



Yves Gros-Louis, psychologue

Centre Psycho-Solutions,
centre@psycho-solutions.qc.ca
<http://www.psycho-solutions.qc.ca>

APPROCHE FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES / FACTEURS CLÉ DU SUCCÈS DE L'INTERVENTION

Un large consensus de chercheurs dans le vaste champs de la psychothérapie ont mis en évidence que le thérapeute et les méthodes d'intervention jouent un rôle mineur dans le changement. Un auteur (Lambert) a tenté de mesurer l'importance relative des facteurs associés au changement. Il a estimé que le client est de loin le principal responsable du changement en psychothérapie (40 % de la variance). Viennent ensuite les facteurs suivants par ordre d'importance : la qualité de l'alliance thérapeutique (30 % de la variance), les attentes (ou l'espoir) dans le traitement (15 % de la variance) et, finalement, les méthodes de traitement (15 % de la variance). Dans ce contexte, il serait inconséquent de vous enseigner une nouvelle méthode d'intervention. Cette présentation vise au contraire à vous illustrer quelques attitudes que le thérapeute peut développer pour stimuler la contribution du client, comment il peut créer une forte alliance, de quelle façon il peut augmenter la motivation et l'espoir et, enfin, comment il peut adapter ses outils thérapeutiques à ces divers facteurs.

1. ATTITUDES AIDANTES POUR FAVORISER LE FACTEUR CLIENT

- considérer le client comme le principal responsable du changement, comme celui qui connaît le mieux son problème et qui en détient les solutions.
- se faire humble comme thérapeute : éviter de prendre trop de place.
- se centrer sur les forces, l'objectif et le changement désiré par le client plutôt que sur le problème pour stimuler la force de guérison.
- croire dans le changement et dans les capacités de surmonter toute difficulté.
- soulever et amplifier les changements pré-traitement et inter-session.
- valider les ressources et les succès actuels et passés face au changement.
- faire en sorte que le client s'attribue la responsabilité de ses changements, de ses succès.
- réduire son impact comme thérapeute dans les succès du client et s'attribuer les insuccès du changement.

- utiliser le langage du client, éviter le langage « professionnel » et tout ce qui peut freiner cette force vitale de changement.
- favoriser le recours aux forces vives entourant la personne et aux autres formes d'aide du milieu naturel.

2. ATTITUDES AIDANTES POUR FAVORISER LE FACTEUR RELATION

- l'alliance thérapeutique n'est pas une qualité du thérapeute mais une qualité de collaboration égalitaire thérapeute-client pour produire le changement.
- considérer que tous les clients sont motivés et chercher à identifier cette motivation même si elle ne correspond pas aux attentes du thérapeute.
- voir la résistance comme un indice que le thérapeute doit s'ajuster au client : à ses objectifs, à ses préoccupations, à son monde, à son rythme, à ses solutions, à sa façon de voir l'alliance, etc.
- adapter l'alliance selon le stade de changement du client.
- accepter et suivre le rythme du client; considérer ce rythme comme le meilleur pour lui pour changer.
- voir la rechute comme un phénomène normal et même nécessaire au processus de changement; se centrer sur les progrès dans la rechute.
- prendre le temps de préciser des objectifs avant d'aller vers le changement.
- formuler des objectifs selon le point de vue du client : comprendre son univers et son processus de changement, utiliser son langage, éviter les mots théoriques; accepter tout objectif sans jugement comme par exemple, s'il veut cesser d'abuser un soir par semaine ou éviter de conduire intoxiqué.
- avoir des objectifs de qualité indiquant les résultats attendus à la fin de la thérapie : petits, concrets, spécifiques et réalistes.
- créer une alliance thérapeutique où l'empathie, le respect, l'authenticité et la chaleur concordent avec la vision du client.
- l'empathie est l'effort du thérapeute tel que perçu par le client de saisir son monde, autant ses difficultés que ses forces.
- le respect est la croyance perçue par le client dans sa capacité de changer et dans son rôle majeur dans la thérapie.
- l'authenticité est la perception du thérapeute par le client comme humain, intègre et humble qui recherche une relation égalitaire avec le client.

- la chaleur est le sentiment du client d'être compris et validé dans sa situation problématique, dans sa perception du problème et dans sa capacité de changer.

3. ATTITUDES AIDANTES POUR FAVORISER LE FACTEUR ESPOIR

- les attentes, l'effet placebo et l'espoir représentent un facteur aussi important que les techniques; il est si fort qu'il peut même aggraver la situation s'il est mal orienté.
- éviter de se centrer sur les causes, se concentrer sur la résolution des problèmes et sur les compétences.
- créer une forte alliance thérapeutique.
- utiliser un rituel de guérison qui canalise les attentes.
- croire en son intervention, dans le changement en général (que tout est possible).
- orienter l'attention du client vers des attentes de changement et proposer des activités en ce sens, par exemple, observer les changements pré-traitement ou inter-session.
- proposer des activités crédibles selon la conception du changement du client et selon les expériences passées de succès qu'il a vécues.
- continuer d'entretenir les illusions positives du client sur lui-même ou sa situation : optimisme débordant, grande confiance de changement, etc.
- orienter l'intervention vers le futur pour briser le pessimisme du client.
- faire ressentir au client un avenir sans problème, qui est réaliste et reliée à des succès antérieurs pour le mettre en contact avec ses forces et ses ressources.
- chercher à augmenter le sentiment de contrôle personnel (que le client peut influencer le cours des événements) en blâmant positivement le client pour ses succès et en lui donnant plus de pouvoir dans la thérapie.
- séparer le problème de l'identité du client avec le langage, avec des facteurs causaux extérieurs à lui, avec la normalisation, etc.

4. ATTITUDES POUR STIMULER LE FACTEUR MÉTHODES DE TRAITEMENT

- connaître plusieurs approches pour exploiter au maximum ce facteur.
- choisir des approches qui favorisent l'émergence des attitudes mentionnées précédemment : s'adapter avec la vision du changement du client, favoriser une forte alliance, stimuler le sentiment de contrôle personnel et l'espoir.

- utiliser des approches qui structurent les forces de changement dans la direction souhaitée par le client : avec des objectifs de qualité, avec l'emphase sur les forces, avec l'application concrète dans le quotidien du client.
- être souple dans l'usage des approches et changer dès que l'approche semble nuire au processus de guérison : s'il y a résistance, si le client n'est pas à l'aise avec l'approche, s'il n'y a pas de progrès après 3 ou 4 rencontres, aussitôt que le processus de guérison est ralenti.

Suite à ces données, des auteurs (Scott Miller et son équipe) ont proposé les grandes lignes d'une approche qui respecte ces grands principes. Ils l'ont nommée les approches collaboratrices. En voici le résumé.

APPROCHES COLLABORATRICES

- le client détient autant d'expertise que le thérapeute.
- le client est consulté sur plusieurs aspects de la thérapie : il détermine les changements attendus et le chemin pour y arriver, il trouve et applique les solutions, il collabore au choix des techniques, à la fréquence des rencontres, etc.
- les notes, rapports, diagnostics sont accessibles et compréhensibles au client dans un langage non professionnel.
- le thérapeute a une position égalitaire avec le client, il peut proposer des options ou directions mais le client a toute la latitude pour disposer! Le thérapeute n'a pas d'agenda caché; s'il a une idée, il la partage comme une possibilité à discuter.
- le thérapeute ne sait pas ce qui est mieux pour le client; c'est ce dernier qui le sait. L'attitude de ne pas savoir est une composante essentielle de cette approche.
- la première loyauté est envers le client et non envers son approche; il est préférable d'abandonner une approche qui ne marche pas que le client; avec d'autres intervenants, rechercher la collaboration et gentiment défaire les croyances d'impossibilité.
- l'alliance est plus importante que l'approche ou n'importe quelle théorie.
- le client arrive avec sa propre théorie sur son problème, son processus de changement, son propre langage et ses propres solutions; ce n'est pas au client de s'adapter au thérapeute mais le contraire.
- le client est invité à donner son avis sur l'ensemble du processus d'intervention.
- le client est toujours motivé, il a sa façon particulière de collaborer.
- le client a toutes les ressources pour résoudre sa situation problématique.

- le changement est toujours possible.
- le langage priorisé est celui du client.
- la thérapie devient une conversation!
- l'intervention devient une invention issue de l'alliance thérapeutique!

Afin d'illustrer l'impact d'une telle approche, je vous fais part d'une étude interne faite en 1996 auprès de 44 clients toxicomanes. Même si cette étude n'a aucune prétention scientifique, elle peut indiquer un ordre de grandeur de la rétention des clients et de l'efficacité de cette approche. Cette population de 44 clients constitue la population totale de clients alcooliques et toxicomanes rencontrés de novembre 1995 à octobre 1996. Les données ont été regroupées en trois catégories : succès, échec ou abandon. Le succès correspond à l'atteinte des objectifs fixés par le client (soit un cote de progrès face à l'objectif de 8/10 et plus). Un échec est un changement insuffisant sur la cote de progrès par le client ou sa décision de mettre fin au suivi par manque de résultat (une cote de progrès qui n'atteint pas le niveau désiré par le client). Un abandon est l'arrêt du suivi sans avis préalable du client.

37 (**84** %) ont atteint leurs objectifs; 4 (**9** %) ont abandonné; 3 (**7** %) constituent des échecs.

Parmi les 37 qui atteignirent leurs objectifs,

25 (57 % du total ou **68** % des 37) le firent en 10 rencontres et moins

9 (20 % du total ou **24** % des 37) y parvinrent entre 10 et 20 rencontres

3 (7 % du total ou **8** % des 37) le firent en plus de 20 rencontres

La donnée la plus impressionnante est sans contredit le faible taux d'abandon à 9 % ce qui contraste avec les résultats usuels en toxicomanie. De plus, il est intéressant de constater qu'avec une approche misant sur la participation du client, il est possible d'obtenir du succès en peu de temps pour une majorité de toxicomanes.

Yves Gros-Louis,

Texte présenté au forum mondial Drogues et Dépendances à Montréal en 2002

BIBLIOGRAPHIE

- Beyebach, M., Morejon, A. R., Palenzuela, D. L., & Rodriguez-Aris, J. L. (1996) *Research on the process of solution-focused therapy*. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan, (Eds), *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000) *The Heroic Client*. San-Francisco : Jossey-Bass.

- Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (1997) *Psychotherapy with « Impossible » Cases*. New-York : Norton.
- Frank, J. D. (1976). *Psychotherapy and the sense of mastery*. In R. L. Spitzer & D. F. Klein (Eds.) *Evaluation of Psychotherapies : Behavioral Therapies, Drug Therapies and their Interaction*. Baltimore : John Hopkins University Press.
- Garfield, S.L. (1994). *Research on client variables in psychotherapy*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 th ed.). New-York : Wiley.
- Garfield, S.L., & Bergin, A. E. (1994). *Introduction and historical overview*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 th ed.). New-York : Wiley.
- Gros-Louis, Y. (2000) *Les attitudes favorisant une thérapie brève et efficace*. Conférence donnée au congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.
- Henry, W. P. Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994) *Psychodynamic approaches*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 th ed.). New-York : Wiley.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 th ed.). New-York : Wiley.
- Metcalf, L., Thomas, F. N., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Hubble, M. A. (1996) *What works in solution-focused brief therapy?* In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan, (Eds), *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997) *Escape from Babel*. New-York : Norton.
- Orlinski, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy-noch einmal*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 th ed.). New-York : Wiley.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992) *In search of how people change*. *American psychologist*, 47, 1102-1114.
- Simon, D. (1996). *Crafting consciousness through form : Solution-focused therapy as a spiritual path*. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan, (Eds), *Handbook of Solution-Focused brief therapy*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Wampold, B. E. (2001) *The Great Psychotherapy Debate*. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates.