

	ISSN 0005-4487
	Septembre 2009 – Vol. 167 – N° 7 – p. 483–562
<h1>ANNALES MÉDICO PSYCHOLOGIQUES</h1>	
REVUE PSYCHIATRIQUE Fondée en 1843 par J. Baillyergat	ADDITIONS AUX SUBSTANCES
BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE	Mémoires
	Modélisation clinique du maintien de l'intensité du lien à l'alcool dans un échantillon de sujets en cure de désintoxication S. Combaluzier, B. Gouvernet, A. Birmoussi 483
	Stratégies de coping, activités compensatoires et rechutes chez les alcooliques abstinentes G. DiCicampa, N. Sirociani, N. Battaglia 491
	Société médico-psychologique : Séance de la SMP du lundi 9 février 2009
	Ouverture de la séance 497
	Épidémiologie des usages de substances addictives : résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales G. Dupuy, F. Vorpen, J.-P. Lépine 498
	Le point sur l'addiction à la cocaïne et au crack A. Charles-Nicolas, J. Lacoets, N. Bailly 504
	Addiction aux substances et traitements pharmacologiques X. Laqueille 508
	Discussion générale
	Les effets du cannabis sur la santé A. Bergamini, L. Blecha 514
	Thérapie psychomotrice brève en addictologie O. Cottencin 518
	L'entretien motivationnel chez l'adolescent présentant des conduites addictives O. Phan, M. Lascoux 523
	Les addictions sont des drogues J. Meisondieu 529
	Communications brèves
	Note sur le parcours thérapeutique des toxicomanes traités à la méthadone F.-R. Ingold, J. Dugarin, P. Nomme 534
	Conduites addictives, psychotraumatisme et accidents de la route O. Cottencin, S. Duhem, F. Ducrocq, A.-L. Demarq, G. Vekie 537
	Cannabis et grossesse : actualités et expériences cliniques M. Kani, M. Sans, T. Bari, X. Laqueille 539
	Consommation du cannabis chez les adolescents : liens entre structure, cohésion, hiérarchie familiales et niveau de consommation M. Chedid, L. Romo, E. Chagnard 541
	Fréquence des stéréotypes chez des patients cocaïnomanes en centre de soins F. Vorpen, L. Bellais, J.-P. Lépine 544
	Effet de l'abstinence et rôle de la famille sur le profil psychologique des personnes alcool-dépendantes L. Romo, S. Lelou, S. Marquez, J. Adès 546
	Discussion finale et conclusion par le présidente, C. Mirabel-Sarron 549
	Formation continue
	Recherches actuelles sur l'intelligence sociale et les troubles envahissants du développement (TED) I. Comte-Gonella 550
0564	

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.


Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com

ANNALES MÉDICO
PSYCHOLOGIQUES

Annales Médico-Psychologiques 167 (2009) 518–522

Communication

Thérapie systémique brève en addictologie

Brief systemic therapies in addictology

O. Cottencin

Service d'addictologie, CHRU de Lille, 57, boulevard de Metz, 59037 Lille cedex, France

Disponible sur Internet le 12 août 2009

Résumé

En addictologie, nous sommes régulièrement confrontés au paradoxe d'aider des patients qui ne le demandent pas. Si en matière de soins psychiatriques, la loi de 1990 est clairement définie pour donner des soins aux patients, atteints d'un trouble psychiatrique, incapables de donner leur consentement, il n'en est pas de même pour les patients souffrant de troubles addictifs (sans trouble psychiatrique associé). Pourtant, nombreux sont ceux qui nous consultent sous la contrainte : que ce soit celle d'un tiers (conjoint, médecin traitant, injonction thérapeutique. . .) ou du fait de leur propre contrainte (pour leur santé, pour les autres. . .) alors qu'ils viennent de leur propre chef. Ainsi, le thérapeute se trouve dans une double contrainte, désigné à la fois par le corps social (ou familial) autant comme un aidant que comme un outil de coercition, au risque de remettre en cause les concepts fondamentaux de toute thérapie : le travail avec la demande, la motivation, l'alliance thérapeutique, le libre arbitre, le principe de bienfaisance, le respect de l'autonomie, etc. Les thérapies brèves systémiques peuvent avoir un intérêt pour ces patients en ce qu'elles renforcent l'approche motivationnelle tout en intégrant le caractère obligé de la demande. Après un rapide historique et un survol des concepts fondamentaux de cette thérapie, nous expliciterons comment le thérapeute peut se libérer de cette double contrainte et aider le patient à devenir acteur de ce changement qui lui a été le plus souvent imposé.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Addiction ; Contrainte ; Thérapie systémique brève

Abstract

In their daily practice in departments of Addictology, therapists are regularly confronted by the paradoxical situation of helping patients who are not asking for help. Although French law clearly allows therapists to treat patients suffering from psychiatric conditions and who are unable to give their consent, this is not the case for patients with addictive disorders. However, many of the latter consult a therapist under coercion due to a third party (be it spouse, general practitioner or a treatment order) and if some patients come spontaneously, they often do so more "for the others", than for themselves. Thus therapists are under a two-fold coercion fixed by the social (or family) setting: they act both as a helper and as a coercive agent, and this situation questions the fundamental concepts of treatment. Brief Systemic Therapy may have an interest in Addictology as it focuses on motivation while taking into account coercion. After a description of the historic context of Brief Systemic Therapy, the author explains the main concepts of this therapy and tries to explain how the therapist can be free of this paradox and can help the patient to begin being an actor of his (her) own change instead of a victim of coercion.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Addictology; Coercion; Brief systemic therapy

1. Rapide historique

Les thérapies systémiques brèves prennent naissance à Palo-Alto en Californie dans l'immédiat après-guerre autour de Grégory Bateson (1904–1980), biologiste et anthropologue

alors chargé de recherche sur la communication dans les systèmes humains. Le groupe ainsi constitué observera que les règles des relations humaines ne sont pas définies une fois pour toutes et qu'il existe une perpétuelle adaptation réciproque (consciente ou non). Ce groupe donnera naissance en 1959 au Mental Research Institute (MRI) qui donnera naissance aux thérapies familiales systémiques, entretenant des liens étroits avec Milton H. Erickson (1901–1980), un psychiatre américain

Adresse e-mail : ocottencin@chru-lille.fr.

aux pratiques peu communes pour l'époque. Il apportera beaucoup à ce mouvement et les collaborateurs de Bateson lui rendront hommage dans de nombreux ouvrages [3–5,9,10].

En 1967, ils créeront une clinique de psychothérapie, le Brief Therapy Center (BTC) qui, toujours dans la logique cybernétique des systèmes humains, se focalisera sur la résolution de problèmes relationnels répétitifs et donnera naissance aux outils et grilles d'intervention de la thérapie systémique brève. Enfin, c'est de cette école que naîtront des mouvements proches comme la programmation neurolinguistique, les thérapies familiales, le renouveau de l'hypnose, les thérapies orientées vers les solutions et plus récemment l'EMDR, aujourd'hui reconnue dans le traitement de l'état de stress post-traumatique.

2. Quelques concepts

Trois concepts fondamentaux sont importants à connaître pour mieux cerner l'objet des thérapies systémiques brèves.

Tout d'abord une thérapie n'est pas une analyse. En effet, la thérapie systémique brève abandonne des concepts déterministes au profit d'une vision non normative, plus anthropologique. Elle quitte les concepts psychopathologiques, les étiquettes et les *a priori*, pour ne parler que de « problèmes » définis avec un « client ». Pour citer Dominique Megglé, nous dirons que la connaissance d'un supposé pourquoi n'est ni nécessaire ni suffisante pour changer [5]. Ainsi, les thérapies systémiques brèves s'orientent-elles vers la recherche de solutions plus que vers l'analyse des problèmes.

Ensuite, cette thérapie est systémique, ce qui signifie qu'elle s'attache à une vision interactionnelle des problèmes humains. En effet, pour paraphraser Watzlawick, systémique veut dire que nous sommes dans un système, qu'on ne peut pas ne pas communiquer et qu'on ne communique pas tout seul [9]. Donc, dans une vision systémique, le thérapeute s'attache à travailler les situations cliniques sous l'angle des interactions plus que sous tout autre angle, dans une vision pragmatique.

Enfin, ces thérapies sont brèves. Mais le mot « bref » doit se comprendre ici au sens anglo-saxon du terme, « Brief: reach to the point ». Il s'agit d'un briefing au sens du briefing professionnel (une réunion préparatoire pour définir les objectifs à atteindre). Ainsi, nous traduirions que les thérapies brèves sont des thérapies qui visent le changement : elles sont focalisées, ciblées et stratégiques. Thérapeutes et patients partent d'un problème concret pour viser une solution concrète.

3. Quel intérêt en addictologie ?

3.1. Constat clinique

Notre choix d'utiliser des thérapies systémiques brèves en addictologie est parti d'un constat clinique : beaucoup de patients consultent sous la contrainte. En effet, nombreux sont ceux qui sont amenés sous la pression d'un tiers, qu'il s'agisse du conjoint, du médecin traitant ou encore d'une injonction thérapeutique. Il est possible également de rencontrer des patients qui, bien que venant de leur propre chef, consultent

sous l'emprise d'une contrainte « interne » : telle que celle d'arrêter pour les autres ou mieux encore d'arrêter pour leur santé. Force est de constater que rares sont ceux qui consultent en addictologie pour se libérer d'un produit dont ils se sentent les esclaves (*addictus*). Ainsi, le thérapeute est confronté à un paradoxe : celui d'aider des patients qui ne le demandent pas. C'est alors qu'il se trouve placé dans un double lien, désigné autant comme un aidant du patient que comme un outil de coercition sociale, mettant en péril le principe d'alliance thérapeutique nécessaire à toute relation de changement.

Nous avons donc choisi de ne pas nier cette contrainte et de travailler avec elle. En la considérant comme partie intégrante de la demande de soins, nous pouvons construire une nouvelle alliance thérapeutique reconnaissant autant les objectifs du sujet (échapper à la contrainte) que ceux du demandeur (arrêter le toxique).

3.2. Travailler avec la contrainte

Avec le temps, nous avons compris que travailler sur une demande centrée sur le produit à laquelle le patient n'adhère pas (parce que son point de vue n'est pas entendu), ne pouvait que le conduire à chercher tous les moyens pour échapper à cette demande. Et comme l'avait défini l'équipe de Selvini-Palazzoli en son temps [7], il trouvera de nombreuses échappatoires :

- adhérer à l'opinion du demandeur et se trouver un ou des problèmes à l'origine de son comportement, sans pour autant changer profondément ;
- feindre de suivre la thérapie tout en restant sur ses positions et donc ne pas changer ;
- tenter de faire alliance avec le thérapeute contre l'envoyeur, en se positionnant comme victime ;
- tenter de retourner le contexte de la psychothérapie à son avantage pour en tirer profit (pension, allocation, dédouanement vis-à-vis de l'envoyeur), et ainsi maintenir le comportement jugé problématique.

De même, nous avons compris que ne pas travailler avec la contrainte et ne pas en tenir compte était aussi prendre le risque de créer nous-même la *résistance au changement* si souvent évoquée à l'endroit des patients addicts. En effet, un patient contraint est quasiment obligé de résister à un changement qui lui est imposé. Surtout lorsque l'on connaît la psychopathologie de ces patients peu enclins à l'introspection et qui de surcroît consultent souvent sous l'emprise d'une (ou plusieurs) substance(s). Se sentant incompris, il n'aura d'autre choix que de mettre en échec tout l'étalage des propositions de soins. En d'autres termes, la résistance n'est pas une caractéristique propre au patient, elle est aussi un symptôme de la relation thérapeute-patient.

Donc la contrainte est un facteur insuffisant à elle seule pour créer de la résistance. Incluse dans la relation thérapeutique, la tentation du thérapeute sera naturellement celle de l'escalade symétrique, de la persuasion directe, voire du rejet : des solutions bien limitées pour aider ces sujets dans la résolution

de leur ambivalence. C'est d'ailleurs ce que l'analyse motivationnelle nous a apporté en France ces dernières années en nous apprenant à comprendre l'état d'esprit du patient et allant jusqu'à inclure (à juste titre) la rechute comme un stade évolutif [6].

3.3. Première étape : renégocier le contrat...

Partant du postulat que si un patient n'adhère pas à l'objectif thérapeutique initialement annoncé, il existe de toute façon une plainte sous-jacente pour laquelle il serait réellement motivé à faire évoluer la situation. L'objet de la plainte est simplement différent de celui de la demande apparente. C'est ce que Fish appelle « renégocier le contrat » [2].

Même si la tentation de résister est toujours présente, un sujet contraint doit comprendre qu'il a trois possibilités face à une telle situation :

- soit il accepte : il reconnaît être en difficulté avec le produit (ou le comportement) et accepte de se faire soigner pour répondre aux exigences du tiers ;
- soit il refuse : il reste dans le déni de la dépendance (ou de l'excès), refuse que l'on s'occupe de lui, refuse les « reproches » du tiers. Il n'admet pas avoir un problème et quitte le système de soin ;
- soit il négocie : il reconnaît qu'il existe un problème même s'il n'adhère pas à la définition du demandeur. Évidemment, il ne peut pas négocier la réalité des faits qui lui sont reprochés (consommation, ivresse, violences, autres conséquences...). En revanche, il peut négocier les raisons qui poussent son entourage à le sevrer, expliquer ses raisons, ou encore sa vision de la situation (conjugale, familiale, professionnelle...).

Prenons l'exemple d'un patient alcoolodépendant amené par son épouse qui le menace de divorce. À l'évidence, il n'est pas motivé à arrêter de boire, mais il est poussé par la crainte du divorce. Ce n'est qu'en travaillant la menace de divorce que nous pourrions négocier un nouvel objectif. Car il a des motivations à continuer de boire : sa situation professionnelle (stress ou convivialité), sa situation personnelle (conduite ordalique ou dépression), sa situation familiale (conflictuelle)... Autant de raisons qu'il sera prêt à aborder en entretien. Car s'il n'est pas prêt à travailler sur le produit, il sera certainement prêt à travailler sur le contexte (même s'il n'est pas capable de formuler une demande personnelle : en raison de sa personnalité, de l'escalade dans laquelle il se trouve...). Le rôle du thérapeute devient alors celui d'un négociateur, c'est-à-dire qu'il doit aider les deux partenaires de la discussion à sortir satisfaits, même au prix de sacrifices. La bonne question n'est plus, qu'êtes-vous prêt à faire pour arrêter l'alcool, mais qu'êtes-vous prêt à faire pour que cela change ?

3.4. Deuxième étape : définir la position du patient

C'est la raison pour laquelle nous proposons, avant toute chose, de définir la position du patient en répondant à la

question de savoir qui se plaint et de qui se plaint-on [1]. En d'autres termes, nous proposons, avant d'envisager toute option thérapeutique et même toute analyse motivationnelle, de rechercher au travers de la clinique de la contrainte quelle est l'implication du patient.

Car nous avons remarqué au cours de notre pratique qu'il existait trois types de patients :

- tout d'abord le patient non concerné (le touriste). Le touriste est un patient qui consulte mais n'a pas de problème (l'alcoolique amené par sa femme, l'adolescent amené par ses parents). Devant un tel patient, le thérapeute doit reconnaître qu'effectivement le touriste a un problème mais il a surtout un problème avec le demandeur. Ainsi donc, avant même d'envisager une solution thérapeutique pour le problème désigné, il est important de reconnaître le problème qu'il a avec le demandeur et de savoir s'il est prêt à travailler sur la redéfinition du problème. En d'autres termes, qu'est-il prêt à changer pour obtenir satisfaction ? Ainsi le touriste est-il obligé d'entendre le point de vue du demandeur, comme le demandeur est obligé d'entendre le point de vue du touriste ;
- ensuite, le patient-plaignant. Un plaignant a un problème mais il l'attribue aux autres (sa famille, son entreprise, la société, son enfance...). Le thérapeute face à un tel patient n'est pas en mesure de lui faire comprendre qu'il est partie prenante du problème dans lequel il se trouve. La première étape est donc de l'aider à distinguer ce que le patient pense dépendre de lui ou non, de lui apprendre que « l'autre » ne changera pas et que lui seul peut changer. « C'est à cause de mon mari que je bois, ce n'est pas moi qui devrais être ici, c'est lui. ». Un tel point de vue doit être immédiatement recadré pour faire comprendre à cette « victime » qu'elle n'est pas là à tort ou à raison, mais parce qu'elle souffre, parce qu'elle veut que cette situation change. Un point de vue qui n'est pas sans nous rappeler la prière de Marc Aurèle (reprise par les Alcooliques Anonymes) : « Ô dieux, donnez-moi la sérénité d'accepter ce que je ne peux changer, le courage de changer ce que je peux et la sagesse de distinguer l'un de l'autre » ;
- enfin, le patient-client. Le client est très recherché des thérapeutes ; en effet, c'est un sujet qui a un problème et qui est prêt à le travailler. S'il nous rencontre, c'est bien souvent qu'il n'arrive pas à changer avec sa solution. L'objectif du thérapeute sera d'aider le patient à comprendre son rôle dans l'entretien du problème et donc dans la solution qu'il peut inventer lui-même (quitter l'impuissance apprise, l'inhibition de l'action, les pièges de la rechute...). Au contraire du plaignant, le client doit admettre de ne changer que ce qui dépend de lui et doit accepter de ne pas changer ce qui ne dépend pas de lui.

4. Discussion

Il est toujours difficile de renoncer aux idées qui ont guidé nos actions et notre pensée durant de nombreuses années [8]. En effet, changer n'est pas facile. Tout d'abord, à titre personnel, changer est incertain. Changer suppose d'abandonner

l'équilibre précaire dans lequel nous nous trouvons, c'est-à-dire quitter la rassurante illusion du mensonge et la sécurité de l'habitude pour aller vers une situation que nous ne connaissons pas. Le sujet qui est dans une situation chronique et répétitive préfère souvent la souffrance parce qu'elle est connue plutôt qu'une situation potentielle d'amélioration parce qu'elle est inconnue et qu'elle lui fait peur. Il est souvent nécessaire au thérapeute d'apprendre au patient qu'il vaut mieux connaître une vérité douloureuse plutôt que de rester dans une rassurante illusion.

Ensuite, changer n'est pas facile parce que changer implique aussi de déranger le système environnemental qui aura paradoxalement tendance à se défendre. En effet, arrêter le toxique c'est aussi changer le système familial et environnemental. Si ce changement oblige celui qui a quitté ses rôles (sociaux et familiaux) à les reprendre, il oblige aussi l'entourage à réapprendre à vivre avec le convalescent. L'entourage s'est organisé en fonction de la maladie addictive. Lui laisser reprendre les rôles qu'il a abandonnés ne pourra pas se faire sans une mise à plat des conflits, voire une réparation des conséquences des addictions.

5. Conclusion

Notre vision brève, concrète, communicationnelle n'est pas meilleure qu'une autre. Elle se veut seulement pragmatique et plus en accord avec cette conception nouvelle de l'addictologie qui intervient aujourd'hui de plus en plus tôt avec des patients moins inscrits dans la démarche thérapeutique. L'accent que nous mettons sur la contrainte (cachée ou non) se veut un complément de réflexion s'inscrivant dans la mouvance thérapeutique actuelle des addictions qui propose aujourd'hui que l'on intègre plusieurs modèles.

Avant toute intervention thérapeutique, bien avant l'analyse motivationnelle, et même avant de définir le problème, notre premier objectif sera d'abord de trouver le véritable demandeur. En d'autres termes, qui veut que cela change ? Cela suppose de travailler avec l'entourage (ou son représentant symbolique) et

d'entendre lorsqu'un patient nous demande des soins que sa motivation, même si elle nous paraît peu profonde et peu personnelle, demeure le premier levier thérapeutique à utiliser. C'est souvent une situation de crise qui amène le patient à consulter et il ne nous apparaît plus opportun aujourd'hui d'attendre une hypothétique demande, surtout face au problème de santé publique que constituent les comportements addictifs.

Quoi qu'il en soit, peut-on changer sans en passer par la crise ? Considérer le symptôme addictif comme un moyen adaptatif et non comme le reflet d'une faiblesse individuelle intrinsèque ouvre la voie à une vision plus souple du sujet et donc à des perspectives de changement démultipliées par la possibilité d'actions au niveau du réseau relationnel du patient. C'est ainsi que nous considérons la contrainte comme un levier thérapeutique de plus, plutôt qu'une entrave au changement.

6. Conflits d'intérêts

Aucun.

Références

- [1] Dourelugne Y, Cottencin O. Thérapies brèves : outils et applications. Paris: Masson; 2005.
- [2] Fisch R, Weakland JH, Segal L. Tactique du changement. Paris: Le Seuil; 1982.
- [3] Haley J. Nouvelles stratégies en thérapie familiale. Paris: Jean-Pierre Delarge éditeur; 1976.
- [4] Meggle D. Erickson's hypnosis. Ann Med Psychol (Paris) 1988;146:311–24.
- [5] Meggle D. Les thérapies brèves. Paris: Retz; 1990.
- [6] Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55:305–12.
- [7] Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradoxe et contre-paradoxe. Paris: ESF; 1980.
- [8] Seron C, Wittezaele J-J. Aide ou contrôle : l'intervention thérapeutique sous contrainte. Bruxelles: De Boeck; 1991.
- [9] Watzlawick P. Le langage du changement. Paris: Seuil; 1980.
- [10] Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. Changement : paradoxes et psychothérapie. Paris: Seuil; 1975.

Discussion

Mme Mainguy.— Quelle est la définition du terme « systémique » dans le concept « thérapies systémiques brèves » ?

Réponse du Rapporteur.— Systémique veut dire que ces thérapies s'attachent à une vision interactionnelle des problèmes humains. En effet, nous considérons que nous vivons dans un système dans lequel nous ne pouvons pas faire autrement que de communiquer. Donc dans une vision systémique, le thérapeute s'attache à travailler les situations cliniques sous l'angle des interactions.

Pr J.-F. Allilaire.— Votre exposé est centré sur la prise en charge individuelle de sujets présentant une addiction.

Comment dans cette approche systémique intégrez-vous le patient dans son réseau familial, professionnel, social ou encore dans un réseau ou un groupe de pairs, et comment opérationnalisez-vous cette mise en contexte ?

Réponse du Rapporteur.— Il est vrai que dans mon exposé très centré sur la vision du patient sur sa situation de contrainte, on pourrait croire que l'environnement du patient passe au second plan. Il n'en est rien. En effet, nous tenons compte de l'environnement dans lequel évolue le patient pour deux raisons. La première est qu'il est souvent à l'origine de la demande de soins pour le patient, et la seconde est qu'il est plus

à considérer comme faisant partie de la solution plus que du problème.

Ainsi, nous recommandons de travailler avec les demandeurs (lorsque cela est possible) parce qu'ils sauront définir exactement les faits « reprochés » au patient (violence, conduite dangereuse, etc.) et parce que leur définition n'oblige pas à parler du produit mais y conduit inévitablement (y compris par le patient lui-même).

Mme L. Romo.— Pouvez-vous nous indiquer les particularités et les différences entre la thérapie systémique et les entretiens de motivation ?

Réponse du Rapporteur.— L'analyse motivationnelle est née comme de nombreuses thérapies de la fin du xx^e siècle et s'est

inspirée de l'ambiance imprimée par l'école de Palo-Alto dans le monde anglo-saxon. À lire ses auteurs, on comprend qu'ils ont appris de cette école que la persuasion est la plus mauvaise méthode pour vaincre l'ambivalence. Mais si l'approche motivationnelle propose de « rouler avec la résistance », l'approche systémique brève ira au-delà en proposant parfois une approche paradoxale. Par ailleurs, si l'approche motivationnelle est un moyen thérapeutique qui tient compte de l'état d'esprit du sujet vis-à-vis du produit, nous pensons qu'elle ne prend pas assez en compte la place considérable de l'environnement dans la résistance au changement. L'approche systémique est un plus qui permet au moins de mettre en évidence les situations de coercition, qu'elles soient apparentes ou cachées.

DOI de l'article original : [10.1016/j.amp.2009.06.013](https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.06.013)

0003-4487/\$ – see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:[10.1016/j.amp.2009.06.014](https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.06.014)