



LA MOTIVATION, QUELQUE CHOSE QUI SE CONSTRUIT

Cahier de formation



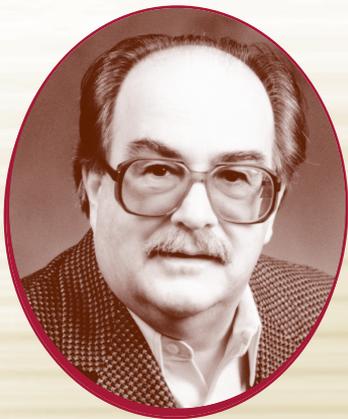
Toxicomanie



Alcoolisme

Jeu pathologique





DOLLARD CORMIER

Le nom Dollard-Cormier a été choisi en l'honneur de M. Dollard Cormier qui a créé, à l'Université de Montréal, le premier laboratoire de recherche sur l'abus d'alcool et de drogues au Québec. Il fut également un pionnier dans la formation des professionnels qui s'intéressent aux problèmes des personnes alcooliques et toxicomanes.

LA MOTIVATION, QUELQUE CHOSE QUI SE CONSTRUIT

Marie Lecavalier

*Coordonnatrice à la Direction des services professionnels pour l'équipe
Service à la communauté (volet formation/consultation)*

Jinette Marcil-Denault

Isabelle Denis

Kristiane Maltais

Lorraine Mantha

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**

Remerciements

L'élaboration de ce document n'aurait pu voir le jour sans l'apport de tous ces intervenants du champ de la toxicomanie qui, au fil du temps, ont constitué une banque d'outils empruntés à la littérature, ni sans leur créativité mise au service des besoins de leur clientèle. Je tiens à souligner la collaboration spéciale de Kristiane Maltais et Jinette Marcil-Denault dans la conception de ce document.

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	5
La réflexion	7
La motivation	7
Pourquoi parler de motivation ?	7
Ce qu'est la motivation	8
La motivation dans l'intervention	8
Le cadre conceptuel	9
La théorie de l'autodétermination	11
La motivation intrinsèque	12
La motivation extrinsèque	13
Le continuum de motivation	14
Les implications de la théorie	16
Des questionnements à propos de la théorie	18
De la réflexion à la pratique	20
L'approche motivationnelle et la résistance	20
L'approche motivationnelle	20
La résistance	22
Le modèle de Prochaska, Norcross et Di Clemente	25
Le processus de changement	28
La précontemplation	29
La contemplation	32
La préparation	36
L'action	42
Le maintien	46
L'intégration	47
Bibliographie	49

Liste des tableaux et encadrés

Pourquoi parler de motivation ?	7
Théorie de l'autodétermination	11
Continuum de motivation	15
Principes de l'approche motivationnelle	21
Postulats sous-jacents	21
Techniques d'entrevue motivationnelle	24
Étapes du processus de changement	27
Banque de plaisirs	40
Suggestions de moyens favorisant le changement	41

Liste des outils pratiques

Portrait de ma consommation 1	31
Commentaires de l'entourage face à ma consommation	34
La balance décisionnelle	35
Gains et pertes	38
Portrait de ma consommation 2	39
Solutions de remplacement	44
Les avantages et les inconvénients de ma consommation	45
Chaîne comportementale	48

Introduction

Au cours de leur pratique, les cliniciens sont souvent appelés à intervenir auprès de personnes qui présentent des conduites problématiques et qui éprouvent des difficultés à les modifier. Comment évaluer la motivation de ces personnes ? Devant une motivation moins bien définie, devrait-on utiliser la confrontation pour favoriser la prise de conscience du problème ? La motivation est-elle un concept unitaire c'est-à-dire une loi du tout ou rien ?

Devant ces préoccupations constantes, tant chez les cliniciens que les usagers qui nous consultent, nous vous proposons un document de référence qui synthétise les connaissances actuelles dans le domaine de la motivation au changement.

L'intervention en toxicomanie a évolué en même temps qu'évoluait la conception qu'on avait de la problématique et des toxicomanes. Le modèle moral issu de l'Europe du XIX^e siècle stigmatisait le vice des « ivrognes » et prêchait leur réhabilitation par la prière, le repentir et la tempérance. Vers le milieu du XX^e siècle, le modèle médical a introduit la notion de « maladie alcoolique » qui a eu le mérite de diminuer le jugement négatif porté sur les toxicomanes et d'amener en traitement des gens qui n'auraient pas osé le faire autrement.

Cette conception de la toxicomanie comme maladie implique que la personne toxicomane doit reconnaître son problème pour être aidée efficacement. Elle est sensée avoir « touché le fond » dans sa consommation, sans quoi la motivation à changer risque d'être insuffisante. Finalement, elle doit se conformer au traitement proposé et un seul objectif est réaliste compte tenu de sa maladie : l'abstinence.

Le modèle biopsychosocial, quant à lui, émerge vers la fin du XX^e siècle. Il a favorisé une nouvelle approche de la toxicomanie. Plus spécifiquement, au plan de l'étiologie, les recherches convergent vers une reconnaissance des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux et il en est de même pour les conséquences qui en découlent. Dans cette perspective, au plan psychologique, nous sommes interpellés sur la place de la motivation dans un tel processus de changement. Nous sommes confrontés à toute la complexité de cette dimension notamment, devant le fait que certaines personnes se montrent incapables de maintenir un niveau de motivation suffisant pour mener à terme un processus de réadaptation. Les recherches et la pratique démontrent que la motivation est un phénomène fluctuant et que, finalement les personnes aux prises avec un problème de consommation éprouvent des difficultés importantes à reconnaître les conséquences de ce comportement de dépendance dans les problèmes associés à leur vie. Une compréhension éclairée du niveau de motivation permet une intervention plus adéquate et par le fait même plus performante.

Dans une perspective de santé publique, le modèle de réduction des méfaits a introduit une façon de faire qui impose une redéfinition des règles. L'objectif poursuivi par l'utilisateur devient la pierre angulaire sur laquelle repose la demande. L'utilisateur dans cette perspective est accueilli peu importe le niveau de motivation en présence. Il s'agit pour le clinicien d'ajuster son intervention de manière à diminuer les méfaits associés aux conduites de risque. Dans cette optique, la motivation au changement peut s'avérer minimale et l'intervention implique une hiérarchie d'objectifs prioritaires et réalistes. Pour ce faire, une lecture appropriée de ce qui sous-tend la motivation devient essentielle et permet de mieux rencontrer les objectifs poursuivis.

Avec la croyance que chaque individu est unique et que la consommation représente un paradigme spécifique dans l'univers personnel, cette approche favorise une plus grande ouverture et une tolérance accrue dans l'admission en traitement des toxicomanes. Elle vise à intervenir précocement, là où se situe la personne, en tenant compte de son niveau de motivation à changer et de ses objectifs ; elle mise fondamentalement sur les forces et les ressources individuelles. L'intervention, dans ce contexte, en est une de support constant dans une démarche progressive. Soutenue par une intervention où prédomine un lien de confiance non autoritaire, la personne toxicomane peut développer un sentiment de compétence personnelle qui lui permet de s'acheminer vers des objectifs qui lui sont adaptés et qui correspondent à ses capacités : l'abstinence demeure un objectif valable, mais à l'intérieur d'un continuum de possibilités allant de l'arrêt total de certains produits à la diminution de d'autres.

Notre document présente d'abord une compréhension de la motivation selon les travaux de Deci et Ryan qui ont distingué la motivation intrinsèque de divers états de motivation extrinsèque. Cette première partie se veut plus théorique et le lecteur pourra s'y référer pour poursuivre sa réflexion et mieux saisir toute la complexité de ce qu'est la motivation. Les autres volets quant à eux se veulent plus pratiques. Nous nous sommes appuyés également sur les écrits de Miller et Rollnick, afin de dégager un style d'intervention qui soutient la motivation initiale et qui favorise le développement de l'alliance thérapeutique, pierre angulaire de la relation d'aide auprès de la clientèle. Le modèle de changement de Prochaska, Norcross et Di Clemente vient ensuite concrétiser l'ensemble des éléments retenus par les deux groupes de théoriciens précédents. Ce modèle stipule que le processus de changement est un processus complexe et séquentiel. Il met en relief l'importance d'une intervention adaptée selon chacune des étapes : la compréhension du niveau de motivation, ajoutée à une sélection de processus et de techniques spécifiques, maximise l'impact de l'intervention. Pour chaque étape, un choix d'exercices pratiques est présenté pour aider le clinicien dans sa démarche de soutien à la personne toxicomane.

Bonne lecture !



Marie Lecavalier
Coordonnatrice des services professionnels



Madeleine Roy
Directrice générale

LA RÉFLEXION

La motivation

POURQUOI PARLER DE MOTIVATION ?

La question de la motivation se pose à l'intervenant lorsque, dans un processus de relation d'aide, il est confronté à des situations où l'intervention apparaît difficile, stagnante ou carrément dans une impasse.

Comment composer, en effet, avec des éléments comme :

- L'attrition en cours de processus.
- Peu ou pas d'amélioration chez le client.
- Des échecs répétés de tentatives de changement.
- Nombreuses tentatives de traitement.
- Une détérioration chez le client.
- Des résultats mitigés malgré la bonne volonté manifeste de l'intervenant et du client.
- La poursuite de comportements destructeurs chez le client malgré une souffrance réelle.
- Des pressions extérieures.

Dans ces cas-là, l'intervenant sent bien qu'il se passe « quelque chose » chez le client et aimerait pouvoir intervenir parce qu'il sent que l'action—ou l'inaction—y est directement liée.

CE QU'EST LA MOTIVATION

D'après le petit Robert, la motivation est définie dans sa plus simple expression comme :

«L'action des forces, conscientes ou inconscientes, qui déterminent le comportement (sans considération morale aucune)»

Mais la notion de motivation est complexe. Il y a l'impulsion de départ, ce qui initie le comportement (motivation initiale) et, en ce sens, c'est d'un **réservoir d'énergie** disponible dont il s'agit. Cependant, cette énergie peut être qualifiée de façon très différente par la direction, l'intensité et la persistance du comportement qui a été initié : on peut être motivé pour une chose et non pour une autre, à des degrés divers, à court ou à moyen terme... La motivation s'inscrit donc dans un processus dynamique, qui peut fluctuer en fonction de facteurs internes ou externes. La motivation au changement est intimement liée à la perception de l'ampleur et de la nocivité du comportement en cause. Le sentiment d'avoir la compétence pour modifier ce comportement sera déterminant.

LA NOTION DE MOTIVATION DANS L'INTERVENTION

Les intervenants en relation d'aide ont longtemps référé à la motivation comme à un concept unitaire : quelque chose que la personne «a» ou «n'a pas» et qui la fait collaborer à ce qu'on lui propose. Si la personne est motivée, elle reconnaît son problème, elle accepte le traitement, les consignes et les stratégies proposées par son intervenant, elle fait des efforts et persévère ; elle est reconnaissante de l'aide apportée (la compliance).

Il est vrai que la motivation, au sens strict, appartient à la personne et qu'on ne peut donner une motivation à quelqu'un qui n'en a pas. Mais la motivation étant variable et dynamique, il y a possibilité d'agir sur cette énergie. La différence majeure survenue dans les dernières années consiste à considérer l'intervenant comme un acteur important du processus d'aide. Il peut mettre en place des éléments qui vont aider à démarrer, à supporter et à consolider la motivation chez la personne en processus de changement.

En ce sens, il est important de distinguer la « motivation au changement » et la « motivation au traitement ». Une personne peut être prête à modifier des comportements ou des habitudes de vie, mais se sentir rebutée par le type d'aide qu'on lui propose. On doit donc s'assurer que l'intervention s'inscrit dans le système de valeurs de la personne et correspond à ses objectifs et capacités. De plus, on peut retenir des personnes en traitement pendant longtemps, sans qu'elles s'améliorent de façon significative. Il faut alors chercher quelle motivation intervient et quels bénéfices retirent ces personnes de leur engagement.

La motivation intervient davantage dans une **interaction** entre l'intervenant et la personne qui cherche de l'aide ; on parle alors plus d'un **processus motivationnel** que de motivation pure et simple.

Le cadre conceptuel¹

Les premières tentatives pour définir la motivation remontent à la fin du 19^e siècle, mais c'est la seconde moitié du 20^e siècle qui a vu fleurir les nombreuses études qui tentent d'expliquer les conduites humaines.

Une perspective, qu'on peut qualifier de **mécaniste**, perçoit l'être humain comme plutôt passif dans son développement. Deux grands courants de pensée s'y rattachent : la théorie des pulsions et la théorie du renforcement.

La théorie des pulsions postule que des besoins physiologiques primaires chez l'individu se manifestent par un état de « manque » qui déclenche de façon impérative la recherche d'un objet ou d'une réponse qui va combler ce manque. Une fois le besoin satisfait, la pulsion s'éteint jusqu'à ce qu'un nouveau débalancement enclenche à nouveau le processus. Plus ou moins nombreuses selon les auteurs (faim, soif, sexualité, agressivité, évitement de la douleur...), les pulsions garantissent la survie et amènent un pairage graduel avec un objet satisfaisant qui sera recherché par la suite. La psychanalyse, dans sa tentative de comprendre le développement normal mais aussi les causes de la psychopathologie, décrit les mauvais pairages ou les mauvais ajustements entre pulsion et objet.

La théorie du renforcement, quant à elle, est particulièrement reliée à la compréhension des processus d'apprentissage. L'être humain, comme l'animal, apprend par conditionnement : les stimuli environnementaux, notamment les récompenses et les punitions, lorsqu'ils sont répétés selon des principes donnés, fixent certaines réponses qui deviennent alors partie intégrante de la structure de l'individu. Comme dans la théorie des pulsions, les tenants de cette approche cherchent à cerner la cause des mauvais apprentissages qui amènent des dysfonctionnements et à y remédier.

Bien que le modèle mécaniste rende compte en partie de la motivation des conduites, il ne l'explique pas entièrement. Des expériences ont mis en lumière des comportements qui remettent en question les postulats proposés par les théoriciens des pulsions et du conditionnement. Des rats affamés, non seulement délaissent la nourriture, mais acceptent de traverser une grille électrifiée, pour explorer de nouveaux espaces. Des chimpanzés, à qui on offre des casse-tête à compléter, persistent à répéter cette tâche en l'absence de toute autre forme de récompense, semble-t-il, que le plaisir de la réussite.

Comment rendre compte de ces agissements? Que ce soit chez les animaux ou chez les humains, les comportements d'exploration, de manipulation et de jeu font partie intégrante du développement et supposent d'autres déclencheurs que les pulsions ou les stimuli extérieurs.

¹Pour une exploration plus exhaustive, voir Deci et Ryan (1995).

De la même façon, comment expliquer chez l'humain le temps et l'énergie mis dans des activités qui ne présentent aucune nécessité pour la survie ? l'appétit insatiable de l'enfant pour la découverte et la nouveauté ?

La **perspective organismique** apporte une meilleure compréhension de l'ensemble des activités humaines et de ce qui les déclenche. L'être humain a effectivement des pulsions qui le poussent à assurer sa survie et à se reproduire. Il est aussi conditionné en partie par des facteurs environnementaux. Mais il se met en action aussi pour d'autres raisons, notamment des besoins psychologiques (compétence, maîtrise, relation...). Cette stimulation interne l'amène à agir sur son environnement et à le façonner, pas seulement à y réagir. Il cherche à maîtriser à la fois les forces environnementales mais aussi les forces pulsionnelles pour les intégrer dans une structure unifiée qu'on appelle « le soi ».

Le courant humaniste est issu de cette perspective. Cependant, la psychodynamique et la psychologie empirique ont évolué de façon relativement convergente vers la fin du 20^e siècle. En postulant davantage de flexibilité aux structures psychologiques que Freud avait initialement mises de l'avant, et en délaissant la simple association stimulus-réponse au profit de structures cognitives plus complexes, ces deux courants de pensée ont introduit le concept de **choix**.

La perspective organismique stipule donc une **structure interne active et relativement libre** qui agit sur l'environnement mais aussi sur ses propres mécanismes, qui les raffine continuellement afin de refléter et d'intégrer les nouveaux éléments en cours. Dans cette perspective, **l'expérience personnelle** prend toute son importance. La signification psychologique accordée aux personnes, aux situations et aux événements, de même que la pondération tout à fait subjective qui leur est attribuée au niveau du « soi » confèrent à l'individu son **caractère unique**.

La théorie de l'autodétermination²

Note :

Cette théorie, issue du 20^e siècle, a été élaborée au début des années 1980. Elle a servi de support à de nombreuses recherches dans des domaines très variés : éducation, travail, sports, relations de couple, jeu pathologique, troubles de l'alimentation, tabagisme, psychothérapie et, plus récemment, dans le domaine de la toxicomanie.

Elle présente un intérêt certain dans le domaine de l'intervention :

- elle offre une base théorique solide pour comprendre la motivation comme le produit d'échanges personnels;
- elle considère la motivation comme un phénomène complexe et non unitaire : des types et des degrés différents de motivation entraînent des comportements différents;
- elle permet l'analyse des processus psychologiques responsables du changement.

Si la motivation est ce qui met l'individu « en mouvement » vers une action, ce concept est loin d'être unitaire. Le degré ou l'intensité de la motivation peut varier, mais aussi son orientation, c'est-à-dire les attitudes et les objectifs qui sous-tendent l'action. Étudier pour le plaisir de la découverte ou par crainte de la punition, travailler parce qu'on y voit l'occasion d'expérimenter ses capacités ou pour obtenir de l'avancement, sont des exemples qui démontrent des variations dans la nature et la cible de la motivation.

Dans leurs travaux de 1985 (SDT – Self Determination Theory), Deci et Ryan proposent de distinguer la motivation intrinsèque qui pousse à une action perçue comme intéressante ou agréable **en soi**, et la motivation extrinsèque qui conduit à agir pour un **but extérieur**.

²Ce texte est en grande partie issu de l'article de Deci et Ryan (2000).

LA MOTIVATION INTRINSÈQUE

La motivation intrinsèque réfère à une action accomplie pour la satisfaction inhérente à l'activité elle-même, le plaisir ressenti, le défi qu'elle représente : l'action permet d'expérimenter les sentiments positifs liés à l'exercice et à l'extension de ses capacités personnelles. Élément critique du développement de l'enfant, cet appétit naturel pour l'apprentissage et la découverte contribue aussi de façon hautement significative au bien-être et à la performance tout au long de la vie adulte.

Les individus étant des êtres uniques, ils ne sont pas obligatoirement motivés intrinsèquement pour les mêmes activités. Ce n'est pas la tâche elle-même qui est « motivante » mais la **valeur motivationnelle** que l'individu lui confère. Il n'y a de motivation intrinsèque que pour les activités qui ont un **intérêt intimement personnel** pour un individu donné : nouveauté, défi, valeur esthétique, plaisir...

La théorie de l'autodétermination considère la motivation intrinsèque comme un **attribut inhérent** à l'organisme humain. En ce sens, les besoins d'autodétermination ressemblent aux pulsions primaires : elles sont innées et elles constituent un important réservoir d'énergie en vue de l'action. Mais les besoins en diffèrent parce qu'ils ne fonctionnent pas selon le mode cyclique des pulsions : émergence, pression, recherche de l'objet de satisfaction, retour au statu quo.

Selon la théorie, cette énergie potentielle est catalysée seulement si certaines conditions conduisent à son expression. Ces conditions essentielles à son émergence sont :

- Le **sentiment de compétence** (compris au sens large de l'organisme qui tend à s'adapter à son environnement) : l'individu a le sentiment de maîtriser la situation, d'utiliser ses capacités, de comprendre, d'apprendre, de se développer.
- Le **sentiment d'autonomie** dans l'action : l'individu a le sentiment que c'est lui qui décide, qui oriente l'action (il est le « lieu de causalité » de l'action). Dans ce besoin d'autodétermination, le choix apparaît plus important que le contrôle sur les résultats. À la limite, on peut choisir de ne pas avoir de contrôle, ce qui revient à avoir le choix. De même qu'être contraint à exercer un contrôle sur l'environnement ou à obtenir certains résultats n'est pas ressenti comme de l'autodétermination.

Le concept de motivation intrinsèque a été particulièrement étudié dans le domaine de l'éducation. Les recherches ont mis en lumière le fait que les professeurs qui supportent l'autonomie de leurs étudiants catalysent chez eux une plus grande motivation intrinsèque, la curiosité et un intérêt pour le dépassement personnel. Par contre, les étudiants qui sont trop contrôlés perdent toute initiative et apprennent moins bien, surtout pour des tâches complexes nécessitant de la conceptualisation et de la créativité. De même, toute forme d'intervention extérieure contingente à la tâche a pour effet de diminuer la motivation intrinsèque, qu'il s'agisse de récompenses, de menaces, d'échéances, de directives ou de pression à compétitionner. Ce sont les choix et l'opportunité d'une auto-direction qui augmentent la motivation intrinsèque, parce qu'ils contribuent à augmenter chez l'individu son sentiment d'autonomie.

LA MOTIVATION EXTRINSÈQUE

La motivation intrinsèque apparaît comme un idéal ou un souvenir nostalgique de l'enfance où tout est possible. Les contraintes de la vie adulte, sociale et professionnelle, imposent des limites par les rôles et les responsabilités dévolus à l'individu. Peu d'actions posées quotidiennement sont déclenchées par la satisfaction d'accomplir la tâche pour elle-même. Les actions de la plupart des individus sont majoritairement motivées extrinsèquement, dans le sens où elles ont pour but un résultat extérieur. Par ailleurs, l'acceptation de valeurs et de régulations comportementales est nécessaire à la socialisation et à l'intégration de l'individu dans sa communauté.

La motivation extrinsèque est-elle nécessairement en contradiction avec le sentiment d'autonomie? L'adolescent qui complète son travail scolaire pour éviter des sanctions parentales et celui qui le fait parce qu'il croit que ça va l'aider dans sa future profession sont tous les deux motivés extrinsèquement : l'action est accomplie pour sa valeur instrumentale et non parce qu'elle est nécessairement intéressante. Par contre, les deux varient dans l'autonomie relative et le sentiment de choix qui y sont associés.

Deux processus importants permettent à l'organisme de s'appropriier les contingences externes :

- **L'internalisation** : processus par lequel une valeur ou une règle est acceptée parce que son importance est comprise.
- **L'intégration** : processus par lequel l'individu transforme la règle de façon personnelle pour la faire sienne et l'incorporer ainsi à son sens de soi.

La théorie de l'autodétermination postule un continuum d'internalisation et d'intégration allant de l'amotivation à la motivation intrinsèque en passant par différents degrés d'investissement personnel. Plus l'internalisation croît, plus la persistance augmente : l'engagement dans le comportement permet un sentiment de cohérence interne... Le tableau I synthétise ce continuum (voir page 15). Plus on se déplace vers la droite du tableau, plus la motivation émane de l'individu et plus l'action est perçue comme le résultat d'un processus autonome (lieu de causalité).

LE CONTINUUM DE MOTIVATION

- **L'amotivation** : c'est l'absence de désir pour agir. L'action est perçue comme sans intérêt ou valeur pour l'individu, ou il ne se sent pas compétent pour l'accomplir, ou il ne croit pas que ça va lui apporter un résultat appréciable. La personne ne se sent pas reliée à l'action, ne voit plus de lien entre les gestes et les résultats attendus (lieu de causalité impersonnel).

Les théoriciens qui perçoivent la motivation comme un concept unitaire n'ont considéré que la distinction entre l'amotivation et la motivation.

- **Les différents degrés de la motivation extrinsèque**

La régulation externe : l'action est faite pour satisfaire une demande extérieure ou pour obtenir une gratification imposée extérieurement. L'individu se perçoit comme contrôlé ou désabusé (lieu de causalité externe). C'est le type de motivation opposé habituellement à la motivation intrinsèque.

La régulation introjectée : l'action est faite sous la pression extérieure, mais en vue d'assurer un équilibre psychologique interne c'est à dire éviter la culpabilité ou l'anxiété, obtenir une fierté personnelle ou une hausse de l'estime de soi (lieu de causalité plutôt externe). Les contraintes extérieures deviennent des sources de prescriptions internes.

L'identification : l'importance de l'action est intégrée et la règle est acceptée. L'individu a le sentiment de choisir le comportement (lieu de causalité plutôt interne).

L'intégration : les règles identifiées sont pleinement intégrées au soi. Par un processus d'auto-analyse, l'individu utilise les contingences extérieures et les changements inévitables pour maintenir une congruence dans son système de valeurs. Plus les raisons d'agir sont internalisées et assimilées au soi, plus l'action est intrinsèquement motivée et devient autodéterminée (lieu de causalité interne). Cette régulation est très proche de la motivation intrinsèque, toutes deux étant perçues comme autonomes et non conflictuelles. Mais elle demeure extrinsèque puisque l'action est accomplie pour sa valeur instrumentale, même si celle-ci est choisie et valorisée par l'individu.

- **La motivation intrinsèque** : c'est le prototype de l'activité autodéterminée (lieu de causalité interne).

Tableau 1 — Continuum de motivation

STYLES DE RÉGULATION	AMOTIVATION	MOTIVATION EXTRINSÈQUE				MOTIVATION INTRINSÈQUE
		RÉGULATION EXTERNE	INTROJECTION	IDENTIFICATION	INTÉGRATION	
PROCESSUS ASSOCIÉS	Pas de lien Compétence faible Pas de pertinence Pas d'intentionnalité	Importance des récompenses / punitions extérieures Compliance / Réactance	Implication de l'ego Primauté à l'approbation de soi ou des autres	Valorisation consciente de l'action Compréhension et adhésion aux buts	Synthèse des buts Congruence dans le système de valeurs personnelles	Intérêt Plaisir Satisfaction inhérente
LIEU DE CAUSALITÉ	Impersonnel	Externe	Plutôt externe	Plutôt interne	Interne	Interne

LES IMPLICATIONS DE LA THÉORIE

- **La perspective développementale** : le processus d'internalisation est constamment mis à contribution tout au long de la vie. La théorie de l'autodétermination ne postule pas cependant que les différents degrés de motivation extrinsèque constituent les étapes d'une séquence obligatoire. Mais on peut supposer que le mode général de régulation chez l'individu devient de plus en plus interne. La tendance naturelle de l'organisme vers l'autonomie va dans ce sens. Le développement des capacités cognitives et de l'ego permet à l'individu d'évaluer et d'intégrer un plus grand nombre de situations et de valeurs à mesure qu'il devient adulte.
- **L'intervention et le rôle de l'intervenant** : dépendant de ses expériences passées et des facteurs situationnels, l'individu en demande d'aide ou en démarche de changement se positionne à un endroit donné sur le continuum lorsqu'il entre en action. Un mouvement est possible sur ce continuum dans un sens ou dans l'autre. Une personne placée en régulation externe peut, si la contingence extérieure n'est pas trop contrôlante, expérimenter une motivation de plus en plus intrinsèque. De même, une action peut perdre tout son sens ou toute sa valeur dans un environnement contraignant et faire reculer la personne vers une motivation plus extrinsèque.

Les études démontrent les effets bénéfiques de la motivation intrinsèque (meilleure performance, meilleur engagement, moins de décrochage, apprentissage de plus haute qualité) et les effets restrictifs d'un manque d'internalisation (moins d'intérêt pour la tâche, moins de persévérance dans l'effort, blâme vis-à-vis l'extérieur). De plus, la motivation intrinsèque est associée à un plus grand sentiment de bien-être psychologique et un fonctionnement général plus aisé, puisque les ressources personnelles sont mieux utilisées et il y a moins de conflits.

Comment alors, maximiser la régulation autonome de conduites motivées extrinsèquement au départ? Deux éléments semblent particulièrement susceptibles d'induire ce résultat. D'abord, le **sentiment d'appartenance, de lien (relatedness)** à une personne, un groupe, une culture. Puisque l'action motivée extrinsèquement est par définition moins « intéressante », c'est souvent l'acceptation de la valeur accordée à cette action par quelqu'un de signifiant qui va motiver la personne à agir : parents, professeurs, intervenants, amis, société. L'alliance thérapeutique demeure donc un élément-clé de la relation d'aide et le rôle joué par l'intervenant dans le processus motivationnel prend alors tout son sens.

Le second élément est le **niveau de compétence perçu** par l'individu. Certains facteurs peuvent contribuer à rehausser la perception de compétence :

- Recevoir un feed-back inhérent à la tâche ou au comportement demandé (observations objectives liées à la progression vers le but).

- Recevoir un soutien, un support face aux efforts consentis (lien affectif).
- Se voir proposer un défi à la mesure de ses compétences (si trop facile, pas d'intérêt; si trop difficile, inatteignable : le défi doit être juste un peu au-dessus du fonctionnement habituel).

Mais l'**autonomie** demeure la clé du processus d'internalisation. La régulation non seulement est introjectée mais elle est intégrée. L'individu est en accord avec la régulation parce qu'il en comprend le sens et l'intègre dans son système de valeurs personnelles. Certaines attitudes de l'intervenant contribuent à faciliter le processus d'internalisation parce qu'elles soutiennent l'autonomie et la persistance du changement :

- Fournir un motif rationnel pour adopter un certain comportement ou effectuer un changement.
- Reconnaître l'ambivalence dans le changement.
- Laisser le droit de choisir.

« Quand l'individu est libre de l'intrusion des pulsions et des émotions, il recherche des situations qui l'intéressent et qui requièrent l'utilisation de sa créativité et de ses ressources personnelles. Il recherche des défis qui sont à sa mesure, ni trop faciles, ni trop difficiles. Le plaisir et l'excitation qui accompagnent l'expérience de compétence et d'autonomie sont les récompenses d'une conduite motivée intrinsèquement. »

(Deci et Ryan, 1985)

DES QUESTIONNEMENTS À PROPOS DE LA THÉORIE

La théorie de l'autodétermination est validée par tout un corpus de recherches. Des questionnaires ont été construits qui rendent compte de la variabilité de la motivation telle que présentée sur le continuum de Deci et Ryan. Des expériences ont été menées qui attestent l'impact différent sur le comportement selon les types de motivation (voir Simoneau, 2001).

De façon générale, il y a consensus autour du fait que la motivation intrinsèque est associée à des comportements ou conséquences positives : créativité, spontanéité, productivité accrue, persévérance. Lorsqu'un individu fait quelque chose qui lui plaît ou qui le stimule, la théorie postule qu'il a plus de chances de persévérer dans cette activité et de la répéter.

Cette propension au maintien des conduites constitue cependant une arme à deux tranchants. Si on considère la pathologie ou la déviance, on peut extrapoler **que la motivation intrinsèque peut mener à des conséquences négatives**. Que ce soit pour la surconsommation de substances ou le jeu pathologique, que ce soit pour des phénomènes comme le vandalisme ou la criminalité plus sévère, l'individu qui ressent davantage d'émotions positives lors de l'accomplissement de son action—même déviante—sera vraisemblablement porté à refaire le geste qui lui procure satisfaction (Blanchard, Vallerand et Brière, 2001). La répétition entraîne un renforcement et, de ce fait, une résistance à l'extinction de la conduite.

Bien que ces éléments aillent dans le sens de la théorie de l'autodétermination—plus une conduite est motivée intrinsèquement, plus elle a de chances de se maintenir—, ils posent un défi de taille à l'intervenant. En effet, comment contrer un comportement déviant motivé intrinsèquement? Comment proposer une avenue motivationnelle vers un changement à une personne qui ressent plaisir et satisfaction (au sens large d'une adaptation à son environnement) à agir de façon pathologique?

La grille d'analyse proposée par la théorie, en situant l'individu sur un continuum, permet à l'intervenant de mieux évaluer le cadre possible de l'intervention : les étapes, les difficultés, les limites... On peut présumer cependant qu'il faudra déployer beaucoup d'énergie et de créativité pour trouver et proposer des stratégies d'intervention qui possèdent un levier motivationnel suffisant dans un contexte où la motivation intrinsèque maintient un comportement inadapté. Dans un domaine comme la surconsommation de substances, il est possible de mettre de l'avant des éléments de motivation suffisamment internalisée (introjectée, identifiée ou intégrée) pour provoquer et soutenir un changement. Pour des conduites plus cristallisées ou criminalisées, on peut se heurter aux limites de l'intervention supportante : de façon réaliste, il est probable que seule une régulation externe maintenue de façon constante est à même d'empêcher la récurrence de certains comportements.

Quoi qu'il en soit, la théorie de l'autodétermination demeure un outil précieux entre les mains de l'intervenant. Combinée à d'autres éléments d'analyse, elle permet de mieux cibler l'intervention et de la rendre plus individualisée parce qu'elle précise les ressorts des conduites humaines : où se situe cet individu particulier qui demande de l'aide? Comment fonctionne-t-il de façon habituelle? Que peut-on lui proposer qui va le motiver, et qu'il puisse intégrer de façon cohérente dans son système de pensées ou de valeurs?

DE LA RÉFLEXION À LA PRATIQUE

L'approche motivationnelle et la résistance³

L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE

L'Approche Motivationnelle développée par Miller et Rollnick en 1991 est une méthode visant à renforcer la motivation intrinsèque à changer un comportement inadapté. Tout en étant centrée sur le client, la méthode a un caractère directif qui permet d'explorer et de résoudre l'ambivalence et de faire parler sur le changement. D'abord développée pour les comportements addictifs, cette approche a ensuite été appliquée pour aider à faire une diète ou des exercices, réduire les risques du HIV et les problèmes de jeu compulsif.

Les cinq principes de l'approche motivationnelle :

1 - Montrer de l'empathie.

Il ne s'agit pas de s'identifier à l'autre, mais de tenter de comprendre ce qu'il vit par une attitude non moralisatrice. Une présence empathique prédispose le client à l'ouverture et au dévoilement de soi.

2 - Faire ressortir les discordances.

Parler des conséquences et aider à prendre conscience des sentiments contradictoires. Les divergences perçues et exprimées par le client entre sa situation actuelle et la situation désirée donnent parfois place à une anxiété bénéfique au changement.

3 - Éviter l'argumentation.

L'argumentation est contre productive et risque de provoquer la résistance et le déni.

4 - Composer avec la résistance.

Si le client résiste fortement aux suggestions ou aux interprétations, ne forcez pas la note. Les opinions peuvent se modifier en cours de route.

5 - Favoriser le sentiment de compétence personnelle.

Souligner les efforts, les succès, les zones de maîtrise et renforcer l'idée que la démarche et les actions entreprises ont un impact significatif.

Les postulats sous-jacents :

1 - On ne peut imposer la motivation intrinsèque.

2 - Pour augmenter la motivation, le client doit être d'accord pour discuter de son ambivalence.

3 - La persuasion directe n'est pas efficace face à l'ambivalence.

4 - La relation thérapeutique doit être égalitaire.

5 - Une attitude calme et empathique favorise l'ouverture pour parler de changement.

La résistance

Dans l'approche motivationnelle, la résistance est vue comme le produit de l'interaction entre le thérapeute et son client. Il s'agit d'une équation complexe qui permet de voir le niveau total de la résistance dans l'interaction client-thérapeute.

Équation : composante client + composante thérapeute = niveau de résistance

- Le client arrive avec un \pm haut degré de résistance (par exemple, haut degré si le client est référé par un mandat de cour).
- La résistance est plus susceptible d'apparaître quand le client perçoit une perte potentielle de liberté ou de choix. Brehm et Brehm (1981) ont appelé cette réponse la « réaction ». L'approche motivationnelle est facilitante pour ce type de résistance.
- Le thérapeute peut augmenter ou réduire la résistance selon sa façon de répondre (par exemple, un thérapeute qui répond par la confrontation, l'argumentation ou la persuasion augmente la résistance et fait preuve de contre-résistance)
- La réponse du thérapeute est critique puisque la recherche démontre que de hauts niveaux de résistance sont associés à des résultats moins favorables dans le traitement de l'alcoolisme (Miller et Rollnick, 1991)
- Mais le plus important est la façon dont le thérapeute conceptualise les buts du client et s'investit dans le processus. La résistance est inévitable lorsque le thérapeute surinvestit des objectifs spécifiques de changement alors que le client lui-même est ambivalent. À l'opposé, si un thérapeute n'a aucune attente face aux résultats, il n'y a pas de résistance et sans doute aussi peu de résultats. Une part d'investissement du thérapeute est donc souhaitable parce qu'un thérapeute sans opinion à propos de conduites auto-destructives échouerait à inspirer confiance et optimisme chez des clients perturbés. Il convient donc d'investir de façon appropriée en gardant en tête la possibilité que les clients choisissent de ne pas changer.

En conclusion, dans l'approche motivationnelle, la résistance n'est pas vue comme du déni ou un signe de pathologie, mais comme le produit du processus normal de changement de comportements complexes.

COMMENT TRAVAILLER AVEC LA RÉSISTANCE ?

L'analogie du canoteur qui négocie le courant dans l'eau vive permet de concevoir le travail à effectuer avec la résistance. Il pagaie dans les rapides en utilisant le courant pour contourner les obstacles et il évite de se trouver à contre-courant. Ainsi, le thérapeute ne perd pas son énergie à argumenter, mais la conserve pour garder le cap sur les objectifs. Dans la perspective de l'approche motivationnelle, les interventions doivent être faites dans un esprit d'égalité et d'acceptation et non avec une attitude cynique ou manipulatrice.

Les deux catégories d'interventions les plus courantes utilisées dans cette approche : les réponses-reflets et les réponses stratégiques.

• Les réponses-reflets :

Le reflet amplifié est une variation de l'écoute-reflet, où une composante directive est ajoutée pour sortir d'une lutte de pouvoir et s'orienter vers le changement. Le thérapeute choisit d'amplifier le reflet de ce qui fait l'objet d'une résistance prononcée du client. Par exemple : « Cesser de boire vous fera sans doute perdre tous vos amis. » ou « Vous vous retrouverez probablement complètement seul. »

Les avantages : contrer la tendance naturelle du client ambivalent à parler des deux aspects d'une décision et l'amener à sortir de sa position d'inertie en ayant une attitude ouverte à l'échange. Le reflet amplifié permet également que ce soit le client qui donne les arguments pour le changement plutôt que le thérapeute.

Le double reflet consiste à refléter un argument pour et contre dans la même proposition en les joignant par un « et ». Par exemple : « Vous aimeriez réduire votre poids et vous trouvez difficile de trouver du temps pour faire de l'exercice ». Cette réponse met en relief la contradiction entre le comportement habituel du client et les buts visés à plus long terme, être en meilleure santé par exemple.

• Les réponses stratégiques :

Elles requièrent une part plus active du thérapeute pour changer la dynamique de la discussion. Par exemple, le thérapeute change ouvertement le sujet pour éviter l'argumentation d'un client sur le fait qu'il est alcoolique, en lui demandant plutôt comment il peut l'aider.

Dans l'esprit de l'approche motivationnelle, le thérapeute met l'emphase sur le choix du client. Personne ne peut forcer le changement et, entre le client et le thérapeute, seul le client peut décider si le changement se produira ou pas. Le thérapeute peut alors mettre l'emphase sur son rôle comme guide pour tout changement que le client voudra faire.

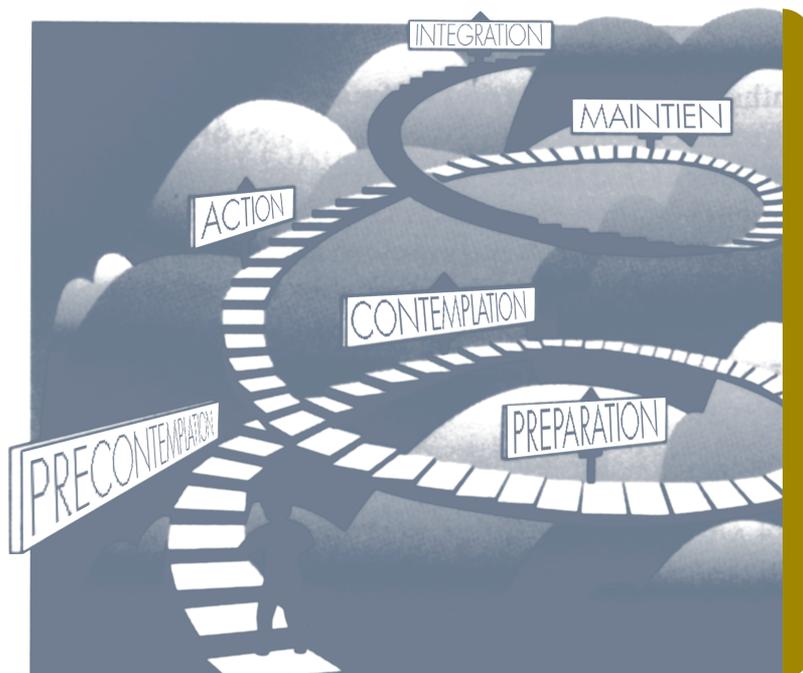
Devant l'indécision du client, le thérapeute peut investiguer les barrières réelles (pouvant amener la réactance) à sa liberté de choix et se centrer explicitement sur les choix du client. Il se montre également curieux du confort ou de l'inconfort face aux résultats de la décision.

Techniques d'entrevue motivationnelle⁴

Pièges à éviter	Stratégies alternatives
1 - Les questions fermées qui font répondre par oui ou non et rendent passif.	1 - Les questions ouvertes : depuis quand êtes-vous préoccupé par votre consommation ?
2 - La confrontation et le déni qui amènent argumentation et résistance.	2 - Dès le oui mais... faire plutôt reflet et reformulation.
3 - Le piège de l'expert qui contraint le client à la passivité, creuse l'écart et nuit à l'exploration de soi.	3 - L'ouverture à l'autre : racontez-moi ce qui est arrivé quand...
4 - L'étiquetage ou le diagnostic qui peuvent provoquer la résistance ou la passivité.	4 - La centration sur le problème : ce qui compte en ce moment, c'est de voir en quoi votre consommation vous nuit et ce que vous pouvez faire à ce sujet, si vous le désirez. Et si le client veut un diagnostic : il n'y a pas en ce moment de consensus sur le sujet mais je peux vous dire ce qu'on considère généralement.
5 - La précipitation qui peut faire qu'on précède le client dans sa compréhension du problème et dans sa motivation à le changer.	5 - Aborder surtout les préoccupations : d'après vous qu'est-ce qui peut avoir amené votre partenaire à penser que vous êtes alcoolique ?
6 - Le reproche ou la recherche du coupable qui fait perdre du temps et de l'énergie.	6 - Orienter la personne vers elle-même plutôt qu'autrui.
7 - Les conseils même lorsqu'ils sont demandés.	7 - Amener la personne à envisager diverses facettes de la situation et à décider elle-même.

Le modèle de Prochaska, Norcross et Di Clemente

Beaucoup des changements qui surviennent dans la vie sont inévitables, souvent hors du contrôle personnel. Cependant, des zones de pouvoir demeurent où l'être humain peut modifier le cours de sa vie ou en modeler certains aspects : surtout si une situation ou un comportement entraîne une détérioration ou une souffrance perçue comme intolérable, la personne cherche alors à sortir de cet état. Mais comment change-t-on de façon intentionnelle?



Prochaska, Norcross et Di Clemente se sont intéressés à cette importante question. À la fois psychologues, professeurs et chercheurs, ils publient en 1994 un livre qui produit une petite révolution dans le domaine des sciences du comportement : *Changing for Good*. Ne trouvant dans aucune théorie réponse à leur questionnement, ils tentent d'identifier les mécanismes mis de l'avant comme facteurs de changement selon les différentes approches thérapeutiques connues. Ils en répertorient neuf, associés de façon plus ou moins spécifique à l'une ou l'autre approche :

- la prise de conscience (consciousness raising)
- l'émergence émotionnelle (emotional arousal)
- le contexte supportant le changement (social liberation)
- l'engagement personnel (commitment)
- les relations aidantes (helping relationships)
- l'autoévaluation (self-reevaluation)
- le renforcement (rewards)
- le contrôle de l'environnement (environment control)
- les activités de substitution (countering)

Puis ils mènent une enquête auprès de personnes qui ont réussi des changements (ex : arrêter de fumer) mais sans aide extérieure ; ils les questionnent sur ce qu'ils ont fait et sur les processus utilisés pour réussir leur changement. Les réponses obtenues les amènent à postuler que

Le changement se fait à travers des étapes bien identifiables qui forment une **séquence obligatoire mais non linéaire**.

Ce modèle **trans-théorique** rend compte de tous les processus de changement possibles (il a été testé sur des milliers de personnes dans des domaines très variés), mais il ne stipule pas que les étapes sont franchies d'une seule traite. D'après les études, plus de 90% des personnes en processus de changement parcourent le cycle à plusieurs reprises avant de le compléter. Un individu peut demeurer longtemps à une étape, puis progresser rapidement à travers les suivantes, comme il peut s'arrêter et reprendre à un stade précédent au bout d'un certain temps. Toutes les variations sont possibles en fonction des capacités personnelles et des facteurs environnementaux qui jouent. Mais le modèle postule que **toutes les étapes** auront été franchies lors d'un changement complété.

Une autre découverte faite par Prochaska, Norcross et Di Clemente concerne le lien entre les processus de changement et les stades de changement : **certains processus sont plus efficaces à un stade particulier** et moins à un autre (voir tableau 2). Une fois le stade identifié, la progression vers un autre stade peut être facilitée par l'utilisation du ou des processus qui lui sont spécifiques. En contrepartie, on peut retarder le processus par un mauvais appariement : ainsi, l'exploration des sentiments, nécessaire au stade de contemplation, peut s'avérer contre productive pour une personne qui est dans l'action.

Cela ne signifie nullement que les stades sont compartimentés et qu'il faille utiliser exclusivement tel processus ou telle technique à tel stade. Chacun des processus est particulièrement efficace à un moment donné pour faire progresser la personne à l'intérieur de son processus et il contribue souvent à débloquer une situation qui semble dans l'impasse.

Même si ce modèle plutôt descriptif n'explique pas l'origine de comportements tels que les comportements de dépendance ni ne fournit d'explications quant au pourquoi, certains individus changent et d'autres pas, il a permis un virage important dans l'intervention par rapport à une approche plus traditionnelle de la motivation.

- L'intervention mise davantage sur les forces et les compétences de l'individu plutôt que de cibler seulement ses déficits et ses limites.
- Les traitements sont mieux adaptés aux besoins individuels plutôt qu'appliqués selon une formule standard.
- Les thérapeutes présentent une attitude plus humaine et plus empathique, par contraste avec une position où prédominent l'autorité, le pouvoir et la discipline.

- L'individu en demande d'aide participe à son processus (but, stratégies..) plutôt que de se soumettre simplement aux propositions faites par le thérapeute.

De façon plus globale, ce modèle contribue à l'élargissement du cadre de pensée touchant des phénomènes complexes et multifactoriels comme la toxicomanie et favorise, par le fait même, une réflexion sur les approches cliniques de tels phénomènes.

Tableau 2 — Étapes du processus de changement

Précontemplation	Contemplation	Préparation	Action	Maintien
Prise de conscience →				
Contexte supportant le changement →				
	Émergence émotionnelle →			
	Autoévaluation →			
		Engagement →		
			Renforcement →	
			Activités de substitution →	
			Contrôle de l'environnement →	
			Relations aidantes →	

LE PROCESSUS DE CHANGEMENT

Comprendre ce qui est impliqué dans un processus de changement permet à la personne qui l'amorce de mieux s'y préparer et d'en saisir tous les impacts. Par ailleurs, l'intervenant est plus à même de l'expliquer pour en faciliter l'intégration.

- Il s'agit d'un **processus** : quelque chose qui évolue, qui **s'inscrit dans le temps**, ça n'arrive pas tout d'un coup.
- Il y a **déséquilibre** : on va d'un équilibre à un autre. C'est une période de turbulence accompagnée de sentiments intenses qui peuvent aller de l'excitation au découragement en passant par le doute, l'espoir, l'inconfort, le sentiment d'une compétence accrue, le malaise, avec des variations dans l'humeur et l'énergie.
- C'est un processus **non linéaire** qui suppose souvent des retours : vérifications que ce qu'on laisse ne nous convient plus, lassitude des efforts à fournir pour atteindre un nouvel objectif, découragement.
- Le changement est le produit d'une **balance entre les avantages et les inconvénients** reliés à une situation donnée. Ce n'est pas leur nombre qui importe mais la **pondération** personnelle que l'individu accorde à chacun de ces éléments.
- **La résistance au changement est inhérente au processus** : le principe d'homéostasie chez l'humain implique qu'un équilibre, même malsain, est conservé jusqu'à ce que la balance penche en faveur d'un nouvel équilibre. Les **bénéfices secondaires** au maintien d'un comportement ou d'une situation sont parfois difficiles à détecter, mais ils constituent souvent le **frein majeur** au changement souhaité. « Changer » implique plus ou moins consciemment qu'on n'est « pas correct » dans l'état présent. Un recadrage est souvent nécessaire pour intégrer les nouveaux objectifs et maintenir la congruence interne.
- Le changement est un processus **exigeant** : il suppose énergie, persévérance, capacité de se projeter dans le temps (pour voir les étapes, les conséquences, l'organisation à faire), capacité d'adaptation face aux obstacles inévitables ou aux contraintes de l'environnement.

LA PRÉCONTEMPLATION

À l'étape de précontemplation, la personne est soit plus ou moins consciente de ses difficultés, soit peu disposée à changer, soit découragée par le changement. Elle ne se rend pas compte des conséquences risquées de ses agirs ou ne veut pas les voir. Elle résiste à l'information la concernant ou l'ignore intentionnellement si ça risque de la toucher. Les avantages au maintien de la consommation sont perçus comme supérieurs aux inconvénients.

En principe, la personne à ce stade ne va pas demander de l'aide puisque ce sont les autres qui ont un problème, pas elle. Lorsqu'elle le fait, c'est la plupart du temps sous la pression extérieure (famille, employeur, justice...). Elle s'investit peu et espère souvent que le fait de consulter va faire taire l'entourage. Elle peut apporter quelques changements mais retourne habituellement à son comportement antérieur lorsque la pression ou la menace cesse. **C'est à cette étape qu'il y a le plus de risques d'abandon de la démarche.**



OBJECTIFS DE L'INTERVENANT

- Établir un lien de confiance.
- Connaître la perception que la personne a elle-même de sa consommation.
- Amener la personne à s'interroger, à « douter » de sa perception non-problématique.
- Avoir un portrait de ce qu'est la personne au-delà de son comportement.
- Éviter la confrontation qui renforce la résistance et le déni.

MODALITÉS D'INTERVENTION

- Faire ressortir les aspects désagréables ou souffrants de la consommation.
- Amener de façon non moralisatrice l'information du point de vue de l'entourage.
- Apporter des éléments informatifs « neutres » et généraux sur la consommation (faits, statistiques...).
- Relever des points positifs dans le fonctionnement personnel (forces, zones de contrôle, valeurs...).
- Favoriser une petite implication dans la démarche : autre rendez-vous, cueillette d'information...

DISCOURS TYPIQUE DU CLIENT À L'ÉTAPE DE PRÉCONTEMPLATION⁵

- «Je n'ai pas de problèmes.»
- «Je me demande ce que je fais ici.»
- «Je ne vois pas pourquoi je devrais changer ma façon de consommer.»
- «De toute façon, je ne m'en sortirai jamais.»
- «J'ai déjà essayé de changer ma façon de consommer, cela n'a rien donné.»
- «Les gens voient des drames où il n'y en a pas.»
- «Je consulte pour faire plaisir à mon conjoint ou ma conjointe.»

QUESTIONS ADAPTÉES À CETTE ÉTAPE :

- 1 - Qu'est-ce qui vous amène à consulter ?
- 2 - Pouvez-vous me parler de votre consommation ?
- 3 - Qu'est-ce qui préoccupe votre entourage à propos de votre consommation ?
- 4 - Est-ce qu'il y a des choses qui vous préoccupent en regard de votre consommation ?

Portrait de ma consommation 1

Écrire le ou les produit(s) consommé(s) dans les cases appropriées. Si les quantités sont connues, on peut les écrire à côté du produit. Ex. : 3 bières

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin							
Après-midi							
Soir/nuit							

Consigne d'utilisation : présenter l'outil de façon très conviviale. Il n'y a pas d'obligation. Il s'agit avant tout d'un outil qui est utile à la personne pour avoir un portrait de sa consommation.

LA CONTEMPLATION



À l'étape de contemplation, la personne est plus consciente de son problème et elle pense plus sérieusement à apporter des changements dans sa vie. La souffrance est plus présente. La personne est donc plus réceptive à la nécessité du changement et l'information qu'elle reçoit a plus de chance d'être analysée et traitée.

La personne a un grand besoin de parler à cette étape : elle veut explorer et comprendre toutes les implications du changement envisagé. Par ailleurs, elle se sent partagée entre les aspects agréables de son comportement (ex : la consommation), les pertes à envisager si elle le modifie et l'énergie à investir pour changer. Elle peut aussi craindre l'échec

si elle a fait des tentatives infructueuses de changement antérieurement.

C'est l'étape de l'ambivalence (oui... mais), du débat intérieur et, malgré ses bonnes intentions, la personne peut demeurer longtemps à « contempler » le changement sans passer à l'action.

OBJECTIFS DE L'INTERVENANT

Augmenter la prise de conscience.

Susciter l'espoir face au changement, contrer la peur de l'échec.

Obtenir le maximum d'informations sur les deux aspects de la consommation (avantages et inconvénients).

Aider à traverser l'ambivalence.

MODALITÉS D'INTERVENTION

Respecter et valider l'ambivalence.

Relever des réussites passées — même petites — dans d'autres domaines que la consommation.

Doser la visualisation des effets positifs du changement et rappel des désavantages de la consommation.

Susciter une dissonance entre la consommation et les valeurs de la personne ou son image d'elle-même.

Proposer des objectifs de changement réalistes et adaptés dans une perspective de réduction des méfaits.

DISCOURS TYPIQUE DU CLIENT À L'ÉTAPE DE CONTEMPLATION

- «J'aimerais ça changer, mais ce n'est pas évident.»
- «Il y a des jours où je me dis que je devrais faire quelque chose puis d'autres jours... non.»
- «Il me semble que je n'ai pas un si gros problème.»
- «Je ne sais pas si j'ai assez d'énergie pour changer.»
- «Je ne fais jamais de grosses gaffes quand je consomme.»
- «J'ai peur de perdre mon(ma) conjoint(e) parce que je consomme trop.»
- «Je n'ai jamais d'énergie pour jouer avec mes enfants, ma consommation m'a éloigné.»

QUESTIONS ADAPTÉES À CETTE ÉTAPE :

- Que peut-il arriver si vous continuez à consommer?
- Quels sont les avantages que vous retirez de votre consommation?
- De quelle façon votre consommation vous empêche-t-elle de faire ce que vous voulez faire?
- Que pensez-vous qui arrivera si vous changez?
- Est-ce que vous connaissez les montants que vous dépensez pour consommer?

Commentaires de l'entourage face à ma consommation

Conjoint(e)	
Enfants	
Milieu de travail	
Voisins	
Amis	
Personnes significatives	

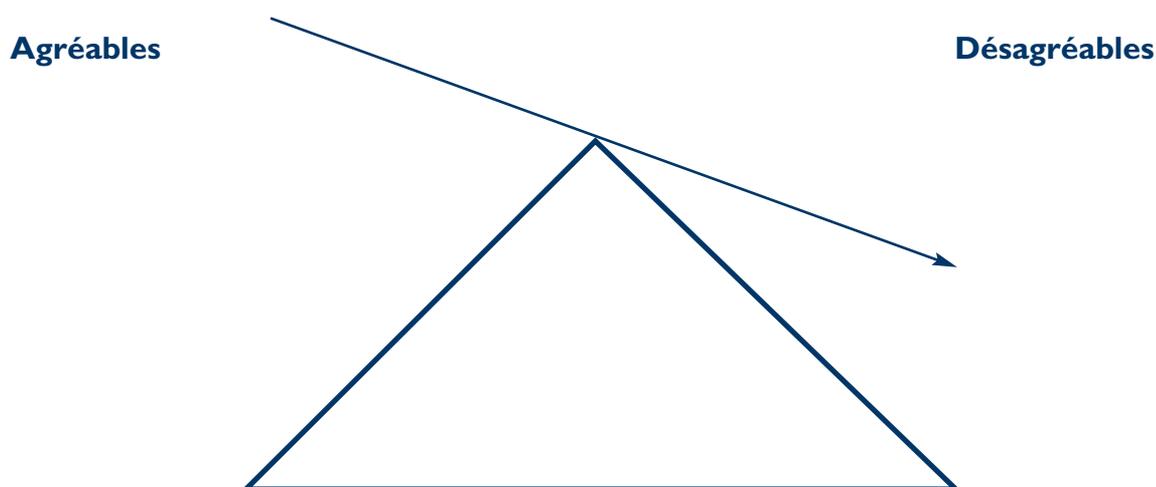
Consigne d'utilisation : demander à la personne de rapporter les propos tels quels (verbatim) en commençant par ceux de la personne qui l'a incitée à consulter.

La balance décisionnelle

- 1) Dresser la liste des aspects agréables et désagréables de la consommation.
On peut donner plus d'importance à certains aspects en y ajoutant un astérisque (*).

Aspects agréables	Aspects désagréable
Me remonte le moral quand je suis «down»*	Amène des conflits avec ma famille, mon conjoint*
Diminue mon stress	Me coûte cher
Me fait du bien, me procure du plaisir	Me rend de mauvaise humeur et souvent agressif*
Me permet d'avoir plus de plaisir avec mes amis**	Me rend moins efficace dans mes tâches
Diminue le sentiment de solitude ou d'ennui	M'occasionne des problèmes de santé (maux de tête, fatigue, problèmes de sommeil, problème avec le foie, tension...)
Représente une récompense après avoir bien travaillé	M'amène à prendre des risques (conduite automobile sous intoxication, négligence, irresponsabilité...)**

- 2) Demander à la personne de tracer une ligne sur le triangle pour indiquer de quel côté va pencher la balance.



Adapté de : Prochaska, Norcross et Di Clemente (1994).

LA PRÉPARATION



À l'étape de préparation, la personne peut avoir effectué de petites tentatives de changement. Elle a assimilé beaucoup d'information, elle a appris de son passé et elle est prête à passer à l'action dans un futur relativement rapproché. C'est souvent un événement marquant (décès d'un proche, arrestation, problème de santé...) ou une accumulation d'incidents mineurs qui renforce tout à coup la prise de conscience et la décision.

La personne a confiance qu'elle peut arriver à son objectif et son énergie est mobilisée vers l'action. Elle n'a pas résolu nécessairement toute son ambivalence et peut avoir encore besoin de préciser ses buts et ses priorités.

Cette étape est importante pour éviter un échec futur. Plus la personne est consciente de ce qu'elle aura à faire et des conséquences inévitables du changement qu'elle s'apprête à effectuer, moins il y a de risques qu'elle revienne en arrière.

OBJECTIFS DE L'INTERVENANT

- Supporter la motivation.
- Maximiser les chances de réussite du changement.

MODALITÉS D'INTERVENTION

- Se concentrer sur le futur et sur une nouvelle image de soi (ou satisfaction) apportée par le changement.
- Établir un plan d'action le plus réaliste possible : expérimenter de petits changements, prévoir les étapes et les moyens, évaluer les avantages sans oublier les pertes...
- Fournir un plan de rechange et des stratégies d'adaptation aux obstacles envisagés.
- Expliquer le processus de changement et les éléments impliqués dans un apprentissage : sentiment de compétence qui se développe, inconfort, doutes, espoir, retours en arrière...
- Proposer des supports extérieurs adaptés par exemple : officialiser le changement, impliquer l'entourage...

DISCOURS DU CLIENT AU STADE DE PRÉPARATION

- «Je ne peux plus continuer ainsi, il est temps de faire quelque chose.»
- «Je vais essayer.»
- «Je pense que je peux y arriver.»
- «Si je n'essaie pas, je ne le saurai jamais.»
- «À bien y penser, j'ai peut-être plus à gagner.»
- «De toute façon, cela ne peut pas être pire que ce que je vis dans la consommation.»
- «Depuis un mois, je ne vais plus au bar le jeudi de la paie.»

Gains et pertes

Quels gains et pertes pensez-vous obtenir en réduisant ou en cessant votre consommation d'alcool et/ou de drogue?

	Gains	Pertes
Physiques		
Psychologiques		
Sociaux		
Financiers		

Adapté de : Skinner, H.A., Spectrum of Drinkers and Intervention Opportunities, Canadian Associate Journal, 1990, 143, 1054-1059.



Portrait quotidien de ma consommation 2

Exemple

Date : Mercredi, 18 avril 2002

Heure	Avant		Pendant			Après
	Contexte et humeur	Goût de 0 à 10	Lieu et entourage	Quantité	Conséquences immédiates	Conséquences plus lointaines
12:15	Travail, frustré	8	Brasserie, seul	3 bières	Me calme	Retard au travail Remarque du patron
15:00	Travail, fatigué	7	Toilette, seul	1 ligne de coke	Me donne de l'énergie	Moins d'argent
17:00	Invitation par des collègues	5	Bar, collègues	1 scotch 2 bières	Très détendu, moins gêné	Reproche du conjoint(e) et quitte la maison
19:00	Furieux, auto	10	Bar, seul	1 gr.coke 4-5 bières	Stimulé, oublie tout, paye la traite	Dettes, conduite intoxiquée, problème de couple

Date : _____

Heure	Avant		Pendant			Après
	Contexte et humeur	Goût de 0 à 10	Lieu et entourage	Quantité	Conséquences immédiates	Conséquences plus lointaines

BANQUE DE PLAISIRS

- Faire du sport (vélo, marche, natation, ski, tennis, badminton, etc.).
- Acheter un objet qui me fait plaisir (disque, livre, jeu, etc.).
- Écrire des pensées quotidiennes dans un carnet acheté spécialement pour l'occasion.
- Suivre un cours (chant, cuisine, bricolage, musique, art, langue, etc.).
- Planifier des achats avec l'argent économisé.
- Prendre un abonnement dans un centre de loisir.
- M'acheter des fleurs ou une plante.
- Cuisiner.
- Faire de la relaxation.
- Organiser un souper ou une sortie avec un(e) ami(e) que j'aime bien.
- Lire.
- Jouer aux quilles.
- Aller au cinéma, au théâtre, à la Maison de la culture.
- M'organiser un rituel agréable autour d'une activité quotidienne (bain/mousse, musique/souper, chandelle/musique, etc.).
- Etc...

Consigne d'utilisation : Chercher avec la personne des activités plaisantes pour elle (et non pas ce que d'autres lui disent de faire). On peut orienter la recherche vers ce qui était agréable avant la consommation et, surtout, sur de petites choses facilement accessibles dans son quotidien. L'activité peut se faire en individuel ou en groupe. Porter attention à ce qu'il y ait le moins de censure possible pour élargir l'éventail des activités potentielles.

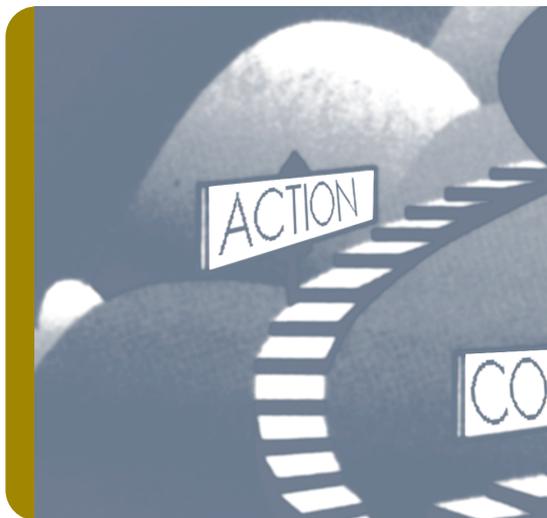
Suggestions de moyens favorisant le changement

Plan comportemental	Plan cognitif et spirituel	Plan social
<p>Activités physiques Exercices et techniques de conditionnement : gymnastique douce, aérobic, technique Nadeau, jogging, sports, marche dans la nature</p> <p>Relaxation, détente Tai-Chi, massage, auto-massage, acupuncture</p> <p>Activités culturelles Loisirs</p> <p>Reconduction Faire autre chose, reporter la consommation de psychotrope</p> <p>Évitement des situations risquées</p>	<p>Information La loi de l'effet, le cycle d'assuétude ; différents modèles de consommation de psychotropes</p> <p>Relaxation, détente Méditation, yoga, lecture, cinéma</p> <p>Orientaion sur le succès S'arrêter sur la satisfaction et les effets positifs reliés à la maîtrise de soi</p> <p>Reconduction Se raisonner dans les moments de manque</p> <p>Conscience d'autrui Accorder de l'importance aux messages venant de l'extérieur</p> <p>Autogratisation Souligner ses succès en se faisant plaisir</p>	<p>Groupe d'appartenance Réseaux de soutien, groupes d'entraide Avoir un confident ouvert et empathique</p> <p>Clubs sociaux ou associations sportives Implication dans des clubs, des associations ou des groupes communautaires</p> <p>Groupes d'intérêts Cours, échanges socioculturels, rencontres avec des personnes qui collectionnent des timbres poste, de la monnaie, des écussons, etc.</p> <p>Évitement Situations risquées et pairs consommateurs de psychotropes</p> <p>Investissement qualitatif avec une personne importante pour soi</p>

Tiré de : Programme de formation à l'intervention de première ligne auprès des adultes que la consommation d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues met en situation de risque (1996), Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Consigne d'utilisation : Identifier au moins un moyen par type de stratégie. Penser court et long terme. Aucun moyen n'est universel, tous peuvent être utiles. La relation d'aide consiste à accompagner l'autre dans ses efforts de changement. Ces moyens peuvent être utilisés à chacune des étapes de changement, en les ajustant aux caractéristiques de ces étapes.

L'ACTION



L'étape de l'action est celle où la personne modifie son comportement, ses expériences et son environnement pour surmonter ses difficultés. Elle tente de faire disparaître un comportement qu'elle juge insatisfaisant pour le remplacer par un comportement susceptible de lui amener davantage de satisfaction. Elle utilise toutes les stratégies qu'elle connaît pour arriver à ses fins, mais elle peut avoir besoin d'un certain encadrement pour choisir les plus pertinentes et les plus efficaces. C'est l'étape qui nécessite le plus d'énergie et d'efforts mais qui est aussi la plus gratifiante parce qu'elle est directement reliée au sentiment d'efficacité personnelle.

Les modifications apportées à cette étape sont plus visibles et suscitent habituellement l'encouragement de l'extérieur, mais pas toujours. Certaines personnes de l'entourage peuvent être déstabilisées et tenter, plus ou moins consciemment, de contrer un changement qui menace l'équilibre antérieur (couple, famille, milieu de travail...). Le support est donc essentiel à la poursuite de la démarche.

Le danger concernant l'action est d'en faire le synonyme du changement (action = changement) et sous-estimer les autres étapes qui peuvent être aussi, sinon plus, importantes dans le processus. C'est l'étape la plus évidente de modification du comportement mais ce n'est pas la seule : la prise de conscience de ses émotions, de son image d'elle-même, de ses pensées sont, pour la personne en changement, des éléments essentiels parce qu'ils soutiennent l'action.

OBJECTIFS DE L'INTERVENANT

Renforcer les nouveaux comportements.

Soutenir la motivation face à des conséquences du changement difficiles à intégrer : solitude, pertes d'amis, réactions négatives de l'entourage, perte de plaisir...

Faciliter la démarche et non tester la motivation.

MODALITÉS D'INTERVENTION

Encourager les efforts de changement.

Proposer des stratégies adaptées à la réalité et aux capacités de la personne.

Faciliter l'expression d'émotions liées à des pertes ou des frustrations.

Suggérer rapidement des alternatives à des stratégies infructueuses.

DISCOURS TYPIQUE DU CLIENT À L'ÉTAPE DE L'ACTION

«Je m'aperçois que je change, je suis plus positif.»

«Je parle plus des vraies affaires et je me sens beaucoup mieux.»

«Je trouve que ça va mieux autour de moi, les gens sont plus attentifs à moi.»

«J'ai repris l'exercice physique et je me sens beaucoup plus en forme.»

«J'ai recommencé à faire du sport et j'ai du plaisir.»

Solutions de remplacement

Les endroits à éviter	vs	Les endroits à fréquenter
Les personnes à risques	vs	Les personnes supportantes
Les situations à risques	vs	Les situations sécuritaires

Les avantages et les inconvénients de ma consommation de psychotropes

Avantages ou intérêts de la consommation POUR	Inconvénients de la consommation ou prix à payer pour elle CONTRE
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

Tiré de : Programme de formation à l'intervention de première ligne auprès des adultes que la consommation d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues met en situation de risque (1996), Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

P.S. Outil qui peut être utilisé au stade de la contemplation et de la préparation.

LE MAINTIEN



À l'étape du maintien, la personne dispose de réussites concrètes et de modifications dans son style de vie sur lesquelles elle peut s'appuyer. Non seulement le comportement insatisfaisant a été modifié, mais les sources de satisfaction et de frustration sont de plus en plus claires. La personne est plus responsable d'elle-même et elle sait davantage où et comment agir pour améliorer sa qualité de vie.

L'ancien comportement n'est toutefois pas complètement éteint et les tentations d'y retourner demeurent présentes. Les changements apportés doivent donc être consolidés pour éviter des retours en arrière ou des rechutes de consommation.

Cette étape ne se caractérise pas par une absence de changement, mais par une continuité du processus : si la personne ne demeure pas active pour maintenir ses nouvelles habitudes, elle risque de glisser vers son comportement antérieur. La période de maintien peut prendre de 6 mois à 1 an et même s'étendre sur quelques années. Dans les situations de rechute, l'usager vit de la honte, de la peur, du découragement et de l'auto-dévalorisation.

OBJECTIFS DE L'INTERVENANT

- Consolider les changements et renforcer les nouvelles habitudes de vie.
- Prévenir les retours en arrière.
- Utiliser la rechute comme outil d'apprentissage.
- Recadrer les événements déclencheurs lors d'une rechute.

MODALITÉS D'INTERVENTION

- Préparer la personne face à la rechute : identifier avec elle les situations à risques et les déclencheurs potentiels, distinguer chute et rechute, dédramatiser l'impact sur le processus global...
- Utiliser la rechute, si elle survient, pour l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation et une meilleure connaissance de soi.
- Prévoir un support ponctuel et demeurer disponible.
- Renforcer les expériences de succès.

L'INTÉGRATION

Cette étape constitue le but ultime du processus de changement et suppose le maintien du nouveau comportement d'une façon relativement stable dans le temps. Il n'existe pas de garantie absolue qu'aucun retour en arrière ou rechute ne puisse survenir, mais certains critères permettent d'évaluer si un changement est « intégré » chez la personne.

UNE NOUVELLE IMAGE DE SOI

La personne ne se définit plus exclusivement par l'expérience de consommation (ex : « Je ne fume pas » au lieu de « Je ne fume plus »). Tout en l'assumant dans sa vie, elle s'en distancie suffisamment pour ne plus être tentée aussi facilement d'y recourir pour s'adapter à ce qui lui arrive.

UNE PLUS GRANDE CONFIANCE EN SOI

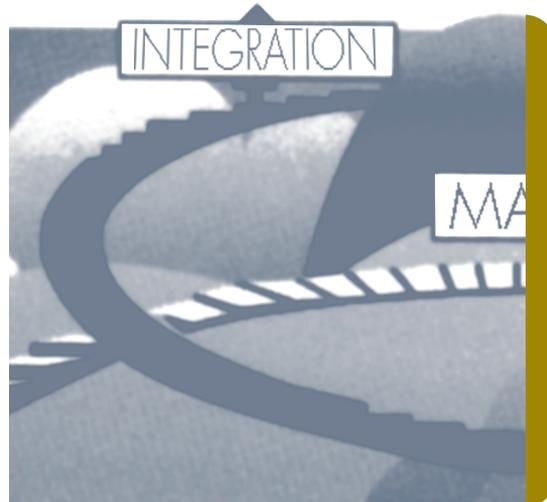
La personne ne craint plus de façon anxieuse le retour aux anciens comportements. Elle a besoin d'une moins grande vigilance pour éviter la « tentation ». Tout en reconnaissant qu'une certaine vulnérabilité peut subsister chez elle, elle se sent plus libre dans ses mouvements.

UN STYLE DE VIE PLUS SAIN

La personne a apporté des changements majeurs dans son style de vie. Ces nouvelles habitudes sociales et ces modifications dans son environnement la font se sentir bien ; le recours à l'ancien comportement n'est plus perçu comme un besoin, la personne ne se sent plus « privée », par exemple, si elle ne consomme plus.

UNE MEILLEURE FORME PSYCHOLOGIQUE

La personne est libérée de beaucoup de tensions et de conflits intérieurs. Son énergie est disponible et elle peut l'utiliser à des fins constructives pour améliorer sa vie, ses relations, se développer, apprendre... Elle ne lutte plus contre un comportement ou une impulsion mais pour un mieux-être.



Chaîne comportementale

Déclencheurs				
Situation	Pensées émotions	Comportement	Conséquences positives	Conséquences négatives
Assis à la maison. Ne fait rien. Temps est long. Vie sans activité ou loisir.	C'est ennuyant. Je m'ennuie. Personne ne pense à moi. Triste. Frustré. Je vais aller au bar. Voir du monde. La bière va me faire du bien.	Consommation Bières (± 10)	Entouré d'amis. On parle, on se défoule. Je me sens mieux. Détendu. Ça fait passer le temps.	Rentré intoxiqué. Vie toujours ennuyante. Passif, improductif. Problèmes s'accroissent (santé, famille, etc.). Je retourne au bar quand ça va pas.
Dispute avec le conjoint.	C'est toujours pareil. A comprend rien ! Fâché, blessé. Faut que je parle. Faut que je me calme. Une bière va me détendre, un valium va me calmer.	Valium et Bières	Va au bar au moins j'suis tranquille. Effet détente. Ne sent plus rien !	Retour intoxiqué. Chicane encore. Rien de réglé.
Exemples à compléter :				

Bibliographie

BLANCHARD, Céline, VALLERAND, Robert J., BRIÈRE, Nathalie M. (2001). *Échelle de motivation à la consommation d'alcool (ÉMCA)*. *Science et comportement*, 28 (3), 209-235.

CURRY, Susan, WAGNER, Edward H., GROTHAUS, Louis C. (1990). *Intrinsic and Extrinsic Motivation for Smoking Cessation*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 310-316.

DECI, E.L. et RYAN, R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self Determination in Human Behavior*. New York : Plenum.

DECI, E.L. et RYAN, R.M. (2000). *Intrinsic and Extrinsic Motivation : Classic Definitions and New Directions*. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.

DI CLEMENTE, Carlo C., BELLINO, Lori E., NEAVINS, Tara M. (1999). *Motivation for Change and Alcoholism Treatment*, *Alcohol Research & Health*, 23 (2), 86-92.

MILLER, William R., ZWEBEN, Allen, DI CLEMENTE, Carlo C., RYCHTARIK, Robert G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy Manual*. Project Match Monograph Series, vol. 2, Rockville : DMMS Publication.

MILLER, W.R. et ROLLMICK, S. (1991). *Motivational Interviewing : Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York : Guilford.

MILLER, W.R. (1995). *Increasing Motivation for Change*. R. Kheter (Ed.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches : Effective alternatives.*, 2^e ed. (pp 89-104). Boston : Allyn & Bacon.

MOYERS, Theresa B., ROLLNICK, Stephen (2002). *A Motivational Interviewing Perspective or Resistance in Psychotherapy*. *Journal of clinical psychology*, 58 (2), 185-193.

PROCHASKA, James O., NORCROSS, John C., DI CLEMENTE, Carlo C. (1994). *Changing for Good: The Revolutionary Program That Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits*. New-York William Morron Company Inc.

PROCHASKA, James O., NORCROSS, John C. (1994). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Pacific Grove: Brooks/Cole, 3^e ed.

PROCHASKA, JAMES O. (1994). *Strong and Weak Principles for Progressing from Precontemplation to Action on the Basis of Twelve Problem Behaviors*. *Health Psychology*, 13 (1), 47-51.

PROCHASKA, James O., DI CLEMENTE, Carlo C., NORCROSS John C. (1992). *In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors*. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

RYAN, Richard M., PLANT, Robert W., O'MALLEY, Stéphanie (1995). *Initial Motivations for Alcohol Treatment: Relations with Patient Characteristics, Treatment Involvement and Drop out*. *Addictive Behaviors*, 20 (3), 279-297.

SIMONEAU, Hélène (2001). *Processus motivationnel en cours de traitement des toxicomanies selon la perspective de la théorie de l'autodétermination*. Thèse de doctorat, Montréal.

Siège Social

950, rue de Louvain Est

Service accueil, évaluation et orientation
Service d'accès au Programme jeu pathologique
Programme adulte
Programme 55 ans et plus
Programme entourage
Programme jeu pathologique
Programme réadaptation interne pour adultes
Programmes activités de groupe
Programme d'intégration sociale par le travail
Service de formation et de consultation clinique
Programme d'évaluation des conducteurs automobiles

Point de service Ontario

923, rue Ontario Est

Programme itinérance — sans domicile fixe

Point de service Pointe-de-l'Île

13 926, rue Notre-Dame Est

Service accueil, évaluation et orientation

Point de service St-Urbain

3530, rue St-Urbain

Programme jeunesse

Point de service Prince-Arthur

110, rue Prince-Arthur Ouest

Service urgence-triage toxicomanie
Programme de désintoxication
Programme milieux de vie et réinsertion sociale
Clinique Cormier-Lafontaine

Palais de justice

1, rue Notre-Dame Est

Service d'évaluation au tribunal

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Établissement affilié à l'Université 
de Montréal

Agréé par le  **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**



950, rue de Louvain Est

Montréal (Québec)
H2M 2E8

Tél. : 514.385.1232 poste 1153



Siège social

923, rue Ontario Est

Montréal (Québec)
H2K 3A4

Tél. : 514.525.1232



Point de service

3530, rue St-Urbain

Montréal (Québec)
H2K 2N7

Tél. : 514.982.1232



Point de service

110, rue Prince-Arthur Ouest

Montréal (Québec)
H2X 1S7

Tél. : 514.282.1232



Point de service

13 926, rue Notre-Dame Est

Montréal (Québec)
H1E 1T5

Tél. : 514.642.2121



Point de service

1, rue Notre-Dame Est

Montréal (Québec)
H2Y 1B6

Tél. : 514.392.1232



Point de service