



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

Vouloir, pouvoir. Motivation et évolution de la motivation dans le traitement des addictions en établissement résidentiel. Documentation de la réunion annuelle du 15 août 2011, à Zurich, de la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie act-info-FOS

Schaaf, Susanne ; Grichting, Esther

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-72848>
Conference or Workshop Item
Published Version

Originally published at:

Schaaf, Susanne; Grichting, Esther (2012). Vouloir, pouvoir. Motivation et évolution de la motivation dans le traitement des addictions en établissement résidentiel. Documentation de la réunion annuelle du 15 août 2011, à Zurich, de la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie act-info-FOS. In: Réunion annuelle act-info-FOS, ISGF, Zurich, 15 August 2012.



Vouloir, pouvoir

Motivation et évolution de la motivation dans le traitement des addictions en établissement résidentiel

Documentation de la réunion annuelle du 25 août 2011,
à Zurich, de la Ligue pour l'évaluation des traitements
résidentiels de la toxicomanie *act-info-FOS*

Éd. : Service de coordination *act-info-FOS*
Susanne Schaaf, avec la collaboration d'Esther Grichting et
Heidi Bolliger

act-info-FOS
Forschungsverbund
stationäre Suchttherapie

Sommaire

Sommaire	2
Programme de la réunion du rapport annuel act-info-FOS du 25 août 2011, Zurich	3
1 Introduction : <i>Susanne Schaaf</i>	4
2 La motivation thérapeutique : repérer, développer et utiliser les ressources : <i>Rahel Roth</i>	6
3 « Der Goalie bin ig » - lecture sur scène : <i>Moritz Alfons</i> lit Pedro Lenz	16
4 Ne veut-il pas pouvoir ou ne peut-il pas vouloir ? De la motivation et de l'évolution de cette dernière : petit aperçu de la pratique : <i>Markus Zahnd</i>	17
5 La motivation thérapeutique est-elle illusoire chez les personnes dépendantes ? <i>Tamara Marx, Peter Bögli</i>	25

Programme de la réunion du rapport annuel act-*info*-FOS du 25 août 2011, Zurich
(traduit à titre d'information, réunion en allemand)

Vouloir, pouvoir - Motivation et évolution de la motivation dans le traitement des addictions en établissement résidentiel

- 13 h 15 – Salutation et introduction
13 h 30 *Susanne Schaaf, lic. en psychologie, psychologue FSP, ISGF*
- 13 h 30 – **Survol de la motivation thérapeutique**
14 h 30 *Rahel Roth, association « DIE ALTERNATIVE, Verein für umfassende Suchttherapie »*
Travailleuse sociale FH, thérapeute systémique ZSB, conteuse en formation ; travaille depuis 2002 dans le domaine des dépendances, collabore depuis 2005 à l'association « DIE ALTERNATIVE », depuis 2007 au service de consultation et de suivi post-cure « KANU » en tant qu'assistante sociale responsable des cas.
- La motivation thérapeutique, de quoi s'agit-il ? Relation entre besoins, motivation et comportement ♦ Création extrinsèque et intrinsèque de la motivation et processus de changement ♦ Expériences rencontrées dans la pratique
- 14 h 30 – **« Dr Goalie bin ig » – l'histoire d'un type attachant qui se coltine avec son addiction – lecture sur scène**
14 h 45 *avec Moritz Alfons, musicien, comédien et acrobate*
- 14 h 45 – Pause
15 h 15
- 15 h 15 – **Motivation thérapeutique – exemple tiré de la pratique I**
15 h 45 *Markus Zahnd, suchttherapiebärn*
Chimiste, enseignant, superviseur diplômé, coach & développeur d'organisation BSO ; travaille dans le domaine de la dépendance depuis 17 ans, directeur de la fondation « suchttherapiebärn » depuis 11 ans
- La motivation thérapeutique vue par « suchttherapiebärn » ♦ Expérience de la motivation au traitement ou au changement de la clientèle faite par la « suchttherapiebärn » ♦ Obstacles qui se dressent dans le parcours thérapeutique : quand la motivation thérapeutique faiblit, des phases critiques sont à prévoir ♦ Que peut faire l'institution ? ♦ Importance et rôle de la question du sens
- 15 h 45 – **Motivation thérapeutique – exemple tiré de la pratique II**
16 h 15 *Tamara Marx et Peter Bögli, clinique Südhang*
Tamara Marx, psychologue MSc et Peter Bögli, psychologue FH, travaillent en tant que thérapeutes qui suivent des cas à la clinique Südhang, un centre de compétences spécialiste de l'humain et de l'addiction.
- Motivation thérapeutique vue par la clinique Südhang ♦ Expérience de la motivation au traitement ou au changement de la clientèle faite par la clinique Südhang ♦ La motivation comme facteur thérapeutique ♦ Tâches motivationnelles de la personne en thérapie ♦ Jeux de rôle : dialogues thérapeute – patient
- 16 h 15 **Tour de table final**
Susanne Schaaf, ISGF

1 Introduction

Susanne Schaaf, lic. en psychologie, direction de l'évaluation des traitements résidentiels de l'ISGF

Créée en 1985, la *Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels act-info-FOS* est forte d'une longue tradition. En 1998, elle regroupait un nombre record de 82 institutions. Aujourd'hui, le nombre d'institutions participantes oscille autour de la cinquantaine.

Les échanges réguliers entre chercheurs et praticiens sont la raison d'être de la Ligue et de ses rencontres.

Nous avons retenu comme thème pour la réunion annuelle de cette année la motivation thérapeutique, ou motivation à changer. Cette motivation est en effet un aspect central dans la conception du processus thérapeutique. La recherche *act-info-FOS* montre qu'en 2010 :

- 14 % de la clientèle interrompt le traitement au cours du premier mois,
- 32 % de la clientèle interrompt le traitement au cours des trois premiers mois.

Même si la « réussite thérapeutique » ne peut s'expliquer automatiquement par la seule motivation thérapeutique, la question se pose de connaître le rôle de la motivation au début d'une thérapie d'abord, dans le lien des clients et clientes avec le processus thérapeutique ensuite ; la question est aussi de savoir si les thérapeutes savent repérer suffisamment tôt les obstacles pour mettre au point des solutions avec les personnes concernées. La motivation n'est pas une disposition qui existe ou bien qui n'existe pas chez une personne, cette dernière étant ou bien motivée ou bien non motivée : elle peut évoluer, elle subit un processus dynamique.

Motivations qui poussent à entamer un traitement

Dans d'anciennes versions du questionnaire de la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie FOS (utilisées jusqu'en 2001), l'une des questions posées aux clients et clientes concernait les motifs qui avaient été déterminants pour entamer un traitement dans un cadre résidentiel. Les clients et clientes avaient la possibilité d'indiquer, pour une série de motifs, si et dans quelle mesure ceux-ci concernaient leur situation ou la réflexion au sujet de leur situation¹.

Le tableau 1 ci-après indique les motifs que les clients et clientes ont considérés comme étant *les plus fortement correspondants à leur situation*. Il est apparu que l'envie d'une vie qui ait plus de sens représentait un motif important pour 79 % des personnes interrogées, suivie par

¹ La réponse était donnée par choix d'une des quatre catégories suivantes : « ne correspond certainement pas », « est plutôt correspondant », « correspond un peu », « correspond », auxquelles s'ajoutait la catégorie « Je ne sais pas ».

le souhait de vivre de manière plus consciente (76 %) et par la constatation que les problèmes ne se résolvent pas au moyen de drogues (71 %).

Tab. 1 : Motifs indiqués comme étant à l'origine du début du traitement (admissions FOS 2001)

Motifs possibles	Taux d'approbation	Total N
Envie d'une vie qui ait du sens	79 %	312
Veut vivre de façon consciente	76 %	314
Les drogues ne résolvent pas les problèmes	71 %	312
Dégoût de la dépendance	58 %	310
Rejet du milieu de la drogue	46 %	311
Arrivé à un point mort de l'existence	44 %	311
Je n'ai plus besoin de drogues	40 %	292
Peur d'atteintes psychiques	39 %	310
Peur d'atteintes physiques	38 %	313
Mesure thérapeutique plutôt qu'une condamnation	23 %	311
Peur des problèmes professionnels ou scolaires	22 %	310
Des connaissances sont parvenues à se passer du produit	21 %	289
Pas d'argent, pas de produit	20 %	299
Éviter une rechute après le sevrage	17 %	307
Pour mes parents	15 %	310
Peur d'une procédure judiciaire/de la police	15 %	312

D'autres motifs de commencement de traitement, qui étaient indiqués par moins de 10 % des personnes interrogées, étaient : sur l'insistance des parents ♦ sur l'insistance du ou de la partenaire ♦ le choc provoqué par l'overdose d'un ami ♦ une expérience religieuse ♦ la problématique du VIH ♦ d'autres motifs.

Les motifs indiqués alors présentent clairement un caractère intrinsèque. Il y a dix ans, des situations de pression, de contrainte, étaient rarement mentionnées. Nos orateurs et oratrices, Rahel Roth (DIE ALTERNATIVE), Markus Zahnd (suchttherapiebärn), Tamara Marx et Peter Bögli (Klinik Südhang) nous montreront maintenant comme la situation se présente aujourd'hui et quelles sont les réflexions qu'utilisent les établissements pour reconnaître et développer la motivation thérapeutique et pour l'utiliser comme facteur de traitement.

Les présentations ont été transcrites puis retravaillées par le Service de coordination act-info-FOS. Les orateurs ont ensuite autorisé leur publication pour le présent document. Nous remercions Sylvie Gentizon, Genève, pour la traduction française.

L'équipe act-info-FOS

Susanne Schaaf ♦ Esther Grichting ♦ Heidi Bolliger

2 La motivation thérapeutique : repérer, développer et utiliser les ressources

Rahel Roth, association « DIE ALTERNATIVE », assistante sociale FH, thérapeute systémique ZSB

L'association « DIE ALTERNATIVE » est composée des établissements suivants : « ULMENHOF », un centre sociothérapeutique, « FISCHERHUUS », un centre de réadaptation, les logements d'intégration « BACHMOOS », une maison pour enfants, le « TIPI » ainsi qu'un centre de suivi et de consultation, le « KANU ».

Sommaire

- L'histoire de la grenouille
- De façon non volontaire = non motivé ?
- Ce que l'on sait du lien entre les besoins, la motivation et l'action
- Essais de définition de la motivation
- La motivation des clients et clientes de l'association « DIE ALTERNATIVE »
- Comportements d'évitement
- Modèle de changement

L'histoire de la grenouille

Il était une fois deux grenouilles qui tombèrent dans une jatte de crème. Elles comprirent immédiatement qu'elles allaient se noyer, car il était impossible de nager ou de se laisser porter dans cette masse semi-liquide. Toutefois, elles s'agitèrent comme des possédées pour rejoindre le bord de la jatte. Mais c'était impossible. Finalement, une des deux grenouilles parla : « Je n'en peux plus, nous ne nous en sortirons jamais. Si de toute façon je dois mourir, alors autant arrêter les efforts tout de suite ! » Aussitôt dit, aussitôt fait : la grenouille stoppa ses efforts et coula vers le fond en moins de temps qu'il ne fallut pour le dire. L'autre grenouille en revanche était têtue et se disait : « Je ne vais pas me livrer si facilement à la mort ! » et elle continua d'agiter ses pattes des heures durant. Or, par son brassage incessant, elle changea peu à peu la crème en beurre. Fort surprise, la grenouille fit un saut et rentra pleine d'entrain chez elle, où elle vécut heureuse encore longtemps (inspiré de Bucay, 2005).

À « DIE ALTERNATIVE », des discussions ont souvent eu lieu ces dernières années au sujet de la motivation des clients et clientes. Les collaborateurs et collaboratrices de longue date surtout étaient d'avis que des personnes « non motivées » franchissaient de plus en plus souvent le seuil de l'établissement. Nous avons observé que la motivation à suivre un

traitement constatée dans les statistiques FOS 2001 (« Envie d'une vie qui ait du sens ») est en recul parmi notre clientèle actuelle et qu'elle est remplacée par d'autres motifs. Pour cette raison, nous avons décidé, au début de l'année 2011, qu'une journée de formation continue commune serait consacrée au thème de la motivation à suivre un traitement. Sur la base de nos résultats, je souhaiterais brosser un bref tableau des principaux aspects que nous avons relevés.

De façon non volontaire = non motivé ?

Beaucoup de clients et clientes viennent aujourd'hui à DIE ALTERNATIVE dans un contexte de contrainte. La question qui se pose donc est de savoir *ce qui* précisément n'est pas volontaire : le fait que les personnes concernées prennent contact avec l'établissement thérapeutique ? le fait qu'ils ou elles soient censés changer ? le but ou la voie sont-ils non volontaires ? Je crois que très souvent, l'aspect non volontaire concerne une *prise de contact sous contrainte*. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille mettre sur un même pied non volontaire et non motivé. Car il est possible d'effectuer un travail thérapeutique pertinent même et y compris avec des clients et clientes qui entament un traitement de façon non volontaire.

Un contexte de contrainte – lorsque les proches ou une décision juridique contraignent à une prise de contact – implique que les clients et clientes soient récompensés s'ils prennent contact avec l'établissement thérapeutique et sanctionnés s'ils ne le font pas. En conséquence, cette situation implique au moins une motivation minimale, à savoir que les clients et clientes souhaiteraient pouvoir se libérer des professionnels qui créent cette pression. Mais un comportement évitant ou le souhait de mettre un terme à une souffrance est également souvent caché derrière une motivation propre. Voici une phrase qui m'est restée de la thérapie systémique : « *Les clients et clientes viennent toujours pour éviter quelque chose de pire* ».

Motif et motivation

Le terme de motif est connu partout en rapport avec un comportement criminel, par exemple pour signifier de basses raisons d'agir. Fondamentalement, le motif désigne la raison qui suscite un comportement humain. La totalité des motifs d'une personne donnée influence les décisions et les actes de celle-ci et compose ainsi sa motivation. La motivation traite donc des facteurs qui incitent l'être humain à adopter un comportement déterminé. Une personne est motivée si elle s'attend à ce que des actions déterminées aient pour résultat qu'un but déterminé soit atteint.

Cela signifie que l'être humain recourt à *sa propre expérience* : « Je veux atteindre telle ou telle chose, le mieux pour y parvenir est cette façon de faire que je connais ». Nous connaissons très bien cette attitude chez les personnes qui souffrent d'une addiction. Elles ont déjà tenté

diverses démarches pour se sortir elles-mêmes de la dépendance, jusqu'à ce qu'elles se rendent compte, à un moment donné : « Mon expérience et mes forces ne me permettent pas de trouver seul une issue à la dépendance ». C'est à ce moment seulement que les personnes dépendantes s'adressent à des professionnels.

La motivation est un processus intérieur, qui déclenche et maintient un comportement volontairement choisi pour atteindre un but.

Du besoin à la motivation


Une motivation (« Je souhaiterais ») naît à *partir de* besoins (« J'ai besoin de ») et il en résulte un comportement (« Je veux », « Je prépare », « Je fais »).

Les besoins peuvent être orientés en fonction de différents aspects :

- Orientation et contrôle
- Appartenance et lien
- Augmentation et préservation de l'estime de soi
- Gain-de-plaisir, évitement du déplaisir

Je souhaiterais brièvement présenter deux théories liées à la notion du besoin : le modèle développé par Werner Obrecht et la pyramide des besoins d'Abraham Maslow. La différence entre les deux modèles tient au fait que pour Obrecht, les différents besoins coexistent, alors que Maslow souhaiterait montrer, au moyen de sa pyramide, que les besoins fondamentaux doivent d'abord être couverts si l'on veut pouvoir s'occuper ensuite d'autres besoins. D'après Maslow, on ne peut pas attendre des clients et clientes qui vivent dans la rue, qui ont faim, qui ont froid et qui sont toujours à court d'argent, qu'ils réfléchissent à un sujet comme « le sens de la vie ». Les besoins supérieurs passent à l'arrière-plan lorsque l'être humain lutte pour la satisfaction de ses besoins essentiels.

Ill. 1 : Les théories des besoins de Maslow et Obrecht

La pyramide des besoins selon Abraham Maslow (1977)	La théorie des besoins selon Werner Obrecht (d'après : Geiser, 2000).
 <p>La pyramide des besoins de Maslow est représentée par cinq niveaux de haut en bas :</p> <ul style="list-style-type: none"> Accomplissement personnel Besoins personnels : Reconnaissance, importance Besoins sociaux : Amitié, amour, appartenance à un groupe Besoins de sécurité : Sécurité matérielle et professionnelle (logement, travail) Besoins fondamentaux : Nourriture, boisson, sommeil <p><i>Besoins fondamentaux - besoins personnels : Besoins dont la non-satisfaction entraîne un déficit</i></p> <p><i>Besoins personnels - accomplissement personnel : Besoins qui permettent de croître</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins biologiques (par exemple : intégrité physique, besoins métaboliques, activité sexuelle) • Besoins biopsychiques (par exemple : besoin de changement, d'orientation, de sens, de contrôle) • Besoins biopsychosociaux (par exemple : affection, appartenance, autonomie, reconnaissance, justice)

Les besoins conduisent toujours à un *état de tension intérieure* (différence entre la situation actuelle et la situation visée). Cet état de tension intérieure est immédiatement jugé comme étant négatif ou positif (sentiments, images, convictions) et il constitue une motivation au changement, dans la mesure où la situation visée est jugée plus positive que la situation actuelle. Il en résulte une action, celle-ci étant conçue pour parvenir le plus près possible du but souhaité avec le moins d'efforts possible, sur la base de sa propre expérience et de son propre vécu.

Trouver la motivation

Nous savons, par nos clients et clientes dépendants, qu'un souhait de changement peut aller de pair avec le fait que la direction prise par le changement n'ait pas été clarifiée : ils ont décidé qu'ils aimeraient bien ne plus continuer avec une vie marquée par l'addiction et ils entament, plein d'énergie une thérapie et remarquent relativement vite – de manière analogue à ce qu'indiquent les données FOS relatives aux interruptions rapides – qu'ils ne souhaitent pas, dans le cadre du setting thérapeutique, *ce genre-là* de changement : « Qu'est-ce que je veux alors ? » Voilà précisément où se situe le défi thérapeutique : remotiver en permanence les clients et clientes, faire naître de nouvelles images.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la motivation de nos clients et clientes nouvellement arrivés n'est pas parfaitement claire d'emblée. Qu'est-ce qui motive la personne ? Est-elle motivée à prendre contact avec un établissement spécialisé pour se libérer de la pression ? Est-elle motivée à coopérer ou à nouer une alliance pour travailler ? ou bien par un changement ? Il est parfois difficile aussi bien pour les clients et clientes que pour les thérapeutes de trouver précisément le lien. On peut citer dans ce contexte la *motivation*

apparente. À DIE ALTERNATIVE, certains clients et clientes ont déjà essayé divers traitements et parfois, ils passent directement de l'exécution d'une mesure au traitement. En tant que thérapeutes, nous avons l'impression d'avoir noué une alliance pour le travail avec les personnes concernées, jusqu'au moment où nous nous posons la question : parlons-nous en fait de la même chose ? le client ou la cliente est-il vraiment motivé ? de prime abord, ces personnes paraissent souvent très bien adaptées, elles apportent beaucoup d'idées, mais en fait, en tant que thérapeutes, nous n'avons pas vu où se situe leur propre motivation. Or, l'une des tâches importantes d'une thérapie consiste à rechercher toujours et encore où se situe la motivation du client ou de la cliente, et comment, en tant que thérapeutes, nous pouvons repérer cette motivation.

En quoi consiste la motivation ?

Voici un essai de définition : « *La motivation est un processus, conduit par des motifs, qui nous pousse, qui se maintient en général jusqu'à ce que le but soit atteint.* » D'après Hobmair et al. (1997). Selon la vitesse à laquelle le but recherché est atteint, la motivation est à nouveau adaptée. Le processus signifie qu'il y a des hauts et des bas.

On distingue deux types de motivation :

- Motivation extrinsèque : motivation extérieure (récompense par des incitations externes) = comportement dans un but déterminé
- Motivation intrinsèque : propre motivation (« lié à la volonté », au « plaisir »)

À DIE ALTERNATIVE, nous avons remarqué que c'est précisément cette distinction qui était en jeu lorsque nos collaborateurs et collaboratrices de longue date ont eu l'impression que les « clients et clientes d'aujourd'hui » étaient moins motivés que les personnes d'il y a dix ans. Auparavant, les clients et clientes étaient effectivement plus fréquemment intrinsèquement motivés, alors qu'aujourd'hui leur motivation est plus souvent extrinsèque. En tant que thérapeutes ou assistants sociaux, nous avons attribué des poids différents à ces motivations : pour nous, la motivation intrinsèque était meilleure que la motivation extrinsèque.

À la question « Pourquoi travaillez-vous ? » posée au public de la rencontre annuelle de Zurich, toutes sortes de motifs différents sont donnés en réponse : pour l'argent, pour le plaisir, pour rencontrer d'autres collaborateurs et collaboratrices, en raison d'attentes de l'extérieur, pour le plaisir d'être avec d'autres gens, pour la reconnaissance, pour que sa propre action ait un sens ; autrement dit, il s'agit d'un mélange de motivations extrinsèques et intrinsèques. Certains aspects peuvent même comporter les deux composantes : si une personne est *dépendante* de la reconnaissance d'autrui, qui confère un sens à ses actions, la motivation est plutôt extrinsèque. Si le sens que revêt son action est pour elle une satisfaction intérieure, la motivation revêt alors un caractère intrinsèque. Une autre question a suscité un vif débat dans le public. Cette question était la suivante : « Qui parmi vous continuerait de travailler s'il ne recevait pas de salaire ? ». La discussion a confirmé que les facteurs de

motivation extrinsèques représentent une grande partie de ce qui nous motive à donner une certaine forme à notre existence. La motivation extrinsèque n'est pas mauvaise en soi, elle fait partie de notre existence au même titre que la motivation intrinsèque.

Pour résumer, on peut dire que la motivation est un processus dynamique, susceptible d'être modifié dans l'interaction et qui peut être extrinsèque ou intrinsèque. Tous nos clients et clientes sont motivés sous une forme ou une autre, car sinon ils ne seraient pas en traitement chez nous.

Motivations les plus fréquentes des clients et clientes qui commencent une thérapie à « DIE ALTERNATIVE »

Nous n'avons pas procédé à une saisie et à une évaluation systématiques des motivations thérapeutiques de nos clients et clientes. Mais les personnes qui s'inscrivent pour suivre une thérapie à DIE ALTERNATIVE doivent joindre une lettre de motivation. Ces documents décrivent une série de motivations, dont voici les plus fréquemment mentionnées :

- Éviter un placement des enfants ou souhaiter pouvoir continuer d'exister en tant que famille
- Éviter ou raccourcir un séjour en prison
- Éviter de perdre le contact avec des proches importants (qui sont plus souvent le ou la partenaire que les père et mère, même si ceux-ci jouent souvent un rôle essentiel pour notre clientèle)
- Éviter la souffrance de la rue (absence de logement, stress, maladie)
- Rarement citées : recherche de sens, désir de mener sa vie différemment

Il est rare qu'à son admission, un client ou une cliente nous déclare : « Je souhaiterais entamer une thérapie, parce que je souhaiterais donner une nouvelle direction à ma vie ». Comme nous travaillons principalement avec des clients et clientes qui ont une famille, les enfants sont souvent au cœur de la motivation de ceux-ci. Dans les rares cas pour lesquels la motivation avancée était une recherche de sens ou « une nouvelle vie », les personnes étaient en majorité célibataires : « Je n'en peux plus, je n'en veux plus, je veux trouver une nouvelle raison de vivre ». Dans les établissements de traitement des addictions qui n'acceptent pas d'enfant, le profil motivationnel est probablement différent.

En lien avec la motivation principale qui est d'éviter le placement des enfants, la difficulté suivante se présente : si les parents sont admis avec leurs enfants, la pression que constitue le risque de perdre son enfant disparaît immédiatement. Le principal facteur motivationnel se dégonfle, parce que le but est provisoirement atteint. Les thérapeutes doivent alors relever le défi de trouver d'autres motivations ou d'en élaborer d'autres avec les clients et clientes.

Thématique particulière : stratégies typiques d'évitement et interventions possibles

Il arrive régulièrement que consciemment ou non, nos clients et clientes adoptent des stratégies d'évitement, telles que :

- Ni ouvrir, ni lire les documents remis
- Ne pas venir aux rendez-vous
- Comprendre de travers
- Se plaindre, dévier (la faute)
- (Faire) échouer une intervention, exiger, agir

Nous rencontrons fréquemment ces types de comportements chez notre clientèle. Ce ne sont pas de piètres stratégies, car du point de vue des personnes concernées, elles sont parfaitement sensées puisqu'elles peuvent permettre d'atteindre les buts suivants :

- Maintenir l'estime
- Manifester sa force et sa détermination
- Poser des limites à son environnement (les personnes qui aident)
- Signaler ses propres représentations de la façon de résoudre le ou les problèmes
- Dresser une protection contre de nouvelles déceptions / mise sous tutelle / stigmatisation

Face à des stratégies d'évitement, on peut réagir de différentes manières. Dans le cadre du processus d'intégration de notre établissement, j'ai vécu les interventions suivantes comme étant utiles :

- Respecter les comportements d'évitement et le scepticisme, voir leur bien-fondé, éviter la confrontation. Il est contre-productif de dire quelque chose comme « Tu n'es pas vraiment motivé » à quelqu'un qui admet venir uniquement parce que sinon, les services de tutelle placeraient ses enfants.
- Manifester son intérêt pour les recherches antérieures de solution : qu'est-ce que les clients et clientes ont déjà entrepris pour améliorer la situation ?
- Au moyen de questions circulaires, rendre présentes ou superflues les instances qui ont adressé le client ou la cliente (services sociaux, services de tutelle, justice), et qui ont des mandats « cachés » : en posant des questions comme « Admettons que votre tuteur soit présent, que vous recommanderait-il ? », on parvient plus facilement à travailler avec les clients et clientes pour voir de quelle manière il leur est possible de satisfaire aux exigences ou d'atteindre leur but.
- Poser des questions concernant les soucis et les préoccupations plutôt que de se concentrer sur les problèmes : j'ai souvent entendu des clients et clientes dire : « Je

n'ai strictement aucune dépendance. Oui, mon enfant a été sevré après la naissance, mais mon entourage a eu le sentiment que c'était bien plus grave que ça ne l'était effectivement. » Or, cette situation recèle un piège : en tant que thérapeute, on est tenté d'argumenter en disant qu'il devait bien y avoir une dépendance si l'enfant a été sevré. Tandis que si l'on commence par laisser le point de vue du client ou de la cliente tel qu'il est et qu'on lui demande quels sont ses soucis et ses préoccupations, on tombe inmanquablement sur la consommation.

- Transparence et ouverture
- Recourir au client ou à la cliente comme conseiller du thérapeute : « si vous étiez à ma place, que me conseilleriez-vous ? »
- Préciser le mandat (le déclencheur, la demande) : qui veut quoi ?
- Convenir d'engagements concrets : qui fait quoi ?

Modèles de changement

Un modèle que l'on ne saurait oublier dans l'évocation des théories de la motivation est le *modèle du Rubicon des phases d'action, de psychologie de la motivation*, développé par Heinz Heckhausen et Peter Gollwitzer. Le modèle est fondé sur les phases suivantes :

- Besoin : « J'ai besoin de »
- Souhait : « Je souhaiterais »

Ces deux phases durent souvent longtemps. Elles sont suivies de la décision, décrite dans le modèle comme « Les dés sont jetés » (selon le mot de César « Alea jacta est » prononcé au moment de traverser le Rubicon) :

- Volonté : « Je veux »
- Plan : « Je prépare »
- Action : « Je fais »

Le modèle des *étapes de changement* (modèle transthéorique) selon James O. Prochaska et Carlo C. DiClemente décrit six phases de changement. Je voudrais mettre l'expérience de DIE ALTERNATIVE en regard de ces phases. Les personnes peuvent franchir certaines étapes puis retomber dans un état correspondant à des phases antérieures.

Tab. 2 : *Modèle des étapes de changement selon Prochaska & Di Clemente*

Pré-intention (pas de conscience du problème)	En tant qu'établissement résidentiel de traitement de la toxicomanie, nous n'avons pratiquement pas de contact avec les personnes qui n'ont pas conscience d'un problème. C'est une situation qui concerne plutôt les professionnels de la prévention ou les services ambulatoires de toxicomanie. Durant cette phase, les personnes concernées n'ont pas l'intention de changer leur comportement, car elles n'ont pas conscience d'un problème. Elles n'ont pas conscience non plus des conséquences de leurs actes. Elles surévaluent le coût d'un changement et sous-évaluent les avantages d'un tel changement.
---	--

	<p>Il se peut parfaitement que des clients et clientes retombent dans cette phase durant les trois premiers mois de leur traitement résidentiel. Les personnes jeunes notamment peuvent entamer la thérapie avec une forte motivation, dans l'euphorie, et parvenir après un certain temps à la conclusion qu'ils aimeraient bien ressortir, puisqu'ils n'ont plus de problème et qu'ils sont parfaitement en mesure de vivre sans addiction.</p>
Intention	<p>Nous sommes également rarement en contact avec les clients et clientes qui se trouvent dans cette phase. Celle-ci concerne vraisemblablement les personnes qui cherchent une consultation ambulatoire : elles commencent à soupeser les coûts et les bénéfices et se trouvent dans une situation ambivalente. Beaucoup de clients et clientes restent longtemps dans cette phase, qui précède une prise de décision. DIE ALTERNATIVE connaît la situation dans laquelle après six mois de traitement orienté vers l'évolution, des clients ou clientes prennent la décision de retourner au programme avec prescription d'héroïne. Après avoir analysé les coûts et les bénéfices, elles concluent qu'une vie sans addiction ne leur apporte pas autant que prévu.</p>
Préparation	<p>Dans cette phase, les clients et clientes sont parvenus à la conclusion que le bénéfice d'un traitement sera plus élevé que les coûts prévisibles. Ils commencent à agir et viennent par exemple à un entretien sans engagement à DIE ALTERNATIVE ou bien à un entretien suivi d'une demande d'admission. Dans cette phase, les clients et clientes ont souvent déjà des idées ou un plan de la direction qu'ils voudraient prendre pour leur changement. La tâche des thérapeutes consiste à découvrir ces conceptions. Cette tâche n'est pas toujours simple, car les clients et clientes ont parfois un plan « caché », qu'en tant que thérapeutes, nous ne pouvons saisir qu'avec le temps.</p>
Action	<p>Le plus souvent durant cette phase, les clients et clientes passent par un sevrage puis entament le traitement (ULMENHOF). Ils ne consomment plus de drogues. Le risque inhérent à cette phase tient au fait que les clients et clientes sont souvent très confiants et bourrés d'énergie, avant qu'une déception ne suive, car ils ont sous-estimé le degré d'investissement nécessaire à long terme pour apporter un changement effectivement durable.</p>
Maintien	<p>Au cours de cette phase, les clients et clientes acquièrent de nouvelles stratégies et ils apprennent à éviter de retomber dans d'anciens schémas comportementaux (centre thérapeutique ULMENHOF, centre de réadaptation FISCHERHUUS, logements d'intégration BACHMOOS, consultation KANU). Cette phase dure en général de six mois à cinq ans chez les personnes souffrant d'addiction. C'est une phase qui dure longtemps, au cours de laquelle des rechutes sont toujours susceptibles de se produire. Imposer un changement dans sa vie sans recourir à ce qui nous est familier est véritablement très astreignant. Le plus gros risque qu'implique le fait de ne pas parvenir à maintenir des changements sont les troubles psychiques et la colère.</p>
Résolution	<p>À DIE ALTERNATIVE, cette phase correspond à la sortie de l'établissement résidentiel (centre de réadaptation FISCHERHUUS, logements d'intégration BACHMOOS) ou à la fin du suivi post-cure au service de consultation KANU. À ce moment, les clients et clientes ont la certitude de ne pas retomber dans leurs stratégies d'adaptation préjudiciables, même s'ils sont anxieux, ennuyés, seuls, en colère ou stressés. Ils s'estiment complètement guéris. C'est comme si le problème n'avait jamais existé.</p>

Même si un client ou une cliente termine et réussit le traitement et qu'il ou elle juge que dans sa situation, il ou elle ne retombera pas dans une stratégie d'adaptation préjudiciable, des

études confirment, par leurs résultats, que moins de 20 % des personnes qui ont un problème de dépendance pourront atteindre ce stade (par exemple : Hubble et al., 2001). Face à ces résultats, l'approche des Alcooliques anonymes est totalement adaptée : elle prévoit que les personnes concernées, même après 15 ans d'abstinence, continuent de se présenter de la façon : « Je m'appelle Jean, je suis alcoolique. » Ces personnes empêchent ainsi que leur problème de dépendance ne soit oublié et elles ont conscience que leur vie durant, elles courent le risque, dans le cas où elles ont à supporter des troubles psychiques très lourds, de retourner à leurs anciens schémas de maîtrise.

Bibliographie (en allemand)

- ACHTZIGER Anja & GOLLWITZER Peter M. 2006. Das Rubikon-Modell der Handlungsphasen. In: HECKHAUSEN Jutta & HECKHAUSEN Heinz. 2006. Motivation und Handeln. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, Seite 278ff.
- BUCAY Jorge. 2005. Komm ich erzähl dir eine Geschichte. Zürich: Ammann Verlag.
- GEISER Kaspar. 2004. Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- HOBMAIR Hermann, GOTTHARDT Willfried & HÖHLEIN Reiner. 1997. Pädagogik Extra. Köln: Stam.
- HUBBLE Mark A, DUNCAN Barry L & MILLER Scott D (Hrsg). 2001. So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Hamburg: Rowohlt.
- MASLOW Abraham H. 1977. Motivation und Persönlichkeit. Olten: Walter-Verlag AG.
- MILLER William R & Rollnick, Stephen. 2004. Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- PROCHASKA James O & DiCLEMENTE Carlo C in: HUBBLE et al. 2001. siehe a.a.O.
- SCHLIPPE Arist von & SCHWEITZER Jochen. 2007. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 10. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

3 « Der Goalie bin ig » - lecture sur scène

Moritz Alfons, musicien, comédien et acrobate²

Moritz Alfons lit trois extraits de « Der Goalie bin ig », un roman de l'écrivain, poète et chroniqueur suisse alémanique Pedro Lenz. Sur le site de l'auteur, l'histoire de Goalie, un type attachant en lutte avec sa dépendance à la drogue, est décrite comme suit :

« Dans « Der Goalie bin ig », un narrateur qui s'exprime à la première personne jette un regard sur un paradis perdu. Goalie, un drogué qui vient d'un village du Plateau suisse, raconte dans son dialecte alémanique le monde qui était le sien dans les années 1980. La vision qu'il a de son environnement est troublée par son désir d'enjoliver son passé. Après une peine de prison, il essaie de reprendre pied dans la vie de tous les jours, il trouve un petit travail, il tombe amoureux d'une serveuse et part en voyage en Espagne avec l'être adoré. Malgré tout, ses anciennes histoires le rattrapent toujours. Lenz parvient à brosser un portrait touchant de Goalie qui est aussi celui d'un petit monde que nous ne connaissons guère, pourtant présent au cœur de la Suisse. »

Livre (en allemand): LENZ Pedro. 2010. Der Goalie bin ig. Roman. edition spoken script 4. Luzern: Der gesunde Menschenversand.

Livre audio (en allemand): «Der Goalie bin ig». Pedro Lenz & Christian Brantschen. Hörbuch, 4 CDs, 254 Minuten. Verlag: Der gesunde Menschenversand, Luzern. www.menschenversand.ch

² Pour en savoir plus sur Moritz Alfons Stäubli : <http://moritzalfons.blogspot.com/p/cv.html> (en allemand)

4 Ne veut-il pas pouvoir ou ne peut-il pas vouloir ? De la motivation et de l'évolution de cette dernière : petit aperçu de la pratique

Markus Zahnd, suchttherapiebärn

Il y a 17 ans, lorsqu'après une réorientation, j'ai débuté dans le domaine du traitement des dépendances en milieu résidentiel, on parlait beaucoup de motivation thérapeutique, mais de manière très unidimensionnelle. À cette époque, j'avais l'impression que la motivation thérapeutique était une condition nécessaire pour entamer ou poursuivre un traitement. On se demandait souvent si une personne était assez motivée pour commencer un traitement dans notre institution. Mais à ce moment-là, la demande de soins était tout à fait différente. Aujourd'hui, nous nous demandons plutôt si l'intéressé ne « peut pas vouloir », s'il n'est pas prisonnier de la situation dans laquelle il se trouve, s'agissant tant de sa toxicomanie que de sa situation sur le plan social. La réalité est complexe et se situe – comme très souvent – quelque part entre ces deux attitudes.

Le présent exposé s'articule en trois volets :

- notre établissement, son offre, son contexte
- la motivation thérapeutique de la clientèle selon l'équipe
- témoignages recueillis auprès de notre clientèle dans le cadre d'une enquête sur la motivation

Brève présentation de notre établissement

Notre établissement, à caractère urbain, se situe au cœur de Berne, et nos offres sont regroupées dans une seule rue. À ce jour, nous proposons 12 places en thérapie et 14 places en logement accompagné. Nous avons achevé un intense processus de réorganisation ; dans ce cadre, nous nous sommes concentrés sur la sociothérapie, notre compétence-clé depuis de nombreuses années, et nous avons ouvert en 2009 des logements avec suivi dans les anciens logements communautaires de transition. Nous privilégions les attitudes et les méthodes de travail systémiques axées sur les solutions et les compétences. Et depuis le 1^{er} novembre 2011, nous collaborons avec la clinique Südhang (centre ambulatoire de Berne) pour la médecine des addictions, pour la psychothérapie et pour la prise en charge psychiatrique de notre clientèle.

Structure de l'offre proposée par « suchttherapiebärn » :

- *Muschle* : traitement résidentiel des addictions pour les femmes avec ou sans enfants : 8 places en thérapie pour des mères accompagnées de leurs enfants, 2 places en

logement accompagné, et 2 places pour des enfants dans la crèche de l'institution (12 places au total) ;

- *Grofa* : logement avec suivi pour hommes et femmes comprenant 9 places en logement avec suivi (2 appartements de 4 pièces et un appartement de 3 pièces, les appartements étant unisexes), 4 places en thérapie pour hommes (qui poursuivent ou reprennent une thérapie), et 3 places en logement avec suivi.

Type d'approche

- Prise en charge différenciée des toxicomanes en fonction du genre : www.drugsandgender.ch (muschle & grofa). Crèche dans l'institution pouvant accueillir 2 ou 3 enfants de clientes ainsi que 12 enfants venant de l'extérieur (ancrage dans le quartier).
- Bonnes pratiques du travail avec les personnes dépendantes : conduite motivante des entretiens et changements progressifs -> (le développement de) la motivation fait partie du traitement, au même titre que les rechutes.
- Concept de l'auto-efficacité (A. Bandura), accent sur l'approche systémique -> conviction que l'on est compétent et encouragement de l'efficacité de la personne concernée
- Méthode de travail orientée sur les compétences et les ressources (Steve de Shazer & Insoo Kim Berg) -> accent mis sur l'avenir (perspectives), orientation sur les compétences et les solutions, valorisation des progrès réalisés.
- Méthodes orientées sur le corps, focusing (E.T. Gendlin) -> rapport holistique ; l'objectif du travail sur sa propre dépendance est de se trouver soi-même et par là même de trouver aussi sa motivation intrinsèque. Nous mettons à disposition l'espace pour ce faire.

Motivation thérapeutique : quelques considérations

De manière générale, notre longue expérience nous a permis de constater que la motivation thérapeutique peut se manifester de différentes manières :

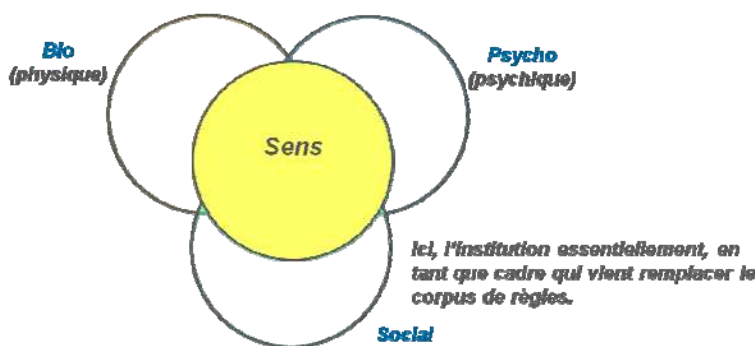
La motivation subit, tout au long du traitement, des fluctuations régulières et parfois très prononcées, fluctuations qui font partie intégrante du quotidien en sociothérapie. Le cadre pédagogique-thérapeutique, les concepts et la prise en charge professionnelle doivent en tenir compte.

Dans la pratique, il convient de s'intéresser de près à ces fluctuations (phases plus longues de démotivation, passage au second plan de certains objectifs individuels, rechutes, arrêts etc.). La conviction de vouloir continuer le traitement alterne avec la tendance à retomber dans d'anciens schémas comportementaux familiers et à recommencer à consommer. Nous devons être d'autant plus attentifs à ces fluctuations que notre institution se trouve dans un environnement urbain.

Quels facteurs influent sur la motivation thérapeutique ?

Quels facteurs influent-ils globalement sur la motivation thérapeutique ? Certains sont positifs, d'autres négatifs. J'aimerais vous présenter ici notre point de vue, basé sur la pratique (résultats d'un atelier d'évaluation interne). J'ai complété le modèle biopsychosocial (ill. n° 2) en ajoutant l'ensemble « sens ». Il ne s'agit pas de la grande question de savoir quel est le sens de la vie, question qui nous préoccupe tous, mais de faire en sorte que notre clientèle parvienne à retirer un sens – qui dépend du contexte – de la situation concrète dans laquelle elle vit.

Ill. n° 2 : modèle biopsychosocial



Les niveaux suivants sont pertinents dans notre pratique thérapeutique quotidienne et interagissent avec la motivation thérapeutique.

Niveau physique

- Sollicitation physique insuffisante : cette situation concerne surtout les hommes, lorsqu'ils passent par exemple d'un travail sur un chantier à la première phase de la thérapie. Cette étape demande beaucoup de persévérance de la part des intéressés.
- Douleurs, sensation de malaise corporel généralisé (tensions etc.) : ces symptômes, dont la prise en charge n'allait autrefois pas de soi, sont évidemment soignés avec des médicaments aujourd'hui. Cependant, conjugué à une baisse de la motivation thérapeutique, ce malaise engendre très rapidement une spirale négative.
- Maladies chroniques qui ont des conséquences à court et à long terme (pronostics en cas de maladie chronique, VIH, hépatites, etc.) : le tableau clinique évolue très différemment selon les personnes concernées. Une maladie peut en effet redevenir soudainement virulente et avoir un impact sur la motivation thérapeutique.

Ces observations semblent triviales, mais dans le quotidien sociothérapeutique, il n'est pas toujours évident, pour le sociopédagogue et le travailleur social, qui travaillent chez nous en

tant que généralistes, de prendre *aussi* au sérieux le ressenti subjectif de la personne (seuils différents de tolérance de la douleur etc.).

Niveau psychique

- Cognitions, schémas interprétatifs et comportementaux négatifs (auto- et hétéro-attribution).
- Douleurs, sensation de malaise corporel généralisé (tensions etc.).
- Réactions inappropriées face à des sentiments négatifs (angoisses – phobies sociales, vide intérieur, ennui, absence d'amour-propre etc.) : autre facteur important étroitement lié à la fréquence des rechutes et ayant en général un impact sur la volonté ou la capacité de persévérer.
- Interférences avec des symptômes psychiques qui deviennent aigus (dépression, syndrome borderline, psychose etc.) : cette constellation de symptômes, qui met fortement en péril la poursuite du traitement et la volonté de changer, survient relativement fréquemment, surtout dans le cadre de dépressions ou d'épisodes psychotiques. Il va de soi que les objectifs thérapeutiques susmentionnés passent alors immédiatement au second plan.

Niveau social

- Phénomènes de transfert (processus parallèles ou « isomorphes ») du personnel vers la clientèle (de manière individuelle et systémique) et vice-versa (schéma circulaire !) : les phénomènes de transfert ne s'entendent pas ici au sens psychoanalytique mais en tant que concept générique désignant les nombreuses interactions entre la clientèle et le personnel. Peut-être connaissez-vous la situation où la dynamique que l'on observe au niveau de la clientèle se reflète à celui de l'équipe ? Une équipe temporairement démotivée permet de tirer des conclusions sur le système des clients et des clientes, et inversement.

Quelques exemples de *schémas de transfert négatifs* : forte pression, volonté de succès et attentes élevées du personnel (surtout les jeunes) qui, s'étant investi énormément dans son travail, veut que le traitement réussisse et concrétise ses idées très précises. Dans l'ensemble, ces éléments sont positifs mais cette pression risque d'être transférée vers la clientèle. D'un autre côté, le personnel est également confronté au stress, à des attentes trop élevées, à la pression et à une charge de travail trop importante. Tous ces paramètres ont un impact considérable sur l'état d'esprit général des toxicomanes (motivation thérapeutique).

Une remarque du point de vue du superviseur : dans les établissements résidentiels classiques où l'on traite les dépendances, ces éléments sont plus présents que dans les cliniques en raison des nombreux rôles qu'assument les membres du personnel et de la densité. Dans les cliniques, le client ou la cliente rencontre le thérapeute dans son

bureau puis l'ergothérapeute ou le spécialiste en activation dans un autre bâtiment, alors que chez nous, tout cela se fait dans un espace assez réduit. Telles sont les conditions-cadres qu'une institution doit garder à l'esprit et améliorer en fonction de ses ressources, avant de se concentrer trop sur sa clientèle.

- Ensemble des interactions avec les systèmes « externes » tels que la famille d'origine, le ou la partenaire, les amis et amies : les contacts doivent être bien coordonnés et s'intégrer dans un tout.

Niveau du sens

- Sentiment que l'abstinence n'offre aucune perspective et n'a aucun sens (au travail, lors des temps libres, à la maison etc.) : avec notre nouvelle offre de logement accompagné, notre clientèle a à nos yeux de plus en plus de mal à donner un sens au chemin difficile sur lequel elle s'est engagée, de telle sorte qu'elle retombe rapidement dans un comportement résigné ou un autre schéma ancien. En logement accompagné, le cadre pédagogique est fortement allégé et l'autonomie relativement grande, ce que notre clientèle souhaite et apprécie en principe. Mais parallèlement, nous constatons que certains n'ont pas suffisamment de ressources au fond d'eux-mêmes pour occuper cet espace disponible et se retrouvent « seuls à plusieurs ». Nous devons donc adapter le cadre et trouver le juste équilibre entre les dimensions intrinsèque et extrinsèque.

Client x, 42 ans, nombreuses tentatives de sevrage, deux traitements résidentiels interrompus, réorientation par l'AI et nouveau logement, sombre dans une crise grave : « ...en fin de compte, plus rien n'a de sens ; que puis-je encore recommencer à zéro à l'âge de 42 ans... »

- En parler (créer un espace où l'on peut discuter concrètement de ces questions de sens) et apporter un soutien face à des questions existentielles : ce qui importe pour nous, c'est que ces questions de sens puissent être abordées à la lueur du quotidien (travail en groupe sur certains thèmes) et non pas d'un point de vue strictement religieux. Et lorsqu'une réflexion sur des questions de foi est explicitement souhaitée, un pasteur qui a suivi une formation complémentaire en psychothérapie est disponible.

« ...il n'y a pas que la liberté par rapport à quelque chose, il y a aussi la liberté pour quelque chose... »

« ...de manière générale, je suis convaincu qu'il n'existe aucune situation dans laquelle il est impossible d'identifier un quelconque sens. » d'après V. Frankl, dans A. Pattakos, 2011.

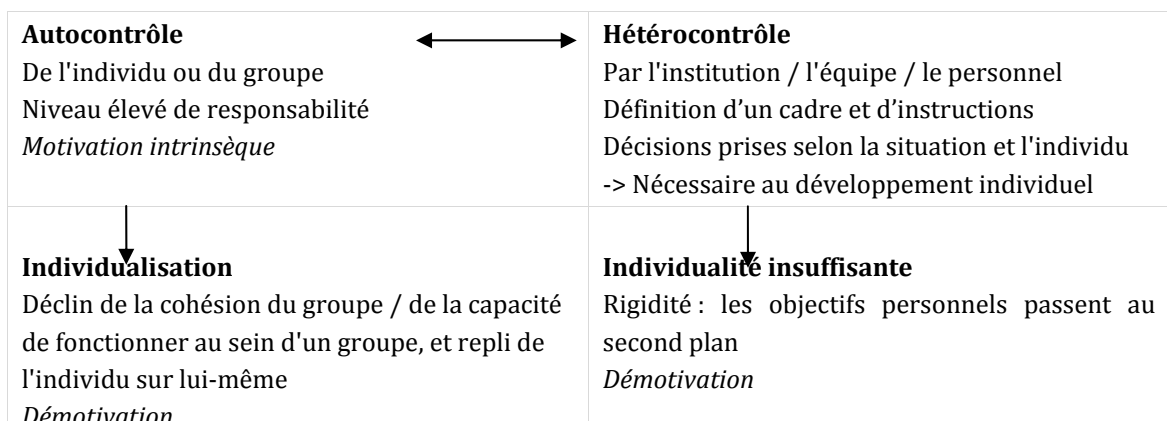
Mais il va de soi que ces écrits doivent être traduits dans un langage moderne pour notre clientèle.

Conditions-cadres conceptuelles

Suite à nos observations, nous avons défini les lignes directrices suivantes :

- Ces trois dernières années, nous avons mis en pratique de manière cohérente l'attitude et les méthodes découlant de la thérapie et du conseil orientés vers les solutions et les compétences à tous les niveaux (pilotage, développement personnel, concepts etc.).
- Objectifs axés sur des solutions : fortement motivants, fixables individuellement, vérifiables, formulés positivement (SMART : spécifique, concret ; mesurable ; atteignable ; réaliste ; temporellement défini) : aujourd'hui, nous ne craignons pas de modifier un concept thérapeutique lorsque nous voyons qu'il n'est pas ou plus adapté à la clientèle.
- Afin d'assurer une prise en charge intégratrice et holistique, nous avons également recours à des méthodes complémentaires (focusing, art-thérapie, techniques de relaxation etc.) : grâce à notre collaboration avec la clinique Sūdhang, qui couvre efficacement les besoins en médecine des addictions et en psychiatrie, nous pouvons nous concentrer sur d'autres offres et méthodes pour aider notre clientèle à se trouver.
- N'oublions pas, enfin, qu'il faut « vivre », dans ce cadre de vie, l'interaction délicate entre un *autocontrôle* aussi large que possible et un *hétérocontrôle* aussi limité que possible (le minimum nécessaire) en raison des tensions entre attitude et actes thérapeutiques d'une part et pédagogiques d'autre part : ce cadre est souvent très étroit dans les institutions thérapeutiques classiques, et parfois plus encore à cause des phénomènes de transfert. Telle est la raison pour laquelle il faut s'efforcer de créer des espaces dans lesquels la clientèle peut se développer, mais sans individualiser l'approche à outrance ni réduire la cohésion du groupe. Pour nous, le sur-rétrécissement (densification) et la sur-individualisation (les deux extrêmes) sont des facteurs démotivants. (ill. n° 3)

Ill. n° 3 : équilibre entre auto- et hétérocontrôle



En résumé, voici ce que l'on peut dire en simplifiant à propos du développement de la volonté intrinsèque de changement :

Du point de vue de l'institution, il faut créer une atmosphère propice à l'apprentissage et de bonnes conditions à tous les niveaux. A cet égard, l'institution peut faire la différence.

« La force intérieure et le désir d'apprendre, de découvrir, d'élargir ses connaissances et son expérience peuvent se libérer dans des conditions adaptées » d'après Carl Rogers

D'une part, chacun est plus motivé après avoir constaté des changements positifs (soutien, encouragements et commentaires positifs etc.) ; l'on a davantage confiance en ses propres compétences et l'on a ainsi un meilleur accès à ses ressources et à sa personnalité. Ont en général un caractère démotivant, les décisions (« l'équipe, le service social a décidé ») et les événements externes qui vont à l'encontre des conceptions et des objectifs de l'intéressé.

Témoignages de notre clientèle : d'où vient votre motivation ?

Je me propose de partager brièvement les résultats d'une petite enquête que nous avons réalisée auprès de notre clientèle.

Qu'est-ce qui vous motive, vous encourage ? ☺

- Progrès visibles : « ça va mieux »
- Commentaires : éloges, critiques constructives, et confirmations d'autrui sont essentiels (en dehors de la communauté thérapeutique)
- Modèles : « différentes personnes dans le cadre du traitement et à l'extérieur »
- Recherche de sens : « certitude intérieure de l'intérêt de ces efforts », « conscience de faire partie d'un tout ».

Qu'est-ce qui a été / est utile ? ☺

- Compréhension dont l'environnement fait preuve, tant dans le cadre du traitement qu'à l'extérieur.
- Abstinence (envisagée de manière non absolue, puisque nous traitons également des personnes sous substitution) : « avoir le temps de réfléchir à jeun sur sa propre situation et de se fixer de nouveaux objectifs ».
- Déroulement structuré de la journée : « des points de repères au quotidien »
- Atmosphère, aménagement (mobilier) : nous avons modernisé l'agencement intérieur, ce qui motive surtout la clientèle plus jeune.

- Points communs : « comprendre que pour beaucoup, les difficultés et les problèmes sont similaires » (voir aussi : Universalität des Leidens, Irvin D. Yalom, Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, 2005, S. 28f).³
- Transcendance : « recueillement à l'aide de techniques de méditation » ; il s'agit d'une tendance actuelle de certaines personnes, qui vient d'une motivation spirituelle mais surtout d'une volonté de se retrouver et de se détendre.

Quelles étaient les pierres d'achoppement ?

- Résignation : « qu'est-ce que ça va changer ? »
- Rechutes : « surtout lorsqu'elles se multiplient »
- Temps morts : « les temps morts quotidiens pendant le traitement », « le sentiment de faire du sur-place, de ne pas avancer »
- Le manque de reconnaissance, d'attention, d'estime
- La surestimation de soi : « vouloir trop à la fois »
- Délimitation insuffisante : « je n'arrive pas à prendre suffisamment de distance par rapport aux problèmes des autres »
- L'inaccessibilité : « je me retire des relations, je ne me laisse pas approcher »

Enfin et surtout :

Il est essentiel d'estimer à leur juste valeur même les progrès les plus infimes ! Mais attention, car notre clientèle a une bonne intuition et sait s'il s'agit d'estime véritable ou de compliments non sincères.

Bibliographie (en allemand)

- HARGENS Jürgen. 2006. Systemische Therapie ... und gut. Ein Lehrstück mit Hägar. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- PATTAKOS Alex. 2011. Gefangene unserer Gedanken. Viktor Frankls 7 Prinzipien, die Leben und Arbeit Sinn geben. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Wien: Linde Verlag.
- YALOM Irvin D. 2005. Universalität des Leidens. In: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Pfeiffer.

³ Titre anglais original : « The theory and practice of group psychotherapy »

5 La motivation thérapeutique est-elle illusoire chez les personnes dépendantes ?

Tamara Marx, MSc, psychologue, et Peter Bögli, psychologue FH au « Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht » (Centre de compétences pour le traitement des addictions) de la clinique Südhang, Berne

Sommaire

- Brève réflexion : « Quand les gens modifient-ils leur comportement ? »
- Le processus de changement
- Entretiens motivationnels s'appuyant du processus de changement
- Mise en pratique à la clinique Südhang

En guise de point de départ, je vous invite à penser à un comportement qui s'est transformé chez vous en une habitude. Quand et pourquoi le modifieriez-vous ?

La littérature fournit différentes réponses à la question de savoir quand un individu est disposé à modifier un de ses comportements. Voici, en substance, la réponse de Frederik Kanfer et al. (2000) :

- Le comportement en question devient *insupportable* pour soi-même et / ou pour les autres.
- Un *autre comportement* semble *plus sensé ou plus utile*.

Le changement découle de l'accumulation de deux facteurs : caractère insupportable du comportement actuel et sens de l'acte envisagé. Attention : la contrainte (venant d'une institution par exemple) n'occasionne souvent qu'une adaptation temporaire du comportement.

Organisation des relations thérapeutiques

La question qui régit l'organisation des relations thérapeutiques est la suivante : « que dois-je faire en tant que thérapeute pour que ma patientèle revienne *malgré tout* volontiers chez moi afin de discuter de ses problèmes ? ». Cet exercice d'équilibrisme thérapeutique requiert de l'empathie. Il faut par ailleurs prendre la personne au sérieux, rester authentique et lui accorder une certaine liberté d'action.

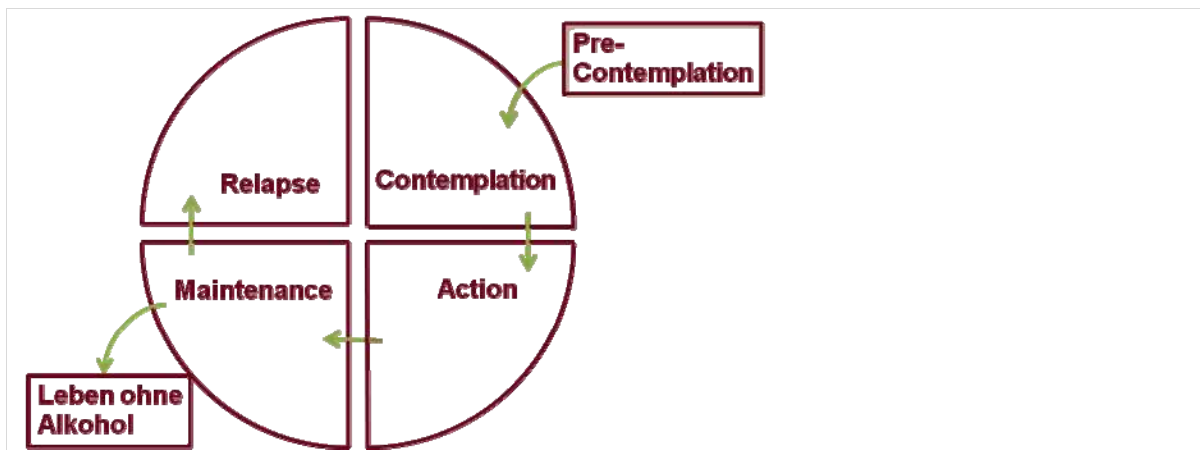
Ambivalence de la patientèle + confrontation du personnel soignant = résistance

La résistance est toujours le signe d'une inadéquation entre l'intervention du thérapeute et la motivation actuelle du patient ou de la patiente. Il s'agit donc en quelque sorte d'un problème du thérapeute.

Phases d'évolution de la volonté de changer

La clinique Südhang s'appuie fortement sur le *modèle des « stades de changement »* mis au point par James O. Prochaska et Carlo C. DiClemente, et suit l'approche de l'entretien motivationnel élaborée par Stephen Rollnick et William R. Miller.

Ill. n° 4 : Stades de changement selon Prochaska et DiClemente (1986)



Leben ohne Alkohol : Vie sans alcool

Tab. n° 3 : stades de changement et expérience de la clinique Südhang

Pré-intention	La personne ne voit aucune raison de modifier sa consommation d'alcool. A la clinique Südhang, nous sommes souvent confrontés à des personnes venues notamment sur pression de leur employeur mais qui, elles-mêmes, n'estiment pas avoir un problème d'alcoolisme.
Intention	À ce stade, la personne comprend que son comportement diffère de la norme et commence à réfléchir de manière critique sur sa consommation d'alcool. Mais elle a alors tendance à se culpabiliser rapidement, ce qui peut conduire à des tentatives de résolution hâtives ou superficielles, puisqu'elle conclut qu'elle a pris connaissance du problème et peut donc terminer le traitement. Le thérapeute doit expliquer que la prise de conscience et le changement véritable sont deux choses différentes.
Action	À ce stade, les patients et patientes travaillent sur des situations réelles, analysent leur comportement et élaborent des stratégies concrètes, par exemple en structurant différemment leur temps libre.
Maintien	Ce qui a été acquis doit à présent être intégré dans le quotidien et respecté, idéalement en sortant de la spirale de la dépendance et en continuant à vivre sans alcool.
Rechute	Cependant, les rechutes sont fréquentes (retour au début du processus).

Entretiens motivationnels selon Miller & Rollnick (2004)

La méthode des entretiens motivationnels nous aide à réagir en tant que thérapeutes par rapport aux patients et patientes au fil des différentes phases. Il s'agit d'une méthode qui est axée sur la clientèle et qui vise à renforcer la motivation intrinsèque. William R. Miller et Stephen Rollnick travaillent surtout sur l'exploration et la résolution de l'ambivalence.

Règles qui régissent les entretiens :

- poser des questions ouvertes ;
- écouter activement et montrer sa compréhension ;
- valoriser le patient ou la patiente ainsi que ses déclarations ;
- résumer périodiquement les déclarations de la personne.

Le tableau n° 4 montre comment les entretiens motivationnels peuvent être conduits lors des différentes phases de changement. Pendant l'exposé, les suggestions sont étayées par des séquences filmées correspondantes d'entretiens thérapeutiques.

Tab. n° 4 : entretiens motivationnels lors des différentes phases de changement

Pré-intention	<ul style="list-style-type: none">• Faire preuve de compréhension face aux réactions de la personne.• Mettre en exergue les divergences entre l'autoperception et l'hétéroperception.• Informer / donner des pistes diagnostiques (valeurs hépatiques par exemple) qui aident l'intéressé face à son autoperception déformée. <p>Le thérapeute doit veiller à ce que la conception qu'a la personne d'elle-même ne soit pas mise en péril à cette phase. Quelques questions importantes que doit poser le thérapeute à ce stade : « qui pense que vous avez un problème d'alcoolisme ? Vous accuse-t-on souvent de quelque chose ? Pourquoi vous reproche-t-on spécifiquement un problème d'alcool ? Comment avez-vous essayé de convaincre votre entourage du contraire ? ». A ce stade, l'intéressé doit surtout vouloir dialoguer avec le thérapeute, et le thérapeute doit être curieux à l'idée de découvrir l'univers de ce dernier. Il peut en effet y avoir un risque si le thérapeute ne s'intéresse pas au contenu des déclarations et perturbe la construction de la relation à cause d'idées préconçues (en posant des questions suggestives).</p>
---------------	--

<p>Intention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'autoréflexion critique sur sa propre consommation de substances. • Laisser un maximum d'espace aux informations à fort contenu émotionnel. • Prendre au sérieux l'ambivalence en se concentrant sur la différence entre la prise de conscience et le changement en tant que tel : il est souvent difficile pour le thérapeute de ne <i>pas</i> prendre parti pour un des éléments de l'ambivalence (par exemple défendre l'abstinence). Une attitude « neutre » garantit à la personne la liberté de résoudre elle-même son ambivalence. <p>Lorsqu'on s'intéresse à des situations typiques où l'on consomme de l'alcool, il est important de tenir compte de l'état d'esprit émotionnel de l'intéressé et de l'écouter expliquer lui-même comment il en est venu à ce type de consommation.</p>
<p>Action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser la volonté de changer. • Informer sur les difficultés que générera probablement le changement. • Mettre à profit l'expérience du patient en matière d'abstinence afin de développer sa capacité d'autodétermination. • Élaborer des stratégies que la personne pourra appliquer dans les situations risquées. • <i>Féliciter encore et toujours.</i> <p>Dans cette phase, il est important de féliciter régulièrement la personne qui veut changer, mais il faut aussi l'avertir des difficultés qui peuvent survenir lors du changement. Les patients et patientes ont tendance à se satisfaire rapidement du résultat provisoire obtenu. Il est donc utile que le thérapeute attire l'attention sur les pierres d'achoppement. Les patients et patientes peuvent s'appuyer sur leur propre expérience en matière d'abstinence pour mettre au point des stratégies à suivre dans les situations à risques.</p> <p>Pour ce faire, il faut analyser presque au ralenti et dans les détails l'enchaînement concret des actes : « quel a été le moment déterminant auquel vous avez ressenti l'envie d'une bière ? Comment réagissiez-vous avant dans ces moments-là ? Et comment réagissez-vous aujourd'hui ? ». Ces analyses permettent aux intéressés d'exploiter l'ensemble de leur expérience dans leur processus d'apprentissage.</p>
<p>Maintien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner le maximum d'informations sur les rechutes. • Façonner un nouveau style de vie équilibré. • Écrire une lettre d'adieu au compagnon de longue date qu'était l'alcool. • Créer un memento d'abstinence / en cas d'urgence : comment réagir dans telle ou telle situation ? qui appeler en cas de rechute ? • Entraînement mental : à la clinique Südhang, cet entraînement est proposé par un spécialiste externe. Nous collaborons également avec des professeurs de sport (relaxation active etc.). <p>Souhaite-t-on aussi éviter certaines situations à l'avenir ? La personne est parfois convaincue de contrôler toutes les situations parce qu'elle en a maîtrisé quelques-unes avec succès (en restant abstinente). Mais il est parfois plus sensé de continuer à éviter certaines situations. Autre question préparatoire dès lors importante à ce stade : « que feriez-vous en cas de rechute ? ». Pour la personne, il est parfois très désagréable d'envisager une rechute éventuelle, surtout si elle est persuadée d'avoir passé le cap et qu'elle croie que rien ne peut plus lui arriver. Cependant, il est essentiel de se préparer à cette possibilité car le cas échéant, il faut agir dès que possible.</p>

Attitude face aux rechutes

Que peuvent faire les patients et patientes qui rechutent malgré tout ? Une première étape importante consiste à convertir la rechute en un simple incident de parcours :

- Réagir, face au choc lié à cet accident, comme lorsqu'une voiture tombe en panne sur l'autoroute : sécuriser le site. Toute rechute dans l'alcoolisme occasionne un choc car la personne était convaincue de la qualité de sa préparation et s'était fixé une ligne directrice claire avec l'intention ferme de la suivre. Pour cette dernière, la rechute est souvent un événement violent.
- Quitter immédiatement les lieux (situation problématique).
- Chercher de l'aide (« la parole qui t'aidera, tu ne peux pas la prononcer toi-même »).
- Rétablir la confiance en l'abstinence (« se remettre en selle »).
- Analyser la rechute dans les détails : comment est-ce arrivé ? A quel moment n'avais-je plus de stratégie ?
- Demander de l'aide pour les jours suivants si l'intéressé ne vit pas dans une clinique au moment de la rechute.
- Suivre un traitement de désintoxication à l'hôpital si nécessaire.

Résumé

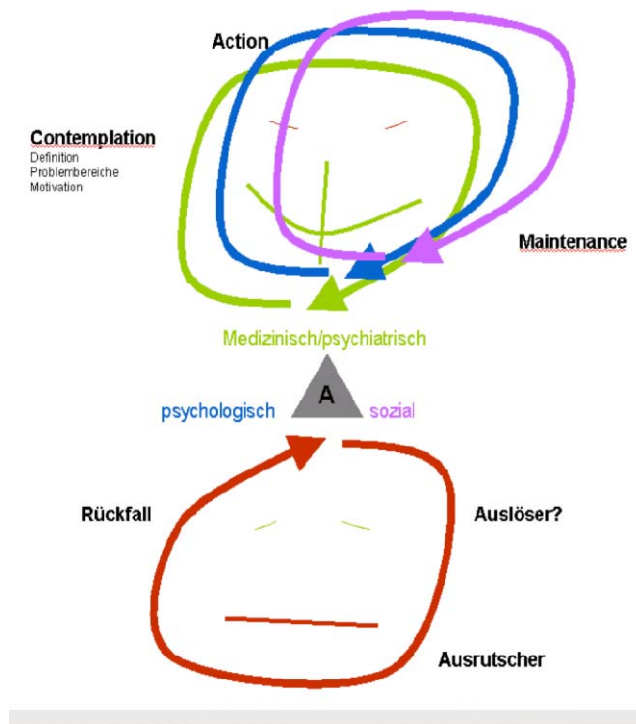
- Les personnes dépendantes de l'alcool ne doivent pas être assimilées à des patients ou patientes récalcitrants.
- Les traitements ne fonctionnent que si l'on récupère l'intéressé là où il se trouve.
- Attitude non directive plutôt que directive.
- Planification stratégique et individualisée de la thérapie.

Offre et modèle de traitement des dépendances à la clinique Südhang : explications

La clinique Südhang dispose de plusieurs services : diagnostic, soins à court, moyen et long terme. Certaines prestations sont proposées ensemble, d'autres dans des espaces distincts. La clinique propose diverses thérapies : par l'art (photographie, notamment pour aborder une situation sous un autre angle), par le sport, d'activation (écrire son CV, professionnaliser la recherche d'un emploi par exemple), insertion professionnelle en collaboration avec l'ORP, groupes thématiques (psychoéducation), thérapies de groupes et individuelles, soins ambulatoires en collaboration avec suchttherapiebärn, travail avec des services externes (Blauzone, Santé Bernoise, Croix-Bleue etc.).

Il est essentiel d'analyser soigneusement la situation de la personne pour adopter la bonne approche : dans quel service doit-elle aller, et combien de temps doit-elle y rester ? Entamer une psychothérapie au sens strict n'a par exemple aucun sens lorsque l'intéressé vit dans des conditions déplorables ou est en instance de divorce par exemple.

III. n° 5 : traitement des dépendances à la clinique Südhang



Légende :

- | | |
|---|-----------------------------|
| Contemplation : Intention | Auslöser ? : Déclencheurs ? |
| Problembereiche : Situations problématiques | Ausrutscher : Décrochage |
| Rückfall : Rechute | |

Bibliographie (en allemand)

- KANFER Frederik H, REINECKER Hans & SCHMELZER Dieter. 2000. Selbstmanagement: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- MILLER William R & ROLLNICK Stephen. 2004. Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.