de soins basée sur une communication plus saine et inclusive pour le patient et pour le praticien.

Du point de vue du patient, la thérapie orientée solution permettrait de définir des objectifs communs avec le praticien pour améliorer sa santé à tous les niveaux. L'écoute des désirs et objectifs du patient est améliorée. Le patient peut définir des objectifs clairs avec son soignant et évaluer les progrès aisément. Pour les malades chroniques, la qualité de vie peut être améliorée par la relation patient/soignant en complément de la prise en charge somatique. Pour les patients atteints de troubles mentaux, la formation d'une alliance thérapeutique va dans le sens d'une diminution des conséquences de la pathologie. D'autre part, certaines pathologies sont dépendantes de paramètres vitaux comme le diabète de type 1. La thérapie orientée solution donne la possibilité au patient de mieux comprendre sa pathologie et d'adapter plus facilement ses comportements quotidiens en conséquence.

Pour le praticien, la thérapie orientée solution est une façon d'améliorer la communication avec son patient. L'objectif premier du soignant est que le patient adhère au traitement pour améliorer sa santé à tous les niveaux. Pour cela, il faut qu'une relation de confiance se mette en place. Le soignant se concentre ici sur les forces et les qualités du patient en prenant en compte ses contraintes. Les valeurs des professionnels de santé comme la bienveillance, le non-jugement, la tolérance rejoignent celles de la thérapie orientée solution. Cela permet au soignant d'exercer son métier dans un contexte plus apaisé et gratifiant.

Les études sur l'utilisation de la thérapie orientée solution dans la prise en charge médicale sont encore peu nombreuses. Cependant, les résultats semblent montrer qu'elle permet, avec une formation simple pour les soignants, de mettre en place une alliance thérapeutique dans tous les domaines de la prise en charge médicale. Le but n'est pas de remettre en cause la prise en charge médicale nécessaire à la bonne santé des patients mais bien d'essayer de renouveler la communication entre soignant et soigné. Il n'y a encore aucune étude précise sur l'utilisation de la thérapie orientée solution dans le cadre d'une prise en charge bucco-dentaire. Les possibilités d'études sont encore importantes et doivent être développées.

## Bibliographie

1. Moore R, Brødsgaard I, Abrahamsen R. A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment: *Three-year anxiety treatment outcomes vs control*. Eur J Oral Sci. août 2002;110(4):287-95.
2. Gerschman JA. Hypnoiability and Dental Phobic Disorders. Anesth Prog. 1989;7.
3. Marie-Laure GRARD BOBO VD. une approche différente avec l'hypnose. ID. 6 nov 2019;(38):24-5.
4. Venkiteswaran A, Tandon S. Role of Hypnosis in Dental Treatment: A Narrative Review. J Int Soc Prev Community Dent. 15 avr 2021;11(2):115-24.
5. Ostermann PG. LA THÉRAPIE ORIENTÉE SOLUTION. 2017;12:5.
6. Simard J, Turcotte D. La thérapie orientée vers la solution. Un modèle applicable à l'intervention en contexte d'autorité. Serv Soc. 12 avr 2005;41(3):77-93.
7. Franklin C, Zhang A, Froerer A, Johnson S. Solution focused brief therapy: A systematic review and meta-summary of process research. J Marital Fam Ther. 2017;43(1):16-30.
8. Shazer S. Brief Therapy: Two's Company. Fam Process. mars 1975;14(1):79-93.
9. Shazer S, Berg IK, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A, Gingerich W, et al. Brief Therapy: Focused Solution Development. Fam Process. juin 1986;25(2):207-21.
10. Priebe S, Omer S, Giacco D, Slade M. Resource-oriented therapeutic models in psychiatry: conceptual review. Br J Psychiatry. avr 2014;204(4):256-61.
11. Finlayson BT, Jones E, Pickens JC. Solution Focused Brief Therapy Telemental Health Suicide Intervention. Contemp Fam Ther [Internet]. 10 août 2021 [cité 15 janv 2023]; Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/s10591-021-09599-1>
12. Carr SM, Smith IC, Simm R. Solution-focused brief therapy from the perspective of clients with long-term physical health conditions. Psychol Health Med. 4 juill 2014;19(4):384-91.
13. Takagi G, Sakamoto K, Nihonmatsu N, Hagidai M. The impact of clarifying the long-term solution picture through solution-focused interventions on positive attitude towards life. Le NQK, éditeur. PLOS ONE. 13 mai 2022;17(5):e0267107.
14. Berggren U. Qualitative and Quantitative Effects of Treatment for Dental Fear and Avoidance. Anesth Prog. 1986;5.
15. Jöhren P, Enkling N, Heinen R, Sartory G. Clinical outcome of a short-term psychotherapeutic intervention for the treatment of dental phobia. QUINTESSENCE Int. 2007;38(10):9.
16. Arvand J, Shafiabadi A, Falsafinejad MR, Zali MR. The effects of group solution– focused therapy on depression and completion of treatment in patients with chronic hepatitis B. 2012;6(3).

17. Xian X, Zhu C, Chen Y, Huang B, Xiang W. Effect of Solution-Focused Therapy on Cancer-Related Fatigue in Patients With Colorectal Cancer Undergoing Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial. *Cancer Nurs.* mai 2022;45(3):E663-73.
18. Vogelaar L, van't Spijker A, Vogelaar T, van Busschbach JJ, Visser MS, Kuipers EJ, et al. Solution focused therapy: A promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients. *J Crohns Colitis.* déc 2011;5(6):585-91.
19. Cockburn JT, Thomas FN, Cockburn OJ. Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *J Occup Rehabil.* juin 1997;7(2):97-106.
20. Gan C. Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) with individuals with brain injury and their families. Begali V, éditeur. *NeuroRehabilitation.* 6 avr 2020;46(2):143-55.
21. McNamee P, Matanov A, Jerome L, Kerry S, Walker N, Feng Y, et al. Clinical- and cost-effectiveness of a technology-supported and solution-focused intervention (DIALOG+) in treatment of patients with chronic depression—study protocol for a multi-site, cluster randomised controlled trial [TACK]. *Trials.* déc 2022;23(1):237.
22. Aivalioti EI, Simos P, Basta M, Vgontzas AN. Brief Solution Focused Therapy on schizophrenia: A preliminary study of family characteristics and psychopathology. *Psychiatriki* [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2023]; Disponible sur: [https://psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1811&lang=en](https://psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1811&lang=en)
23. Hagen BF, Mitchell DL. Might within the madness: Solution-focused therapy and thought-disordered clients. *Arch Psychiatr Nurs.* avr 2001;15(2):86-93.
24. Beyebach M, Neipp M del C, García-Moreno M, González-Sánchez I. IMPACT of nurses' solution-focused communication on the fluid adherence of adult patients on haemodialysis. *J Adv Nurs.* 2018;74(11):2654-7.
25. Viner RM, Christie D, Taylor V, Hey S. Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with Type 1 diabetes: a pilot study. *Diabet Med.* 2003;20(9):739-42.
26. Armer JM, Shook RP, Schneider MK, Brooks CW, Peterson J, Stewart BR. Enhancing Supportive-Educative Nursing Systems to Reduce Risk of Post-Breast Cancer Lymphedema. *Self Care Depend Care Nurs.* oct 2009;17(1):6-15.
27. Stevenson C, Jackson S, Barker P. Finding solutions through empowerment: a preliminary study of a solution-orientated approach to nursing in acute psychiatric settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* déc 2003;10(6):688-96.
28. MacInnes D, Kinane C, Beer D, Parrott J, Craig T, Eldridge S, et al. Study to assess the effect of a structured communication approach on quality of life in secure mental health settings (Comquol): study protocol for a pilot cluster randomized trial. *Trials.* 2013;14(1):257.
29. Rhodes J, Jakes S. Using solution-focused therapy during a psychotic crisis: a case study. *Clin Psychol Psychother.* 2002;9(2):139-48.

30. Szczegieliak A, Bracik J, Mróz S, Urba M, Krysta K, Pyrkosz K, et al. GENERAL LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT BRIEF SOLUTION FOCUSED THERAPY (BSFT) IN POLISH ADDICTION TREATMENT CENTERS. 25.
31. Chandler MC, Mason WH. Solution Focused Therapy: An Alternative Approach to Addictions Nursing. *Perspect Psychiatr Care*. 16 janv 2009;31(1):8-13.
32. Wand T. Mental health nursing from a solution focused perspective: SOLUTION FOCUSED MENTAL HEALTH NURSING. *Int J Ment Health Nurs*. juin 2010;19(3):210-9.
33. Mjaaland TA, Finset A. Communication skills training for general practitioners to promote patient coping: The GRIP approach. *Patient Educ Couns*. juill 2009;76(1):84-90.
34. Smith IC. A qualitative investigation into the effects of brief training in solution-focused therapy in a social work team. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2011;84(3):335-48.
35. Smith S. A preliminary analysis of narratives on the impact of training in solution-focused therapy expressed by students having completed a 6-month training course. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. mars 2010;17(2):105-10.
36. Hosany Z, Wellman N, Lowe T. Fostering a culture of engagement: a pilot study of the outcomes of training mental health nurses working in two UK acute admission units in brief solution-focused therapy techniques: Brief solution focus therapy. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 18 sept 2007;14(7):688-95.
37. Klar H, Lord Coleman W. Brief Solution-Focused Strategies for Behavioral Pediatrics. *Pediatr Clin North Am*. févr 1995;42(1):131-41.
38. Servillat T. L'hypnose centrée sur les solutions. Le compliment qui guérit Paris: Dunod; 2022. 240 p. (Psychothérapies).

## Table des illustrations

Figure 1 Tableaux de comparaison du score de dépression entre les deux groupes au début et à la fin de l'étude .....	16
Figure 2 Protocole de déroulement d'une séance de thérapie orientée solution pour les patients en cours de traitement de cancer .....	17
Figure 3 Graphique d'évolution de la fatigue des patients au cours du temps, comparaison du groupe contrôle et du groupe thérapie orientée solution .....	18
Figure 4 Tableau de comparaison de l'évolution des scores des patients des différents groupes selon différents critères observés.....	19
Figure 5 Tableau de comparaison du groupe traitement et du groupe contrôle quant à leur retour au travail.....	20
Figure 6 Tableau de comparaison des paradigmes médicaux traditionnel et orienté solution	21
Figure 7 Graphique représentant le poids moyen des patients au cours des sessions.....	29
Figure 8 Graphique représentant le taux d'hémoglobine glyquée des patients au cours du temps, comparaison des groupes contrôle et intervention .....	30
Figure 9 Extrait du test avant l'intervention orientée solution.....	34
Figure 10 Graphique représentant le pourcentage de conviction à la phrase « The demons will come to test me on what I am reading. If I get it wrong, I'll go to hell; if right, I'll go to heaven" au cours des sessions.....	37
Figure 11 Tableaux indiquant les influences pour le choix des thérapies et le niveau des connaissances des professionnels de santé sur la thérapie orientée solution.....	40
Figure 12 Graphique présentant la réponse à la question posée aux patients "Voudriez-vous essayer la thérapie brève orientée solution?" .....	40
Figure 13 Tableau présentant la réponse à la question posée aux patients "Voudriez-vous que l'on vous présente des méthodes de thérapie alternative à celles que vous avez expérimenté auparavant?" .....	40
Figure 14 Graphique présentant les réponses à la question posée aux soignants "Quelles sont les sources principales de vos connaissances en thérapie brève orientée solution?" .....	41
Figure 15 Questions posées en routine lors de thérapie orientée solution.....	45
Figure 16 Tableau présentant l'évolution des patients des groupes contrôle et intervention selon différents critères.....	47

Figure 17 Schéma de représentation du processus d'une séance de thérapie orientée solution .....49

Figure 18 Tableau de synthèse de "ce que fait" et "ce que ne fait pas" la thérapie orientée solution.....52

## Collège des Sciences de la Santé

### UFR des Sciences Odontologiques

# Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Titre :

**La thérapie orientée solution, un outil dans la continuité de l'hypnose ericksonienne pour la prise en charge médicale : revue systématique de la littérature**

Résumé :

L'hypnose prend de plus en plus d'ampleur dans la prise en charge médicale. Dans son sillage, la thérapie orientée solution se présente comme un outil de communication permettant une relation de soins renouvelée entre patient et soignant.

Il s'agit de faire une revue systématique de littérature sur l'utilisation de la thérapie orientée solution dans la prise en charge médicale.

Nous nous référons à des publications trouvées sur les bases de données Pubmed et Embase. Les articles sont sélectionnés selon des critères définis dès le début de l'étude.

151 articles sont trouvés l'issue de la recherche. 95 articles sont exclus à partir de leur abstract ou de leur titre. Ils ne sont pas jugés pertinents dans le cadre de notre étude. Après l'application des critères d'exclusion, 22 articles sont inclus dans la revue. Les articles sélectionnés s'étalent des années 1990 à 2022.

La littérature en lien avec la thérapie orientée solution semble se développer au fil de dans même si elle ne permet pas encore de définir le champ de ses indications. Les articles traitent du point de vue du patient et du praticien et dans de nombreux domaines de la prise en charge médicale.

La littérature des prochaines années permettra de définir précisément les utilisations de la thérapie orientée solution dans la prise en charge médicale en particulier dans la prise en charge dentaire.

Mots-clés :

- Thérapie orientée solution
- Approche orientée solution
- Hypnose
- Implication
- Thérapie brève

Title :

**Solution-focused therapy, a tool in the continuum of Ericksonian hypnosis for medical care: systematic review of the literature**

Abstract :

Hypnosis is becoming increasingly important in medical care. In its wake, solution-focused therapy presents itself as a communication tool for a renewed care relationship between patient and caregiver.

The aim is to conduct a systematic review of the literature on the use of solution-focused therapy in medical care.

We refer to publications found on the Pubmed and Embase databases. The articles were selected according to criteria defined at the beginning of the study.

151 articles were found at the end of the search. 95 articles were excluded on the basis of their abstract or title. They were not considered relevant to our study. After applying the exclusion criteria, 22 articles were included in the review. The selected articles range from the 1990s to 2022.

The literature related to solution-focused therapy seems to be growing over the years, even if it does not yet permit to define the scope of its indications. The articles deal with the patient's and the practitioner's point of view and in many areas of medical care.

The literature of the next few years will allow us to define precisely the uses of solution-focused therapy in medical care, and in particular in dental care.

Keywords :

- Solution focused therapy
- Solution-focused approach
- Hypnosis
- Involvement
- Brief therapy