

TRAVAIL DE BACHELOR
2015

**« Comment les travailleurs sociaux
mobilisent-ils des stratégies issues de la
thérapie cognitivo-comportementale dans leur
pratique auprès des personnes
toxicodependantes? »**

Réalisé par : NICOLUSSI Anaïs

Promotion : TS ES 11

Sous la direction de : SOLIOZ Emmanuel

Remerciements

En préambule, je tiens à remercier vivement toutes les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue durant cette période, tout particulièrement :

- Mr. Emmanuel Solioz, directeur de ce Travail de Bachelor, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils ;
- Les intervenants des différentes structures pour le temps précieux qu'ils m'ont accordé ainsi que pour leur riche expérience partagée ;
- Mes proches pour leur soutien continu, leurs suggestions et leur confiance

Avertissements

Le langage épïcène a été employé dans la rédaction de mon Travail de Bachelor afin d'en faciliter l'écriture ainsi que la lecture.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure.

Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur-e-s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche.

Résumé

Ce travail de Bachelor s'articule autour de plusieurs axes. Tout d'abord une partie théorique met en lumière quelques concepts indispensables afin d'appréhender au mieux la thématique abordée. Cette partie a également pour but d'éclairer le lecteur sur des notions complexes telles que la problématique de la toxicodépendance ou encore la thérapie cognitivo-comportementale.

Afin de répondre à ma question de recherche, six professionnels travaillant dans le domaine des addictions en Suisse Romande, aussi bien en milieu ambulatoire que résidentiel, ont été interrogés par mes soins sur leur pratique quotidienne.

Ayant choisi des méthodes thérapeutiques précises qui appartiennent au modèle cognitivo-comportemental avant de me rendre sur le terrain, il m'a été aisé d'orienter mes questions sur l'application de celles-ci. Cela m'a ensuite permis de mettre en évidence des similitudes ainsi que des divergences dans la prise en soin de ces différentes structures par le biais d'une grille analytique. De plus, cette démarche a permis de nuancer les hypothèses posées initialement et d'entrevoir certaines pistes professionnelles auxquelles je n'aurais pu penser sans cette prise de recul. Afin d'approfondir le contexte de cette recherche, j'ai estimé précieux de dessiner le profil des différentes institutions m'ayant accordé du temps pour mes entretiens, en guise d'introduction de mon analyse. Quant à celle-ci, elle s'organise autour de trois thématiques prépondérantes, à savoir « la population accueillie », « les outils, stratégies et leur application » et « le modèle institutionnel ».

Par le biais de ce travail, j'ai eu l'opportunité d'atteindre un bon nombre d'objectifs visés, du moins en partie, et d'en apprendre davantage quant à la réalité du terrain d'un intervenant social exerçant dans le champ de la toxicomanie, domaine riche mais parfois complexe, comme j'ai pu le constater au fil de ce travail.

Mots-clés

Toxicodépendance - Thérapie cognitivo-comportementale - Relation d'aide - Sentiment d'efficacité personnelle - Travail des émotions - Application des outils thérapeutiques

Table des matières

1)Introduction.....	6
2)Partie I : Concepts théoriques	7
2.1) La toxicodépendance.....	7
2.1.1) Addiction VS Dépendance	8
2.1.2) Dépendance physique et psychique	8
2.1.3) Tolérance ou accoutumance	9
2.1.4) De la notion du plaisir à celle de souffrance.....	10
2.2) Les thérapies cognitivo-comportementales	12
2.2.1) Le behaviorisme	12
2.2.2) L'apprentissage social	13
2.2.3) L'approche cognitive	14
2.2.4) En résumé	15
2.3) Quelques outils issus des thérapies cognitivo-comportementales.....	16
2.3.1) Stratégies de coping.....	16
2.3.2) Sentiment d'efficacité personnelle	17
2.3.3) Le travail sur les émotions.....	19
2.4) La relation d'aide	24
2.4.1) L'alliance thérapeutique	24
2.4.2) L'analyse fonctionnelle	24
2.4.3) Le processus de changement	26
2.4.4) L'approche motivationnelle.....	27
3)Problématique	28
4)Partie II : Méthodologie	30
4.1) Hypothèses	30
4.2) Technique de récoltes de données	30
4.2.1) Construction et phase test de la grille d'entretiens	32
4.3) Echantillon	33
4.3.1) Profil des structures sollicitées	33
4.4) Déroulement des entretiens	37
5)Partie III : Analyse des données.....	38
5.1) Axe 1 : Population accueillie	38
5.2) Axe 2 : Outils, stratégies et leur application	40
5.2.1) Renforcement du sentiment d'efficacité personnelle	40

5.2.2) Désencoder les pensées automatiques	42
5.2.3) Processus de changement	43
5.2.4) Travail des émotions.....	46
5.2.5) Critère dans le choix des outils	48
5.3) Axe 3 : Le modèle institutionnel	49
5.4) Synthèse de l'analyse	52
6)Partie IV : Bilan du Travail de Bachelor.....	53
6.1) Retour sur les hypothèses	53
6.2) Bilan personnel.....	55
7)Conclusion	56
8)Bibliographie.....	58
9)Annexes.....	60

1) Introduction

Orienter le sujet de mon travail de Bachelor vers la problématique des addictions s'est présenté comme une évidence. En effet, après avoir effectué mon stage probatoire au sein d'une institution pour personnes toxicodépendantes, l'intérêt et les interrogations que je porte à cette population n'ont cessé de croître. Je souhaitais par conséquent saisir l'opportunité qu'est la rédaction d'un travail de recherche pour approfondir mes connaissances sur les addictions de manière générale et plus précisément, sur des pistes d'action qu'utilisent les travailleurs sociaux auprès de ces patients.

M'étant intéressée aux diverses prises en charge proposées dans le canton du Valais, j'ai pu constater que certaines approches ne paraissent pas toujours correspondre aux besoins de chacun. En effet, cet enjeu n'est pas aisé à couvrir tenant compte de la complexité de ce problème social et de la diversité des troubles associés des personnes toxicodépendantes. Ce constat m'a quelque peu interpellée et c'est la raison pour laquelle je me suis penchée sur les différentes méthodes utilisées auprès de cette population. En sachant que les « puristes » se font de plus en plus rares, il m'a été donné de voir qu'un grand nombre d'outils utilisés dans le domaine des addictions étaient bien souvent inspirés de l'approche cognitivo-comportementale. Ces stratégies ont retenu mon attention de par leur pertinence et leur diversité, tant au niveau des concepts que des stratégies d'intervention. Non seulement le comportement problème est pris en compte mais les pensées et les émotions propres à chacun occupent également une place centrale dans ce modèle, tout comme dans les conduites addictives.

C'est pour cette raison que j'ai choisi d'orienter mon travail ainsi que ma réflexion autour de la question suivante :

« Comment les travailleurs sociaux mobilisent-ils des stratégies issues de la thérapie cognitivo-comportementale dans leur pratique auprès des personnes toxicodépendantes ? »

Concentrer ce travail sur une prise en charge en particulier permet de mettre en lumière les points forts tout comme les limites de celle-ci et de définir au mieux cette approche constituée d'une multitude de concepts. En effet, les thérapies cognitivo-comportementales comptent un nombre considérable de stratégies qu'il m'a fallu sélectionner afin d'être le plus synthétique possible. J'ai donc choisi de développer des outils étroitement liés, à savoir les stratégies de coping, le sentiment d'efficacité personnelle et finalement le travail sur les émotions. Ces éléments semblent de mon point de vue, les plus proches de la réalité du patient et de son individualité. De plus, tout travailleur social sera amené un jour à aborder ces éléments, quelle que soit la population côtoyée.

Par ailleurs, je souhaite travailler auprès de personnes toxicodépendantes dans mon futur professionnel. Il me paraît donc important d'approfondir mes connaissances sur cette thématique dans un premier temps, pour ensuite aller au-delà des concepts théoriques et analyser la manière dont un éducateur applique ces différents outils dans sa pratique.

Afin de répondre à ma question de recherche, je vais tout d'abord définir les notions théoriques de la toxicodépendance et des thérapies cognitivo-comportementales. Une fois les thèmes généraux étayés, je m'intéresserai aux outils TCC cités ci-dessus et également à la relation d'aide qui est selon moi essentielle dans le travail social. Finalement, je rédigerai une analyse

en m'appuyant sur six entretiens menés auprès d'intervenants de diverses structures où l'addiction est traitée. Cette analyse permettra de mettre en lumière les similitudes et les divergences quant à la prise en soin et de tisser des liens avec les concepts théoriques développés.

Un bilan personnel et d'éventuels questionnements survenus à la suite de cette rédaction finaliseront ce travail de recherche.

2) Partie I : Concepts théoriques

2.1) La toxicodépendance

Plus communément désignée sous le mot « dépendance » ou encore « addiction », bien que les deux termes comportent des nuances non négligeables, la toxicodépendance est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1975) comme étant « *un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage).* [...] »¹

Conformément à la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM 10 (OMS, 1992), on peut parler de dépendance lorsque trois ou plus des critères suivants sont présents:

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- Difficulté à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation) ;
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive ;
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive ;
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive ;
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Cette liste de manifestations présente de fortes similitudes avec celle que l'on trouve dans le deuxième système de classification, à savoir, le DSM IV, même si les critères s'avèrent plus étoffés dans ce dernier.

Je mentionnerai par ailleurs la souffrance que peut engendrer un tel comportement. En effet, dans les deux classifications internationales des troubles mentaux précédemment citées, il est aisé de deviner que le produit occupe une place centrale dans le quotidien des personnes

¹ <http://www.sante.public.lu/fr/rester-bonne-sante/047-drogues-illicites-dependances/030-dependance/index.html>, consulté le 24.02.2014

toxicodépendantes. Nous pouvons même aller au-delà de l'étymologie de *dependere* « être lié à » en illustrant le concept de dépendance avec « *être esclave de* ».

En effet, le discours du toxicomane traduit souvent une souffrance d'avoir perdu sa liberté de s'abstenir. Cette perte de contrôle face au produit est un élément primordial à intégrer lorsque l'on parle de toxicodépendance. Cet axe est cependant occulté dans la définition donnée par l'OMS, ci-dessus. On pourrait alors penser qu'il suffirait à une personne dépendante de faire preuve de volonté ou d'avoir l'envie de cesser de consommer afin que le changement de comportement s'opère. La réalité est bien plus complexe.

2.1.1) Addiction VS Dépendance

Il me paraît essentiel de s'arrêter quelques minutes pour donner une précision purement lexicale concernant ce sujet. En effet, la confusion entre *dépendance* et *addiction* apparaît fréquemment lorsque cette thématique est abordée. Je vais tenter de mettre en lumière quelques nuances précieuses liées à ces deux termes afin de faciliter la suite de la lecture de ce travail.

La Brochure sur les neurosciences de l'addiction élaborée par le Collège Romand de Médecine de l'Addiction (COROMA, 2009, p.16) le stipule clairement : La dépendance serait un « *mécanisme par lequel la consommation régulière a engendré un déséquilibre. [...] Ce déséquilibre génère un malaise physique et psychique qui pousse l'individu à continuer la consommation, non plus pour éprouver les sensations plaisantes du psychotrope mais pour éviter de ressentir les sensations désagréables engendrées par l'arrêt de la consommation.* »

Quant à l'addiction, ce serait une « *maladie liée à la mise en place de processus d'apprentissage pathologiques.* » Elle se caractérise par des comportements automatisés et un désir irréprensible de consommer. Les critères établis par le psychiatre anglais Goodman rejoignent cette définition. Le terme *addiction* met principalement l'accent sur la notion de plaisir, sur la perte de contrôle ainsi que sur la persistance du comportement en dépit des conséquences négatives. De plus, un trouble addictif peut faire référence à un comportement problématique sans avoir nécessairement recours à un produit, une addiction aux jeux par exemple, ce qui n'est pas le cas lorsque nous parlons du syndrome de dépendance que la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) présente comme « *un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités.* »² Cette définition résume parfaitement la liste des diverses manifestations détaillée en début de chapitre.

Si les mécanismes de ces deux notions diffèrent, il n'en reste pas moins des points communs quant aux substances addictives de manière générale : « *elles entraînent toutes une augmentation de la dopamine libérée dans le système de récompense* » (COROMA, 2009, p.16).

2.1.2) Dépendance physique et psychique

Les professionnels s'accordent sur deux axes principaux afin d'expliquer au mieux le phénomène de dépendance. Ils distinguent généralement les deux formes de dépendances suivantes³ :

² http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/, consulté le 06.03.2014

³ <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/dependance/>, consulté le 10.03.2014

La dépendance physique apparaît lorsque le métabolisme a été habitué à une substance et que l'usage de cette dernière est diminué ou arrêté. Elle se manifeste par une réaction physiologique de l'organisme que les professionnels appellent le syndrome de sevrage (Morel, 2010). L'état de manque désigne les sensations désagréables, voire douloureuses, provoquées chez le sujet par ce syndrome. Elles peuvent apparaître tant sur le plan physique (hypersudation, mydriase, sensation de chaud et froid, douleurs viscérales, nausées) que psychologique (anxiété, irritabilité, envie de consommer). Ces symptômes illustrent l'importance et la constance de la dépendance physique. En effet, lors de la prise de psychotropes, le cerveau doit faire preuve d'adaptation afin de retrouver son équilibre interne. Il va donc procéder à des régulations notamment en ce qui concerne le système de récompense en déplaçant les récepteurs à dopamine. Par conséquent, *« l'individu ne consomme alors non pas pour « améliorer » son état normal, mais pour le retrouver. Le problème est que cet état devient entre-temps inatteignable. Seule la consommation de la substance psychoactive permet d'effacer, en partie et de manière temporaire, le mal-être psychologique qui résulte de cet écart. »*⁴

Les réactions de l'organisme peuvent s'avérer violentes. Cependant, l'intensité varie selon les individus et le contexte dans lequel ils se trouvent. On peut également constater que les effets de manque sont décrits en fonction de différentes phases temporelles selon le moment de la dernière prise de produit (Morel, 2010, p.125). Si l'environnement et l'individu sont des paramètres à prendre en compte, il n'en est pas moins de la nature du produit et de ses effets.

La dépendance psychique se traduit par la conviction de la personne toxicomane de ne plus pouvoir vivre sans avoir recours au produit. Toutes ses pensées ainsi que ses actions sont orientées vers le produit dont l'obtention devient une vraie obsession. La dépendance psychique est *« exclusivement motivée par le plaisir éprouvé lors de la prise de drogue »* (Richard, Senon et Valleur, 2009, p.266). Les effets hédonistes de la substance vont s'inscrire en mémoire dans le système de récompense cérébral. C'est ce processus de sensibilisation et de mémorisation qui va mener l'individu à réitérer le comportement, pensant qu'il lui est bénéfique, tout du moins au moment de la prise. Les professionnels nomment ce désir irrépressible par le terme anglophone « craving ». Il est même décrit comme étant « l'adversaire le plus redoutable » du maintien de l'abstinence du point de vue des professionnels mais également de celui des patients.

2.1.3) Tolérance ou accoutumance

Ce phénomène occupe une place centrale dans la problématique des dépendances. Il fait référence au besoin d'augmenter la dose de substance psychoactive afin de ressentir les mêmes effets qu'initialement. La tolérance constitue le premier critère de dépendance du DSM IV et est définie comme suit : [...] a. *Besoin de quantité nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance* » (Morel, 2010, p.63).

Le corps ainsi que le cerveau de l'individu se sont en quelque sorte « familiarisés » avec le produit. Par conséquent, l'effet recherché n'est pas obtenu si la dose reste identique. L'accoutumance contribue clairement à faire entrer l'usager dans le cercle vicieux qu'est la dépendance.

⁴http://www.romandieaddiction.ch/nouveau_site/pdf/Professionnel/Neurosciences/COROMA_broch_definitive.pdf, p.14, consulté le 06.03.2014

2.1.4) De la notion du plaisir à celle de souffrance

Comme nous pouvons l'imaginer après avoir lu ces quelques lignes, on ne devient pas « toxicomane » en un jour. Pour appuyer cette affirmation, le monde médical distingue la notion d'usage, d'abus et de dépendance, sous forme de pyramide présentant les différentes catégories d'usage (simple, à risques, nocif, dépendant) (Morel, 2010, p.65). Comment expliquer que certaines personnes s'arrêtent à une simple consommation « expérimentale » alors que d'autres vont plus loin dans le continuum en adoptant un comportement d'abus ou de dépendance?

Alain Morel explique qu'un comportement asservissant s'instaure de manière progressive par la combinaison de deux processus : biologique et psychosocial (Morel, 2010, p.191).

L'axe biologique reprend les deux formes de dépendances qui ont déjà été abordées plus haut. Cependant la dépendance psychique prend ici le terme de « loi de la sensibilisation » et met l'accent sur la mémorisation dont l'intensité varie fortement d'un individu à un autre et de son contexte. « La loi de la récupération » renvoie à la dépendance physique et au phénomène de tolérance. Elle soutient que le bref état de manque après une consommation est indispensable pour que le sujet puisse récupérer. Si les consommations sont trop rapprochées dans le temps, l'homéostasie, à savoir l'équilibre de l'organisme, ne pourra par conséquent pas être rétablie normalement. La personne dépendante voulant éluder la phase désagréable qui suit la consommation, aussi appelée « descente », va tout faire pour raccourcir l'intervalle de deux prises. La récupération ne pourra donc être faite convenablement.

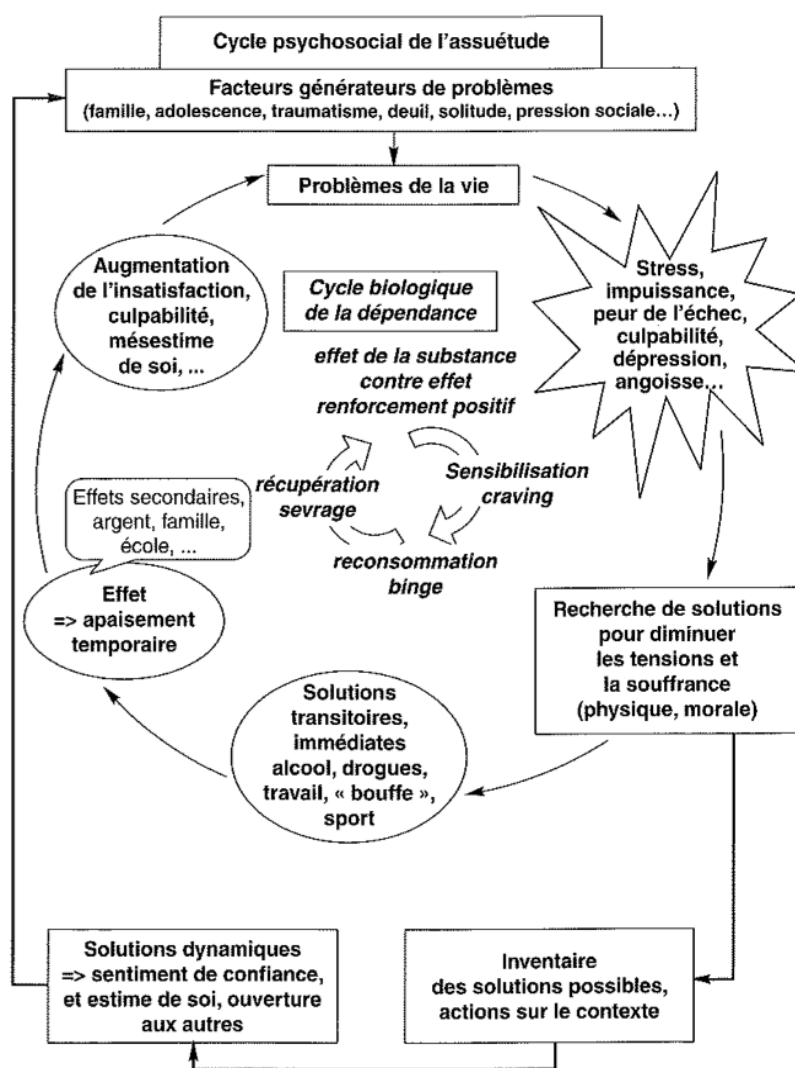
La conjugaison de ces deux lois biologiques constitue une « double pente » addictive avec d'un côté, la mémorisation du plaisir et l'élévation du seuil de satisfaction et de l'autre, une diminution des capacités à retrouver du plaisir. Le sujet aura donc tendance à intensifier sa prise de produit. Cependant, un comportement pathologique tel que celui-ci prend énormément de temps à s'instaurer, laps de temps durant lequel des changements sont possibles. En effet, *« deux facteurs s'opposent à cette « pente » : le processus de récupération naturel, dans la mesure où il est respecté, et l'accès à d'autres sources de plaisirs et de satisfactions que celui de la substance. D'où l'importance de la dimension psychosociale à la fois dans le processus addictif et les possibilités de s'en sortir »* (Morel, 2010, p.192).

L'axe psychosocial a été développé par le psychologue américain Stanton Peel sous la forme d'un « cycle de l'assuétude » que nous retrouvons à la page suivante. Le rôle du stress dans ce cycle semble déterminant. En effet, en faisant recours au produit, le sujet cherche à effacer son état de stress ou son angoisse. Plus il adopte ce comportement pour faire face à la réalité et à ses problèmes inhérents, moins il fait appel à ses ressources psychosociales qui s'affaibliront petit à petit. Le cercle vicieux est alors enclenché. Le stress et la culpabilité augmentent, tout comme les problèmes empirent, ce qui décuplera les consommations devenant la seule source de satisfaction pour le sujet. Alain Morel parle même de « rituel rassurant » permettant de structurer sa vie et de trouver un équilibre. Il met également en lumière la « valeur expérientielle de l'addiction » pour parler de l'attente du sujet vis-à-vis du produit. Cette motivation peut être liée à son parcours de vie, à un malaise ou à un traumatisme non résolu. *« Il y a souvent une souffrance psychique que le sujet « compense » ou « fuit », au moins transitoirement, par un acte de soulagement »* (Morel, 2010, p.194). Si la personne consomme pour palier à une souffrance qui ne disparaît pas durablement, il se peut que la conduite devienne récurrente et donc addictive.

Le mal-être n'est cependant pas la seule explication d'une consommation. Cela peut être lié à une simple volonté d'expérimenter ou le produit peut tout aussi bien jouer un rôle social et être

pris de façon occasionnelle. Cela montre bien l'importance de différencier l'usage de l'addiction qui elle, est un processus lent induisant une perte de contrôle. Le passage à des consommations de plus en plus régulières (ou à la consommation d'autres substances) ne se produit pas de façon systématique. Effectivement, la majorité des consommateurs n'a pas de problème et maîtrise sa consommation.

Voici un schéma (Morel, 2010, p.196) résumant parfaitement les deux processus (biologique et psychosocial) et montrant comment une personne peut glisser d'un simple usage à une dépendance. Ce cycle de l'addiction n'a cependant rien d'inexorable. Chaque élément peut représenter un levier ou une porte de sortie. Le contexte dans lequel l'individu évolue doit également être pris en compte.



« Le cycle de l'addiction »
Peel, 1982, in Morel 2010, p.196

Cette figure correspond étroitement à l'approche bio-psycho-sociale d'Olievenstein qui ne s'arrête pas non plus aux effets du produit sur le système nerveux central. La théorie intégrée des addictions a pour principe de « *considérer la toxicomanie comme la rencontre entre une personne, un produit et un contexte* » (Barman, 2008, p.37). Aussi appelée la « loi de l'effet : E=SIC », cette triade s'avère très pertinente pour comprendre l'expérience psychotrope (E) en tant qu'interaction réciproque entre la Substance (S), l'individu (I) et le contexte (C) (Morel,

2010, p.54). Elle permet de saisir en quoi une personne, avec ses composantes intrinsèques (génétique, personnalité, psychisme) peut se montrer vulnérable face à un produit ayant lui aussi ses caractéristiques propres (profil de dangerosité, pureté, mode d'utilisation), alors qu'une autre non ; tout cela dans un contexte bien précis qui influe également sur l'expérience.

Cette formule s'avère précieuse pour saisir le fait que chaque personne est amenée à vivre une expérience différente et unique même si le produit et le contexte sont identiques. « *Chacune des trois parties de l'équation n'est pas univoque ni toujours active avec la même puissance d'impact sur le comportement* » (Morel, 2010, p.55). Cette phrase démontre à quel point la problématique addictive est complexe et les paramètres à prendre en considération nombreux.

2.2) Les thérapies cognitivo-comportementales

Les facteurs prépondérants de cette approche sont définis comme étant interdépendants. Comme son nom l'indique, il s'agit d'étudier à la fois le comportement, la cognition, se définissant comme activité mentale et comme source du comportement, et finalement les émotions, sensations physiques qui découlent des cognitions. Ces trois dimensions interdépendantes forment donc une boucle rétroactive et interagissent continuellement. Faisant partie des thérapies dites « brèves », les TCC se focalisent sur « l'ici et maintenant » et permettent de mieux identifier les fonctions que peut avoir une substance pour un individu en particulier. Elles mettent également en lumière les pensées automatiques qui biaisent la réalité. C'est une approche qui « *favorise les conditions d'un changement plutôt que d'explorer le passé à la recherche de l'origine supposée des troubles et des souffrances* » (Granger, 2010, p.455). Ce modèle est l'un des plus appliqués lorsque l'on travaille avec des personnes toxicodépendantes. Il aide ces dernières à trouver des solutions concrètes lorsqu'elles sont confrontées à leur envie de consommer.

L'approche cognitivo-comportementale est née en 1970 lorsque les dimensions cognitives développées par Beck en 1961⁵ ont été intégrées à l'approche comportementaliste, comme nous allons le voir à travers les points suivants qu'il est important de distinguer.

2.2.1) Le behaviorisme

Cette approche comportementale directement issue des travaux sur le conditionnement est caractérisée par l'utilisation de méthodes dites expérimentales. Les principales théories scientifiques développées pour décrire les phénomènes d'apprentissage, à savoir : la théorie du conditionnement classique de Pavlov, celle du conditionnement opérant de Skinner et la théorie de l'apprentissage social de Bandura, occupent une place essentielle dans l'apparition d'un comportement quel qu'il soit (Varescon, 2005).

Skinner s'est inspiré des travaux d'un autre psychologue américain, Thorndike. Ce dernier a « *mis à jour la loi de l'effet, qui se résume par le fait qu'un comportement peut être privilégié, c'est-à-dire que sa fréquence augmente en fonction de ce qui le suit. Si la conséquence de ce comportement est positive, alors il est répété, par contre si elle est négative – comme recevoir un choc électrique – le comportement n'apparaît plus. Il est question de renforçateurs* » (Chapelle, Monié, Poinot, Rusinek et Willard, 2011, p.13). Skinner approfondit ce concept de

⁵ Cours théorique (HES-SO) Module travail social et action professionnelle, donné par Mr Salamat, 2012

renforçateurs et en établissant quatre catégories distinctes : renforcement positif et négatif, punition positive et négative.

Le conditionnement opérant paraît précieux pour la compréhension de la toxicomanie, perçue par les behavioristes comme *«le résultat d'un apprentissage dysfonctionnel, s'exprimant par un comportement pathologique»* (Graziani et Romo, 2013, p.9). En effet, nous pouvons expliquer le fait qu'une personne toxicodépendante augmente son comportement addictif par l'apparition de conséquences positives qui en découlent (bénéfices sociaux, désinhibition, plaisir), ce que Skinner appelle « renforcement positif », ou au contraire, le comportement, à savoir la prise de produit, est maintenu car il permet de tenir à distance les conséquences négatives, comme par exemple des émotions désagréables, un état d'anxiété ou encore des symptômes de manque (« renforcement négatif »).

Si, comme l'affirme Skinner, l'apprentissage d'un comportement se fait en fonction des réactions qui résultent de l'action de l'organisme, on peut en déduire que l'issue dépend fortement des réactions de l'environnement et du contexte dans lequel la personne se trouve. Cela peut se traduire en récompenses, en encouragements ou alors en punitions. Cela montre à quel point il est important pour une personne dépendante d'être entourée par des personnes bienveillantes et d'évoluer dans un contexte sain et favorable.

La pertinence de ces travaux sur le conditionnement dans le processus de la dépendance est irréfutable. Cependant, l'approche comportementale à elle seule présente certaines limites comme la passivité de l'individu ou encore la responsabilité du changement renvoyée exclusivement à l'environnement. En prenant en compte le processus cognitif et les émotions de l'usager, la vision des conduites addictives s'avère bien plus complète de par son approche multidimensionnelle.

2.2.2) L'apprentissage social

En réaction à ces critiques de l'approche comportementale, Bandura explique le fonctionnement humain par un modèle de triple réciprocité en intégrant des aspects cognitifs au comportementalisme classique. L'environnement, le comportement et la personne interagissent de manière constante. Sur cette base, il développe la notion d'« apprentissage social » qui, contrairement au modèle behavioriste qui explique l'acquisition d'un comportement par les actions et les conséquences de celles-ci, démontre *« qu'il est aussi possible que ces nouveaux comportements soient acquis par simple observation des actions d'autres organismes et de leurs conséquences »* (Chapelle, Monié, Poinot, Rusinek et Willard, 2011, p.17).

Tout comme l'approche comportementale, l'intérêt n'est pas la cause du comportement problème mais apprendre à la personne comment déconditionner ce comportement. Pour ce faire, Bandura explique que la modification d'un comportement découle de deux processus :

- Apprentissage par observation
- Apprentissage vicariant ou « modeling »

Dans le premier cas, le changement s'opère en expérimentant les conséquences du comportement d'un autre individu. L'apprentissage a lieu pendant l'observation et la modification perdure ou non, en fonction des valeurs données aux conséquences précitées.

Concernant le « modeling », il s'agit d'une reproduction, d'une imitation d'un comportement dans des circonstances similaires, après que l'observation ait eu lieu. C'est comme s'il en avait lui-même intégré les conséquences via des processus symboliques ou cognitifs.

La motivation reste une notion centrale dans le processus qu'est l'apprentissage social, tout comme l'anticipation. En effet, on appelle « renforcements externes » les attentes ou les informations qui s'avèrent être d'importants moteurs au changement. Selon Bandura, ils seraient encore plus efficaces que les renforcements classiques de Skinner. L'auto-renforcement fait également office de moteur, car il génère satisfaction et fierté chez la personne qui se compare à des « standards de performance ». Cela contribue également à augmenter son sentiment d'efficacité personnelle, concept que nous verrons de manière plus détaillée dans la partie qui suit.

Ce modèle d'apprentissage est fortement impliqué dans le domaine des dépendances, non seulement pour l'élaboration d'outils éducatifs mais également pour la compréhension de ce phénomène. En effet, durant la période marquée par de nombreux changements qu'est l'adolescence, le « modeling » joue un rôle important. Des groupes se forment pour combler le besoin d'un sentiment d'appartenance, de liens affectifs ou encore de reconnaissance. En faisant partie d'un groupe, l'adolescent est amené à partager des intérêts, des croyances, des comportements avec ses pairs. Par conséquent, l'observation de ceux-ci, consommateurs de substances avec qui il interagit constamment, permet l'apprentissage d'un comportement de consommation. De plus, le maintien de cette conduite est parfois une condition pour garder sa place dans ce groupe où l'on trouve son identité et une certaine sécurité. Un adolescent peut également observer les effets de l'alcoolisation perçus comme positifs chez ses parents et être à même d'imiter ce comportement dans un autre contexte.

Par ailleurs, dans le cadre d'une prise en soin éducative, cette approche s'avère des plus efficaces dans une perspective de changement. L'éducateur peut favoriser des rencontres avec des tiers considérés comme des « modèles positifs » permettant ainsi d'identifier des alternatives. Cette façon de faire est souvent traduite par des témoignages de professionnels ou d'anciennes personnes dépendantes, des jeux de rôle ou encore des activités en groupe sous système de parrainage. Cependant, certains aspects tels que l'individualité ou le modèle choisi comme exemple peuvent présenter une entrave à cette approche.

2.2.3) L'approche cognitive

Développées par Beck dans les années 60, les thérapies cognitives se fondent sur l'étude des pensées automatiques et des émotions qu'elles induisent pour expliquer un comportement. Elles « reposent sur l'idée que la modification des schémas cognitifs et des émotions qui y sont attachées joue un rôle central. [...] Un schéma cognitif est une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme qui va entraîner un traitement spécifique de l'information provenant du monde extérieur ou des états somatiques » (Cotteraux, 2007, p.20).

Selon cette définition, le traitement de l'information tiré d'une situation précise sera biaisé par les cognitions de l'individu et va par conséquent engendrer des émotions erronées qui elles, interfèrent sur le comportement adopté par la personne. Ces pensées automatiques qui déforment la réalité s'opposent aux pensées fonctionnelles et participent à la construction inconsciente d'un schéma dépressiogène ou « dysfonctionnel » (Hassan et Reynaud, 2006, p.17). Les distorsions visent trois domaines principaux : soi-même, les autres et le futur. Le précurseur de cette approche, Albert Ellis, explique que les individus ne sont pas affectés par

l'événement qui leur arrive mais par l'interprétation et la « *perception subjective et irrationnelle qu'ils en ont* » (Cotteraux, 2001, p.30).

Illustrons ces propos par la situation d'une personne, désormais abstinente, qui avait tendance à consommer des opiacés. Elle traverse une rupture sentimentale (stimulus externe), ce qui active un schéma cognitif singulier construit par la pensée « Je ne vauds rien, personne ne m'aime ». Cette interprétation induit une émotion désagréable (ici de la tristesse ou de la colère) et met en œuvre des pensées automatiques telles que « un shoot m'aidera à aller mieux ». Puis vient finalement la pensée permissive « rien qu'une dose, cela ne fera pas de mal » qui favorisera une prise de produit.

Cet exemple souligne le rôle déterminant que jouent les pensées automatiques, ou monologue intérieur, dans cette problématique. D'ailleurs Beck avance que « *l'existence de cognitions dysfonctionnelles participent au maintien des addictions et rechutes* » (Varescon, 2005, p.40). Ce processus cognitif s'imisce rapidement et de façon inconsciente. Ce qui explique pourquoi il est difficile à modifier. Les thérapies cognitives vont alors tenter de faire primer les pensées contrôlées et de restructurer le schéma sous-jacent (pensées automatiques et émotions) pour finalement aboutir à un changement de comportement.

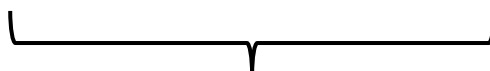
L'approche cognitive a démontré son efficacité dans le champ des addictions, car les personnes toxicodépendantes présentent une vulnérabilité particulière qui se caractérise par une faible tolérance à la frustration, de l'impulsivité, de l'anxiété, de la tristesse et un manque d'affirmation de soi. « *Cette perception négative de soi-même se traduit, sur le plan cognitif, par une pensée principale d'auto-dépréciation : le produit toxique sert alors de remède, d'automédication, et la dépendance peut s'installer sur ce mode* » (Cochet, Pezous, Roy, Brahimi et Lepine, 2003, p.50). Ces ressentis accompagnés par les différents types de croyances vont entretenir le comportement addictif.

2.2.4) En résumé

Finalement si l'on devait définir un des buts prédominants de cette approche cognitivo-comportementale, il suffirait d'affirmer que l'objectif est de « *donner des outils concrets à la personne pour l'aider à mieux faire face à ses problèmes en apprenant à mieux gérer ses émotions et à poser des choix positifs par rapport à ses comportements* » (Morel, 2010, p.287). Tout ceci s'effectue en mettant en place un encadrement adéquat qui correspond aux besoins de la personne. Les outils sont indifféremment inspirés de l'approche comportementale reposant sur les principes de l'apprentissage et de conditionnement et de l'approche cognitive qui met l'accent sur la singularité de la personne par le biais de ses pensées et de ses émotions, comme le montre ce tableau récapitulatif.⁶

⁶ Cours théorique (HES-SO) Module travail social et action professionnelle, donné par Mr Salamat, 2012

<i>Approche comportementale</i> Tout comportement inadapté peut être « remplacé » par un autre	<i>Approche cognitive</i> Le comportement peut être modifié durablement en influençant les schémas de pensée
<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage → Renforcement de compétences et habiletés • Stimulation par des renforcements (positifs et négatifs) • Confrontation progressive 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des schémas cognitifs et réaménagement • Travail sur les émotions : les identifier et les accepter



Approche comportementale et cognitive / TCC

Dans sa pratique, le travailleur social sera amené à identifier le schéma sous-jacent et à utiliser par la suite un certain nombre d'éléments afin de soutenir un changement de comportement. En effet, la TCC n'est pas une approche en soi mais un « bagage » rempli d'un nombre considérable de différentes stratégies.

2.3) Quelques outils issus des thérapies cognitivo-comportementales

Dans le champ de la toxicodépendance, il me paraît plus précieux de mettre l'accent sur la singularité de la personne, raison pour laquelle j'ai décidé de développer des outils en lien avec les facteurs individuels, tels que les stratégies de coping, le renforcement de l'efficacité personnelle et les émotions. Le rôle de ces dernières n'est évidemment pas à laisser de côté, tant dans la relation thérapeutique que dans l'habitude addictive de manière générale. Bowen définira même la dépendance comme étant une « *perturbation du système émotif* » (Morel, 2010, p.303).

2.3.1) Stratégies de coping

Le mot *coping* vient du verbe anglais *to cope with* dont la signification est proche de « faire face à ». Selon Lazarus et Folkman (1984), il s'agit d' « *un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources* ». ⁷ En d'autres termes, il s'agit de stratégies qu'un individu élabore pour maîtriser une situation qu'il estime comme dépassant ses capacités à y faire face. Cela génère par conséquent un stress important et l'individu va y répondre soit par l'évitement, soit par l'exposition. Les conduites addictives sont considérées comme coping d'évitement, car le coping est dans ce cas précis, centré sur les émotions et non pas sur l'acceptation et la résolution du problème. C'est-à-dire qu'il vise à réguler les réponses émotionnelles amenées par la situation en consommant.

Afin de construire une réponse mieux adaptée, il existe trois types d'entraînements aux compétences de coping, adaptés au champ des addictions (Hassan et Reynaud, 2006, p.20) :

⁷ <http://eps30mots.net/docs/fckeditor/file/Articles/Coping/concept-stress-coping.pdf>, p.3, consulté le 01.09.2014

- Entrainement à la prévention de la rechute : Chaque séance aborde et analyse une situation considérée comme à « haut risque spécifique » (craving, influence des pairs) et élabore des pistes afin d'y faire face.
- Entrainement aux compétences sociales : Chaque séance fait le point sur une compétence relationnelle (oser dire non, exprimer ses émotions, recevoir des compliments et des critiques) dans le but d'améliorer les relations sociales et d'éviter tout conflit. Il s'agit également de viser un comportement abstinent et donc réorganiser son style de vie.
- Gestion des émotions négatives : La séance aide à reconnaître les pensées et émotions qui seraient susceptibles de mener la personne à une rechute. Ce troisième axe sera traité dans la partie consacrée au travail sur les émotions.

Dans la pratique, ses séances se traduisent par des « *instructions didactique, de modelage [...], de restructuration cognitive, d'entraînements à travers des exercices ou des jeux de rôles [...]* » (Hassan et Reynaud, 2006, p.20).

Il existe d'autres stratégies d'adaptation centrées plus particulièrement sur le problème afin de faire face aux situations imprévues ou lorsque les autres stratégies de coping se sont montrées inefficaces.⁸

- Décrire le problème de manière détaillée et préciser les circonstances d'apparition.
- Rechercher des solutions, mêmes les plus improbables.
- Chercher les avantages et les inconvénients à chaque solution.
- Choisir la solution qui vous semble la meilleure.
- Trouver les moyens les plus utiles pour appliquer la solution et les tester.
- Passer à l'action et évaluer les résultats.

2.3.2) Sentiment d'efficacité personnelle

Définition

Ce concept renvoie au degré de confiance qu'un individu a en sa capacité de changer, de mettre en œuvre un comportement donné dans un contexte défini (Morel, 2010). Plus la personne croit en sa faculté de réagir de manière adaptée à une situation, plus son sentiment d'efficacité personnelle augmente et moins elle sera tentée de toucher au produit. A l'inverse, si elle commet un écart, « *ce sentiment se trouve fragilisé par l'état émotionnel négatif de la personne (culpabilité, honte...) et la "rechute" a plus de chance de s'installer* » (Morel, 2010, p.242). Cette perception négative en sa capacité de changer peut toutefois être présente avant que le cycle de la dépendance s'instaure. Comme nous l'avons vu dans la partie concernant l'approche cognitive, ce sentiment d'auto-dépréciation peut amener le produit à faire office d'auto-médication afin de pallier cette cognition biaisée.

Ce sentiment n'est pas facile à cerner et encore moins à mesurer, de par sa variation individuelle et sa subjectivité. Il est cependant nécessaire de le différencier de la notion d'estime de soi,

⁸ <http://www.therapie-comportementale.net/resolution-de-probleme>, consulté le 01.09.2014

termes souvent utilisés de façon analogue alors qu'ils renvoient à deux idées bien distinctes. Comme le précise Bandura dans son ouvrage réservé à ce sujet, *« l'efficacité personnelle perçue concerne les évaluations par l'individu de ses aptitudes personnelles, tandis que l'estime de soi concerne les évaluations de sa valeur personnelle »* (Bandura, 2007, p.24). Or ces deux concepts ne s'influencent nullement ; une personne peut se sentir inefficace dans un domaine sans que cela affecte son estime de soi pour autant.

Sources du sentiment d'efficacité

Lecomte (2004) relève quatre sources d'information principales comme base de ce sentiment : *« les expériences actives de maîtrise, l'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel »* (Lecomte, 2004, p. 62). Les croyances concernant l'efficacité personnelle s'avèrent être essentielles dans la connaissance de soi. Il convient de préciser que l'information, quelle que soit sa source, n'est pas suffisante pour évaluer son efficacité personnelle. Elle devient instructive uniquement lorsqu'une pensée réflexive et un traitement cognitif de l'information sur l'efficacité ont lieu. *« Il faut donc établir une distinction entre l'information transmise par des événements vécus et l'information sélectionnée, pesée, intégrée dans les évaluations d'efficacité personnelle »* (Bandura, 2007, p.124). Nous pouvons donc aisément imaginer qu'un grand nombre de facteurs (personnels, sociaux, contextuels) interfère sur la manière dont les expériences sont cognitivement interprétées.

Les processus cognitifs ont également un rôle important lorsqu'il s'agit de se projeter. Les constructions cognitives servent de guide pour l'action dans le développement des aptitudes. En effet, plus l'efficacité personnelle est perçue forte, plus les buts que l'individu se fixe sont élevés et plus leur engagement est solide. A contrario, si une personne s'estime comme étant inefficace, elle aura tendance à anticiper l'action de manière négative, se soldant par un échec. Cela montre à quel point il est important et essentiel de travailler sur le sentiment d'efficacité personnelle dans la problématique des dépendances, surtout lorsque le moment de travailler les situations à risque pour prévenir la rechute se présente.

Comment développer le sentiment d'efficacité personnelle ?

Ce travail s'effectue en menant divers exercices et en développant des méthodes d'affirmation de soi. En effet, des problèmes peuvent apparaître chez une personne toxicodépendante si elle ressent de la peine à s'affirmer à la suite de son sevrage. La première étape est d'identifier et d'analyser les situations dangereuses dans le but de renforcer les stratégies de gestion. Pour ce faire, la méthode la plus utilisée est certainement le jeu de rôle. Rappeler le chemin parcouru depuis le début de la prise en soin peut aussi s'avérer aidant pour maintenir la progression.

L'affirmation de soi sert également à nouer de nouvelles relations, à mobiliser des clés pour régler les problèmes d'ordre général et évidemment, à identifier et à gérer ses états émotionnels (Cungi, 2005). Cela explique pourquoi les exercices en lien avec l'efficacité personnelle mettent l'accent sur la communication, l'expression de ses émotions ou encore la gestion de conflit et le refus (apprendre à dire non). Ces exercices se montrent des plus importants dans les dépendances, car le toxicomane doit restructurer un mode de vie radicalement différent de celui qu'il a adopté jusqu'à présent. Il est amené à construire de nouvelles activités sociales et ludiques qui ne seront désormais plus orientées vers la substance. Cette étape se montre difficile car les personnes dépendantes *« n'ont pas grande confiance en leurs capacités à modifier leur style de vie [...] ». Ayant l'expérience d'efforts inutiles, elles comptent sur l'efficacité du thérapeute pour éliminer les habitudes qu'elles ont été incapables de changer. Elles sont peu*

satisfaites d'entendre que le thérapeute peut fournir un guidage, mais qu'elles-mêmes seront le principal agent de leur propre changement » (Bandura, 2007, p.546). La constatation de progrès visibles suite au changement de comportement paraît primordiale pour ces dernières, au risque de douter encore plus d'elles-mêmes et d'entraver leur aptitude à maintenir les efforts nécessaires au changement.

Comme nous le verrons dans le chapitre réservé aux stades de changement, il est important pour le travailleur social de ne pas dépasser le rythme de la personne, sans quoi elle pourra développer des résistances au suivi. En effet, Morel (2010) souligne trois ingrédients nécessaires pour effectuer un changement. Il est tout d'abord nécessaire d'entrevoir une importance, un intérêt à changer de comportement, puis la personne doit montrer une confiance en sa capacité de changer. Le dernier critère est de se sentir prêt. Le professionnel est donc amené à évaluer sa disposition à modifier le comportement afin de poursuivre l'accompagnement de manière adéquate. L'efficacité personnelle sera également mesurée tout au long du processus étant donné qu'elle affecte chacune des phases de changement personnel : la décision qui donne l'impulsion à la modification des habitudes de vie, la motivation et la persévérance essentielles pour maintenir l'action, puis finalement, la restauration du contrôle après un écart, et le maintien du changement obtenu (Bandura, 2007, p.419).

2.3.3) Le travail sur les émotions

Cet axe me paraît incontournable pour compléter la réflexion de mon travail. En effet, le travail sur les émotions occupe une place très importante car il est étroitement lié au sentiment d'efficacité personnelle qui se retrouve fragilisé si l'état émotionnel de l'individu se montre négatif. Il est donc indispensable de garder en mémoire la proximité de ces deux concepts qui s'influencent fortement.

Avant d'aller plus loin, il convient tout d'abord de définir ce à quoi renvoie le terme d'émotion. Cotteraux (2007, p.2) détermine l'émotion comme « *une réponse comportementale et physiologique, brève et intense, qui reflète et/ou révèle le vécu subjectif de celui qui est affecté par un événement interne ou externe.* » Il ajoute cependant qu'il s'agit d'un des phénomènes psychologiques le plus difficile à comprendre, raison pour laquelle il propose cinq caractéristiques principales pour aller plus loin dans la définition de ce concept (Cotteraux, 2007, p.2 à 5).

- L'émotion est à la fois une sensation et une construction mentale : comme nous l'avons déjà soulevé dans la partie qui traite l'approche cognitive, l'émotion correspond à un traitement de l'information venant de l'extérieur ou de sensations physiques. Elle peut se révéler agréable ou désagréable.
- L'émotion a une fonction de survie : L'exemple de la peur illustre bien cette affirmation car elle permet, soit de fuir, de combattre ou de rester immobile. L'émotion est donc nécessaire au maintien de la vie car elle s'adapte à la situation. Elle peut cependant être adaptée ou non en fonction d'un contexte social spécifique.
- L'émotion est un phénomène observable : Etant déclenchée par des stimuli particuliers, l'émotion peut donc être étudiée de manière expérimentale en laboratoire, en confrontant la personne à des images, à de la musique ou à contexte simulé, pour ensuite établir une cartographie cérébrale.

- L'émotion est brève : Elle dure seulement quelques secondes et renvoie à une intensité, contrairement à la notion de sentiment qui elle, s'inscrit dans la durée.
- L'émotion est au centre de la relation psychothérapique : Le thérapeute ou l'éducateur va évaluer les changements émotionnels auxquels il assiste. Il s'agit bien souvent d'émotions négatives comme de l'anxiété, de la colère, de la tristesse ou du dégoût.

Comme on l'aura compris, le travail sur les émotions est précieux dans une prise en charge TCC, étant donné qu'elles découlent des cognitions et occasionnent une réponse comportementale. En tant que travailleur social, il est donc essentiel d'identifier leur nature, leur fonction ainsi que leur manifestation. Les outils issus de la TCC sont tous destinés aux individus étant pris au piège par leurs émotions. Soit, ils ne parviennent plus à y faire face et la submersion tend à un repli sur soi se traduisant par l'évitement de toutes interactions sociales, soit les émotions induisent un état de confusion et empêchent la résolution de problèmes relationnels. Un dernier cas de figure que l'on retrouve beaucoup chez les personnes toxicodépendantes se traduit par l'apparition d'émotions et d'actions compulsives, donc non contrôlées et inconscientes, amenant une situation d'échec qui se répète de manière exponentielle, même si les personnes en question savent qu'il faut agir différemment (Cotteraux, 2007).

Jacques Van Rillaer (1992) va même jusqu'à parler d'« insuffisance d'autocontrôle » qui devient une sorte d'aliénation de notre siècle. Selon lui la consommation revêt un caractère paradoxal, car dans un premier temps, l'individu consomme dans le but d'agir sur ses émotions pour ressentir un certain bien-être ou encore effacer les souffrances et les angoisses. Par ailleurs, ce qui représente initialement un moyen va se transformer en but en soi. « *Le toxicomane qui cherchait à réguler ses émotions par l'absorption d'une substance "magique", se fait esclave du stupéfiant* » (Van Rillaer, 1992, p. 19). Par le principe d'accoutumance, la personne va corrélativement perdre le contrôle sur son existence personnelle en augmentant ses doses.

D'un point de vue pratique, le travail sur les émotions n'est toutefois pas si facile à entreprendre. Malgré le fait que les émotions fassent partie intégrante de la vie humaine, en parler ouvertement et soulever l'hypothèse qu'un problème peut être rattaché à ce domaine paraît bien plus complexe dans notre société actuelle. Cette citation reflète bien la manière dont les émotions sont perçues aujourd'hui : « *Les émotions font peur et sont mal acceptées dans notre société dite civilisée. L'esprit rationnel s'est imposé comme étant la forme d'intelligence la plus élaborée, au détriment de l'intuition et des émotions. Pourtant, les émotions sont des sources d'informations précieuses dans toutes les situations de notre vie quotidienne et il est dangereux de les ignorer* » (Petitcollin, 2005).

Claude Steiner (2001) rejoint parfaitement ce point de vue en affirmant que notre société actuelle associe la puissance au contrôle, et donc à celui de nos émotions. Emettre le fait qu'il est possible de travailler sur ces émotions renvoie à une certaine peur et à un sentiment de vulnérabilité, comme si apprendre à reconnaître ces dernières pouvait mener à une perte de contrôle et à une péjoration de notre vie professionnelle et personnelle. Ce phénomène s'explique certainement par le fait que nous sommes conditionnés dès notre enfance à ne pas exposer nos ressentis en assimilant ceci à de l'indiscrétion ou à une marque de faiblesse. Cependant, ce réflexe n'est pas irréversible comme nous allons le découvrir.

La place des émotions dans la toxicodépendance

Depuis toujours, les drogues ont rempli des fonctions particulières afin de répondre aux besoins des consommateurs. Dans les années 70, les produits consistaient principalement à s'évader, à permettre aux gens de rêver d'un monde meilleur. Actuellement, les personnes qui font recours à des psychotropes cherchent à s'anesthésier ou alors au contraire à se stimuler afin d'être les plus performantes possibles. En résumé, l'abus de drogues a pour effet de mettre un écran entre la personne et sa souffrance. Derrière la dépendance se cache une multitude d'émotions refoulées telles que la tristesse, la colère, la peur et bien d'autres encore.

D'après des statistiques d'Addiction Suisse, déjà 30% des jeunes de 15 ans consomment pour pallier aux émotions négatives.⁹ La dépendance chez ces derniers peut également être expliquée par leur physiologie. En effet, le lobe pré-frontal qui participera entre autre à la gestion des émotions et à la prise de décision n'arrive pas à maturité avant 23-25 ans. Là encore, on constate que les émotions jouent un rôle déterminant dans le cercle vicieux de la dépendance.

Si le travail des émotions chez les personnes toxicodépendantes est un paramètre à ne pas négliger, c'est également dû au fait que les sujets qui ont le plus de mal à les gérer sont ceux qui présentent le plus de risques de développer une forme d'addiction. Par ailleurs, le dépendant a toujours vécu sous l'influence du produit et de ses effets, souvent analgésiques. Lorsqu'il arrête de consommer, il se retrouve démuné et parvient difficilement à décrypter les émotions qui lui sont devenues inconnues ; il faut donc réapprendre à les identifier et surtout à mettre en place des outils pour parvenir à les gérer. Il est essentiel qu'un usager acquière ce type de stratégies, non seulement dans le but de réapprendre à se connaître et à vivre en harmonie avec ses émotions, mais surtout pour éviter de retomber dans la consommation lorsqu'un état émotionnel négatif apparaît.

En effet, selon Baker, la gestion des émotions inadaptée reste le plus grand facteur de rechute. La prise de produit fait office d'automédication ou d'autorégulation chez les personnes dépendantes qui ne parviennent pas à identifier et à gérer leurs affects. La colère, la tristesse, la solitude, la frustration et le stress sont souvent à l'origine d'une reconsommation, même si dans certains cas un état émotionnel positif, voire euphorique, peut également déclencher un « dérapage ». De plus, l'alexithymie dont environ 50% de toxicodépendants souffrent est aussi considérée comme un important facteur de vulnérabilité personnel (Morel, 2010, p.244). Ce concept renvoie à actuellement « à une composante ''cognitive'' caractérisée par l'incapacité à décrire et à identifier les émotions, et une composante ''émotionnelle'' se référant à un déficit de rêverie et de fantaisie et à un mode de pensée concret, non introspectif et dirigé vers l'extérieur » (ScienceDirect, Reicherts, 2005).

Cela prouve, une fois encore, que l'émotion cesse de péjorer l'individu lorsqu'elle est identifiée et exprimée. Plus la personne parvient à gérer ses affects, « moins elle aura besoin de faire recours à une stratégie de régulation ''exogène'' telle que la consommation » (Morel, 2010, p.244).

C'est notamment pour cela que dans les centres de traitement de la dépendance des groupes de parole sont mis en place pour pousser les usagers à la confiance surtout sur le plan émotionnel. Le centre de Villa Flora a même élaboré un support afin d'aider les personnes à gérer leurs émotions. Il est constitué de cinq étapes¹⁰ :

⁹ Cours théorique (HETS) Module Oasis Addictions, donné par Mr Rodrick, 2013

¹⁰ Support de groupe sur la gestion des émotions, Villa Flora

1. Identifier, nommer

Mettre un nom sur l'émotion

2. Apprivoiser

Repérer à quels moments, dans quelles situations une émotion spécifique se manifeste ; identifier la partie de nous qui est touchée (une partie du corps, un âge spécifique, un rôle familial, etc).

3. Accepter

Accepter ne veut pas dire approuver sans réserve ; c'est juste reconnaître que cette émotion existe et qu'il doit y avoir une raison à ce qu'elle se manifeste.

4. Exprimer, partager

« Mettre hors de soi » l'émotion permet souvent de lui enlever sa charge et la tension qui l'accompagne ; écrire ce que l'on ressent, courir, taper dans un punching-ball ou se confier à une personne, etc.

5. Confier à la Puissance Supérieure

Demander en toute confiance de l'aide à la Puissance Supérieure afin qu'elle apporte la Lumière dans la situation ; se reposer en elle et la remercier pour son aide.

Avec ces cinq étapes, on constate que la gestion d'une émotion ne va pas de soi et cela peut prendre du temps. Tous les êtres humains sont confrontés, à plus ou moins grande échelle de par une sensibilité différente, à ressentir des émotions. Ceci explique que nous pouvons nous sentir parfois submergés par de la tristesse ou encore de la colère.

Le rôle du professionnel sera de sensibiliser les patients à une introspection en tentant de les rendre acteurs et non spectateurs de leur vie intérieure, car la gestion des émotions est un apprentissage et n'est en aucun cas inné.

[L'alphabétisation émotionnelle](#) (Steiner, 2001, p.26 à 28)

Vivant constamment un stress émotionnel à travers les divers soucis de la vie quotidienne, il est essentiel de trouver un exutoire en guise de protection, au risque de s' « engourdir émotionnellement ». Pour ce faire, Steiner propose l' « alphabétisation émotionnelle » qui donne des pistes afin de gérer des situations difficiles menant souvent à des blessures, mensonges, etc.

Cette alphabétisation émotionnelle s'établit selon un programme réunissant cinq compétences que la personne sera amenée à exercer. Il s'agit tout d'abord de connaître ses propres sentiments, définir les sensations et leur intensité. La seconde étape est de savoir ce que ressentent les autres, de mieux comprendre les raisons de leurs émotions, qualité que l'on retrouve souvent sous le terme d'empathie. Vient ensuite la gestion des émotions qui tend à savoir quand les exprimer et quand il est préférable de les retenir. Deviner quand et comment l'expression de nos émotions

influe sur les autres et également apprendre à exprimer ses émotions de façon à ce que cela soit productif et non blessant. La quatrième compétence est de savoir réparer les dégâts émotionnels en adossant la responsabilité de ses fautes et en présentant des excuses afin de ne pas polluer les relations avec un tiers. Finalement, le dernier degré permet de détecter les sentiments des personnes de son entourage afin d'interagir au mieux avec celles-ci.

Cependant, Morel pense qu'il est essentiel de tout d'abord conscientiser et identifier ses émotions avant de s'adonner à des exercices plus complexes. Il affirme qu'« *avant d'aborder des stratégies de gestion, il peut être nécessaire de définir ce que sont les émotions, comment elles naviguent entre sensations et représentations, leurs interactions avec les comportements. Cette approche peut constituer un point d'entrée pour sensibiliser les patients à une introspection tout en leur donnant la possibilité de ne pas subir leur vie intérieure mais d'en être d'avantage acteurs* » (Morel, 2010, p.244). En effet, apprendre à gérer ses émotions ne va pas de soi et peut prendre beaucoup de temps. Il s'agit d'un apprentissage à la fois personnel et social comme nous avons pu le voir dans cette partie.

La balance décisionnelle

Cet outil s'avère essentiel pour un travailleur social lorsque le suivi vise un changement de comportement. Il est par ailleurs étroitement lié avec le sentiment d'efficacité personnelle détaillé en début de chapitre, car si la personne n'a pas confiance en sa capacité de changer, ce processus ne peut que difficilement être entrepris. Janis et Mann (1977) sont les premiers à illustrer un modèle de prise de décision par l'image d'une balance. D'un côté, il s'agit d'identifier les avantages et inconvénients du comportement « pathologique » qui pose problème, afin de conscientiser l'aspect délétère de celui-ci. D'autre part, cet exercice met en avant les avantages et les inconvénients associés au nouveau comportement, ce qui permet d'entrevoir les bénéfices et d'augmenter sa motivation pour entamer le processus.

Cet outil s'avère particulièrement judicieux pour amener la personne à s'auto-observer, à prendre conscience de son mécanisme, des raisons qui la poussent à adopter un comportement et des conséquences qui en résultent. Il donne une image objective et concrète de la situation actuelle et permet d'entrevoir la prédisposition du patient à un changement, en fonction du poids donné aux inconvénients et aux avantages. Les professionnels du domaine du social utilisent la balance décisionnelle lorsqu'ils constatent une forte ambivalence chez le patient qui se traduit par un dialogue interne ressemblant à « Je sais que je devrai changer, mais... ». Une certaine préoccupation s'oppose aux justifications pour maintenir le comportement. En remplissant la balance décisionnelle illustrée sous forme de tableau, le professionnel peut aisément mesurer la motivation de la personne et situer le stade de changement auquel elle se trouve. Il sera donc plus aisé d'envisager la suite du suivi, soit par l'accompagnement à la préparation du changement, soit en l'aidant à déterminer ses priorités et ses buts.

Concernant la problématique des dépendances, cet outil constitue un des éléments clés, étant donné que la prise de décision en vue de changer ainsi que l'ambivalence apparaissent de manière récurrente. Cet outil issu des TCC s'utilise lorsque la personne a pris conscience de sa dépendance et des risques encourus sur le long terme, pour elle et pour son entourage, mais qu'elle n'a pas encore réussi à passer à l'étape du sevrage. Le conflit entre ces deux comportements (consommer ou rester abstinent) s'avère difficile à résoudre car chaque axe implique des bénéfices mais également des coûts. Le rôle de l'intervenant sera alors d'encourager la réflexion sur le comportement et d'explorer les deux versants de l'ambivalence sans pour autant donner des stratégies d'action (Morel, 2010).

2.4) La relation d'aide

Pour clore cette partie théorique, il me paraît essentiel de souligner le rôle du professionnel et de la relation créée qui servira, par la suite, de levier dans la prise en soin. En effet, tisser un lien avec la personne est la première étape à franchir afin de poursuivre l'accompagnement dans un climat sécurisé. Pour ce faire, il est préférable au professionnel de ne pas se focaliser uniquement sur le comportement problème du patient ou encore sur sa demande, au risque de ne pas appréhender la personne en tant que telle, dans sa globalité.

2.4.1) L'alliance thérapeutique

De plus, entrevoir l'alliance thérapeutique (Morel, 2010, p.268) comme une co-construction ou encore comme une collaboration paraît bien plus fructueux que si elle est perçue comme une hiérarchie ou comme un rapport de soignant (actif) soigné (passif).

L'alliance thérapeutique comporte trois éléments primordiaux : des objectifs communs, un accord sur les modalités de travail et le développement d'un lien de confiance approprié aux objectifs et au travail. Concernant les objectifs, il faudra veiller à ce qu'ils soient atteignables et qu'ils concordent avec les limites et également les ressources de la personne dépendante.

Cette relation demande du temps et de la souplesse pour se construire. Elle passe par la reconnaissance de la capacité du patient à changer sans l'enfermer dans un stigmate. La posture de non-jugement adoptée par le professionnel génère de la confiance et contribue à la construction de cette alliance thérapeutique. Si nous nous intéressons aux préceptes du psychologue américain Carl Rogers, ce climat de confiance particulier est une caractéristique essentielle de l'Approche centrée sur la personne. Il repose sur les trois attitudes suivantes : l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle. Ces trois concepts sont fondamentaux pour avoir une chance de construire un début de relation avec la personne venant solliciter de l'aide. L'alliance ne concerne pas uniquement la relation « duelle » du référent avec son référent mais également le cadre institutionnel et l'équipe éducative qui entoure la personne toxicomane.

2.4.2) L'analyse fonctionnelle

Dans les thérapies cognitivo-comportementales, la prise de contact débute par un « *modèle interactif reliant le comportement problème aux cognitions et émotions du patient, ainsi qu'à ses antécédents et à ses conséquences* » (Chapelle et Monié, 2011, p.29). Cette étape incontournable dans les TCC s'appelle l'analyse fonctionnelle. Elle permet de mettre en évidence le comportement et de mieux comprendre la conduite addictive de la personne en mettant en lumière des événements significatifs de sa vie, sa situation familiale, économique, sociale, les relations familiales, son tempérament, etc. Cette méthode montre un intérêt direct pour le patient et les relations qu'il entretient avec son environnement.

L'analyse fonctionnelle suit quatre étapes (Chapelle et Monié, 2011, p.30) :

- 1) L'observation des faits
- 2) La formulation d'hypothèses
- 3) L'expérimentation des hypothèses
- 4) L'interprétation des résultats

Cette analyse se traduit par une multitude de questions tant orientées sur les spécificités des consommations que sur les motivations, les conséquences, l'environnement socioculturel ou encore sur les solutions déjà tentées. Au fil de l'analyse, les raisons pour lesquelles le patient fait recours à une substance et maintient ce comportement vont peu à peu se dessiner.

Plusieurs modèles d'analyse fonctionnelle existent (Chapelle et Monié, 2011, p.32). Par exemple le modèle SORC (**S**ituation-**O**rganisme-**R**éponse-**C**onséquence), le modèle BASIC IDEA (**B**ehaviour : le comportement, **A**ffect : les émotions, **S**ensations : les sensations, **I**magery : les images mentales, **C**ognitions : les cognitions, **I**nterpersonal : les relations interpersonnelles, **D**rugs : les drogues, **E**xpectation, les attentes du patient, **A**ttitude : les attentes du thérapeute).

La grille SECCA (**S**ituation-**E**motion-**C**ognition-**C**omportement-**A**nticipation) élaborée par Cotteraux en 1985 permet une articulation diachronique et synchronique de l'analyse fonctionnelle (Rahioui et Reynaud, 2006, p.24).

Analyse fonctionnelle synchronique : Il s'agit ici d'identifier l'ordre dans lequel surviennent les émotions, les cognitions et le comportement ouvert ou observable *dans une situation donnée*. Cette analyse s'intéresse au présent et prend en compte la majorité des items du modèle BASIC IDEA (à l'exception des drogues et des attentes du soignant), éléments qui participent au maintien du comportement addictif.

Analyse fonctionnelle diachronique : L'objectif de cette analyse est d'identifier les paramètres qui ont permis l'installation du cycle de la dépendance, cette fois en soulignant « les événements ayant pu précipiter les troubles actuels, ainsi que les aspects familiaux, développementaux (génétiques) et structuraux (de personnalité), ainsi que les divers traitements (médicamenteux, psychothérapiques) ayant pu être suivis antérieurement » (Chapelle et Monié, 2011, p.34).

Cette grille SECCA paraît être la plus synthétique et la plus ciblée pour aider la personne à s'auto-observer et déterminer les schémas problématiques ainsi que les éléments déclencheurs.

En conclusion, l'analyse fonctionnelle est une méthode rationnelle et très complète. Elle permet de réunir toutes les informations et observations afin de définir des objectifs avec la personne dépendante sous forme de contrat. De plus, il sera plus aisé pour le travailleur social de cibler une stratégie une fois que les besoins de la personne sont reconnus. En effet, cette analyse est la première étape qui donne la possibilité de réaliser par la suite un programme avec des techniques et des exercices adaptés à la situation.

2.4.3) Le processus de changement

Dans une relation d'aide, quelle qu'elle soit, il est primordial de garder en tête que la décision de changement appartient uniquement au patient. C'est à lui de formuler la demande et de se positionner en amenant ses propres arguments. Le sujet doit être au centre du désir de changer et le rôle du professionnel est de l'accompagner et de le conseiller dans sa réflexion et dans cette démarche. Si la motivation s'avère extrinsèque, les efforts ne porteront probablement pas leurs fruits. Dans le cas où le désir de changement émane de l'éducateur ou de la famille, le risque est que l'utilisateur opine sans être convaincu, s'approprie des objectifs qui lui auront été induits sans entrevoir un quelconque intérêt et il ne pourra donc pas être complètement preneur. Il est important de se demander si cela est le bon moment pour lui et si les objectifs correspondent à ses attentes et à ses compétences. Le fameux précepte du travail social de faire *pour* et non *avec* la personne prend alors tout son sens.

Alain Morel ajoute que « *comprendre les processus de changement comme comprendre ceux qui sous-tendent l'addiction, la perte de satisfaction et la « rechute », fait partie de l'apprentissage de son propre fonctionnement et est essentiel pour avancer efficacement vers les objectifs que la personne s'est fixée pour elle-même* » (Morel, 2010, p.293). Pour cibler son intervention le plus adéquatement, avoir une notion des stades de changements établis par Di Clemente et Prochaska (Graziani et Romo, 2013) s'avère par conséquent nécessaire. Ce modèle transthéorique entrevoit le changement tel un processus progressif et fluctuant et comporte six stades différents. L'intervention selon le stade dans lequel se trouve la personne diffère totalement de l'un à l'autre comme nous allons le constater. De plus, des allers-retours entre les stades sont tout à fait envisageables, il ne s'agit aucunement d'un modèle figé.

- **Stade I : Précontemplation**

La personne n'a pas l'intention de modifier son comportement car elle n'a pas conscience de la problématique. Souvent sous pression de l'entourage, elle émet des résistances et se défend en niant et en refusant la réalité ce qu'on appelle le déni. Le travailleur social ne devra en aucun cas pousser au changement, au risque d'enrayer toute prise en charge. L'objectif est de pousser la personne à entrevoir son dilemme et de soulever les paradoxes et les observations. Un travail axé sur la motivation s'avère précieux pour ce stade.

- **Stade II : Contemplation**

Dans cette étape, le patient est conscient du problème et l'intention de changer apparaît. Il n'est cependant pas engagé dans une action et se montre freiné par un état d'ambivalence qui caractérise ce stade. Ses intentions se heurtent à des arguments en faveur du comportement problème. Le rôle du professionnel est d'explorer avec lui les aspects positifs et négatifs de la situation actuelle et du changement envisagé. L'entretien motivationnel et l'outil de la balance décisionnelle décrit plus haut s'accordent particulièrement à ce stade afin d'explorer les deux versants de l'ambivalence.

- **Stade III : Préparation**

Le dilemme résolu, l'individu se montre en faveur du changement en combinant des critères d'intention et de comportement. La mission est de l'aider à déterminer les actions qu'il souhaite entreprendre de sorte à ce qu'elles soient appropriées et accessibles. Un plan d'action peut s'avérer être une précieuse aide dans cette étape tout comme un travail sur le sentiment d'efficacité personnelle. En effet, plus la personne se sent capable de changer, plus les chances de modifier le comportement sont grandes.

- **Stade IV : Action**

Dans ce stade, les intentions sont traduites en actes. La personne met donc en œuvre des changements importants et visibles, ce qui exige beaucoup d'énergie et de temps de la part de cette dernière. Il est primordial de soutenir et de renforcer les changements accomplis sans oublier la motivation de la personne. Cette étape est propice à briser le tabou de la rechute en dédramatisant les « faux pas » et en apprenant des stratégies pour y faire face.

- **Stade V : Maintien**

Les changements sont désormais intégrés dans la durée. Le maintien de l'action est considéré comme la phase la plus aboutie du processus. S'il n'a pas été chose aisée d'acquiescer de nouveaux comportements, les tentations ont diminué et un nouveau mode de vie peut être envisagé. La personne doit cependant rester vigilante à ne pas réinstaurer ses anciens fonctionnements. Soutenir les efforts de la personne permet d'augmenter la confiance en elle.

- **Stade VI : Rechute**

L'évolution linéaire constitue un phénomène plutôt rare. Il est donc possible que la personne retourne à une phase antérieure en consommant à nouveau une substance illicite. Un sentiment de découragement, de honte et de retour en arrière est susceptible d'apparaître suite à un écart. Le rôle du travailleur social consiste à analyser avec la personne les facteurs qui ont conduit à cette reconsommation. Cette procédure permet d'envisager la rechute comme source d'informations et comme levier pour acquiescer diverses stratégies d'affrontement.

L'authenticité du professionnel ainsi que son empathie feront office de piliers dans ce processus souvent semé d'embûches. De plus, l'un des stades peut être perçu comme un moyen mais également comme un but en soi. En effet, certaines personnes dépendantes n'émettent pas le souhait d'une abstinence totale. L'intervention sera donc axée sur la réduction des risques et/ou sur une consommation contrôlée.

2.4.4) L'approche motivationnelle

Issus de ces travaux, les entretiens motivationnels ont vu le jour avec Miller et Rollnick. A l'instar des stades de changement, la motivation de la personne occupe une place centrale. De plus, l'esprit de collaboration met le professionnel dans une place d'accompagnateur tout en laissant une importante autonomie et un pouvoir de décision à la personne. Le professionnel ne prescrit aucune méthode et n'impose rien au patient à qui revient la responsabilité de ses progrès ou de ses résistances. Par son empathie, il favorise l'expression des motivations et encourage vivement la personne dans la démarche, ce qui renforce son sentiment d'efficacité personnelle et participe à l'évolution dans le changement. Afin d'aider à augmenter sa motivation interne, il existe quelques techniques issues de l'approche motivationnelle que l'on peut se remémorer aisément à l'aide de l'acronyme OUVÉR (Graziani et Romo, 2013) :

- Questions Ouvertes
- Valorisation
- Ecoute réflexive
- Résumé

Les questions ouvertes encouragent une expression plus libre, moins dirigée et témoignent de l'intérêt du professionnel, ce qui peut réduire la méfiance du patient. Quant à la valorisation des ressources et des efforts de la personne dépendante, nous l'avons déjà vu, augmente fortement

la confiance et valorise donc toute évolution. L'écoute réflexive permet de mettre en exergue certains éléments du discours de la personne afin d'amener cette dernière à conscientiser les faits en douceur. Cette technique consiste à reformuler de façon neutre ou en mettant l'accent sur un point important qui soulève le paradoxe ou l'ambivalence de la situation actuelle. Le travailleur social peut également recadrer certaines informations en faveur d'un éventuel changement. Finalement, proposer de brèves synthèses de ce qui a été dit permet de mettre en évidence les étapes de sa réflexion, des dilemmes et à partir de cela, il sera invité à en tirer des conclusions.

Ces techniques ont pour but de mener le patient à une conscientisation de ses priorités et souhaits. Les intérêts à démarrer un processus de changement peuvent être verbalisés et analysés, ce qui augmente la probabilité de s'y engager concrètement. Finalement, *« l'entretien motivationnel consiste surtout dans une façon d'être avec le patient. C'est une façon de collaborer d'égal à égal en cheminant avec lui dans sa réflexion, dans le respect de sa liberté »* (Graziani et Romo, 2013, p.52).

3) Problématique

Tenter de répondre à cette problématique liée à la pratique du travailleur social m'a paru pertinent dans la mesure où j'ai pu constater au travers de mes différentes expériences professionnelles avec des personnes toxicomanes, que certaines approches s'avèrent parfois inefficaces avec une partie des bénéficiaires alors qu'avec d'autres, elles se montrent très fructueuses. Je me suis alors intéressée aux causes éventuelles expliquant ce phénomène, mais j'ai tenté avant tout de savoir comment, en tant que travailleurs-eus social-e, il était possible d'adapter sa pratique pour être au plus proche des besoins de cette population de manière efficace.

Un autre constat a attiré mon attention, à savoir le fait que la notion de maladie prend de plus en plus d'ampleur lorsque la problématique de dépendance est citée, laissant au second plan la vision du problème social qui met l'accent sur les aspects bio-psycho-sociaux, en d'autres termes sur l'individualité de la personne (émotions, environnement, situation, etc). Cet élément explique, selon moi une certaine standardisation dans la prise en soin actuelle, ou en tout cas, certains courants prédominants. Cela m'a par conséquent amenée à appréhender l'approche cognitivo-comportementale plus en détails. En effet, ce modèle est réputé pour ces nombreux outils permettant de s'adapter à la singularité et aux besoins spécifiques de la personne suivie.

La partie abordant la loi de l'effet d'Olievenstein relève parfaitement la complexité et la multitude des paramètres à prendre en considération dans l'accompagnement d'une personne toxicomane. En effet, chaque personne est amenée à vivre une expérience de consommation différente et unique selon l'influence des divers paramètres (les attentes envers le produit, le tempérament et le parcours de la personne, le choix du produit, le contexte d'usage, les émotions, etc). Comment est-il alors possible d'adapter la prise en charge à toutes ces singularités en gardant un fil rouge ? Les outils issus de la TCC et leur application sont, selon moi, les plus à même de donner des pistes pour répondre à cette question.

La préoccupation de cette approche n'est pas d'identifier avant tout la cause ou l'origine du comportement problème mais d'apprendre à la personne comment déconditionner ce comportement. Pour atteindre cette exigence, l'outil appelé « modeling », développé précédemment, s'avère des plus efficaces étant donné qu'il a contribué à l'installation de la

dépendance, car l'exemple est souvent pris chez les pairs, quel que soit la nature de ce comportement. En effet, c'est la valeur et l'intérêt que porte l'individu aux conséquences de l'action qui vont déterminer l'adoption d'un certain comportement ou pas. Il me paraît donc intéressant de voir comment des outils élaborés sur ce constat sont mis en place dans l'accompagnement des patients.

De plus, Skinner et Bandura stipulent clairement qu'il ne peut y avoir de résultats positifs au changement s'il n'y a pas utilisation de renforçateurs, de travail sur l'affirmation de soi ainsi que sur les émotions. Par ailleurs, dans la plupart des cas, la consommation fait office de régulateur à émotions. Une fois que le bénéficiaire n'a plus de produit, les émotions ainsi que tout ce que celui-ci a refoulé refont surface. Il est donc pertinent d'investiguer et d'étayer l'application des outils liés aux émotions.

Comme il a déjà été mentionné, l'approche cognitivo-comportementale cherche à identifier les fonctions que remplit le comportement problème pour un individu en particulier, raison pour laquelle les outils sont souvent tournés sur la communication, l'expression des émotions, la gestion de conflit. En outre, ces aspects font souvent défaut chez la plupart des personnes toxico-dépendantes. C'est notamment pour cette raison que j'ai choisi cette population cible pour effectuer ce travail de recherche. Tenter d'identifier la manière dont un certain nombre de stratégies sont appliquées pour soutenir un changement de comportement légitime également ce choix de population.

Finalement, si certains outils issus de cette approche ont indubitablement prouvé leur pertinence durant la thérapie, ils se montrent également très efficaces lorsqu'il s'agit de travailler la notion de rechute, notamment par le biais du travail sur le sentiment d'efficacité personnelle. En effet, ces outils aident à trouver des solutions dans le concret lorsqu'une personne émet le désir de consommer à nouveau.

L'enjeu de ce travail est en premier lieu de définir ce modèle et les différents éléments qui la constituent, car en effet il ne s'agit pas d'« une » approche en tant que telle mais d'un ensemble d'éléments, de stratégies, où une personne isolée pourra aller « choisir » l'outil approprié qu'elle intégrera dans sa pratique. L'intérêt que j'ai développé pour ces stratégies cognitivo-comportementales s'explique de par leur variété et leur application totalement différentes, selon la situation, la personne, le contexte, etc.

Ces différents points m'ont décidé à orienter mon travail sur ce sujet afin d'en savoir plus quant à l'utilisation et la mise en œuvre de ces outils. Savoir quels éléments sont utilisés dans la pratique d'un-e travailleur-euse social-e, qu'est-ce qui peut s'avérer utile pour ce/cette dernière, comment le professionnel procède au choix des outils et les intègre dans sa pratique auprès des personnes toxicomanes sont toutes des questions auxquelles j'ai tenté de répondre par le biais de mes entretiens.

Ces questionnements qui constituent le corps de mon travail, n'ont aucunement une visée de comparaison, de décider quels sont les modèles les plus pertinents ou non, ou encore de vouloir faire changer les modes de pensées. Elles s'inscrivent entièrement dans une optique de compréhension et le but principal est d'en apprendre davantage sur les différentes manières d'accompagner cette population complexe dans les nombreuses structures des Suisse romande. Il s'agit par ailleurs d'acquérir quelques notions issues du modèle cognitivo-comportemental et de la problématiques des dépendances, ce qui constitue la première partie de cet écrit.

4) Partie II : Méthodologie

Maintenant que les concepts théoriques sont définis et présentés de manière détaillée, deux hypothèses en lien avec ma question de recherche, ont émergé. Une présentation de ces deux axiomes figure dans une première partie, pour ensuite identifier quelle a été ma manière de procéder, notamment sur le terrain et finalement s'intéresser aux enjeux de la démarche visant à répondre à ma question de recherche, à savoir :

« Comment les travailleurs sociaux mobilisent-ils des stratégies issues de la thérapie cognitivo-comportementale dans leur pratique auprès des personnes toxicodépendantes? »

4.1) Hypothèses

Après avoir défini ma question de départ et avoir lu plusieurs ouvrages sur cette thématique, deux hypothèses en lien avec ma question de recherche me semblent importantes à explorer :

- ◇ L'équipe éducative se focalise de plus en plus sur le comportement problème du patient, au risque de ne pas appréhender la personne en tant que telle, dans sa globalité, avec ses déterminants individuels
 - La prise en soin d'une structure accueillant des personnes toxico-dépendantes est uniformisée pour tous les bénéficiaires suivis dans cette même institution
- ◇ L'intervenant a recours aux outils issus de la thérapie cognitivo-comportementale dans un cadre et un temps défini, exclusivement réservé à cet effet et non de manière implicite tout au long de l'accompagnement.
 - Une séance durant laquelle sont utilisés les outils TCC est planifiée à l'avance avec le bénéficiaire

Mettre l'accent sur la prise en soin concrète qu'un travailleur social entreprend sur le terrain m'a paru essentielle. En effet, l'importance des émotions, de la motivation ainsi que du sentiment d'efficacité personnelle est irréfutable. Néanmoins, ces thèmes sont parfois occultés lors des colloques ou des discussions entre professionnels, raison pour laquelle j'ai décidé d'aller plus en profondeur sur ce paramètre. Je chercherai donc, au cours de mes entretiens, à entrevoir si ce travail est appréhendé par les travailleurs sociaux eux-mêmes ou s'ils préfèrent déléguer cet aspect de la thérapie à des psychologues ou thérapeutes. Si au contraire, les intervenants du champ des dépendances endossent ce rôle, identifier la façon dont les pratiques et stratégies sont mises en place s'avère précieux.

4.2) Technique de récoltes de données

Concernant la méthodologie appliquée dans le cadre de ma problématique, la perspective qualitative m'a paru la plus adéquate.

En effet, la question étant tournée vers les professionnels et leur savoir-faire dans l'accompagnement des personnes, il est clair que le travail se dessine vers une optique de compréhension. Il ne s'agit donc pas de mesurer ou encore d'expliquer un phénomène mais plutôt de mener une étude d'un processus pour comprendre comment un éducateur applique certaines stratégies des TCC dans sa pratique.

Le terrain sollicité pour la réalisation de cette partie se compose d'un ensemble de structures résidentielles et ambulatoires accueillant et accompagnant des individus présentant un trouble lié à une substance. J'ai cependant décidé de restreindre ma recherche à l'accompagnement des personnes toxicodépendantes, excluant ainsi les personnes ayant une addiction à l'alcool pour une question de faisabilité ainsi que de pertinence, étant donné que les prises en charge diffèrent quelque peu.

De par mon stage probatoire au Foyer des Rives du Rhône ainsi que ma dernière formation pratique effectuée au Relais 10, unité de prise en charge de type "milieu ouvert" pour des personnes atteintes de maladies chroniques, collaborant notamment avec le centre St-Martin et bien d'autres institutions traitant les dépendances, je n'ai rencontré aucune difficulté pour trouver suffisamment d'établissements répondant à mes critères. J'ai également eu l'occasion de cibler des centres supplémentaires tout au long du module Oasis abordant le domaine des addictions à la HETS de Genève.

Afin d'apporter des réponses à ma question de recherche et à mes hypothèses, opter pour des entretiens semi-dirigés concernant les techniques de récolte de données fut, selon moi, le plus judicieux. Comme le soulèvent Campenhoudt et Quivy (2006) « [...] le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé » (Campenhoudt et Quivy, 2006, p174).

Pour répondre à ma question de recherche, j'étais convaincue qu'une technique favorisant l'interaction serait idéale. En posant des questions ouvertes, les professionnels se sentent libres de confier les éléments qui leur paraissent pertinents et de diriger leur discours comme ils l'entendent tout en gardant en tête le sujet de départ. Cette méthode a permis de garder une certaine souplesse tout en approfondissant le sens que les intervenants souhaitaient donner à leur pratique et aussi à leurs représentations de la problématique.

Durant les entretiens, les professionnels ont eu l'opportunité d'exprimer librement leurs perceptions, leurs expériences et leur savoir. Ils ont également pu amener des réponses plus ciblées et précises en abordant différents thèmes et en étayant éventuellement ceux-ci par le biais d'exemples, ce qui a constitué une grande aide pour saisir les propos dans leur entier. Par ailleurs, il était primordial de ne pas perdre de vue l'aspect confidentiel des documents partagés et des expériences confiées afin de protéger l'intégrité des personnes.

En plus de ces quelques avantages qui différencient l'entretien semi-dirigé d'un questionnaire, j'ajouterais l'importante richesse de la communication non-verbale ou des silences qui, à mes yeux, ont apporté énormément d'informations sur le contenu du discours. Pour finir, pouvoir rebondir sur les réponses données par l'intervenant m'a également beaucoup aidée. Selon les informations reçues, j'ai eu l'opportunité d'élaborer d'autres questions auxquelles je n'avais peut-être pas pensé avant l'entretien. Par l'entretien semi-dirigé j'ai notamment eu la possibilité de rediriger et d'approfondir les informations partagées en clarifiant les éventuels points d'ombre et/ou les incompréhensions.

Je pense cependant que le fait de mener ce type d'entretien ne présente pas uniquement des avantages. Effectivement, il est impératif de rester attentif au risque de dispersion et de recentrer le sujet dès qu'il vient à s'égarer. Étant donné que les entretiens induisent une grande flexibilité, il ne faut pas hésiter à rediriger les questions en rappelant l'objectif initial. Cet aspect a représenté pour moi une difficulté que j'avais considérablement sous-estimée, particulièrement lors d'un entretien où la personne tenait à apporter un maximum d'informations sur les caractéristiques de la structure en oubliant la question posée malgré mes tentatives de réorientation. Cet épisode m'a permis d'étayer au maximum le cadre de mon travail de recherche en guise de préambule pour les entretiens suivants.

Une autre limite à ne pas négliger relève du contexte dans lequel se déroule l'interview. Prendre en compte celui-ci ainsi que les autres personnes présentes, s'il y en a, permet d'éloigner tout manque d'objectivité. Finalement, il est aussi important de conscientiser ses propres représentations et ses points de vue concernant le sujet abordé avant de se rendre sur le terrain afin que notre bagage personnel n'interfère pas dans l'interprétation du discours. Être attentif à la subjectivité et au jugement est capital pour une analyse de qualité.

4.2.1) Construction et phase test de la grille d'entretiens

Afin d'obtenir des informations autant ciblées et précises que possible, j'ai estimé judicieux de créer une grille d'entretiens des plus structurées avant d'aller à la rencontre des professionnels. Pour élaborer au mieux ce fil conducteur, je me suis concentrée sur mes concepts théoriques, en les passant en revue l'un après l'autre afin de les superposer à mes hypothèses ainsi qu'à mes sous-hypothèses. J'ai pu ensuite mettre en évidence des éléments qui, de mon point de vue, méritaient d'être abordés sur un axe plus pratique et concret afin de répondre de manière complète à mes hypothèses et à ma question de recherche.

Suite à l'analyse de mon travail écrit, j'ai formulé une vingtaine de questions correspondant aux critères de sélection ci-dessus étant en lien avec ma problématique et avec les diverses composantes d'un accompagnement dans le champ de la toxicodépendance. Je les ai ensuite regroupées selon les thématiques qui prédominaient, à savoir « les bénéficiaires », « les outils-stratégies » et finalement « le modèle institutionnel ». Je les ai rassemblées et triées afin que la grille suive un ordre logique, de manière à ce que les questions deviennent de plus en plus précises au fil de l'entretien. De mes questions, sont donc apparues des sous-questions permettant cette précision progressive, d'autres se sont avérées superficielles et je les ai par conséquent supprimées de ma grille. Durant ma phase test, qui m'a permis d'avoir une vue d'ensemble sur l'entretien et de vérifier si tous les champs étaient abordés, j'ai pu entraîner et également aiguïser quelques aspects de mon outil.

Cet axe directif préétabli m'a permis de ne pas me disperser et d'obtenir des réponses assez claires et précises pour ma future analyse. Avoir des questions en guise de fil rouge m'a quelque peu rassurée et m'a également permis de recentrer la discussion tout en gardant en tête la consigne de départ.

4.3) Echantillon

Comme je l'ai précisé ci-dessus, ma question de recherche est axée sur l'accompagnement des personnes toxicomanes. L'échantillon de recherche comprend donc des intervenants sociaux, plus particulièrement des éducateurs, mais également des personnes de niveau universitaire ayant de l'expérience en terme d'accompagnement auprès de cette population précise. Six professionnels, aussi bien des hommes que des femmes, afin d'avoir un regard mixte et complet, ont eu la gentillesse de m'accorder une soixantaine de minutes chacun pour répondre à mon enquête de terrain. Il s'agit donc d'un échantillon typique étant donné qu'il découle d'un choix raisonné.

Ma requête a été envoyée dans trois institutions résidentielles et dans trois structures ambulatoires. En effet, dans un premier temps, j'avais l'intention de m'entretenir uniquement avec des professionnels exerçant en milieu résidentiel. Cependant, à la suite de quelques recherches préliminaires, j'ai pu constater que la notion de « TCC » apparaissait majoritairement dans le milieu ambulatoire. J'ai donc décidé d'ouvrir mon échantillon d'enquête à ce modèle de prise en soin quelque peu divergent mais qui, pour mon travail, paraissait tout aussi pertinent. De plus, comparer ces deux manières de faire dans l'application des outils s'est avéré très riche d'un point de vue analytique. La moitié de l'échantillon correspond donc à un suivi ambulatoire alors que l'autre moitié reflète un suivi institutionnel.

Sur les six structures contactées, trois d'entre elles stipulent suivre le modèle TCC comme « couleur institutionnelle » ou du moins avoir du personnel avec une formation continue spécifique à cette approche. Il s'agit de deux structures ambulatoires et une résidentielle. Seul un centre sur les six avec qui j'ai pris contact m'a répondu par la négative, tout en m'expliquant qu'il ne pouvait résumer les actions de la structure au seul axe d'accompagnement socio-éducatif. Les objectifs du centre mandaté par le CHUV étaient principalement à visée médicale et l'équipe professionnelle était donc essentiellement composée d'infirmiers et de psychologues. Ayant peur de ne pas pouvoir m'aider à réunir les informations nécessaires concernant les méthodes éducatives de l'institution, la responsable m'a réorientée vers un centre ouvert avec un cadre éducatif plus appuyé.

4.3.1) Profil des structures sollicitées

Les Foyers Rives du Rhône – Sion ¹¹

Le foyer des Rives du Rhône a ouvert ses portes en 1981 à Sion sous l'autorité de la Fondation Valaisanne en faveur de la prévention et du traitement de l'Alcoolisme et de la Toxicomanie (FVAT). L'institution répond à la décision du canton de faire face à la problématique de la dépendance, très présente dans toute la Suisse à cette époque. Un deuxième foyer similaire est ouvert en 1992 à Salvan pour compléter l'offre du premier, grâce au soutien de l'Association des Amis des Rives du Rhône et de la Fondation François-Xavier Bagnoud, qui donnera son nom au foyer. C'est aujourd'hui la nouvelle fondation Addiction Valais (LVT jusqu'en 2011) qui chapeaute les deux foyers, ainsi que deux autres foyers d'accueil pour personnes souffrant de dépendances et troubles associés : La Villa Flora et la Via Gampel.

¹¹ <http://www.rivesdurhone.ch/>, consulté le 18.01.2015

Actuellement, les deux foyers des Rives du Rhône accueillent jusqu'à une quinzaine de résidents souffrant de dépendances à des substances psychoactives ou de dépendances au sens large. Les Foyer des Rives du Rhône ne considèrent pas la dépendance comme une maladie, mais comme le symptôme d'un malaise plus profond. Ils offrent une thérapie pour des personnes en disharmonie avec l'entourage, l'environnement et avec eux-mêmes. La mission principale est la guérison de la dépendance et des troubles associés. L'approche thérapeutique des foyers vise une meilleure connaissance de soi et va permettre de retrouver des repères, afin que le résident devienne le plus conscient possible de ses pensées, de ses représentations, de ses émotions et de ses actes pour les mettre au service d'un sens et d'un projet de vie.

La pédagogie initiatique a pour but d'équilibrer les fonctions du corps, du cœur, et de l'esprit et de permettre au résident de retrouver la santé. Celle-ci est comprise dans sa globalité : santé physique, affective, mentale et spirituelle. L'institution propose une prise en charge personnalisée en fonction des objectifs fixés en partenariat entre le résident et les éducateurs. La cure comporte trois phases successives auxquelles le résident accède à son rythme et en fonction de sa motivation propre. Chaque phase représente l'acquisition de nouveaux savoir-être, de nouvelles responsabilités au sein de la communauté et de nouvelles libertés sur l'extérieur. En dehors des diverses activités sportives et tâches permettant à la communauté de s'assumer, résidents et éducateurs se rassemblent plusieurs fois par semaine autour d'une table ronde pour la thérapie de groupe, appelée « le chœur ». Chacun peut ainsi se confronter aux autres et exprimer ce qu'il ressent, afin de bénéficier de l'expérience et des conseils de la communauté. Les résidents développent ainsi de nouvelles perceptions d'eux-mêmes, plus authentiques.

Villa Flora – Sierre ¹²

Œuvrant sous l'égide de la fondation Addiction Valais, la Villa Flora est un centre de traitement reconnu des addictions pour les personnes dépendantes. Les addictions traitées peuvent être de natures différentes. Si les problèmes d'alcool s'avèrent être les plus courants dans cette structure, les professionnels prennent également en charge des personnes souffrant de dépendances aux médicaments, aux drogues illégales, aux jeux et également de cyberdépendance. L'objectif principal est d'accompagner le plus grand nombre possible de personnes dépendantes ainsi que leur entourage vers la sobriété pour une meilleure qualité de vie. Par sobriété, l'équipe entend un état d'équilibre émotionnel dont l'abstinence est le fondement. Le modèle de traitement de Villa Flora est un modèle de traitement biopsychosocial qui s'inspire de la thérapie en 12 étapes des Alcooliques Anonymes (AA) et des Narcotiques Anonymes (NA).

Les objectifs sont réalisés en mettant en œuvre un traitement stationnaire dont la durée est de cinq semaines à une année, plus une postcure de onze mois. Les principaux outils du traitement sont d'une part des dynamiques de groupe sur différents thèmes (informations sur la maladie et ses effets, gestion des émotions, groupes hommes-femmes, participation aux ateliers), des entretiens individuels et familiaux, des rencontres de réseau, et de la sociothérapie. La mise en œuvre se fait à travers les outils de l'approche TCC (Thérapie cognitivo-comportementale) du Dr Charly Cungi.

Les missions visées à travers ces différents outils thérapeutiques ne sont autres que la prise de conscience des mécanismes de la dépendance ainsi que la mise en œuvre de nouveaux comportements et d'un apprivoisement de l'abstinence puis de la sobriété. Il s'agit notamment d'acquérir la capacité de reconnaître ses émotions et de les exprimer, de développer une certaine

¹² <http://www.villaflorasierre.ch/>, consulté le 20.01.2015

autonomie dans les diverses activités du programme. Un des objectifs du traitement visera également à mettre en place d'un réseau d'aide professionnel et bénévole en impliquant les proches dans la démarche, pour finalement aboutir à un ré-appropriement progressif de la vie à l'extérieur.

Fondation Bartimée – Yverdon ¹³

La Fondation Bartimée propose un cadre de vie qui répond aux besoins sociaux et thérapeutiques des personnes dépendantes. 24 places en résidentiel et 17 places en appartements accompagnés (Etape extérieure) sont prévues pour un séjour de 6 mois renouvelable, jusqu'à, en moyenne, 18 mois. Ces prestations sont ouvertes aux personnes volontaires, vaudoises ou extra cantonales, ou au bénéfice d'un article CPS. Le concept de la Fondation Bartimée définit l'usage abusif et addictif de toxiques comme le seul moyen trouvé par la personne en souffrance pour aller mieux ou se sentir mieux. Le programme de soins encourage les personnes dépendantes à comprendre comment s'est installée leur dépendance. Il propose aussi pour la dépasser, de développer de nouvelles compétences sociales, professionnelles et de tisser des liens affectifs plus stables.

Le programme thérapeutique au sein de cette structure s'articule autour d'un suivi personnalisé pour chaque résident, axé sur le développement des habiletés de la vie quotidienne. L'accompagnement s'élabore autour des objectifs et du projet de vie du résident, c'est ce qui en constitue le fil rouge. Un suivi thérapeutique mettant en évidence des liens entre l'addiction et les souffrances psychiques ou physiques se construit avec la personne en traitement. Finalement, le suivi en psychothérapie, l'accompagnement avec son entourage et le réseau, la prévention des rechutes et le suivi médical spécifique répondent aux besoins de la gestion de la maladie.

Par ailleurs la Fondation Bartimée met l'accent sur la réinsertion professionnelle et sociale en offrant la possibilité aux résidents de s'entraîner et de développer leurs compétences professionnelles par le biais d'ateliers structurés. Cela favorise d'une part un réapprentissage d'un rythme de travail et d'une autre, la réalisation d'objectifs par étapes, tout en développant des habiletés professionnelles et sociales. Un soutien individuel, une évaluation des aptitudes professionnelles, des expériences en entreprise, préparent chaque résident à exercer une activité adaptée. La réinsertion au sein de la société est un axe de travail que la Fondation Bartimée ne néglige aucunement. L'élaboration et la participation à des projets culturels et sportifs constituent des expériences de vie significatives qui favorisent cette réinsertion sociale.

Fondation Phénix – Grand-Pré – Genève ¹⁴

La Fondation Phénix est une fondation privée d'utilité publique. Partiellement subventionnée par la Confédération et par le canton de Genève pour les prestations sociales, elle est spécialisée dans le traitement ambulatoire des addictions avec ou sans substances. Active depuis vingt-cinq ans, elle dispose de cinq centres thérapeutiques et d'équipes pluridisciplinaires qui offrent une large palette d'approches thérapeutiques, individuelles ou groupales, spécifiques au domaine des addictions. Les lieux d'accueil et de prises en charge de la Fondation Phénix sont répartis dans le canton comme suit :

- Le centre Phénix Grand-Pré

¹³ <http://www.bartimee.ch/>, consulté le 18.01.2015

¹⁴ <http://www.phenix.ch/>, consulté le 18.01.2015

- Le centre Phénix Plainpalais
- Le centre Phénix Envol
- Le centre Phénix Chêne
- Le centre Phénix Mail

Chaque personne qui est suivie au centre Phénix Grand-Pré a un référent qui peut être soit la médecin-psychiatre, soit l'un des trois psychologues psychothérapeutes. Ce fonctionnement permet à la personne concernée d'avoir un point d'ancrage auquel se référer pour tous questionnements ou toutes informations concernant son suivi. Les thérapeutes sont spécialisés dans différentes approches : TCC, TCD, EMDR, psycho-dynamique, hypnose, thérapies de groupe (groupe femmes, groupe colère, gestion des émotions...) Cette panoplie permet aux professionnels de l'accueil d'orienter un patient vers l'une ou l'autre des personnes référentes, selon ses besoins spécifiques.

Le Passage – Lausanne ¹⁵

Conformément au mandat des autorités lausannoises, la Fondation ABS intervient dans le développement d'aide à la survie à l'égard des personnes confrontées directement ou indirectement à une consommation problématique de produits psychotropes, essentiellement de drogues illégales. Ses buts sont directement liés à l'application des mesures se référant au pilier *réduction des risques* de la politique fédérale en matière de toxicodépendance, soit de limiter les atteintes sur les plans bio-psycho-sociaux vécues par les usager-ères-s de drogues en phase de consommation active. Les interventions et prestations proposées par la Fondation ABS trouvent leur fondement dans les concepts de réduction des risques et d'accueil à bas seuil d'accessibilité. Le terme « bas seuil » caractérise le faible niveau d'exigences et de contraintes pour accéder aux prestations de la structure. Ce concept d'accompagnement découle d'un certain nombre de principes et de valeurs élémentaires qui se traduisent dans la pratique quotidienne par des éléments tels que l'absence de dossier et la garantie d'anonymat. En effet, le recueil d'informations personnelles pourrait s'apparenter à un frein supplémentaire, voire une forme de contrôle et de classification pour l'usager-ère. Cela comporte également un aspect sécurisant pour la personne.

Le Passage offre un accueil et un soutien personnalisé qui considère, sans jugement, la personne et son parcours de vie. Cet espace d'accueil constitue un relais essentiel entre la rue et les structures de prise en charge médico-psycho-sociales pour une population qui, fortement stigmatisée, n'a que très difficilement accès au réseau précité.

L'offre socio-éducative vise à promouvoir le centre comme un lieu de rupture avec les conditions de vie des usager-ères-s en créant et en développant un lien professionnel et de confiance. La mission est d'offrir un espace de socialisation, de favoriser la création et/ou le maintien des liens sociaux ainsi que la responsabilisation et la reprise des rôles d'acteur et de citoyen. Les offres sanitaires s'articulent autour des activités de promotion de la santé, de la remise de matériel d'injection et de consommation et de soins délégués supervisés par les infirmier-ère-s du Passage.

¹⁵ <http://www.fondationabs.ch/sommairePassage.htm>, consulté le 20.01.2015

Entrée de Secours – Morges ¹⁶

Dès 1993, des professionnels des secteurs médicaux et sociaux de la région de Morges travaillant auprès de personnes toxicodépendantes se rencontrent afin de développer leurs collaborations et de trouver des solutions aux situations de crise et d'urgence.

Après une large consultation des divers corps de métiers de la région concernés par les problèmes de toxicomanie, le groupe élabore un projet : la création d'un centre pouvant soutenir les personnes toxicomanes dans une optique de changements. Il s'agit notamment de créer un pont entre la personne toxicodépendante et les structures médicales et psychosociales de la région. Fin 1994, l'Association Entrée de Secours (EdS) est constituée et le centre d'accueil ouvre ses portes en mai 1997.

Les prestations médicales liées notamment aux cures de méthadone ou aux sevrages se déroulent dans un cadre avec un suivi rigoureux. En dehors du cadre médical, l'intensité de l'accompagnement et la fréquence des rencontres se discutent et s'évaluent avec l'utilisateur. Les interventions du personnel social et paramédical se conjuguent sur des formes multiples : de la rencontre informelle qui débouche sur un entretien unique à l'accompagnement en réseau pendant plusieurs mois avec des rencontres programmées et régulières. Les collaborateurs d'EdS interviennent sur du court terme ou du moyen terme en fonction des besoins et souhaits de l'utilisateur. L'équipe socio-médicale évalue régulièrement les interventions afin de les adapter à l'évolution de la situation de l'utilisateur.

Les usagers sont orientés dès que possible vers des institutions socio-médicales de la région pour la poursuite du suivi. En ce qui concerne les prestations, elles sont individualisées et s'inscrivent dans une approche bio-psycho-sociale. Les objectifs visés par l'équipe professionnelle d'Entrée de secours vont être de contribuer à un mieux-être des personnes toxicodépendantes, d'une part en améliorant leurs conditions de vie sociale, physique et psychique, d'éviter une marginalisation par l'insertion sociale et/ou professionnelle et finalement par l'acquisition d'une autonomie, tout en réduisant les risques et les dommages liés à la consommation de produits stupéfiants.

4.4) Déroulement des entretiens

J'ai tout d'abord pris contact avec les six institutions par le biais d'e-mails. Les réponses sont arrivées relativement vite, ce qui m'a permis de planifier au mieux mes entretiens. Ceux-ci ont été effectués sur un laps de temps de six semaines. En ce qui concerne la durée, elle varie entre 55 et 75 minutes, ce qui correspond aux estimations faites. Les entretiens se sont toutes déroulées dans l'enceinte même des structures. Dans l'ensemble, aucun problème n'est apparu durant les entretiens. Tous les professionnels m'ont accueillie chaleureusement, montrant un vif intérêt pour la thématique et surtout un réel enthousiasme à partager leur quotidien professionnel.

Néanmoins, une des principales difficultés a été de réorienter la personne, lorsque celle-ci avait tendance à s'égarer. J'ai parfois ressenti de la part de l'interlocuteur une envie de transmettre un grand savoir théorique comme s'il s'adressait à une novice, ce qui empiétait quelque peu sur les questions d'ordre pratique, à savoir l'application concrète de ces éléments théoriques. Cependant, toutes mes questions ont trouvé une réponse et j'ai été très satisfaite de pouvoir non seulement découvrir ces différentes structures mais en apprendre d'avantage sur le suivi et les prestations proposées aux patients. Cet élément m'a par ailleurs permis d'entrevoir l'importance

¹⁶ <http://www.entree-de-secours.ch/>, consulté le 18.01.2015

d'étayer un cadre précis avant l'entrevue, explicitant le but de celle-ci et en quoi consiste le travail de recherche. Car si le chercheur sait exactement où il veut aller, les directives ne sont peut-être pas aussi limpides pour la personne interviewée.

5) Partie III : Analyse des données

Une fois l'échange avec le professionnel terminé, j'ai immédiatement retranscrit mot à mot l'entrevue que j'avais au préalable enregistrée vocalement sur mon téléphone portable. Ce travail de longue haleine m'a permis d'analyser les données le plus précisément possible, entretien après entretien.

Pour ce faire, j'ai consulté ma grille d'entretiens réalisée initialement. Après avoir défini trois axes d'analyse principaux correspondant aux thématiques prépondérantes, j'ai réalisé un tableau analytique distinguant les réponses des divers professionnels pour enfin les regrouper et catégoriser leurs dires selon une grille commune. Une fois ce travail effectué, les divergences ainsi que les similitudes dans les réponses ont pu être mises en lumière plus aisément et ont abouti à une synthèse rédigée ci-dessous.

5.1) Axe 1 : Population accueillie

La totalité des professionnels interrogés ont mentionné, malgré l'hétérogénéité des bénéficiaires accueillis, quelques constantes que l'on retrouve chez ces derniers. La raison pour laquelle ma première question sur la population consiste à souligner des points communs est de voir s'ils sont conscientisés et relevés par le professionnel ou si le profil des personnes fluctue finalement peu. Il était également question d'introduire les questions concernant l'estime de soi.

Ce concept n'a pas été explicité dans cette première question, cependant, tous les professionnels ont mis en avant une trajectoire de grande souffrance chez la plupart des patients. L'accent est mis tout particulièrement sur l'environnement familial perturbé dans 80% des cas, selon un éducateur qui affirme que bien souvent cela se rapporte à un problème avec le père. Selon un autre professionnel, il n'y a pas de profil type, même s'il s'agit souvent de familles un peu enchevêtrées ou disparates. Il souligne des processus de rupture au sens large comprenant le secteur familial. En effet, il met en lumière l'aspect « déraciné » que cela soit par rapport aux origines (des parents venus de l'étranger) ou encore par un parcours scolaire non terminé qui entraîne un souci d'intégration. Le peu de ressources dont disposent ces personnes joue un rôle important. Il est également le seul à relever des points communs propres aux femmes, à savoir des histoires de vie en lien avec la maltraitance et des abus sexuels.

Ces deux traumatismes sont toutefois mis en évidence dans deux autres entretiens sans émettre de précisions sur le genre. Les maladies non diagnostiquées menant à une automédication semblent être un facteur de vulnérabilité prédominant dans une des structures ambulatoires qui perçoit également la dépendance comme un moyen de supporter le quotidien d'un passé de souffrance.

Il est intéressant de constater que la notion de souffrance est la seule à apparaître dans toutes les réponses données alors que, comme je l'ai précisé en ce début de dossier, elle ne figure pas dans les systèmes de classification. Elle figure toutefois en toile de fond, qu'elle apparaisse durant l'enfance des personnes dépendantes ou qu'elle découle du comportement addictif.

Cela confirme par ailleurs la vision d'Alain Morel (2010), lorsqu'il parle de dépendance comme « rituel rassurant » qui reflète l'attente que la personne a envers le produit. En effet, cette notion de souffrance apparaît à plusieurs reprises dans la partie théorique qui traite le cycle de l'assuétude, partant du plaisir pour finalement aboutir à une grande souffrance. Il ne faut néanmoins pas oublier qu'elle n'est pas la seule explication d'une consommation. Nous verrons par la suite, que cette souffrance n'occupe pas la même place dans les différentes prises en charge. Pour certains, elle ne constitue qu'une aide pour la compréhension, alors que pour d'autres elle occupe une place centrale dans le traitement.

En ce qui concerne la perception que les patients ont d'eux-mêmes, on retrouve une vision négative dans tous les centres. Une différence entre le milieu résidentiel et ambulatoire peut toutefois être mise en lumière. En effet, les professionnels exerçant en foyer relèvent les mêmes termes, à savoir celui de « dépréciation » et de « mauvaise estime » de soi. L'un d'eux précise qu'« *ils sont tous en situation d'échec quand ils arrivent ici. Ils ont pratiquement tous tout raté, sont tous rejetés par les parents, par la famille, en situation d'échec. Ils ne peuvent donc pas vraiment se percevoir de façon positive. Cela me semble difficile. Ils sont plutôt dans une situation de dépréciation. La plupart, je pense qu'ils ne s'aiment pas du tout. Ils ont des problèmes d'amour de soi, d'estime personnelle.* » Les pensées automatiques de type « Je ne suis pas capable de » sont également considérées comme récurrentes par une éducatrice intervenant aussi en foyer.

Les trois centres ambulatoires ont identifié des groupes de personnes pour qui l'image perçue d'elles-mêmes est plus difficile à supporter. Deux d'entre eux évoquent la spécificité à la nature de la femme. « *Une femme toxicomane va déjà attendre beaucoup plus longtemps pour demander de l'aide, parce qu'elle va culpabiliser et se rendre compte que « toxicomane » c'est déjà pas terrible, mais « femme toxicomane » c'est pire que tout. Parce qu'une femme ça doit être sain de corps et d'esprit pour enfanter. Elles s'autocensurent et bien sûr la problématique autour de la toxicomanie les culpabilise énormément et elles se dévalorisent [...] C'est une des raisons, pas la seule, mais par laquelle on peut expliquer que l'on ne retrouve pas la même proportion entre les hommes et les femmes, dans les structures en bas-seuil ou de réduction des risques* ».

L'intervenant du deuxième centre ambulatoire souligne la difficulté supplémentaire pour les personnes à double diagnostic. Il serait plus difficile pour elles de reconnaître le trouble psychiatrique et elles préféreront alors l'image de toxicomane qui leur paraît moins grave, qui fait moins peur. Un côté paradoxal est également souligné par le troisième intervenant en milieu ambulatoire. La représentation négative que les personnes ont d'elles-mêmes les amène à vouloir venir dans un lieu spécifique d'addictions, un lieu spécialisé mais ils ne souhaitent pas être traités ou considérés comme étant des gens qui ont des problèmes d'addiction, ils n'ont pas envie de rencontrer des gens qui souffrent de la même difficulté par rapport aux représentations ou ce genre de choses.

On peut donc estimer que le sentiment de honte et de culpabilité, ainsi que la perception négative de soi sont sans aucun doute une constante chez les personnes toxicodépendantes. L'approche cognitive confirme cet aspect et ajoute que le manque d'affirmation de soi et cette image négative sont le signe d'une vulnérabilité se traduisant par des pensées d'autodépréciation comme le mentionnent à plusieurs reprises les intervenants interviewés. Le produit aura donc une fonction d'automédication pour atténuer, voire supprimer ces pensées automatiques.

D'ailleurs, les six professionnels s'accordent à dire que le lien entre la problématique de l'addiction et du sentiment d'efficacité personnelle est incontestable. L'un d'entre eux rend attentif à une difficulté concernant les deux notions : si elles sont clairement imbriquées, le mystère de l'œuf ou la poule se pose. Est-ce que c'est parce que l'estime est basse que les gens recourent à des substances ou est-ce que c'est parce qu'il y a un abus de substance que les gens ont une mauvaise estime ? Un éducateur voit en la toxicomanie une structure mise en place pour être reconnu et entendu, même négativement, tandis que trois autres professionnels évoquent la forte intolérance à la frustration qui, par des demandes insatisfaites, les mène à un sentiment d'impuissance puis finalement, à une destruction progressive du sentiment d'efficacité personnelle. Cet élément se confirme clairement dans la partie théorique.

Pour renforcer cet aspect, le directeur d'une des structures met en avant la honte que ressentent les patients face à cette impuissance. L'exemple le plus probant pour lui est la différence de pourcentage entre les hommes et les femmes, chez qui l'impact s'avère plus important comme expliqué précédemment. Elles attendent, par conséquent, plus longtemps pour faire le pas jusqu'aux centres d'aide. Le dernier intervenant, quant à lui, explique qu'il entrevoit cette influence lorsque la personne ne se sent pas capable de faire face à une situation à haut risque. Deux aspects reviennent souvent. Dans un premier temps il s'agit de la nostalgie du produit, puis le sentiment d'efficacité qui baisse. La forte culpabilité lors d'une violation d'abstinence et cette baisse du sentiment d'efficacité personnelle peuvent indubitablement mener à une deuxième consommation. Nous retrouvons cela dans l'explication du rôle des schémas cognitifs concernant les sources du concept d'efficacité personnelle. « [...] *si une personne s'estime comme étant inefficace, elle aura tendance à anticiper l'action de manière négative, se soldant par un échec.* »

5.2) Axe 2 : Outils, stratégies et leur application

5.2.1) Renforcement du sentiment d'efficacité personnelle

En ce qui concerne les outils utilisés et leur mise en application liés au sentiment d'efficacité personnelle, ils correspondent tout à fait aux informations lues dans les ouvrages bibliographiques, notamment dans les lieux de soins ambulatoires.

En effet, la première chose évoquée par les trois professionnels propres à ces centres n'est autre que « l'étiquette » posée sur ces personnes qui, malheureusement, s'avère difficile à enlever. Le rôle du professionnel est donc de veiller à les accueillir en tant que « personne » et non pas en tant que « toxicomane ». L'intervenant va tenter d'oublier cette étiquette et d'aider le patient à en coller d'autres par-dessus. Il est donc question d'un temps de restructuration. Il peut s'agir d'une restructuration cognitive, stratégie importante liée aux pensées automatiques, comme de l'élaboration d'un autre mode de vie que celui connu jusqu'ici, par le biais d'activités par exemple.

La déstigmatisation passe également par des conversations orientées sur d'autres thèmes que celui du produit. Deux professionnels affirment qu'on a parfois tendance à s'occuper uniquement du problème d'addiction et qu'on oublie de prendre soin des personnes. Dans la pratique, ce travail se traduit par des groupes de paroles, notamment dans un des centres où un groupe « Femmes » est organisé une fois par semaine. « *Ce groupe est un groupe entre femmes qui est animé par deux collègues femmes pour discuter des problématiques de femmes en termes d'estime, sur des choses comme l'image, le maquillage, leurs représentations, la féminité, la maternité ; toutes des choses qui partent directement de cette notion d'estime qui a tendance*

un petit peu à être mise de côté et je pense qu'il y a vraiment des choses spécifiques à la nature de femme ». Un autre groupe est centré sur la régulation des émotions, et un sur la colère où finalement le monde des addictions va être laissé de côté pour mettre l'accent sur le comportement. Ces outils sont donc directement liés aux notions d'estime et de compétences. Ces groupes sont généralement constitués d'environ 6 personnes.

D'autres outils tels que la prise de mesure et l'auto-observation se montrent très efficaces pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. Lorsqu'une personne montre un manque d'affirmation de soi, elle ne sait peut-être pas dire non et va subir les situations. Il est pertinent de lui demander de mesurer le nombre de fois où cela est arrivé, ce qu'elle a ressenti, etc. En mesurant ces faits, *« elle prend conscience, déjà du poids de son manque de confiance en elle et rien que cette prise de conscience va modifier les choses. Elle va automatiquement réussir à dire plus souvent non, parce qu'elle aura plus de recul. »*

L'auto-observation s'effectue par le biais de prises de notes ou aussi par le fait de ramener en entretien des situations difficiles, vécues à l'extérieur: des interactions qui n'étaient pas bonnes, un mécontentement d'eux-mêmes ou encore des colères qui se sont soldées par une consommation. La situation va donc être reprise et analysée de manière détaillée. [...] *Après quelques séances durant lesquelles ils ont appris à verbaliser et à intellectualiser les ressentis, ils arrivent à dire : J'étais triste, j'avais peur... Et on arrive à aller plus loin : Pourquoi j'avais peur, pourquoi j'étais triste ? Et là on commence à toucher des choses qui sont de l'ordre du cognitif, des pensées négatives, ce qu'on appelle des pensées automatiques*». Cet outil rejoint parfaitement le concept de restructuration ci-dessus, lorsque j'évoquais la stigmatisation qu'une étiquette pouvait engendrer. Le fait de reconsidérer les choses, d'apprendre à la personne à prendre un certain recul et qu'elle conscientise le fait que ces pensées récurrentes sont délétères pour elle-même entrouvre une brèche pour un travail en profondeur. Les professionnels affirment que le simple fait d'identifier et de conscientiser ces pensées modifie le comportement de manière automatique.

Introduire des activités telles que des petits travaux d'intendance ou de construction est une méthode que l'on trouve dans un centre ambulatoire au mandat de réduction des risques. Les accompagnants veillent à exploiter les compétences des clients tout en respectant leur rythme. C'est ce qui est aux yeux du personnel, le plus important en termes de revalorisation quel que soit leur potentiel physique et psychique. Cette stratégie est d'autant plus fréquente en milieu résidentiel. En effet, les trois éducateurs exerçant dans des foyers ont cité le travail en ateliers en guise d'outil principal. Si l'un d'entre eux parle de « pédagogie par objectifs » il n'en demeure pas moins que les activités manuelles ou artistiques sont utilisés dans le but « d'opérationnaliser » un projet jusqu'à sa finalisation complète. C'est la technique du « penser, dire, faire ». Le jeune va esquisser un projet et le rôle de l'éducateur est alors de lui donner la possibilité d'aller jusqu'au bout, ce qui permettra dans un deuxième temps, d'augmenter l'estime personnelle en voyant les résultats obtenus. Cet outil est donc appliqué de façon implicite au travers du quotidien résidentiel.

Le deuxième foyer favorise un travail sur deux axes, d'un côté les activités sportives et les travaux en ateliers supervisés par des maîtres socio-professionnels qui mettent en valeur les compétences des résidents, et d'un autre, un suivi individuel avec leur éducateur-trice référent-e permettant de construire des objectifs avec la personne en fonction de sa situation et de ses progrès. Un travail sur les pensées automatiques peut également se réaliser durant ces mêmes entretiens. Finalement, dans cette structure le travail sur le sentiment d'efficacité personnelle s'applique d'une part, implicitement avec des tâches inhérentes au foyer, mais également dans un cadre précis et délimité et avec la participation active du résident.

La dernière structure résidentielle mentionne, en plus des ateliers communautaires dont le but est de mettre en lumière différents éléments (comportement, situation, action, conséquences, émotions, pensées) l'utilisation de l'analyse fonctionnelle. Si la théorie montre qu'elle est souvent utilisée en début de suivi afin de mieux comprendre la conduite addictive, le professionnel de ce centre la cite comme stratégie utilisée quotidiennement. « *L'idée dans l'analyse fonctionnelle, ce n'est pas simplement d'analyser ce qu'il se passe sur le moment, c'est aussi de se dire, à un moment donné si j'ai adopté tel ou tel comportement, qu'est-ce qui aurait pu arriver ? [...] On peut le faire comme ça, en étant avec la personne en prenant un bout de papier ou simplement sous forme de discussion. Donc en groupe, c'est aussi une analyse fonctionnelle, c'est aussi qu'on entende ce que les personnes ressentent, leur questionnement, etc* ».

Cette méthode rationnelle est selon moi, un travail fait en amont dont le but est de cibler au mieux les objectifs qui suivront et d'affiner la prise en soin en fonction des éléments que la personne soulignera durant cette analyse. Cette façon de faire relève également d'un contexte de travail précis et la personne est totalement consciente des axes travaillés. Elle occupe même un rôle central dans la mise en application de ces outils, car tout sera adapté à sa demande ainsi qu'à ses besoins.

5.2.2) Désencoder les pensées automatiques

A propos des outils permettant de désencoder les pensées liées à la conviction de ne plus pouvoir vivre sans produit, à savoir la dépendance psychologique, les professionnels recourent à diverses méthodes afin de détruire ou de faire face à ce processus de sensibilisation et de mémorisation.

Nous pouvons clairement entrevoir de nettes divergences entre les réponses données par les structures dites « TCC » et celles des trois autres, ne serait-ce que par l'utilisation de termes identiques à ceux utilisés dans le chapitre sur les stratégies de coping. L'une d'entre elles transmet un plan d'urgence en cinq points inspiré de Marlatt et Gordon aux pensionnaires :

1. Reconnaître les situations à risque
2. S'outiller pour faire face
3. S'outiller lors d'une baisse du sentiment d'efficacité personnelle et de nostalgie qui augmente
4. Qu'est-ce que je peux faire en cas de rupture d'abstinence
5. Développement et entraînement de stratégies

Ces cinq étapes correspondent étroitement aux stratégies d'adaptation pour faire face aux situations imprévues et rejoignent également le but des séances qui visent à prévenir la rechute. Les situations analysées sont vécues à l'extérieur et ramenées lors des entretiens ou des groupes de paroles dans le cas de cette institution. Trois autres structures, dont une seulement ne suit pas le modèle TCC, font recours à cette méthode de relevés de situations à risque, de travail de stratégies en lien avec les situations vécues et enfin une mise en place d'un plan d'action. Le foyer n'ayant pas de modèle précis mais qui trouve sa spécificité dans la complémentarité des approches, relève également l'importance des travaux en groupe sur la préparation et la restitution des week-ends permettant un travail sur les pensées liées au produit. De plus, des discussions en groupe ou avec le référent sont envisageables pour détailler les analyses de rechutes.

Un apprentissage de compétences aide souvent à reconstruire et réorganiser son mode de vie. Une structure ambulatoire qui suit le modèle cognitivo-comportemental le stipule clairement en affirmant que par ce biais, la personne construit quelque chose de nouveau plutôt que de « désapprendre ». La mise en place d'un plan de suivi personnalisé avec des objectifs spécifiques, concrets, mesurables dans les différents domaines est également utilisée pour pallier aux pulsions de consommations (cf. Annexe 3).

Un éducateur explique que pour lui l'outil fondamental n'est autre que l'abstinence, sans quoi la personne ne peut prendre conscience de son schéma de fonctionnement et de ses mécanismes. Il met également en avant le travail sur la motivation que l'on retrouve souvent dans cette problématique.

5.2.3) Processus de changement

La partie suivante traite du processus de changement, sujet très présent quand le champ de la toxicodépendance est appréhendé. Lorsque j'ai demandé, dans les six institutions, s'il y avait des étapes significatives et des conditions propres au changement, une seule structure, qui est de type ambulatoire et qui n'adopte pas spécialement le modèle TCC, m'a affirmé que c'était plutôt linéaire, chaque personne est à son stade et l'intervention des professionnels ne fluctue guère. Le fait que leur objectif premier ne consiste pas à diminuer la consommation mais de faire intégrer les consignes de réduction des risques explique cette réponse. Dans un deuxième temps, ils vont viser une stabilisation mais si la personne souhaite aller plus loin, elle sera redirigée dans un autre centre adapté à sa demande. Il y a néanmoins des personnes abstinentes avec qui ils essaient de renforcer et de maintenir ce stade.

Un des trois foyers résidentiels affirme qu'il n'y a pas vraiment d'étapes, si ce n'est le récit de vie après un mois de suivi environ. S'inspirant beaucoup des outils TCC, il cite cependant l'analyse fonctionnelle qu'une autre structure ambulatoire TCC utilise également pour passer en revue les situations, pensées, émotions, comportement. Cette dernière qui se base sur les stades de changement de Di Clemente et Prochaska peut aussi proposer des tâches à domicile, tout comme le deuxième centre ambulatoire dit « TCC ». Les deux professionnels m'ont rendue attentive sur l'importance d'une phase d'évaluation, afin de cerner exactement où la personne se trouve et de s'assurer que l'intervenant se calque au rythme de la personne, sans quoi, comme nous l'avons vu, celle-ci pourra développer des résistances : « [...] *Ca c'est quelque chose qui reste toujours en arrière-fond dans la prise en soin : où est-ce que la personne se situe. Sachant qu'une personne peut se situer aussi à différents stades par rapport à différents objectifs et qu'on est dans un modèle dynamique, quelque chose qui circule, qui bouge* ». Cette phase s'avère plus que nécessaire, notamment quand un individu vient consulter sous la pression d'un tiers et qu'il partage des informations que le professionnel veut entendre. Avec cette évaluation des stades les gens peuvent aussi se poser, reconsidérer les choses et faire émerger une demande. Le suivi pourra alors vraiment commencer.

Les deux foyers restants ne relèvent pas ces différents stades dans leur accompagnement. La prise en soin se fait de manière évolutive, pour l'un avec des phases de retraite marquant un passage, pour l'autre avec la confrontation aux sorties et au cadre de l'institution et avec un éventuel placement en appartement à l'extérieur. Cependant, l'un d'eux aborde implicitement la notion d'apprentissage social développée par Bandura. « *Dans un premier temps, c'est un gros travail sur la motivation, vouloir faire quelque chose pour soi. Pour moi un éducateur n'est pas un éducateur, il devrait être un locomotivologue, comme un maître, c'est-à-dire*

donner un exemple de changement qui donne envie à l'autre de se mettre en route, [...] Développer une passion, allumer une flamme en donnant du sens au moins dans un domaine pour faire prendre le feu partout. T'as de la peine à rester en arrière quand tout le monde fonctionne à 200 à l'heure. Tu vois aussi les bénéfices que les autres ont, par exemple tu vois ton parrain qui va super bien, t'as envie de le suivre de le prendre en exemple et d'y aller ! »

Bandura appelle cela l'apprentissage vicariant, comme détaillé dans le chapitre sur la thématique respective. Le changement s'opère en imitant un comportement après observation par le biais de renforçateurs externes, à savoir les conséquences positives anticipées. La motivation est donc centrale dans ce processus. Nous pouvons remarquer que le contexte résidentiel « dit non TCC » peut adopter certains outils propres à cette approche sans cadre précis mais bien dans le quotidien résidentiel, contrairement au milieu ambulatoire où les stratégies sont plus souvent appliquées dans un cadre précis avec des supports concrets, sans pour autant oublier que la plus grande partie du travail se fait au travers de discussions et de questionnements.

Tous les professionnels ont par ailleurs mentionné l'importance et aussi la pertinence d'un accompagnement individualisé en fonction d'une multitude de facteurs (motivation, prise de conscience, ce que la personne démontre, le stade, les objectifs, etc.) et également celles de prendre en compte la position dans laquelle se trouve le patient. En effet, comme il a été précisé dans la théorie, la personne doit entrevoir un intérêt à changer, avoir confiance en sa capacité et se sentir prête. Si ces trois ingrédients ne sont pas réunis, il sera alors difficile d'envisager un changement de comportement.

Etant donné que le concept de motivation est apparu dans quasiment la totalité des entretiens et, au vu de l'importance qu'il occupe dans les ouvrages que j'ai pu consulter, je n'ai pu passer à côté de la question de « Comment procéder dans le cas où la motivation est extrinsèque ou si une forte ambivalence se manifeste lorsqu'on évoque le changement ? » D'autant plus qu'un des outils les plus courants dans l'approche cognitivo-comportementale, à savoir la balance décisionnelle, se montre extrêmement précieux pour mesurer la motivation et situer les différents stades de changement dans lesquels se trouve la personne. Mon but était donc de relever une prédominance ou non quant à l'utilisation de cette méthode dans les lieux de soins « TCC ».

Deux d'entre eux, en milieu ambulatoire, l'ont effectivement citée en ajoutant la notion de « risques » dans les deux parties du tableau, c'est-à-dire, ajouter « les risques liés au fait d'arrêter la conduite addictive », par exemple le risque d'échouer et ajouter de l'autre côté du tableau « les risques liés au fait de ne pas arrêter la conduite addictive », par exemple un état de santé qui s'aggrave. Cet aspect ne figurait pas dans les articles que j'ai pu lire et j'ai donc trouvé très intéressant de voir dans un premier temps, que cette balance décisionnelle était utilisée telle quelle, sur papier, avec la personne qui est au centre de la démarche et donc consciente de son ambivalence et d'autre part, qu'une tierce catégorie s'ajoutait à celles d' « avantages » et d' « inconvénients ». Cet élément permet d'entrer dans une dimension émotionnelle et donc d'explorer le terrain sous un autre angle, avant de prendre des mesures. L'éducateur du deuxième centre ambulatoire qui utilise la balance décisionnelle, va également organiser un temps de discussions important lorsque la motivation n'est plus présente. « *On va bousculer, j'entends, cette espèce de routine qui s'est mise en place pour réinterroger la personne, lui permettre, à travers un vécu différent, tout d'un coup, de retrouver peut-être des motivations et puis pouvoir aller plus loin* », il peut être question d'utiliser le réseau lorsque les choses n'avancent plus suffisamment.

La troisième structure « TCC » qui elle, est résidentielle a plutôt mis en lumière le travail durant les groupes de paroles, qui représente « l'arme massive » de l'institution. Durant ces groupes, les intervenants exposent sous forme de discussions en quoi l'abstinence est le socle pour atteindre tous les autres objectifs que le patient souhaite. Durant ces temps de paroles, les plus avancés dans la cure peuvent également montrer les bénéfices du changement, ce qui reflète à nouveau l'apprentissage social qu'un autre professionnel avait souligné. Les professionnels vont donc rendre attentifs les pensionnaires sur des éléments comme la force des habitudes, l'ambivalence, le fonctionnement dopaminergique, etc. dans une optique informative.

Les deux professionnels en milieu résidentiel « non TCC » s'accordent à dire que le déclic ne peut pas venir de l'éducateur, qu'il doit y avoir une prise de conscience personnelle. Le fait de les valoriser durant les activités, de les écouter et de les soutenir tout en insistant constamment sur le respect du cadre institutionnel, peuvent servir de moteurs extérieurs pour augmenter la motivation. L'un d'entre eux pense qu'en mettant un résident tous les jours face à lui-même, il finira par accepter de commencer le processus. Selon lui, il faut les amener sur un autre plan de réflexion que celui de la rationalité qui a été leur système de défense depuis des années. Les amener dans le côté émotionnel est plus fructueux, car en général le jeune a peur de changer, c'est quelque chose d'inconnu pour lui. L'autre éducatrice souligne la possibilité de travailler sur les pensées négatives en les transformant en pensées positives et également de définir les éléments positifs et les éléments négatifs durant des entretiens ayant pour thème la motivation. Nous pouvons donc constater ici que la balance décisionnelle n'est pas citée en tant que telle mais la stratégie reste toutefois la même et s'applique parfois dans une institution résidentielle qui ne pense pas avoir recours à des outils issus des thérapies cognitivo-comportementales. En effet, un des objectifs de la balance décisionnelle est d'aider à déterminer des buts, des objectifs et d'envisager la suite par cette évaluation de motivation.

Partant du constat qu'un comportement peut se modifier par le simple fait d'observer ou d'imiter un autre comportement, comme l'a prouvé Bandura, j'ai estimé pertinent de voir si le système de pairs pouvait être utilisé à des fins thérapeutiques, comme la théorie le stipule et si oui, pour quelles raisons il a été instauré. Est-ce dans une perspective de changement ou est-ce un moyen de revaloriser les « modèles » ? C'est alors que je me suis rendu compte du rôle prédominant que joue le contexte, au détriment de l'outil TCC lui-même. En effet, les trois structures ambulatoires ont répondu à cette question par la négative, alors que les résidentiels ont tous les trois un système de pairs se traduisant par l'attribution d'un parrain. Il paraît plus aisé et approprié de recourir à ce système dans une perspective d'accueil et d'organisation en milieu résidentiel qu'en ambulatoire. Les foyers nécessitent par exemple un grand nombre d'informations formelles sur les règles de la maison, du moins en début de séjour. Un éducateur ajoute un élément primordial qui répond aux questions que je m'étais posées en amont : Non seulement il met en évidence l'aspect salvateur de prendre exemple sur un comportement positif mais il souligne tout autant la valeur de cet outil dans une optique de renforcement d'efficacité personnelle pour celui qui occupe la place de « modèle positif ». *« C'est plus facile de prendre exemple sur un autre résident que sur un éducateur. S'il s'agit d'un jeune qui est sur ses rails, qui va mieux, qui a une motivation, là du coup, ils crochent mieux et ils comprennent. C'est plus proche d'eux. Ce système de prise en charge par parrainage est vraiment génial parce que non seulement le jeune est choppé par le parrain qui est motivé et le parrain se décentre. Il n'est plus seulement centré sur son nombril. Il doit se centrer sur quelqu'un d'autre et puis c'est quand même une source importante de satisfaction et de bien-être que de s'occuper de l'autre. Il se responsabilise dans sa fonction. Tu as été accepté dans le stade de développement ou tu en es, tu es reconnu, et donc tu peux redonner ça aux autres. Il donne également du sens au changement par l'exemple ».*

5.2.4) Travail des émotions

Comme la théorie l'explique clairement, tous les intervenants en toxicomanie ont, à l'unanimité, défini les émotions comme étant le centre des difficultés des personnes en soin. Leur point de vue est cependant nuancé en fonction de leur expérience propre à leur quotidien professionnel. Certains émettent l'hypothèse que la plupart des consommateurs fuient leur hypersensibilité à travers les produits, d'autres soulèvent une récurrence d'impulsivité, d'anxiété et de colère, ce qui se retrouve dans la théorie, affirmant qu'il s'agit souvent d'émotions négatives. Ces débordements de violence apparaissent souvent en milieu résidentiel, où les émotions occupent toute la place de la thérapie, selon un éducateur en foyer. Il ajoute que l'équipe éducative essaie de travailler l'émotionnel dans tout ce qui est fait dans le cadre du foyer. Pour lui, *« c'est là que ça été floué. Un toxicomane c'est quelqu'un qui, à un certain moment de sa vie, a eu des moments émotionnels tellement forts avec une incapacité de les dire et de les partager avec quelqu'un, qu'en fait il a mis en place un système de protection qui est la consommation »*. Pour un autre intervenant en foyer, les émotions découlent de tous les autres éléments du schéma (situation, pensées, actions, conséquences, sensations physiques). Un professionnel définit même l'addiction comme étant un problème lié aux émotions, au-delà des substances ou du fonctionnement, définition partagée par Brown (Morel, 2010, p.303) qui lui, parle de « perturbation du système émotif ».

Aucune différence notable n'apparaît donc entre les diverses structures en ce qui concerne la place accordée aux émotions dans cette thématique, excepté peut-être l'impact de la baisse de méthadone, cité par un éducateur en milieu ambulatoire. Vu qu'elle a un effet antidépresseur, la méthadone a tendance à couper la personne de ses émotions et également de ses douleurs physiques. Une fois que le traitement diminue, tout cela réapparaît de façon amplifiée. Ces personnes traversent donc une étape émotionnellement délicate qui ajoute une difficulté supplémentaire pour aborder ce thème perçu quelquefois comme tabou dans la société actuelle.

Concernant la manière de travailler les émotions, il s'agit certainement de la question qui donne lieu à des réponses aussi bigarrées que nombreuses. Une similarité que j'ai néanmoins constatée dans cinq entretiens s'oriente vers des entretiens individuels durant lesquels, soit les outils travaillés dans un autre contexte sont repris avec la personne pour les consolider, soit des discussions approfondies autour de la thématique sont menées et des informations quant au traitement de l'information sont partagées. Selon moi, le but premier est de soulever le fait que les émotions découlent d'un processus mental et de par sa conscientisation, le travail de fond peut commencer. Rendre le patient attentif sur la fonction que peut avoir une émotion, qui s'avère être un des cinq critères définis par Cotteraux (2007), va déjà, à mon sens, désamorcer la vulnérabilité que peut engendrer la perte de maîtrise liée aux émotions. Saisir le schéma dynamique où les émotions, les pensées, le comportement, la situation s'influencent mutuellement et rendre attentif au fait que si l'un des quatre change, le reste change également constitue l'une des techniques utilisées dans une résidence dite « TCC ». Cette même institution mène un travail sur l'envie par « exposition », technique à visée abstinence qui consiste à s'imaginer un contexte dans lequel la personne consomme et détailler ce qu'il se passe, comment elle se sent, etc. Ils travaillent également avec des outils TCC dont l'un a été cité par un autre professionnel précédemment, à savoir l'auto-observation. Deux autres stratégies efficaces pour le travail des émotions est la méditation pleine conscience qu'un autre foyer applique également tous les matins durant 15 minutes et des exercices de respiration vagale, appelés ici « crise de calme ». Le professionnel de cette structure constate que si un travail en individuel ou même informel se montre fructueux, il l'est d'autant plus avec l'appui des travaux

de groupe en parallèle. Une éducatrice du second foyer affirme également que des groupes appelés « stratégies d'abstinence » sont judicieux pour travailler les émotions.

Cette vision est partagée par un professionnel formé en thérapie cognitivo-comportementale et exerçant dans l'un des centres ambulatoires. Ce dernier a mis sur pied un groupe dont l'objectif est de s'entraîner à la maîtrise émotionnelle. Il est organisé autour de quatre modules abordés sur une durée de six mois : Prise de conscience de soi, régulation des émotions, gestion de la crise, amélioration des relations. Il ne s'agit cependant pas d'un groupe de parole ouvert, l'intervenant a un but précis et emmène avec lui les six participants. Ces quatre axes présentent de fortes similitudes avec le programme d'alphabétisation émotionnelle abordé plus haut. Les stratégies de régulations, de gestion et d'expression seront travaillées en passant par l'identification et la conscientisation qui, rappelons-nous, sont essentielles pour entamer un travail complet sur les émotions. Des outils seront appliqués sous forme de jeux de rôle ou de tâches à exercer chez soi, par exemple, pour ensuite être évalués et affinés durant les entretiens individuels.

Dans les suivis résidentiels, les pistes d'action en vue d'un travail émotionnel varient considérablement. Le contexte permet d'apprendre un langage émotionnel par le biais de la thérapie d'une part, mais également en effectuant des activités sportives, artistiques et communautaires. Ces activités sont automatiquement suivies d'un débriefing où les jeunes parlent de ce qu'ils ont vécu, de ce qu'il s'est passé, de ce qu'ils ont ressenti au niveau de la charge émotionnelle, pourquoi ils ont été stressés, etc. Un éducateur prend la grimpe comme exemple en guise de méthode. *« Le fait de remettre la personne dans une situation de stress, ça fait ressurgir énormément d'émotions du passé. La grimpe est un bon moteur pour ça, parce que tu dois déjà apprendre à faire confiance en l'autre, ce qui n'est pas facile, mais en plus de ça, tu es nécessairement stressé en grimpe, nécessairement en situation de peur, ou encore en bonne estime de soi et en joie quand tu arrives au sommet. Mais le fait de remettre en route ces émotions-là qui sont difficiles, par exemple la colère parce que tu n'arrives pas à passer un pas ou des choses comme ça te font remonter des trucs du passé qui sont ahurissants. [...] J'imagine aussi que le cheval ça doit être un outil possible et intéressant. Le fait de monter, de gérer la peur, la bête, etc... Ces activités génèrent beaucoup d'émotions et cette surcharge d'émotions là, tu dois pouvoir apprendre à la verbaliser, puis en parler. Ensuite on peut gentiment revenir sur des vieilles émotions qui « pourrissent » l'être profond ».*

L'écriture apparaît également dans ses propos, car pour lui il faut transformer le QI en QE, descendre de la tête au cœur. Un excellent moyen pour cela est de s'adonner à l'écriture. La rédaction d'un récit de vie, après avoir acquis un certain langage émotionnel peut se montrer très efficace en relevant directement les liens entre les faits et les émotions vécues qui pourront ensuite être travaillées. L'écriture imaginaire est aussi une excellente porte d'entrée dans l'émotion parce qu'elle permet de matérialiser, d'humaniser l'émotion vécue. Par conséquent, il est plus aisé de parler avec des personnages qui sont « réels ». Cet exercice s'effectue dans un contexte bien précis, une fois par semaine, même si le jeune est tout à fait libre de poursuivre cette activité quand bon lui semble.

Une éducatrice d'un autre foyer, en plus des groupes de parole à thèmes, met l'accent sur les relations communautaires qui engendrent indubitablement des émotions fortes. Celles-ci peuvent être reprises en travail individuel avec le référent ou le thérapeute ou encore durant la réunion qui a lieu tous les matins dans l'optique d'organiser la journée. Quoiqu'il en soit, la personne est amenée dans tous les cas, à identifier et à verbaliser ce qu'elle ressent, ce qui est selon Morel, le socle de tout travail émotionnel. Durant les restitutions des week-ends, ce concept surgit de manière implicite durant les discussions mais peut se montrer très significatif.

Pour conclure, je dirais donc que les émotions peuvent d'une part être abordées inconsciemment, au travers d'interactions, de discussions ou d'entretiens individuels qui n'ont pas formellement un but tourné vers cet aspect, comme elles peuvent être travaillées explicitement lors de groupes de paroles inscrits dans un contexte temporel et dans un cadre précis. Dans le premier cas, les institutions résidentielles s'y prêtent plus volontiers, même si l'application des outils reste très variée dans tous les centres, en fonction des intervenants et également de l'individu pour qui une stratégie paraîtra plus convenable qu'une autre. Par ailleurs, comme nous l'aurons observé, tous les intervenants accordent une place considérable au travail des émotions au sein de leur pratique.

5.2.5) Critère dans le choix des outils

Au vu de la multitude d'outils répertoriés dans ce travail et de leurs différents usages, il a été nécessaire d'interroger les professionnels sur les critères en ce qui concerne le choix de ces méthodes, si elles sont ou non appliquées à tous les patients de manière identique. En somme, sur quels éléments se basent le choix des outils. D'autant plus que je me représentais au départ, une tendance à uniformiser les suivis dans la même institution en laissant peut-être de côté l'individualité de la personne.

En guise de réponse, tous les professionnels ont cité quelques éléments incontournables, notamment les travailleurs sociaux exerçant en milieu résidentiel. Les similitudes paraissent, cette fois-ci, plus significatives en se référant au contexte de prise en soin (résidentiel ou ambulatoire) que sur l'approche thérapeutique adoptée.

En effet, un canevas de base, se traduisant par des règles de vie en communauté, paraît nécessaire pour le bon fonctionnement d'une structure résidentielle. Deux de ces professionnels estiment que la problématique et les mécanismes mis en place pour survivre (consommation, manipulation) ainsi que les besoins (être reconnu et estimé) diffèrent peu d'un pensionnaire à l'autre. L'un d'eux affirme que les outils restent standards, cependant leur application prend en compte l'individualité de la personne et de l'accompagnant. Certaines personnes paraissent plus intellectuelles, d'autres plus comportementales. Le second ajoute que les besoins de prise en charge diffèrent, notamment au niveau du processus de résilience propre à chacun ou par rapport aux étapes de deuil également. La professionnelle du troisième foyer explique que tout le monde va être confronté à un moment ou à un autre aux méthodes de l'équipe accompagnante, mais elles entreront dans le suivi en fonction du chemin parcouru de la personne. De plus, si les critères d'évaluation s'avèrent standardisés, les objectifs mettent l'accent sur un axe personnel en lien avec les besoins du jeune.

Dans le milieu ambulatoire, les stratégies individualisées paraissent plus courantes. Il me semble que la raison pouvant expliquer ce phénomène est que ces centres accueillent autant de personnes que de situations et de profils divers. Des personnes peuvent être complètement marginalisées alors que d'autres travaillent et s'inscrivent dans une routine. Certaines peuvent émettre le souhait de stopper toute consommation, ou d'en stopper une en particulier et de stabiliser les autres produits. Il m'a paru entrevoir autant de demandes que de patients accompagnés. D'ailleurs un intervenant précise qu'*« il n'y a pas d'apriori, c'est-à-dire qu'on va se baser sur ce que la personne désire. C'est un peu sur sa demande que les outils, stratégies sont choisis, avec l'idée d'une évaluation par le biais d'un suivi urinaire ou salivaire pour voir les traces de substances. L'idée ce n'est pas de flicker les gens, de savoir s'ils ont consommé ou pas, mais c'est de voir si les stratégies mises en œuvre portent leurs fruits »*. Il ajoute cependant que le travail de régulation des émotions et celui de gestion de la crise sont systématiquement passés en revue. Les deux autres travailleurs sociaux mettent en avant les

disparités dans les suivis, liées à l'âge et à la santé psychique des patients. L'interaction et les priorités varieront incontestablement.

Il m'intéressait également de savoir s'il existait une différence d'application du traitement selon la substance addictive et si cela présentait des éléments singuliers au cours du suivi. Tous les professionnels ont été unanimes en me répondant que cela n'interférait en rien l'accompagnement du patient. L'addiction est prise dans son ensemble comme porte d'entrée et les stratégies demeurent identiques. Un intervenant met en image son point de vue : « *Le produit c'est les 10 % de l'iceberg qui est dehors de l'eau, moi je m'intéresse à mettre en lumière les 90% qui sont dessous. L'iceberg si tu le mets à la lumière, il fond. C'est la partie visible du problème, mais en fait il y a 90% de problèmes dessous* ». De plus, il semblerait que les personnes toxicodépendantes de nos jours, consomment plusieurs substances différentes et n'ont plus une drogue de prédilection comme cela était le cas il y a quelques années.

Finalement, les outils présentent en effet quelques constantes mais permettent surtout, par leur mise en pratique différente, de spécifier l'action propre à la structure et de diriger judicieusement le client lors d'un dispositif d'indication en prenant en compte sa demande, sa situation et ses besoins spécifiques. Globalement, l'application des stratégies abordées dans ce travail fait primer l'individualité et le stade où se trouve la personne dans le but de respecter le rythme de l'individu et d'avancer de façon harmonieuse.

5.3) Axe 3 : Le modèle institutionnel

La première question quant au modèle institutionnel vise à éclairer la nature des premiers outils utilisés quand un suivi débute. En effet, le but de ma question était de découvrir si l'analyse fonctionnelle, outil TCC, entrait dans les prémices d'accompagnement et si tel était le cas, comment cette méthode était-elle appliquée.

Trois structures sur les six emploient cette méthode, il s'agit des trois centres qui confirment utiliser l'approche cognitivo-comportementale principalement. L'une d'elles précise que la première démarche consiste à explorer le terrain avant de prendre des mesures, car les gens viennent au centre en ayant une myriade d'idées quant aux outils possibles, ils les connaissent souvent déjà. Si ce professionnel n'utilise pas un canevas identique à celui qu'on retrouve au chapitre traitant de l'analyse fonctionnelle, le même objectif est ciblé, à savoir réunir des informations que le patient veut bien partager, ce qui permettra de définir la demande, de voir ce que la personne attend du lieu de soin et pour finir, de mettre en place une alliance. Le professionnel peut déjà instaurer un relevé pour observer le comportement problème. Ce relevé correspond à l'analyse fonctionnelle (cf. Annexe 3). Il va cependant rester dans un axe synchronique qui s'intéresse au présent uniquement. Il est en fait, uniquement question d'observer. Il n'y a pas encore de stratégie mise en place. « *Dès qu'on observe un comportement, naturellement, il commence à changer. Si vous demandez à un fumeur de compter le nombre de cigarettes fumées, il fumera déjà moins. Donc ça peut déjà être la ligne de base. Et puis une fois que les choses avancent ça va être un outil utile ou même lorsqu'on est en panne au bout d'un moment, que plus rien n'avance... On va reprendre ça : Tiens, vous en êtes où ? Ah oui on avait gardé ça comme priorité mais à l'évidence ce n'est plus important pour vous, etc.* » Cet outil vise donc à poser des objectifs pour la suite de la prise en soin mais en aucun cas à faire une anamnèse sur les paramètres qui ont contribué à installer le cycle de la dépendance, contrairement à l'analyse fonctionnelle diachronique qui cherche à mettre cela en évidence. Un deuxième document (cf. Annexe 4) qui reprend avec exactitude les notions de la

grille SECCA de l'analyse fonctionnelle, développée dans un chapitre précédent leur est proposé en début de suivi. Cependant, ce tableau propose des stratégies liées aux critères et ne cherche pas, encore une fois, à analyser le passé de la personne. D'autant plus qu'en début de suivi, la personne va plutôt citer des éléments que l'intervenant souhaite entendre et non pas ce qu'il en est réellement.

Le second centre ambulatoire débute la prise en charge par une analyse autant synchronique que diachronique. Il va en effet évaluer la situation en élaborant une sorte de bilan afin de savoir où la personne en est à ce moment-là sur différents niveaux, quelles sont ses attentes, etc. Il va également effectuer une anamnèse de la problématique de dépendance qui va toucher l'aspect de l'enfance-adolescence. Cela se fait sous forme de discussion. Un protocole d'entrée est également mis en place afin d'éclairer les pistes d'action de la structure. Le dernier centre ambulatoire impose le moins de contraintes possible et n'a donc aucun protocole d'entrée pour un éventuel bilan si ce n'est l'accueil. Il ne constitue pas de dossier excepté un journal de bord qui est vraiment dans une optique fonctionnelle. C'est une manière de préserver leur anonymat et de vraiment les protéger.

Nous retrouvons l'analyse fonctionnelle dans un seul foyer qui, contrairement aux deux autres, suit explicitement le modèle TCC. Tout comme le second centre ambulatoire, il va explorer les deux axes de l'analyse. *« Dans un premier temps, on va partir de la situation actuelle et on va vraiment faire une analyse fonctionnelle dans "l'ici et le maintenant" et petit à petit on va mettre à jour les « règles de fonctionnement » de la personne, c'est-à-dire « je dois, il faut que... je sois parfait » et les croyances de bases du type « je suis nul ». On va mettre en avant les expériences qui ont renforcé et mis en place ces croyances et ces règles [...] On va lui expliquer et on va travailler par pallier. On va demander à la personne de ne pas répondre totalement à ces règles et voir ce qu'il se passe. C'est ce qu'on appelle les expériences comportementales. Là c'est plutôt la diachronie, ce qui est passé et il y a aussi l'axe synchronie, dans "l'ici et le maintenant" qu'on va travailler, parce que souvent ils anticipent certaines situations, accomplissent une action et après s'autocritiquent par rapport à leur performance. Donc on va tout retravailler ça avec la personne et modifier un peu les pensées ».* Le processus décrit ici dépasse clairement le simple fait d'explorer la situation de la personne. Cette analyse sert de document de base sur lequel s'appuient les outils thérapeutiques utilisés tout au long du suivi, raison pour laquelle ce même professionnel a cité l'analyse fonctionnelle parmi les outils destinés à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.

Les deux foyers restants se concentrent dans un premier temps, sur les objectifs fixés à court terme afin de valoriser la personne et avoir une « progression harmonieuse ». En effet, un éducateur affirme que *« la difficulté chez un toxicomane c'est d'avoir fixé des objectifs tellement hauts qu'il n'y est pas arrivé. Donc il se dévalorise. C'est comme s'il y a une échelle de 10 mètres et qu'il y a qu'un seul échelon, c'est celui du sommet alors tu peux que te casser la figure entre deux. Par contre si tu prends l'échelle et que sur 10 mètres tu mets 100 échelons, c'est ridicule mais il va y arriver. Je pense que ça c'est déjà pas mal pour débiter ».* Un protocole d'entrée est également imposé dans les deux foyers pour voir d'une part, si l'offre proposée et les attentes de la personne coïncident et, d'autre part, pour permettre à la personne de se rendre compte de ce que le suivi implique, car il s'agit de structures relativement exigeantes. Aucune analyse en guise de bilan n'est donc effectuée à l'arrivée de la personne. Un IGT peut toutefois avoir lieu, c'est-à-dire un « indice de gravité de toxicomanie ». Cependant, sa fonction est uniquement à but statistique et non pas éducatif.

La seconde et dernière question s'intéresse au fil conducteur de l'institution quant à savoir si le modèle utilisé favorise les conditions de changement dans « l'ici et le maintenant » ou s'il explore plutôt le passé, à la recherche de l'origine des troubles et des souffrances. En effet, les

thérapies cognitivo-comportementales orientent leurs méthodes uniquement dans le présent, au détriment d'une recherche d'informations préliminaires sur l'histoire du comportement problème. Elles aident à trouver des solutions concrètes quand une personne toxicodépendante souhaite consommer à nouveau. L'intérêt n'est donc pas la cause du comportement mais le fait d'apprendre comment le déconditionner.

Sur les trois professionnels issus des centres dits TCC, un seul affirme s'intéresser sur le présent uniquement, sans pour autant considérer le passé comme inutile. Il fait recours à une métaphore pour illustrer son point de vue auprès des patients. *« Imaginez qu'il y ait le feu dans votre appartement, qu'est-ce qu'on fait ? L'objectif premier c'est de sortir de l'appartement, c'est d'éteindre le feu et puis les causes du sinistre, on regardera après. Parce que le pourquoi des difficultés, les patients y ont réfléchi mille fois, pourquoi est-ce que je souffre d'une addiction ? Et le problème c'est que souvent ils n'ont pas trouvé la réponse et puis même s'ils ont trouvé la réponse, je vais être un peu provocateur, voilà parce que j'ai été maltraité quand j'étais petit par je ne sais qui, ... Je ne minimise pas ce que peut être cette violence, mais on en fait quoi aujourd'hui ? Par contre dans les émotions, les émotions c'est des choses très actuelles, je peux être en colère aujourd'hui de quelque chose qui m'est arrivé il y a 10 ans. Donc ce que je vais traiter, ce n'est pas ce qu'il s'est passé il y a 10 ans, non, ce que je vais traiter c'est ma colère actuelle. »* Ce professionnel ne sous-estime aucunement les choses en lien avec le passé, mais va se centrer, notamment par le biais des émotions, sur ce que les gens vivent aujourd'hui et sur ce qui peut être modifié. Il explique aussi que les personnes adhèrent beaucoup plus à cette vision car il relève une certaine crainte des patients à devoir raconter leur passé une fois encore.

Les deux autres professionnels de ces centres adoptent un discours quelque peu plus nuancé, tout en insistant sur la priorité du travail dans le présent. L'un d'eux pense qu'il est toutefois essentiel de mettre en évidence certains fonctionnements liés au passé de façon à pouvoir les changer plus facilement. Durant les entretiens, il va faire recours à quelques aspects systémiques pour travailler le passé afin d'élaborer des pistes de compréhension, ce qui permettra dans un deuxième temps d'éclairer « l'ici et le maintenant ». Selon lui *« tant qu'on n'a pas compris comment un mécanisme fonctionne, on ne peut pas le changer. Donc on est obligé d'abord de découvrir le fonctionnement de façon à pouvoir ajuster ce mécanisme. »* Le dernier professionnel utilisant des stratégies issues des TCC répond à cette question en précisant que le modèle d'action choisi dépendra de l'analyse fonctionnelle et de la demande du patient et, bien entendu, de l'intérêt de le faire. Il précise qu'il privilégie le travail sur « l'ici et le maintenant », mais qu'il est tout à fait possible de travailler l'autre axe.

En ce qui concerne les institutions qui ne font pas spécialement recours au modèle cognitivo-comportemental, une seule affirme ne pas du tout se préoccuper du passé afin de diminuer les contraintes le plus possible et de ne pas trop s'impliquer dans les trajectoires individuelles. Les personnes peuvent ainsi venir comme si elles n'étaient jamais venues et bénéficier des compétences des professionnels en fonction de l'histoire qu'elles vivent au quotidien. Les deux autres travailleurs sociaux pensent travailler en donnant autant d'importance au présent qu'au passé. L'un d'eux précise que le travail dans « l'ici et le maintenant » est important pour redonner de la valorisation, de l'estime de soi et pour apprendre un langage émotionnel. En résumé le travail dans le présent vise une stabilisation et pour ce faire, il est indispensable de *« nettoyer les mauvaises racines, d'enlever l'origine des troubles et de la souffrance dans le but d'apaiser la personne »*. Il est ensuite possible d'envisager quelque chose de projectif. Ce point de vue est partagé par la dernière personne interrogée qui stipule que le travail sur « l'ici et le maintenant » se fait par le biais du travail en communauté et des actions que les jeunes mettent en place pendant les sorties. Cependant, pour ce qui concerne la vision systémique, un

travail avec le référent ou le thérapeute s'oriente principalement sur le passé, notamment du système familial. Le travail est pluridisciplinaire et très complémentaire.

5.4) Synthèse de l'analyse

Rédiger cette analyse s'est montré bien plus complexe que je ne l'avais imaginé. En effet, je me suis heurtée à autant de divergences que de points communs dans les réponses répertoriées. Si au départ, j'étais consciente que les professionnels suivant un seul modèle de prise en charge se faisaient de plus en plus rares, j'imaginai tout de même constater de grandes différences entre les centres dits « TCC » et ceux qui ne le sont pas. La réalité étant bien plus subtile, il ne m'a pas été donné de dessiner une ligne franche et nette entre les lieux de soin TCC et non TCC ou encore de soulever une distinction claire entre les outils des foyers résidentiels et ceux des structures ambulatoires.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'application des outils, j'ai eu l'opportunité de réunir des informations précises même s'il s'avère aussi difficile de les catégoriser formellement et que certains professionnels semblaient empruntés lorsqu'il s'agissait de laisser au second plan les explications théoriques pour s'intéresser au côté pratique et concret de la thérapie. J'ai donc dressé un tableau synthétisant le texte analytique afin de visualiser plus distinctement les stratégies employées par les professionnels interrogés (Annexe 5).

Ce qu'il en ressort dans un premier temps est que toutes les institutions ont recours, que cela soit implicitement ou explicitement, à des outils issus de la thérapie cognitivo-comportementale. Aucun professionnel n'a été pris au dépourvu ou même surpris lorsque des questions ciblées sur des stratégies TCC leur ont été posées. J'ai cependant veillé à ne pas mentionner le courant auxquels ils appartiennent. Tous les intervenants ont fourni des réponses, que cela soit sur le processus de changement, sur les pensées automatiques, sur le renforcement d'efficacité personnelle ou encore sur la thématique des émotions. Nous pouvons donc en conclure que ces éléments sont très présents dans le domaine de la toxicodépendance et que des outils liés à ces concepts, qu'ils soient purement TCC ou non, sont mis en œuvre dans la prise en soin des six différentes structures.

La mise en œuvre de ces outils, quant à elle, semble néanmoins plus liée avec le milieu dans lequel les outils sont appliqués qu'avec le modèle auquel la structure affirme avoir recours. Je pense par exemple aux méthodes telles que la confrontation aux ateliers, le système de pairs, les activités sportives, artistiques, communautaires, le travail continu sur la motivation, etc., qui se prêtent nettement mieux à un contexte résidentiel qu'ambulatoire. Tout comme les groupes de paroles spécifiques (groupe « femmes » ou groupe sur la colère), les tâches à domicile, les jeux de rôle, l'auto-observation par la prise de notes et par l'analyse de situations vécues à l'extérieur semblent plus pertinents pour les centres ambulatoires.

Par le biais du tableau résumant les diverses stratégies, on peut néanmoins entrevoir des points communs, milieux et courants confondus. Les thérapies cognitivo-comportementales soulignent la « restructuration cognitive » qu'on retrouve dans la première colonne. Cependant dans la colonne des centres « non TCC », on peut relier la notion de restructuration du mode de vie et du travail sur les pensées automatiques. Il s'agit du même outil, cependant appliqué et cité différemment. Nous retrouvons cela à plusieurs reprises, comme dans le processus de changement par exemple. D'un côté les stades définis par Di Clemente et Prochaska sont cités alors que les centres « non TCC » évoquent la même idée sans nommer la référence aux deux psychologues. La vision évolutive, soit par les phases de retraite, soit par les sorties en week-

end en fonction de ce que démontre le patient, renvoie à cette prise en charge marquée par des étapes dont le professionnel tient compte dans son projet d'accompagnement.

Deux professionnels de structures « TCC » mentionnent la balance décisionnelle travaillée dans un cadre précis avec le bénéficiaire alors qu'une éducatrice en foyer « non TCC » explique que durant les entretiens individuels les points positifs et négatifs sont passés en revue en discutant avec la personne. Les termes employés et la manière d'appliquer l'outil diffèrent quelque peu mais l'objectif reste selon moi identique. Il en est de même du travail sur les émotions. Tous ont pour but d'apprendre un langage émotionnel aux bénéficiaires en les amenant à identifier et à verbaliser leurs émotions. Les foyers pourront user d'activités aussi variées que nombreuses comme nous l'avons constaté dans l'analyse. Le contexte communautaire valorise effectivement une mise en pratique implicite et quotidienne de l'apprentissage émotionnel.

D'autres outils issus de l'approche cognitivo-comportementale communs aux deux colonnes peuvent être mis en évidence, à savoir le travail sur la motivation, le système de pairs, la méditation et finalement la thérapie de groupe. Ces outils sont cités indifféremment par des professionnels ayant une formation TCC et ceux qui affirment ne pas suivre de modèle en particulier.

Pour conclure, je stipulerai que la quasi-totalité des outils TCC que j'ai choisi de développer dans ce travail apparaît dans les six lieux de soins où j'ai mené les entrevues. Ceci confirme le fait qu'une grande place leur est accordée dans le champ de la toxicodépendance. Cependant la manière dont ils sont appliqués est adaptée différemment à chaque structure d'accueil. Même si des analogies apparaissent clairement, chaque centre garde sa spécificité et sa richesse propre quant à la mise en pratique des stratégies. Malgré le fait que cet aspect n'ait pas facilité l'analyse de mon travail, je réalise à quel point il est essentiel que les offres institutionnelles divergent. Les personnes toxicodépendantes peuvent ainsi trouver une offre adaptée à leurs besoins en termes d'accompagnement et jouir des différentes méthodes en fonction de ce qu'elles vivent dans leur quotidien.

6) Partie IV : Bilan du Travail de Bachelor

6.1) Retour sur les hypothèses

Il semble essentiel de revenir sur les hypothèses liées à ma question de recherche qui ont été posées bien avant l'élaboration des entretiens et de l'analyse afin de constater si le regard porté sur celles-ci reste inchangé ou si au contraire il s'est modifié au fil du travail de recherche.

La première étant :

- ◇ L'équipe éducative se focalise de plus en plus sur le comportement problème du patient, au risque de ne pas appréhender la personne en tant que telle, dans sa globalité, avec ses déterminants individuels.

Mes doutes quant au fait que l'individualité de la personne passe au second plan pour laisser la priorité au traitement de l'addiction elle-même et que la prise en soin des personnes toxicodépendantes est par conséquent uniformisée, se sont en partie infirmés suite à ce travail d'analyse. En effet, après avoir repris les stratégies une à une, en considérant la place laissée à

l'individualité des patients, j'ai pu remarquer que dans la majorité des cas, celle-ci était prise en compte. Dans certains cas, elle s'avère même être le point de départ du suivi.

Dès la première question des entretiens, j'ai constaté que la plupart des professionnels étaient très attentifs à l'hétérogénéité des profils des bénéficiaires, notamment en milieu ambulatoire où cela est plus accentué. Certains ont été jusqu'à mettre en avant des spécificités à la nature de la femme et aux personnes avec un double diagnostic. L'un d'entre eux partage mes doutes décrits dans cette hypothèse lorsqu'il parle des groupes de parole destinés aux femmes. Il explique que dans les lieux d'addictions, on va souvent traiter l'addiction et qu'on oublie peut-être de prendre soin des personnes. Pour contrer cette tendance, ce centre de soins privilégie les thématiques sur des composantes personnelles, comme l'estime de soi ou les émotions au détriment du comportement addictif en soi.

Lorsque les travailleurs sociaux ont abordé le processus de changement dans leur structure respective, j'ai également pu relever une attention particulière de la part des professionnels à évaluer, mais surtout à respecter le stade de la personne. Beaucoup d'éléments contribuent à appliquer un accompagnement individualisé comme signalé dans l'analyse. La motivation, les objectifs, ce que démontre la personne sont des facteurs dont les professionnels tiennent compte dans tous les cas. Il en va de même pour le travail sur les émotions.

Les seuls éléments allant dans le sens d'une uniformisation surviennent avec les règles de la vie en communauté. De plus, dans ces structures résidentielles, les outils demeurent standards car il semble que la problématique et les mécanismes observés chez les résidents ne fluctuent guère. Cependant, l'application de ces mêmes outils est individualisée, car les bénéficiaires montrent des besoins de prise en charge disparates. Le seuil de résilience ou encore les étapes de deuil sont cités. Les objectifs posés correspondent également aux déterminants propres à chaque patient. Nous pouvons donc affirmer que l'individualité prime sur une « standardisation » institutionnelle.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse, à savoir :

- ◇ L'intervenant a recours aux outils issus de la thérapie cognitivo-comportementale dans un cadre et un temps défini, exclusivement réservé à cet effet et non de manière implicite tout au long de l'accompagnement,

Elle s'infirme également, du moins en partie. L'argument principal qui réfute cette affirmation n'est autre que la présence des milieux résidentiels dans l'échantillon de recherche, qui eux, appliquent certains outils de manière implicite. L'exemple le plus probant est le travail des émotions qui s'opère à travers toutes les activités proposées et également par le biais des relations communautaires. Des méthodes comme l'écriture, la méditation, le système de pairs, la motivation, le travail en ateliers, les activités artistiques, le sport, l'abstinence sont tous des outils appliqués au quotidien, sans que la personne ne prenne forcément conscience du but visé par les stratégies, du moins sur le moment. Cette conscientisation pourra éventuellement être reprise en entretiens individuels ou en thérapie de groupe pour un « débriefing ». Dans ce cas précis, le cadre et le temps sont définis.

Dans les offres d'un centre ambulatoire, le patient sera plus amené à faire ce travail dans un cadre et un temps défini. Le professionnel peut lui demander d'analyser une situation vécue sur l'extérieur avec des prises de notes ou encore de faire un compte rendu sur des tâches à domicile. Les émotions peuvent être travaillées sous forme de jeux de rôle. Un autre exemple

d'outil qui s'applique dans un contexte précis n'est autre que la balance décisionnelle. Les groupes de parole à thèmes et structurés par le professionnel s'opposant aux groupes de parole ouverts confirment également l'hypothèse ci-dessus.

Finalement, malgré quelques exceptions, cette deuxième hypothèse concerne principalement le mode de prise en soin ambulatoire. Les foyers ont recours aussi bien à des stratégies dans un cadre défini qu'à des méthodes où le travail est réalisé implicitement, bien que ce dernier cas de figure prédomine. Ceci est fortement favorisé par le contexte résidentiel et présente de mon point de vue une force non négligeable.

6.2) Bilan personnel

Arrivée au terme de ce document, il est temps de rédiger un bilan personnel sur cette aventure qu'a été la rédaction du Travail de Bachelor.

J'aimerais tout d'abord souligner le fait que cette expérience fût des plus enrichissantes, tant au niveau professionnel que personnel. Il n'a toutefois pas été aisé d'entamer ce vaste travail de recherche. J'ai aussi pu entrevoir l'importance d'évoluer par étapes dans le cas où l'ampleur du travail est aussi conséquente, d'autant plus que mon regard, mes objectifs, mes hypothèses ont suivi cette évolution et ont dû être quelque peu réajustés. Pour cette raison, il est intéressant de considérer tout le processus dans son ensemble et non pas le résultat final uniquement.

A travers ce travail, j'ai pu atteindre les objectifs que je m'étais fixés par rapport aux concepts théoriques. L'un d'eux était de définir ce qu'est l'approche cognitivo-comportementale tout en démontrant que celle-ci est constituée d'une multitude de concepts et qu'il ne s'agit pas d'une approche en soi. Si au début, j'ai eu l'impression de me perdre dans les méandres bibliographiques concernant ce modèle thérapeutique, j'ai très vite ciblé les outils que je souhaitais traiter. J'ai donc pu orienter mes recherches sur les éléments qui étaient à mes yeux les plus pertinents dans le domaine des dépendances. Cette problématique, que j'ai eu l'occasion d'appréhender à plusieurs reprises, que cela soit à travers mes formations pratiques ou le module OASIS, a également pu être approfondie sous plusieurs aspects.

Améliorer mes compétences dans le travail de rédaction en synthétisant et structurant mes recherches bibliographiques était également un objectif. Je pense également l'avoir atteint.

D'autres objectifs, plutôt d'ordre professionnel, m'ont par ailleurs satisfaite par leur réalisation. Il s'agissait d'accomplir un travail de recherche de mon choix et surtout d'entrer en relation avec des professionnels. Cette étape fût sans aucun doute la plus intéressante pour moi. Le but principal de mon travail étant d'identifier comment les stratégies d'intervention étaient abordées dans la pratique professionnelle, le fait de pouvoir me rendre dans six lieux avec des modèles différents s'est avéré extrêmement enrichissant. Cela m'a également permis d'élargir mes connaissances concernant le réseau institutionnel traitant les dépendances de la Suisse Romande.

Par le biais des entretiens j'ai pu améliorer ma posture de future professionnelle en adoptant une attitude appropriée. En faisant preuve d'écoute, de respect et de non-jugement, une certaine confiance s'est instaurée durant les entretiens et a facilité l'expression de mes interlocuteurs. J'ai cependant dû faire face à quelques déceptions durant cette étape lorsque certaines réponses ne correspondaient pas à mes attentes. Comme je l'ai déjà précisé, j'avais parfois du mal à

entrevoir l'application concrète des outils thérapeutiques. Si cela était à refaire, je pense que j'évoquerai le souhait de participer à une journée durant laquelle il m'aurait été donné de voir la mise en pratique de ceux-ci.

A la suite de l'analyse, j'ai pris conscience que si la partie théorique ne m'avait aucunement posé problème, il n'en serait pas de même pour la synthèse de l'analyse. En effet, j'ai vite remarqué qu'il n'y avait pas de lignes définies dans les réponses apportées à ma question de recherche. La déception ressentie dans un premier temps s'est vite muée en satisfaction d'avoir réussi à finaliser mon analyse, sans occulter le fait qu'une seconde analyse sous forme de tableau (Annexe 5) m'a été nécessaire pour aboutir à une conclusion.

Pour clore ce chapitre, je tiens à souligner l'aide que ce travail m'a apporté durant sa réalisation. En effet, durant ces quelques mois, j'effectuais en parallèle un temps partiel dans une structure accueillant des jeunes toxicodépendants. Les entretiens, tout comme les concepts théoriques ont permis une sensibilisation et une prise de conscience plus affutées de ma part face aux stratégies existantes ou du sens caché de certaines activités. Je retire finalement un bilan très positif de ce travail qui m'aura sans aucun doute fourni des pistes précieuses pour mon futur professionnel, quel qu'il soit.

7) Conclusion

Au vu de ce qui précède, nous pouvons remarquer qu'analyser la manière dont les professionnels opèrent sur leur lieu de soin s'avère être une tâche vaste et complexe.

Au cours de mes recherches et de mes entretiens, j'ai découvert qu'il existait autant de réponses à ma question initiale que de professionnels et de patients. Cette question était :

« Comment les travailleurs sociaux mobilisent-ils des stratégies issues de la thérapie cognitivo-comportementale dans leur pratique auprès des personnes toxicodépendantes ? »

Au fil de mon analyse, comme je l'ai précisé dans la synthèse, il n'a pas été aisé de catégoriser les éléments soulignés par les intervenants. En effet, même en cloisonnant les réponses données par les centres dits « TCC » et les trois autres, quelques similitudes ont pu être soulevées, mais pas suffisamment pour aboutir à des conclusions.

Il a été néanmoins très enrichissant de relever la variété des stratégies liées aux concepts des thérapies cognitivo-comportementales. Quel que soit le courant de l'institution, toutes les composantes que j'ai choisi d'aborder, à savoir le sentiment d'efficacité personnelle et le travail sur les émotions principalement, ont pu être approfondies d'un point de vue pratique, en questionnant les travailleurs sociaux. Se concentrer sur la façon d'intégrer ces outils, après les avoir étudiés d'un point de vue théorique a constitué un réel avantage en tant que future professionnelle.

Bien que je parvienne difficilement à énoncer une seule réponse absolue à ma question de recherche, j'ai pu constater que l'aspect prépondérant est le milieu dans lequel les stratégies sont mobilisées. En ambulatoire, le cadre m'a semblé plus précis et défini. Selon moi, cela s'explique tout d'abord par le fait qu'un rendez-vous a souvent été fixé au préalable, à une heure précise. Les rencontres limitées dans le temps et le contexte environnemental impliquent incontestablement une planification des stratégies. Cette prise en soin favorise également l'expérimentation d'outils spécifiques en dehors des séances ou encore un suivi régulier par rapport aux objectifs posés. Dans ce sens, le milieu ambulatoire s'oppose au fonctionnement

résidentiel, qui lui exploite les éléments de la vie quotidienne pour développer les compétences et les stratégies avec les bénéficiaires. La personne suivie conscientise donc moins facilement les méthodes du centre, car cela se fait de manière implicite. La réalité n'est toutefois pas aussi rigide. L'analyse nous le démontre parfaitement en soulignant le fait qu'il est tout à fait envisageable et possible de travailler de manière implicite en milieu ambulatoire comme de planifier à l'avance des séances individuelles ou en groupe dans une structure résidentielle.

Ce que je retiens principalement dans ce travail est que les prises en charge se révèlent complètes et très variées, bien que les objectifs visés restent selon moi identiques, à savoir une stabilisation et un mieux-être. Il est cependant primordial de prendre en compte les exigences institutionnelles qui fluctuent fortement d'une structure à l'autre. Pour illustrer cela, je mentionnerais la notion d'abstinence qui a été évoquée dans les trois foyers résidentiels alors que les trois centres restants adaptent leur suivi à la demande du patient quelle qu'elle soit. Il est évident que ce facteur influence le choix d'outils mais également leur application.

Un autre point m'a vivement interpellée chez les intervenants avec qui j'ai eu l'opportunité d'échanger : leur curiosité et leur volonté d'innover. Ils sont constamment en quête de nouveaux moyens pour diversifier un maximum leur pratique et répondre aux besoins des personnes qu'ils accueillent. Par ailleurs, chacun semble avoir des outils de prédilection, ce qui explique ma difficulté à catégoriser distinctement les réponses données. Ce constat, après réflexion, me paraît naturel et compréhensible, en sachant que le meilleur outil dont dispose un travailleur social est lui-même. Il est tout à fait cohérent de définir des stratégies avec lesquelles le professionnel est à l'aise et de ne pas s'essayer à toutes les méthodes existantes. Cela favorise notamment une large palette de lieux de soin dont les missions et les moyens mis en œuvre diffèrent totalement. La personne toxicodépendante peut alors choisir librement l'institution qui lui paraît la plus adaptée en fonction de ce qu'elle y propose.

J'ajouterais que je suis très satisfaite d'avoir réussi à représenter des centres aussi différents dans mon échantillon. En effet, je souhaitais mettre l'accent sur le travail qualitatif et, grâce aux explications, aux connaissances, aux ressentis personnels et aux expériences que les six professionnels m'ont confiés, ce souhait a pu être comblé. D'autant plus que ma grille a été rigoureusement suivie et appliquée de manière identique auprès de chaque intervenant. Cette procédure a permis une certaine objectivité et neutralité dans les éléments de réponses, puis dans l'analyse.

Pour conclure, réaliser ce travail de bachelor m'a permis de me distancier de mes idées quelque peu idéalistes et de me forger un regard plus professionnel, centré davantage sur la réalité du terrain. Les échanges avec les travailleurs sociaux ont permis cette évolution, tout autant que l'analyse de ce travail ayant pour bases les concepts théoriques. J'aurais cependant trouvé opportun d'analyser le point de vue des patients en plus de celui des professionnels. Il aurait été pertinent et intéressant de voir si leur conception des outils thérapeutiques est la même et si l'efficacité que les intervenants leur prêtent est partagée par les patients. Je pense que les avis auraient été aussi multiples que divers mais selon moi, les patients sont les plus amènes à exposer les impressions ainsi que les appréciations concernant les outils. Le partenariat entre le professionnel et le patient occupant la place centrale dans un accompagnement éducatif, il paraît évidemment nécessaire de prendre en compte les deux parties pour une vision complète.

Je suis toutefois pleinement satisfaite de l'aboutissement de cette démarche de recherche et de l'expérience acquise durant ces quelques mois, aussi bien sur le plan personnel que professionnel.

8) Bibliographie

Ouvrages

Barman J.-D., *Dépendances : tous accros ? Drogues, alcool, tabac, jeux et cyberdépendance*, Saint-Maurice, Editions Saint-Augustin, 2008

Bandura A., Lecomte J., *Auto-efficacité, Le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, 2ème édition, Editions de Boeck Université, 2007

Camphenoudt L.V., Quivy R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, 3ème édition, Dunod, 2006

Chapelle F., Monie B., Poinot R., Rusinek S., Willard M., *L'Aide-mémoire des Thérapies Comportementales et Cognitives en 38 notions*, Paris, Dunod, 2011

Cotteraux J., *Les thérapies cognitives, Comment agir sur nos pensées*, Paris, Editions Retz, 2001

Cotteraux J., *Thérapie cognitive et émotions, La troisième vague*, Issy-les-Moulineaux, MASSON, 2007

Cotteraux J., *Les psychothérapies comportementales et cognitives*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011

Cungi C. *Faire face aux dépendances*. Paris, Editions Retz, 2005

Granger B. *PSY, Le Grand Livre des idées reçues*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2010

Graziani P., Romo L., *Soigner les addictions par les TCC*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2013

Morel A., *L'Aide-Mémoire d'Addictologie en 46 notions*, Paris, Dunod, 2010

Lecomte J., *Les applications du sentiment d'efficacité personnelle*, Paris, Savoirs, Hors-série, 2004

Olievenstein C., *Le non-dit des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1988

Petitcollin C. *Emotions, mode d'emploi*, Ed. Jouvence, Dijon, 2005

Rahoui H. et Reynaud M., *Thérapies Cognitives et Comportementales et Addictions*, Paris, Médecine-Sciences, Flammarion, 2006

Steiner C., *L'ABC des émotions, développer son intelligence émotionnelle*, Paris, InterEditions, 2001

Van Rillaer, J., *La gestion de soi*, Liège, Psychologie et sciences humaines, Mardaga, 1992

Varescon I., *Psychopathologies des conduites addictives*, Paris, Belin, 2005

Dictionnaires

Richard D., Senon J.-L., Valleur M., *Dictionnaire des Drogues et des dépendances*, Paris, LAROUSSE, 2009

Horwitz M., *Courants et pratiques psy*, Paris, Larousse, 2011

Articles

Collège Romand de Médecine de l'Addiction, « Neurosciences de l'addiction », Lausanne, 2009

Cochet B., Pezous A.-M., Roy S., Brahimi M. & Lepine, J.-P., Addiction et thérapie comportementale et cognitive (TCC). *Act. Méd. Int. -Psychiatrie* (20), n°2, 2003, p.48 à 53

Reichert M., Casellini D., Duc F., Genoud, P.-A., *L'ouverture émotionnelle dans les Troubles de la dépendance et les Troubles de la personnalité*, ScienceDirect, Annales Médico-psychologiques 165, Elsevier Masson, Fribourg, 2005, p.485 à 491

Sites internet

« Dépendance », *Portail Santé*, <http://www.sante.public.lu/fr/rester-bonne-sante/047-drogues-illicites-dependances/030-dependance/index.html>, consulté le 24.02.2014

« Dépendance », *Addiction suisse*, <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/dependance/>, consulté le 10.03.2014

« Prise en charge de l'abus de substances psychoactives », *Organisation mondiale de la santé*, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/, consulté le 06.03.2014

« Résolution de problème », *Thérapie comportementale*, <http://www.therapie-comportementale.net/resolution-de-probleme>, consulté le 01.09.2014

« Les Foyers des Rives du Rhône », <http://www.rivesdurhone.ch/>, consulté le 18.01.2015

« Pour des personnes toxicodépendantes de l'Ouest-vaudois », *Entrée de secours*, <http://www.entree-de-secours.ch/>, consulté le 18.01.2015

« Fondation Bartimée », <http://www.bartimee.ch/>, consulté le 18.01.2015

« Centre Phénix Grand Pré », *Fondation Phénix*, <http://www.phenix.ch/>, consulté le 18.01.2015

« Le Passage », *Fondation ABS*, <http://www.fondationabs.ch/sommairePassage.htm>, consulté le 20.01.2015

« Centre de traitement des addictions », *Villa Flora*, <http://www.villaflorasierre.ch/>, consulté le 20.01.2015

Cours suivis

Cours théorique (HES-SO) Module travail social et action professionnelle, donné par Mr. Salamat, 2012

Cours théorique (HETS) Module Oasis Addictions, donné par Mr. Rodrick, 2013

9) Annexes

9.1) Grille d'entretiens

Bénéficiaires- population

- Trouvez-vous des points communs dans le profil des individus ? Fonctionnement, environnement, personnalité, facteurs de vulnérabilité ?
- Comment les bénéficiaires se perçoivent-ils généralement ?
- Pensez-vous qu'il y ait un lien entre estime de soi et addiction ? Quels moyens sont utilisés pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle ?

Application des outils, stratégie

- Dépendance psychologique : Conviction de ne plus pouvoir vivre sans le produit. Quels outils utilisez-vous pour désencoder ces pensées automatiques ? Pallier aux pulsions des consommations ? Comment ?
- Comment aidez-vous la personne à reconstruire ses ressources psychosociales et restructurer son monde de vie pour faire face aux situations à risque si l'abstinence est visée (contexte festif) ?
- Quelles conditions doivent- être rassemblées pour entamer un processus de changement ? Y a-t-il des phases ? Des stades, des étapes dans la prise en charge ?
 - Quelles stratégies sont mobilisées pour entamer ce processus?
 - Comment sont-elles appliquées ? La personne en est-elle consciente ?
 - Comment procéder si la motivation au changement est extrinsèque ou de forte ambivalence que l'on retrouve souvent chez la personne toxicomane ? « Avec » VS « à la place de »
- Utilisez-vous le système de pairs dans l'accompagnement ? Sous quelle forme ? ex : système de parrainage
- Quelle place est consacrée au travail des émotions dans la prise en charge auprès d'une personne toxicomane?
- Comment cette notion est-elle travaillée concrètement auprès des bénéficiaires? Y a-t-il un cadre précis ou cela se fait-il inconsciemment au travers le quotidien résidentiel ?
- Les mêmes outils sont appliqués à tous les bénéficiaires de manière identique ou cela change-t-il en fonction de l'individu ? Différence des produits ? Sur quels éléments se base le choix des stratégies ?

Modèle institutionnel

- Quelle est la première étape lorsqu'un bénéficiaire entre dans l'institution pour évaluer sa situation ? Méthode, outil particulier ?
- Le modèle de l'institution utilisé favorise les conditions de changement dans l'ici et le maintenant ou elle explore plutôt le passé, à la recherche de l'origine des troubles et des souffrances ?