



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

L'art du possible

Septembre 2016 / Volume 3, no 2

«Ce n'est pas ce que vous regardez qui importe, c'est ce que vous voyez.»
Henry David Thoreau

Votre nouvel espace dans l'univers de l'intervention brève!

Voici maintenant votre huitième édition de *L'art du possible*. Les derniers beaux jours de l'été s'écoulent doucement et je peux vous dire que j'en ai profité pleinement. Pratiquement à chaque jour, j'ai passé quelques heures sur le bord de ma piscine à me faire dorer. J'espère que, de votre côté, vous avez passé un bel été et fait le plein de soleil, d'amour et de beauté. Quelques mots sur mon périple de deux mois en Europe. Après 9 jours à Paris comme touriste, j'ai présenté quatre jours de formation à Bruxelles et le même nombre à Charleroi en Belgique. Par la suite, moi et ma conjointe avons rendu visite à des amis et membre de la famille en Suisse, France et Allemagne. Nous avons terminé notre séjour par 3 semaines en Corse en bord de mer. Les formations données ont été bien accueillies si bien que l'on m'a proposé de retourner à Charleroi pour donner trois autres journées. En outre, je vais offrir encore en avril 2017 quatre journées à Bruxelles et à Lausanne en Suisse. Mon premier livre sur l'approche brève orientée vers les solutions (ABOS) dont le titre provisoire est « La psychothérapie réinventée / mode d'emploi de l'approche brève orientée vers les solutions » sera publié par un éditeur suisse en avril 2017, à temps pour mon prochain séjour européen.

Je vous rappelle que je suis intéressé à recevoir vos commentaires et vos réactions à mes écrits tout comme vos réflexions et vos bons coups avec les approches que je préconise dans cette publication. Je remercie ceux qui m'ont envoyé des questions et des observations qui seront traitées après le présent article. Cette revue électronique porte non seulement sur l'ABOS mais aussi sur toutes autres approches collaboratrices qui font

confiance aux ressources du client, qui s'intéressent plus à ses forces qu'à ses problèmes et qui croient que les personnes ont toutes les qualités pour surmonter leurs difficultés.

Ce huitième article aborde le thème de l'aidant efficace comme le cinquième numéro de septembre dernier. Il va au-delà de ma formation intitulée « **Pratique fondée sur les donnée probantes / secrets des intervenants efficaces** » afin de proposer des orientations pour le clinicien désirant améliorer sa pratique. Ce texte ne porte pas l'ABOS mais sur des recommandations de formations et de travail personnel pour augmenter son efficacité. L'aidant est bombardé d'offres de formation de plus en plus nombreuses et il peut lui être difficile de faire de bons choix. Je ferai une courte synthèse des constats au niveau de la littérature scientifique sur la situation de la psychothérapie, sur les intervenants efficaces et sur les principaux enjeux auxquels sont confrontés les professionnels actuellement, avant de compléter avec des suggestions concrètes pour devenir efficace. Comme vous le verrez, devenir un intervenant efficace requiert beaucoup d'engagement et un grand **art** pour s'ajuster au client et susciter des **possibles**.

Je souhaite que ce numéro de *L'art du possible* puisse faire une différence dans votre pratique et dans celle de vos clients. Je vous donne rendez-vous en début novembre pour le prochain numéro de *L'art du possible*. Bonne lecture et bonne collaboration !

Yves Gros-Louis, psychologue

Suggestions pour devenir un intervenant efficace.

Devenir un intervenant efficace est le projet de tout professionnel qui se respecte. Comme plusieurs collègues, j'ai consacré les premières années du début de ma carrière (en fait, les quatorze premières années) à rechercher l'approche qui ferait la différence. Je croyais que le nirvana du succès se trouvait dans l'approche. Quand j'ai découvert l'ABOS en 1994, je suis devenu beaucoup plus efficace. Les résultats de ma première année de pratique de l'approche avec des clients ayant des problèmes de dépendance ont surpassé tout ce que je faisais auparavant¹. Les taux de rétention ont bondi de **40 % à 90%**, les taux de succès sont passés de **30 % à 85 %** et le traitement a été réduit considérablement : **66 %** des clients ont atteint leurs objectifs en moins de 10 séances. J'avais alors défini le succès par une évaluation du client d'au moins 8 sur 10 quant au miracle souhaité initialement, ce qui constitue des critères nettement supérieurs à ce que je prônais auparavant.

Au départ, j'étais convaincu que c'était l'approche qui avait entraîné ces résultats. Cependant les données de recherche m'ont rapidement détrompé²⁻⁹. Le but de cet article est de faire un court résumé de l'article de septembre dernier et de proposer des orientations sur les directions à prendre pour s'améliorer comme intervenant. Cet article ne portera pas non plus sur l'ABOS ou sur une autre approche mais plutôt sur les intervenants efficaces et sur les moyens de s'améliorer. Il va au-delà de ma formation intitulée « **Pratique fondée sur les donnée probantes / secrets des psychothérapeutes efficaces** » et vise à supporter l'intervenant soucieux de devenir efficace.

Rappel.

Je vous rappelle qu'il y a un **match nul** entre les approches²⁻⁹ ! J'ajoute que l'approche joue un rôle très **marginal** dans le succès thérapeutique²⁻⁹. Wampold⁹, dans une large méta-analyse estime que les facteurs extra-thérapeutiques contribuent à 87 % au succès thérapeutique alors que le traitement n'explique que 13% de la variance. Ainsi, la principale explication du succès n'est pas le traitement (ou ce qui se passe dans le bureau) mais plutôt ce qui le client fait à l'extérieur : ses caractéristiques (ses forces, sa motivation, son habileté relationnelle, la nature et la gravité de ses problèmes) et l'environnement (le support reçu, les événements fortuits). Ces résultats ne sont pas étonnants en soi quand on se rappelle que le client ne passe qu'une heure sur les 168 d'une semaine avec un psychothérapeute !

Que contient ce 13 % relié au traitement? Wampold⁹ présente 5 facteurs thérapeutiques qui expliquent de façon concomitante ce 13 % :

L'**intervenant** (46 à 69 %) ou 6 à 9 % de la variance totale ;

L'**alliance** (38 à 54 %) ou 5 à 7 % de la variance totale ;

Les **attentes, l'allégeance, le rituel** (30 %) ou 4 % de la variance totale ;

L'effet de **rétroaction** (15 à 31 %) ou 2 à 4 % de la variance totale ;

L'**approche** (8 %) ou 1 % de la variance totale.

Premiers conseils.

Ainsi, comme l'aidant est 6 à 9 fois plus important que l'approche il a tout intérêt à investir dans son **développement personnel** pour s'améliorer. Il a aussi avantage à mettre 5 à 7 plus d'énergie et de temps dans l'apprentissage d'habiletés pour créer une **bonne alliance** avec ses clients que dans l'apprentissage de nouvelles techniques. Le clinicien avisé devrait accorder 4 fois plus d'importance à la façon de présenter ses outils thérapeutiques pour susciter des **attentes optimales** que dans l'application stricte de ses outils. Enfin, ces données suggèrent à l'aidant de consacrer plus 2 à 4 fois plus de temps pour **mesurer son intervention** plutôt qu'à connaître de nouvelles méthodes. Ainsi, l'aidant devraient mettre son énergie pour faire en sorte les facteurs associés au succès de l'intervention soient maximisés dans sa pratique.

Tableau décevant de l'efficacité clinique.

En outre, les données de recherche sur l'efficacité montrent des résultats décevants. Le taux moyen d'abandon de la clientèle est très élevé avec **47 %**¹³. Environ **30 à 40 %** de clients ne voient pas d'amélioration de leur condition alors que **5 à 10 %** rapportent une détérioration de leur état¹³. En outre, il y a une grande variabilité d'efficacité entre les aidants oscillant de **20 % à 75 %**¹⁴. Enfin, une grande partie des intervenants sont incapables de déceler le non progrès, les détériorations de même que les bris d'alliance^{13,14}. Ainsi, la pratique clinique est aux prises avec de sérieux défis que l'apprentissage de méthodes d'intervention n'a pu résoudre jusqu'à maintenant : taux élevé d'abandons, variabilité alarmante inter aidant, taux important de non progrès et de détérioration des clients, non détection par l'aidant de ces problèmes et des bris d'alliance.

L'intervenant efficace.

Ainsi, l'apprentissage de nouvelles méthodes d'intervention ne semble pas avoir amélioré l'efficacité globale des cliniciens. Une autre façon d'améliorer la pratique est l'étude des intervenants efficaces. Peu importe l'approche utilisée, certains aidants démontrent une efficacité constante alors que chez d'autres l'inverse est observé^{13,14}. Ainsi, environ **25 %**

des thérapeutes obtiennent des résultats constamment supérieurs aux autres^{13,14} ; leur taux de rétention est **de 75 %** et leurs clients s'améliorent **50 %** plus rapidement ; enfin, ils obtiennent constamment un faible taux de détérioration chez leurs clients.

Les travaux sur les caractéristiques personnelles de l'intervenant efficace n'ont apporté aucun résultat probant^{13,14}. Ils ne se distinguent pas significativement des aidants moyens sur ces aspects analysés : leurs années d'expérience, leur formation, leur sexe, leur ethnie, la participation à une thérapie personnelle, leurs caractéristiques physiques, leur niveau de scolarité, leurs professions, leur intelligence, leur sociabilité, le nombre ou la durée de formation continue reçue. Lorsque les études s'intéressent aux interventions utilisées par les aidants efficaces, il ressort qu'aucune méthode n'est supérieure aux autres et que plus l'intervenant est rigide dans l'emploi de son modèle, moins il est efficace.

Les capacités relationnelles.

Le domaine le plus prometteur d'étude de l'intervenant efficace se situe au niveau des habiletés relationnelles. Cela n'est guère étonnant car l'alliance demeure à ce jour le meilleur prédicteur du succès de l'intervention^{2,4,13,14} et elle est 7 fois plus importante que la technique utilisée⁹. Je vous rappelle que c'est la perception du client de la qualité de l'alliance qui est crucial et non celle de l'aidant^{2,4,14}. Ceci concorde avec les études précisant qu'une forte proportion de cliniciens sont incapables de déceler des bris d'alliance, des non progrès et des détériorations. Lecomte¹⁷ statue que l'intervenant efficace est celui en mesure de contribuer de façon positive à l'établissement d'une **bonne alliance**. Il précise que 55 % ne perçoivent pas les bris d'alliance, seulement 27 % le décèlent et savent intervenir efficacement. On peut toute de suite classer ces derniers comme des aidants efficaces.

Il semble que les aidants efficaces se démarquent par leur capacité à nouer un **lien optimal**^{13,14}. Comme il y a peu d'études sur ce sujet, des chercheurs¹³ émettent l'hypothèse qu'ils communiquent mieux leur compréhension au client par une validation adéquate. De plus, ils dégagent l'idée qu'ils seraient plus aptes à créer un climat de confiance et de sécurité pour favoriser l'engagement du client¹³. En outre, les recherches semblent indiquer que les thérapeutes efficaces sont plus compétents à maintenir une position de respect, d'empathie et d'ouverture tout au long du processus thérapeutique **même dans les situations de tension** dans la relation¹³. En effet, les intervenants efficaces font preuve de confort dans la relation qui se manifeste par davantage de comportements verbaux **chaleureux et positifs**^{2,3,9,15} et une **similarité de langage**^{2,16} avec le client. Ces deux comportements sont reliés clairement au succès thérapeutique^{2-5,8}.

Ainsi, les meilleurs aidants accordent une grande importance aux réactions et perceptions du client et savent communiquer cette compréhension¹⁷. On pourrait parler ici de validation satisfaisante aux yeux du client. Deuxièmement, ils semblent aussi plus habiles à déceler les tensions relationnelles et semblent en mesure de les réparer d'une façon positive. Malheureusement, une majorité d'aidants réagissent avec agressivité et anxiété dans les moments où les clients expriment ouvertement leur insatisfaction, ce qui est assez désolant¹⁷.

Implication soignante.

A ce sujet, Orlinski et Ronnestad¹⁵ ont mené une étude remarquable portant sur le développement personnel de l'intervenant. Ils ont analysé sur une période de 15 ans 5000 psychothérapeutes de divers courants théoriques provenant de 12 pays. Ils ont pu identifier deux modes principaux d'engagement de l'intervenant : **implication soignante** et implication stressante. L'implication soignante est un mode d'engagement personnel dans la relation caractérisée par des habiletés de communication et d'empathie de haut niveau, des sensations conscientes de « flow » pendant les séances, un sentiment d'efficacité globale et de gestion constructive des difficultés surgissant durant le traitement. L'implication stressante est un type d'interaction caractérisé par de fréquentes difficultés dans la pratique, des efforts inefficaces de composer avec les difficultés par l'évitement de l'engagement et des sentiments d'ennui et d'anxiété durant les séances.

Évidemment, une pratique efficace se fonde par un fort taux d'implication soignante et peu d'implication stressante. L'implication soignante peut ressembler à la sensation d'**être dans sa zone** ou d'être dans le « flow », concept de Csikszentmihalyi¹⁶. Le « flow » survient quand la personne est impliquée dans un défi exigeant concentration et engagement tout en ayant les habiletés adéquates pour y répondre. Cette expérience survient souvent dans le quotidien, dans ces moments où la conscience du temps disparaît. Elle arrive aussi durant les séances thérapeutiques lorsque l'on a l'impression d'être connecté avec le client dans un espace intime où tous les deux (client et aidant) ont l'impression de vivre une connexion spéciale et surgit, alors quelque chose comme de l'espoir.

Les auteurs ont trouvé trois sources d'implication soignante. D'abord, la sensation de **développement cumulatif de carrière** est le sentiment de d'amélioration dans les habiletés cliniques, de maîtrise croissante et de surpassement de ses limites passées. Les aidants aiment se voir comme des professionnels en développement constant. D'ailleurs, 86 % des intervenants, peu importe leurs années d'expérience se disent très motivés à poursuivre leur développement professionnel, ce qui en fait une profession tout à fait distinctive. La deuxième source est l'**ouverture théorique** des cliniciens. Ceux-ci ne sont pas mariés à une théorie ou à une approche et placent la relation devant les théories. Grâce à cette ouverture, ils ont plus de chance de vivre l'implication soignante car ils sont davantage sujets à développer une compréhension de la situation clinique qui sera ajustée aux idées du client et proposée dans la relation.

La troisième et la plus puissante source d'implication soignante se trouve dans la **sensation actuelle de croissance expérientielle**. Les aidants apprécient se voir comme étant en développement perpétuel même dans l'instant présent. Les intervenants vivant le plus cette sensation de croissance expérientielle ont les plus hauts taux d'implication soignante. Les auteurs affirment que les aidants ayant cette expérience de croissance expérientielle sont plus motivés et plus énergiques dans l'application de leur habiletés durant les séances. En outre, cette expérience actuelle de croissance amène un processus de réflexion clinique constante, un bonus qui stimule le clinicien à mettre le maximum d'effort pour se développer. Cette sensation peut s'apparenter à l'expérience d'appel décrite par Csikszentmihalyi¹⁶ ; il décrit l'appel comme le fait de voir son travail avec du sens ou comme une mission.

Comment se développe l'implication soignante ? Les auteurs rapportent qu'elle n'origine pas des formations sur des approches ou sur des théories ou des livres. Pratiquement 97 % des intervenants affirment que cet apprentissage se fait à travers leur **expérience pratique** avec les clients ! En fait, il semble bien que les clients soient leurs meilleurs enseignants¹⁴. Ainsi, selon moi, ces cliniciens ont développé l'implication soignante par leur engagement profond dans la relation et par leur écoute profonde des clients. Ils ont ainsi appris à reconnaître les indices d'une tension ou d'un bris dans la relation et développer les habiletés personnelles pour rétablir une alliance satisfaisante. Ils ont ainsi découvert qu'il fallait placer la relation devant les théories et à s'ajuster à chaque personne.

Suggestions.

Afin d'acquérir l'implication soignante au maximum dans sa pratique comme le font les intervenants efficaces, l'aidant devrait ainsi s'engager profondément dans l'analyse de son expérience subjective et interactive avec le client. À cette fin, il importe de s'engager sérieusement dans le développement de ses **habiletés personnelles et professionnelles**. Deusio, il doit placer **l'alliance devant** les connaissances théoriques. Enfin, il lui faut utiliser chaque séance et chaque client pour se mettre constamment dans un mouvement de croissance personnelle. Cet apprentissage s'effectue essentiellement par une analyse réflexive sur sa pratique. Grâce à un tel travail exigeant, il sera en mesure de déceler les tensions relationnelles et il apprendra à les résoudre de façon constructive en s'utilisant comme personne. En effet, la recherche indique que ce sont d'abord et avant les qualités personnelles de l'intervenant qui permettent de réparer les tensions relationnelles^{2,4}.

Mon expérience personnelle.

Lorsque j'ai analysé les raisons de mes succès thérapeutiques, il est devenu évident que ce n'était pas l'ajout d'une nouvelle approche qui avait produit ces résultats. À mon avis, c'était plutôt le changement de paradigme provoqué par l'ABOS qui fut l'ingrédient crucial. Ce nouveau paradigme se traduit principalement par l'attitude de **ne pas savoir**, c'est-à-dire la posture opposée à celle d'expert. Dès lors, le client devient l'expert de sa motivation, des objectifs, des solutions et des compétences. Moi je deviens l'expert du processus de changement, c'est-à-dire de créer une relation de qualité, de me mettre à l'écoute du client et de ses idées, de supporter le client à trouver sa motivation, ses buts et ses solutions.

En second lieu, **l'accent sur les forces** plutôt que sur les problèmes a changé la couleur des émotions présentes créant aussi plus d'espoir, de plaisir et de joie. La recherche indique les intervenants efficaces discutent davantage des compétences que des problèmes avec leurs clients^{2,4}. En mettant plus d'énergie sur l'installation de l'alliance, j'ai aussi appris à déceler et composer positivement avec les tensions relationnelles. Enfin, j'ai appris à m'ajuster aux visions particulières du client de sa motivation en me mettant au diapason de ses opinions tout en cessant d'argumenter. J'ai ainsi placé la relation devant les théories. Tout ceci est cohérent avec les données probantes et les habiletés relationnelles des intervenants efficaces.

Autres suggestions.

Ainsi, l'aidant voulant améliorer sa pratique clinique devrait mettre le maximum de son investissement en temps et en argent sur l'amélioration de ses **habiletés relationnelles** et sur la **posture** qu'il adopte dans le processus thérapeutique. Si l'intervenant désire continuer à faire l'apprentissage de méthodes, celui-ci ne devrait pas viser à connaître une

nouvelle approche mais plutôt servir à améliorer ses qualités relationnelles et à maximiser l'apport des **facteurs associés au succès** de l'intervention : contribution du client (87 % du succès), qualité de l'alliance et stimuler les attentes positives. Il devrait également développer sa **sensibilité aux tensions** relationnelles et consacrer temps et énergie à s'habiller à réparer positivement les désaccords dans la relation. Dans cette optique, Lecomte¹⁷ suggère même que le cursus universitaire des intervenants devrait comprendre un volet développement personnel qui a toujours été négligé au profit de connaissances théoriques.

La supervision.

Même si sa pertinence n'a pas démontré pour augmenter l'efficacité, Lecomte^{13,17} recommande la supervision comme moyen d'aider le thérapeute à devenir plus efficace. À mon avis, elle peut être utile si **l'aidant et le superviseur poursuivent des buts communs** : c'est-à-dire devenir un intervenant efficace. Ceci signifie devenir sensible aux résistances et aux risques d'abandon, savoir réparer les tensions relationnelles en s'utilisant comme personne, placer l'alliance devant la théorie et les techniques, s'ajuster aux résistances manifestées par le client, tout ce qui a été dit et qui s'appuie sur les données probantes des thérapeutes efficaces. En outre, la supervision devrait se faire sur la base d'une relation égalitaire et collaborative où le supervisé a autant de pouvoir que le superviseur dans l'établissement des objectifs, des moyens et des solutions. Avec de telles mises en garde, j'estime que la supervision est sûrement un moyen par excellence pour devenir efficace et continuer son développement personnel comme le font les meilleurs thérapeutes qui consacrent **plus de temps** à s'améliorer que la moyenne^{4,14}.

La rétroaction.

Est-il possible de faire en sorte que des intervenants aux résultats médiocres améliorent autrement leur efficacité ? Duncan et Miller^{2,4,14} ont effectué des travaux pour aider les aidants moyens à devenir plus sensibles aux risques d'abandon thérapeutique. Ils les ont formé à utiliser deux outils d'évaluation de l'alliance et du progrès et à faire des correctifs nécessaires au besoin. Une alliance insatisfaisante et un manque de progrès sont en effet les deux variables principales liées aux abandons de traitement^{2,4}. L'emploi de ces deux outils a dépassé largement leurs attentes. En effet, cette utilisation a permis d'augmenter l'efficacité de la majorité des intervenants **de 50 à 65 %** et de réduire l'abandon **de plus 50 %**¹⁴. Ces progrès sont si impressionnants que les résultats de la majorité de ces aidants peuvent se comparer à ceux des meilleurs¹⁴. En outre, une étude suédoise¹⁴ avec des intervenants conjugaux révèle que l'usage de ces outils augmente l'efficacité de 50 % et réduit le divorce de 34 à 18%. Ces études ont été répliquées à plusieurs reprises avec divers groupes de clients. Enfin, une étude¹⁴ a établi que l'usage de ces outils réduit les absences (**de 25 %**), les annulations de rendez-vous (**de 40 %**) et fait passer les cas à long terme sans progrès de 8 à 2%.

Duncan¹⁴ va jusqu'à affirmer que la rétroaction du client représente une **avancée majeure** depuis le début de la psychothérapie. Elle stimule les facteurs communs : elle solidifie l'alliance car l'intervenant accepte de se faire évaluer et de faire les ajustements nécessaires à l'amélioration de l'alliance et du progrès. L'usage de ces outils favorise la participation du client dans le traitement et fait que son opinion est considérée tout au long des séances. En outre, l'intervention s'ajuste aux préférences du client ce qui augmente l'espoir. La rétroaction place le client au centre du processus et des décisions concernant le

changement. Tous ces éléments sont des facteurs au cœur du changement^{11,12}. La rétroaction est d'ailleurs jusqu'à 4 fois plus pertinente au succès thérapeutique que les méthodes d'intervention.

Ainsi, pour devenir un intervenant efficace, l'emploi d'outils de rétroaction est fortement **recommandé**, en particulier lors des premières rencontres^{12,13,14}. En effet, après la cinquième rencontre, la qualité de la relation thérapeutique n'a pas tendance à s'améliorer^{2,4}. Comme l'aidant moyen semble assez médiocre pour estimer la qualité du lien ainsi que les tensions relationnelles^{4,13}, ces outils permettent de compenser et d'améliorer cette faculté. En outre, les questionnaires¹⁸ développés par Duncan et Miller sont d'utilisation simple et rapide en milieu clinique. Lors de la première séance, cinq minutes sont nécessaires pour leur présentation. En général, une à deux minutes suffisent lors des séances subséquentes à l'administration et à l'application de ces outils validés¹².

Enfin, ces outils de rétroaction combinés avec l'analyse réflexive sur sa pratique pourraient **accélérer** le travail de développement personnel et professionnel. En effet, Lecomte¹⁷ rapporte que les intervenants déclarent que c'est souvent après 30 années de pratique qu'ils acquièrent l'aisance et la flexibilité nécessaire pour s'ajuster positivement aux particularités de chaque client ainsi que le sentiment de compétence professionnelle. De toute façon, pour la majorité des cliniciens, (55 %) ils ne sont capables de déceler les tensions et le non progrès. Ces outils sont alors absolument essentiels pour répondre à cette lacune. L'intervenant devra par la suite acquérir les compétences et l'aisance nécessaire pour faire les correctifs pour maintenir le client de façon satisfaisante dans le traitement. Je considère que l'emploi de ces outils simples et rapides d'utilisation est vraiment **primordial** pour devenir un aidant efficace. Même pour les intervenant efficaces, il est toujours essentiel d'avoir une mesure de son efficacité.

En résumé, pour devenir un intervenant efficace :

Consacrer davantage ses efforts de développement vers les **facteurs associés au succès** de l'intervention : personne de l'aidant, contribution du client, création et maintien d'une alliance de qualité et facilitation d'attentes positives envers le traitement ;

Insister sur l'importance de développer ses **capacités relationnelles** : nouer une alliance optimale, créer un climat de confiance et de sécurité, détecter les tensions relationnelles et le non progrès, savoir résoudre ces situations de façon constructive, communiquer respectueusement et efficacement sa compréhension de la situation au client même dans les situations de tension, manifester des comportements chaleureux et positifs, parler le langage du client,

Développer l'**implication soignante** dans sa pratique : faire l'analyse réflexive de sa pratique en développant ses habiletés personnelles et professionnelles, en plaçant l'alliance devant les connaissances théoriques, en utilisant chaque séance pour se mettre constamment dans un mouvement de croissance personnelle ;

Adopter une **posture dans la relation** (par exemple, attitude de ne pas savoir) qui stimule les facteurs associés au succès de l'intervention ;

Apprendre de nouvelles techniques d'intervention dans le but premier de développer les aptitudes pour stimuler les **facteurs associés au succès** selon les données probantes ;

Développer la **sensibilité relationnelle** pour détecter les risques d'abandons thérapeutiques : tensions ou bris d'alliance, non progrès ou détérioration du client ;

S'habiliter à **réagir positivement** devant les tensions dans la relation, le non progrès ou la détérioration du client ;
Utiliser la **supervision** professionnelle pour devenir efficace avec des objectifs clairs portant sur les recommandations précédentes ;
Utiliser des **outils de rétroaction** simples¹⁸ à chaque séance.

Yves Gros-Louis, psychologue et directeur du Centre Psycho-Solutions

Références

1. Gros-Louis, Y. (1996) **Toxicomanie et thérapie orientée vers les solutions : un cocktail digeste!** Texte présenté au colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec, Sainte-Foy.
2. Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997) **Escape from Babel**. New-York : Norton.
3. Asay, T.P. & Lambert, M.J. (1999) **The empirical case for the common factors in therapy**. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds.), *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
4. Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000) **The Heroic Client : Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy**. San-Francisco : Jossey-Bass.
5. Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994) **The effectiveness of psychotherapy**. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 th ed.). New-York : Wiley.
6. Ogles, B.M., Anderson, T. & Lunnen, K.M. (1999) **The contribution of models and techniques to therapeutic efficacy : Contradictions between professional trends and clinical research**. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds.), *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
7. Orlinski, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994) **Process and outcome in psychotherapy-noch einmal**. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 th ed.). New-York : Wiley.
8. Tallman, K. & Bohart, A.C. (1999) **The client as a common factor : Client as self-healers**. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, (Eds.) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* Washington : American Psychological Association.
9. Wampold, B. E. (2001) **The Great Psychotherapy Debate**. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates.
10. Gros-Louis, Y. (2015) **L'approche brève orientée vers les solutions : une approche « verte »!** L'art du possible, Vol 2, no 2. Wendake : Centre Psycho-Solutions.
11. Gros-Louis, Y. (2000) **Les attitudes favorisant une thérapie brève et efficace**. Montréal : conférence donnée au congrès de l'Ordre des Psychologues du Québec.
12. Gros-Louis, Y. (2004) **Pratique fondée sur les données probantes / secrets des psychothérapeutes efficaces**. Document de formation non publié. Wendake : Centre Psycho-Solutions.
13. Lecomte, C. (2010) **Comment améliorer son efficacité thérapeutique?** Montréal : Cahier Recherche et pratique. Ordre des Psychologues du Québec. Cahier recherche et pratique, Vol 1, no 1, 7-9.
14. Duncan, B. L. (2010) **On Becoming a Better Therapist**. Washington : APA.
15. Orlinski, D. E. & Ronnestad, M. H. (2005) *How psychotherapists develop : A Study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC : American Psychological Association.
16. Csikszentmihalyi, M. (1990) *Flow : The psychology of optimal experience*. New-York, N.Y. : Harper & Row.
17. Lecomte, C. (2004) **Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie**. Revue québécoise de psychologie, 25(3), 73-102.
18. Sites web pour télécharger les outils et voir divers articles sur la recherche : [http:// hearthandsoulofchange.com](http://hearthandsoulofchange.com) ou <http://scottdmiller.com>

Le coin des lecteurs.

Questions de Julie : « *J'ai beaucoup de plaisir à utiliser l'ABOS car je vois des résultats spectaculaires et j'ai l'impression de ne pas travailler. Toutefois, avec certains clients j'ai beaucoup de difficulté à aller vers le positif et les solutions. J'ai alors tendance à les écouter mais ils continuent à me parler de leur détresse et je ne sais pas comment les amener vers les solutions. Quels conseils me donnez-vous ?* »

Merci Julie pour cette excellente question. Évidemment, ton réflexe d'écouter est excellent car, lorsque la personne ne va pas dans la zone solution, c'est pour deux motifs : manque de validation ou question inadéquate. Toutefois, l'écoute ne suffit pas, il faut communiquer notre compréhension du vécu du client avec une validation ajustée. Toutefois, cela ne suffit pas, il faut lui adjoindre le regard positif avec des compliments plus ou moins directs. Mais cela n'est pas suffisant encore, il faut également proposer une question pour orienter la conversation dans la zone solution. Encore là, il est possible que malgré une excellente validation, regard positif et question nourrissant l'espoir que la personne persévère dans le problème. Quoi faire alors? Toujours la même chose : validation exhaustive, regard positif et question dans la zone solution (sur les forces ou sur le but). Ainsi, l'aidant agit avec souplesse et persévérance pour amener le client à son rythme dans la zone solution. Voici à ce sujet un extrait de mon livre à paraître avec une cliente très pessimiste qui aurait pu m'amener à demeurer longtemps dans le problème :

Th : « **Comment saurez-vous que venir ici a été utile pour vous et que ce ne fut pas une perte de temps?** » (Question d'objectif d'ouverture)

Cl : « *Je ne suis pas sûr que c'est une bonne idée de venir ici. Je suis déprimée depuis plus de 20 ans. Je prends de la médication depuis tout ce temps; j'ai consulté à plusieurs reprises sans succès. Je suis souvent en arrêt de travail car je n'ai plus la même résistance. En fait, ma situation se détériore avec les années.* »

Th : « **Ainsi, ces derniers temps, vous sentez que la dépression prend de plus en plus de place dans votre vie au point que vous devez arrêter de travailler souvent, que les pilules et les consultations ne vous apportent pas les résultats escomptés, vous croyez vraiment que les choses se détériorent.** (Validation très exhaustive) **Je suis curieux de comprendre ce qui vous a aidé à rester debout, à lutter toutes ces années et à vous présenter ici même si les choses ne vont pas comme vous le souhaitez?** » (Question d'adaptation sur sa résilience complimenter indirectement)

Cl : « *Vous savez. J'ai 4 filles et 5 petits enfants. Je suis très présente pour mes filles et mes petits enfants. C'est important pour moi de les aider et de ne pas les affecter avec mes problèmes. Je ne veux qu'aucune de mes filles vive ce que je vis depuis plus de 20 ans.* »

Th : « **Wow! C'est toute une famille que vous avez là! Ainsi, c'est votre rôle de mère et de grand-mère qui vous a aidé toutes ces années à lutter.** (Validation) **Vous avez le souci de protéger votre famille de vos problèmes et vous souhaitez la meilleure vie possible à votre descendance.** (Compliments) **Je suis curieux de savoir quelle différence cela a fait pour vous de protéger votre famille toutes ces années.** (Question sur les différences pour identifier ce qui l'aide à lutter à chaque jour depuis 20 ans)

Cl : « *Ben, il arrive souvent que je n'ai pas à voir mes filles, alors c'est une journée vraiment pénible et ça me prend tout mon petit change pour passer à travers. Mais quand je sais que je vais chez une de mes filles, je me secoue. Je me lève plus tôt, je m'habille, je veux paraître à mon mieux. Quand je suis chez une de mes filles, j'oublie même mes problèmes et je me concentre sur elle et sur mes petits enfants. Je ne veux pas être un poids pour eux,*

mais une aide. »

Th : « **Ainsi, vous désirez de protéger votre famille vous aide à vous secouer et à faire des choses que vous ne faites pas autrement au point même où il vous arrive d'oublier vos problèmes!** (Validation) **C'est remarquable ce que vous parvenez à faire pour le bien être de vos filles et petits enfants.** (Compliment) **Je suis curieux de savoir quelle différence ça fait pour vos filles et vos petits enfants de voir que vous avez des jours comme ceux-là.** (Question relationnelle sur les différences afin d'augmenter sa motivation)

Cl : « *Je pense qu'elles sont rassurées à mon sujet. Je pense bien que mes filles n'imaginent pas que je vais aussi mal que je leur raconte à l'occasion. Je crois même qu'elles sont fières des efforts que je fais pour m'en sortir.* »

Th : « **Ainsi, les efforts que vous faites sont récompensés car vos filles voient vos efforts et elles sont fières de vous.** (Validation) **J'aimerais savoir quelle différence cela fait pour vous de savoir que vos filles voient vos efforts et sont fières de vous?** » (Question sur les différences afin d'augmenter sa motivation)

Cl : « *Je me dis que ça vaut la peine de continuer à me battre, que je suis en train de montrer à mes filles de continuer à se battre malgré les difficultés.* »

Vous voyez qu'avec de telles validations, la détresse de la personne est bien reconnue. La première question sur sa résilience l'a probablement surprise et intéressée et elle a opté d'y répondre. Elle aurait pu choisir de continuer à raconter les causes de son découragement. Il aurait fallu alors continuer à valider, porter un regard positif et poser des questions sur une autre force ou sur une perle d'espoir dans son discours, par exemple, le fait qu'elle est devant nous alors qu'elle croit que ça n'en vaut pas la peine. Il ne faut pas forcer trop sur le positif mais l'ajuster selon la personne devant nous. Dans ce cas, il est préférable de donner des compliments implicites ou indirects car cette dame a une vision très négative d'elle-même ou de sa situation. Poser des questions d'objectif est aussi une autre option mais cette personne a d'abord besoin d'espoir et de voir qu'elle a les ressources adéquates pour s'engager dans le traitement. Elle a bien réagi aux questions sur les différences car elle est très attachée à ses enfants et petits enfants et c'est ce qu'elle achète : être utile pour ses enfants. Ces questions servent à augmenter sa motivation et son côté acheteur tout en la connectant avec ce qui lui donne de l'énergie.

Yves Gros-Louis, psychologue et directeur du Centre Psycho-Solutions

Prochaines formations du Centre Psycho-Solutions Automne 2016

[Accédez directement à la page web](#)

Pratique fondée sur les données probantes / secrets des intervenants efficaces

Québec : 23 septembre 2016

Montréal : 30 septembre 2016

Mobiliser des clients peu motivés ou non volontaires

Québec : 7 octobre 2016

Montréal : 14 octobre 2016

Approche brève orientée vers les solutions / formation de base

Québec : 20 et 21 octobre 2016

Montréal : 27 et 28 octobre 2016

Approche brève orientée vers les solutions / Séminaire d'intégration

Québec : 8 octobre ; 12 novembre 2016

Montréal : 1 octobre ; 29 octobre 2016

Approche narrative / introduction

Québec : 10 et 11 novembre 2016

Montréal : 24 et 25 novembre 2016

**Supervision individuelle et de groupe.
Formation sur mesure aux organismes.**

Formations en Europe

[Accédez directement à la page web](#)

Approche brève orientée vers les solutions / formation de base

Mobiliser des clients peu motivés ou non volontaires

Rester serein avec vos clients les plus difficiles / dissoudre la résistance

Bruxelles : avril 2017 (dates à déterminer)

Lausanne : 29 avril au 2 mai 2017

Pour inscription :

Yves Gros-Louis, psychologue

Centre Psycho-Solutions,

418-843-2970

centre@psycho-solutions.qc.ca

<http://www.psycho-solutions.qc.ca>