



## Table des matières

Remerciements .....	iii
Préambule.....	vi
Introduction .....	1
1. Manifestations ou sous-catégories .....	1
2. Rappel théorique .....	1
3. Interventions pouvant faire l'objet de directives infirmières .....	3
Références bibliographiques.....	10
Photos des équipes.....	11
Estimation budgétaire .....	12
Annexes .....	13
Annexe 1 - Grille CIWA-Ar d'évaluation du sevrage actif de l'alcool.....	14
Annexe 2 - DEBA - Drogues.....	16
Annexe 3 – DEBA - Alcool .....	18
Annexe 4 - L'entretien motivationnel .....	21
Annexe 5 - Protocole d'analyse du comportement dommageable résultant d'une consommation .....	37
Partenaires.....	41

## Remerciements

Ce guide a été élaboré par les personnes listées ci-dessous, sur la base du guide clinique en santé mentale sur la consommation de substances, tiré du *Répertoire des guides cliniques pour l'élaboration des plans thérapeutiques infirmiers en santé mentale*, produit grâce à la collaboration de cinq centres hospitaliers psychiatriques du Québec et représentés pour ce projet par le CSSSG-Hôpital Pierre-Janet, Gatineau, Québec<sup>1</sup>.

Elles sont toutes chaleureusement remerciées pour le temps qu'elles ont dédié au projet d'adaptation du guide pour la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux au Centre Neuro-Psychopathologique de Kinshasa (CNPP) à l'Université de Kinshasa<sup>2</sup>, République Démocratique du Congo (RDC), ainsi que leur professionnalisme et leur éthique. Ce guide est l'aboutissement de six mois de travail, de Septembre 2013 à Février 2014, de la part de personnes expérimentées dont on ne peut que vanter le talent et le dévouement.

Les experts en santé mentale du Centre Neuro-Psychopathologique de Kinshasa (CNPP) à l'Université de Kinshasa, les infirmières de la Maternité de Kintambo, l'ONGDH APROJA, Conservation International Programme RDC<sup>3</sup>, le CSSSG-Hôpital Pierre-Janet, Connecting Nurses<sup>4</sup> et l'Observatoire de la Fondation Millennia2025<sup>5</sup>, ont contribué à la réalisation de ce projet d'adaptation du guide infirmier thérapeutique sur la consommation de substances psychoactives au contexte infirmier du CNPP.

Je voudrais saluer en particulier le travail assidu de M<sup>me</sup> Rhoda Makwala Pemba, Secrétaire générale de l'ONGDH APROJA, coordinatrice à Kinshasa et membre actif de Millennia2015 et de M. Benoit Kisuki Mathe, Directeur Pays de Conservation International programme RDC.

La mise en forme de ce guide a été assurée par D<sup>r</sup> Lilia Perez-Chavolla, consultante à la Fondation Millennia2025, et la direction générale du projet par D<sup>r</sup> Véronique Inès Thouvenot, Directrice Scientifique à la Fondation Millennia2025 « Femmes et Innovation », PuF.

### Québec, Canada

*CSSSG-Hôpital Pierre-Janet, Gatineau, Québec*

**M<sup>me</sup> Marie Josée Poirier**, inf. M.Sc.Inf., Conseillère cadre en soins infirmiers santé mentale; Coordinatrice pour l'adaptation de ce guide.

*Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)*

**M<sup>me</sup> Lise Laberge**, inf. M.Sc., Conseillère clinicienne en soins infirmiers et coordonnatrice clinique pour le Guide.

---

<sup>1</sup> Voir: <http://www.institutsmq.qc.ca/enseignement/repertoire-guides-cliniques-pti-sante-mentale/index.html> ;  
<http://www.institutsmq.qc.ca/enseignement/repertoire-guides-cliniques-pti-sante-mentale/constats-guides-cliniques/consommation-de-substances/index.html>

<sup>2</sup> Voir: <http://www.cnpp.fr.nf/>

<sup>3</sup> Conservation International Programme RDC a mis à la disposition de ce projet l'appui logistique notamment, salle de réunion, connexion internet et fournitures diverses.

<sup>4</sup> Voir: <http://www.connecting-nurses.com/web/>

<sup>5</sup> Voir: <http://www.millennia2015.org/WeObservatory>

*Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)/CRFS*

**M<sup>me</sup> Janique Beauchamp**, inf. M.Sc., Ph.D. (sco) Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Volet recherche et évaluation de la qualité.

*Hôpital Rivière-des-Prairies*

**M<sup>me</sup> Nathalie Maltais**, inf. M.Sc., Conseillère clinicienne spécialisée.

#### Collaboratrices

*Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*

**M<sup>me</sup> France Laflamme**, inf. M.Sc., Infirmière-conseil, Direction du développement et du soutien professionnel.

*Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM)*

**M<sup>me</sup> Lyne Bouchard**, inf. M.Sc., Conseillère clinicienne en soins infirmiers.

#### **Kinshasa, République Démocratique du Congo**

*Experts en santé mentale du Centre Neuro Psycho Pathologique (CNPP)*

*Université de Kinshasa, Lemba, Kinshasa*

**D<sup>r</sup> Ildefonse Muteba Mushidi**, Médecin au Centre Neuro-Psychopathologique (CNPP).

**D<sup>r</sup> Germain Manzekele Bin-Kitoko**, Médecin au Centre Neuro-Psychopathologique (CNPP).

**D<sup>r</sup> Scholastique Ramazani Zaituni**, Médecin au Centre Neuro-Psychopathologique (CNPP).

**M<sup>me</sup> Elysée Mpoto Nkasa**, Infirmière au Centre Neuro-Psychopathologique (CNPP).

*Infirmières de la Maternité de Kintambo, Kintambo, Kinshasa*

*Nursing de la maternité de Kintambo*

**M<sup>me</sup> Mireille Kivenda Diambi**, Infirmière.

**M<sup>me</sup> Bijou Luvuezo Bukaka**, Infirmière.

**M<sup>me</sup> Jacquie Tshintu**, Infirmière.

**M<sup>me</sup> Henriette Mwanvua Riziki**, Infirmière.

**M<sup>me</sup> Myriam Batusiabwa**, Infirmière.

*APROJA: Action pour la protection et la promotion des Journalistes en Afrique (APROJA), Kintambo, Kinshasa (RDC).*

**M<sup>me</sup> Rhoda Makwala Pemba**, Journaliste et Secrétaire générale, Coordinatrice pour la révision du guide avec le CNPP, Membre de Millennia2015 en RDC.

*Conservation International Programme RDC – (CI-RDC), Ngaliema, Kinshasa - ONG de droit américain*

**M. Benoit Kisuki Mathe**, Directeur Pays.



## Paris, France

### *Connecting Nurses*

**M<sup>me</sup> Sylvie Coumel**, Stakeholder & Advocacy Project Director, Patient Centered Solutions.

**M<sup>me</sup> Doyna Zharavina**, Project Leader Stakeholders Strategy & Advocacy.

## Genève, Suisse

### *Fondation Millennia2025 - WeObservatory*

**D<sup>r</sup> Véronique Inès Thouvenot**, Directrice Scientifique

**D<sup>r</sup> Lilia Perez-Chavolla**, Consultante

## Préambule

Ce projet de guide est l'aboutissement d'une collaboration originale entre plusieurs institutions, le CSSSG-Hôpital Pierre-Janet, Gatineau, Québec<sup>6</sup>, les experts en santé mentale du Centre Neuro - Psychopathologique de l'Université de Kinshasa (CNPP/UNIKIN), République Démocratique du Congo, l'Observatoire de la Fondation Millennia2025 à Genève, Suisse, et Connecting Nurses à Paris, France.

Le CSSSG-Hôpital Pierre-Janet a mis en place le Répertoire des guides cliniques qui vise à soutenir les infirmières dans l'élaboration des plans thérapeutiques infirmiers en santé mentale. Il a été conçu en tenant compte des meilleures pratiques, et ce, afin de favoriser une pratique d'excellence en soins infirmiers. Ce guide s'adresse exclusivement aux professionnels, professeurs ou étudiants du domaine de la santé. Ces travaux ont été réalisés par un comité d'infirmières expertes du réseau de la santé et des services sociaux avec le souci de répondre aux recommandations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en matière du plan thérapeutique infirmier.

Les experts en santé mentale du Centre Neuro Psycho Pathologique de l'Université de Kinshasa (CNPP/UNIKIN), République Démocratique du Congo, qui a été inauguré le 02 Janvier 1973 avec une capacité de 420 lits. Le Centre s'est assigné une triple mission : La recherche, l'enseignement et les services à la communauté (prise en charge des malades présentant des problèmes neuropsychiatriques, diverses investigations spécialisées, etc.). De 1973 à 2009, le CNPP UNIKIN a reçu en consultations spécialisées 114.178 malades pour les Départements de Neurologie et de Psychiatrie dont 15.182 cas d'hospitalisation<sup>7</sup>.

Basée sur les valeurs inscrites dans la Charte de Millennia2015, l'Observatoire de la Fondation Millennia2025 « Femmes et Innovation », Fondation d'utilité publique, travaille à la mise en œuvre des plans d'actions de l'exercice de prospective de Millennia2015 pour l'autonomisation des femmes et l'égalité des genres. La Fondation est une initiative de l'Institut Destrée, Organisation Non Gouvernementale, partenaire officiel de l'UNESCO (statut de consultation) et en statut consultatif spécial auprès de l'ECOSOC des Nations Unies depuis 2012.

Connecting Nurses est une initiative pour les infirmières et infirmiers, développée par Sanofi en partenariat avec des organisations d'infirmier(e)s. Connecting Nurses a pour mission d'offrir aux infirmier(e)s du monde entier un forum leur permettant de partager leurs idées, conseils et innovations. Ce réseau de partage de connaissances et de ressources offrira aux infirmier(e)s de nouveaux outils pour enrichir leur pratique et renforcer leurs rôles de leader dans la santé en termes d'amélioration des soins.

En Septembre 2012, la Fondation Millennia2025 et Connecting Nurses ont signé un accord de partenariat et créé l'Observatoire des Femmes et eSanté (Weobservatory) afin de promouvoir des

---

<sup>6</sup> Voir: <http://www.institutsmq.qc.ca/enseignement/repertoire-guides-cliniques-pti-sante-mentale/index.html>

<http://www.institutsmq.qc.ca/enseignement/repertoire-guides-cliniques-pti-sante-mentale/constats-guides-cliniques/consommation-de-substances/index.html>

<sup>7</sup> Voir: <http://www.cnpp.fr.nf/>



projets innovants. C'est dans ce cadre que les guides thérapeutiques infirmiers produits par un groupe d'infirmières de cinq centres psychiatriques du Québec ont fait l'objet d'une sélection par le comité d'experts internationaux. Leur pertinence et qualité sont reconnues et ont fait l'objet de publications internationales.

La santé mentale n'ayant pas de frontières, les patients ont besoin de soins adaptés dans tout type de contexte. C'est ainsi que les liens se sont noués entre le Canada et des experts en santé mentale en RDC, afin d'adapter le guide thérapeutique infirmier sur la consommation de substances au contexte du CNPP.

Ce guide a pour objectif de contribuer à la formation des professionnels de la santé et est strictement réservé à la pratique infirmière en santé mentale ou en psychiatrie ainsi qu'aux activités d'apprentissage dans un contexte d'études collégiales ou universitaires.

### **Droits d'auteur**

Il est strictement interdit de reproduire, sous quelque forme que ce soit, plus d'un exemplaire, de produire, de modifier, de traduire ou de communiquer au public par télécommunication le Répertoire des guides cliniques pour l'élaboration des PTI en santé mentale, incluant le contenu des guides ou des outils cliniques, sans l'autorisation du titulaire du droit d'auteur.

Pour toute demande d'autorisation concernant des documents produits par l'Institut seulement, communiquez avec le Service des communications de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), au 418 663-5004, poste 4 ou par courriel à [info@institutsmq.qc.ca](mailto:info@institutsmq.qc.ca).





## Introduction

Ce guide est organisé en trois parties, (1) les manifestations ou sous-catégories, (2) le rappel théorique et (3) les interventions pouvant faire l'objet de directives infirmières.

Les manifestations ou sous-catégories vont aider les infirmiers(ières) à préciser le constat qu'ils font auprès du patient et à identifier la problématique.

Le rappel théorique permet de s'assurer d'une définition commune de la terminologie employée tout au long du processus de la prise en charge infirmière du patient.

Puis, les interventions pouvant faire l'objet de directives infirmières guident les infirmières tout au long de la démarche de prise en charge du patient en proposant 14 outils thérapeutiques concernant la consommation de substances psychoactives.

Enfin, cinq annexes viennent compléter le guide avec des tableaux et protocoles spécifiques.

### 1. Manifestations ou sous-catégories

Pour la consommation de substances psychoactives, quatre manifestations ou sous-catégories ont été identifiées:

- a) Intoxication
- b) Abus
- c) Dépendance
- d) Syndrome de sevrage

Il est essentiel à ce stade de préciser la (les) substance(s) en cause: alcool, drogues, médicaments, nicotine, caféine et autres substances diverses.

L'évaluation initiale et continue de l'infirmière demeure la première source d'information auprès du patient et/ou de sa famille/proches pour recueillir ce type de renseignements visant à orienter une prise en charge personnalisée et de qualité. L'accueil du patient et sa prise en charge vont dépendre du constat initial et selon les manifestations constatées. Le rappel théorique et les définitions de la partie suivante guideront à la mise en place du constat.

### 2. Rappel théorique<sup>8</sup>

#### Définitions

##### a) Intoxication

Le DSM-IV-TR (APA, 2003) définit l'intoxication comme l'apparition du syndrome réversible propre à la substance donnée, en raison de l'ingestion récente de cette substance ou d'une exposition à celle-ci. Les changements comportementaux peuvent être attribués aux effets de la substance sur le

---

<sup>8</sup> Sauf indication contraire, les informations suivantes sont tirées du document *Drogues - Savoir plus, risquer moins du Centre québécois de lutte aux dépendances* (2006), Montréal, Québec.

système nerveux central (par exemple: agressivité, labilité de l'humeur, altérations cognitives, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.

### b) Abus

On parle d'abus ou d'usage abusif lorsque l'on peut constater un ou plusieurs de ces éléments :

- l'utilisation d'une substance dans des situations qui comportent des dangers : relâchement de la vigilance (conduite d'un véhicule moteur, manœuvre d'une machine dangereuse);
- des infractions répétées, liées à l'usage d'une substance (délits commis sous l'effet d'un produit, accidents divers sous l'effet d'une substance, etc.);
- l'aggravation de problèmes personnels ou sociaux causés ou amplifiés par les effets de la substance sur les comportements (dégradation des relations familiales, difficultés financières, etc.);
- des difficultés ou l'incapacité de remplir ses obligations dans la vie professionnelle, à l'école, à la maison (absences répétées, mauvaises performances au travail, résultats médiocres, absentéisme, exclusion, abandon des responsabilités, etc...);
- l'incapacité de se passer d'une substance pendant plusieurs jours;
- la mise en péril de la santé et de l'équilibre d'autrui (ex. : risques que fait encourir une femme enceinte à la santé de son bébé).
- troubles psychologiques tels que l'agressivité, les comportements à risque (notamment dans le domaine de la sexualité).

### c) Dépendance

Brutale ou progressive selon les produits, la dépendance s'installe quand on ne peut plus se passer de consommer une ou plusieurs substances, sans éprouver de souffrances physiques. Le DSM-IV présente la dépendance comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Elle se manifeste par l'apparition **d'au moins trois** des signes ci-après sur **une période d'un an**:

- une tolérance (ou accoutumance) qui se traduit soit par une augmentation des doses pour un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial;
- un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage;
- une incapacité à gérer sa propre consommation, l'usager consomme plus longtemps ou plus qu'il ne le voudrait;
- des efforts infructueux pour contrôler la consommation;
- un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit;
- les activités sociales, culturelles ou de loisir sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne;
- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre;
- le sujet est capable de contracter des dettes ou cambrioler pour se procurer la substance;
- il devient incapable de travailler sans avoir consommé;
- violence gratuite et accentuée (Ex. du phénomène Kuluna).

## Il existe deux types de dépendances:

- la dépendance physique
- la dépendance psychologique

Elles peuvent être associées ou non.

**La dépendance psychologique** implique que l'arrêt ou la réduction brusque de la consommation d'une drogue produit des symptômes psychologiques caractérisés par une préoccupation émotionnelle et mentale liée aux effets de la drogue et par un désir obsédant (craving) d'en reprendre. Cette privation de la drogue entraîne une sensation de malaise, d'angoisse, allant parfois jusqu'à la dépression.

**La dépendance physique** implique que l'organisme s'est adapté à la présence continue de la drogue. Lorsque la concentration de la drogue diminue au-dessous d'un certain seuil, l'organisme réclame alors le produit. Cela se traduit par divers symptômes physiques de l'état de manque, appelé également syndrome de sevrage.

### d) Syndrome de sevrage

La privation de certains produits tels que les opiacés, le tabac, l'alcool et certains médicaments psychoactifs engendre des malaises physiques qui varient selon le produit : douleurs avec les opiacés, tremblements et convulsions avec l'alcool, voire même, le delirium trémens (tremblement, onirisme, confusion, altération de l'état général, hallucination). Ces symptômes peuvent être accompagnés de troubles du comportement (anxiété, angoisse, irritabilité, agitation, etc.).

## 3. Interventions pouvant faire l'objet de directives infirmières

Vous trouverez ci-dessous les 14 outils thérapeutiques proposés pour la prise en charge des patients. Ils peuvent être utilisés indépendamment ou ensemble en fonction de l'évolution du traitement et de la situation du patient.

## 1. Surveiller les signes du syndrome d'intoxication et/ou de sevrage

TABLEAU SYNTHÈSE DES SYNDROMES D'INTOXICATION ET DE SEVRAGE

Classe de substances	Intoxication	Sevrage	Commentaires
<p><b>Alcools</b></p> <p>Au CNPP, alcools forts à + 40% d'alcool:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lotoko: boisson alcoolisée traditionnelle produite à partir du raffinage du maïs.</li> <li>- Soupou na tolo: boisson alcoolisée forte d'origine indopakistanaise, vendue dans les rues et souvent consommée par des jeunes.</li> <li>- Les vins traditionnels et les jus de fruits alcoolisés, comme le Lungwila (vin de canne à sucre), la Kisantoise (mangoustans, mangue, ananas, goyave), et le Corrosol.</li> </ul>	<p>Agressivité, altération du jugement, altération de l'attention, irritabilité, euphorie, dépression, labilité émotionnelle, bredouillement, manque de coordination motrice, instabilité de la démarche, nystagmus, rougeur du visage.</p>	<p>Tremblements, nausées et vomissements, malaises, faiblesses, tachycardie, diaphorèse, hausse de la tension artérielle, anxiété, humeur dépressive, irritabilité, hallucinations, céphalées, insomnie, crises convulsives.</p>	<p>Les symptômes de sevrage apparaissent entre 4 à 6 heures après la prise de la dernière dose d'alcool et peuvent aller jusqu'au delirium trémens dans les 2 ou 3 jours suivants. L'utilisation du diazépam comme thérapie de substitution est fréquente.</p>
<p><b>Amphétamines et substances similaires</b></p> <p>Encore rare en RDC, sauf pour les personnes en provenance de pays développés.</p>	<p>Agressivité, mégalomanie, hypervigilance, agitation psychomotrice, altération du jugement, tachycardie, dilatation pupillaire, hausse de la tension artérielle, diaphorèse ou frissons, nausées et vomissements.</p>	<p>Anxiété, humeur dépressive, irritabilité, quête incessante de la substance, épuisement, insomnie ou hypersomnie, agitation psychomotrice, hallucinations ou idées suicidaires.</p>	<p>Les symptômes de sevrage culminent de 2 à 4 heures après la prise de la dernière dose, bien que la dépression et l'irritabilité puissent persister durant plusieurs mois. On peut alors utiliser des antidépresseurs.</p>
<p><b>Caféine</b></p>	<p>Agitation, nervosité, excitation, insomnie, rougeur du visage, douleurs gastro-intestinales, contractions musculaires, pensées et discours décousus, arythmie, périodes d'infatigabilité, agitation psychomotrice.</p>	<p>Céphalées, fatigue, diminution de la concentration, irritabilité, nausées.</p>	<p>La caféine se trouve dans le café, le thé, les noix de cola, le cacao, le chocolat ainsi que dans quelques analgésiques, préparations « contre le rhume » et stimulants en vente libre.</p>

Classe de substances	Intoxication	Sevrage	Commentaires
<p><b>Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques</b></p> <p>En RDC, les anesthésiques de type Kétamines, sont principalement utilisés dans l'arrière-pays et vendus dans les pharmacies.</p>	<p>Désinhibition des pulsions sexuelles ou agressives, labilité de l'humeur, altération du jugement, bredouillement, incoordination motrice, instabilité de la démarche, altération de l'attention ou de la mémoire, désorientation, confusion.</p>	<p>Nausées ou vomissements, malaises, faiblesses, tachycardie, diaphorèse, anxiété, irritabilité, hypotension orthostatique, tremblements, insomnie, crises convulsives, troubles perceptifs.</p>	<p>Les symptômes de sevrage peuvent aller jusqu'au delirium, généralement dans la semaine qui suit la prise de la dernière dose. On peut utiliser les barbituriques à action prolongée ou les benzodiazépines comme thérapie de substitution.</p>
<p><b>Cannabis</b></p> <p>En RDC, utilisation de mélanges du type alcools, benzodiazépines et chanvre.</p>	<p>Euphorie, anxiété, méfiance, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, désocialisation progressive, tachycardie, rougeur conjonctivale, accroissement de l'appétit, hallucinations.</p> <p>Kuluna, mot dérivé du « cyclone », explique le niveau des dégâts produits par des groupes de jeunes qui mutilent les passants, tuent, volent, violent, sous l'effet de la poly-toxicomanie.</p>	<p>Agitation, irritabilité, insomnie, perte d'appétit, dépression, anxiété, fatigue.</p>	<p>L'intoxication est immédiate et dure environ 3 heures. Si la substance est ingérée plutôt que fumée, elle est absorbée plus lentement et produit des effets plus durables.</p>
<p><b>Cocaïne</b></p> <p>En RDC: consommation dans le milieu nanti.</p>	<p>Euphorie, agressivité, mégalomanie, hypervigilance, agitation psychomotrice, altération du jugement, tachycardie, hausse de la tension artérielle, dilatation pupillaire, diaphorèse ou frissons, nausées et vomissements, hallucinations, delirium.</p>	<p>Dépression, anxiété, irritabilité, épuisement, insomnie ou hypersomnie, agitation psychomotrice, paranoïa ou idées suicidaires, apathie, désocialisation progressive.</p>	<p>De fortes doses peuvent provoquer des convulsions ou entraîner la mort par arythmie ou paralysie respiratoire.</p>
<p><b>Le tabac prisé ou fumé</b></p>	<p>Dépression</p>	<p>Trouble de comportements, hallucinations.</p>	<p>Usage des neuroleptiques parfois nécessaire.</p>
<p><b>Colles</b></p> <p>En RDC, utilisation du patex, une colle forte utilisée en ébénisterie, pneus ou menuiserie.</p>	<p>Excitation</p> <p>Sensations agréables, euphorie, capable de tout faire.</p>	<p>Dépendance psychique</p> <p>Hospitalisation nécessaire : peu facile.</p> <p>Désintoxication</p> <p>Entretiens éducationnels</p> <p>Poly-toxicomanie</p> <p>Peu de contrôle</p>	<p>Violences, bagarres, injures publiques.</p> <p>Consommation surtout masculine. Peu de femmes concernées.</p>

Classe de substances	Intoxication	Sevrage	Commentaires
Brulé, dilué, inhalation des vapeurs. Accessible et peu couteux.		Violence sexuelles Récidives Psychopathies	
<b>Carburants</b>  RDC Essence : très courant dans les stations et parkings. Surtout accessible aux jeunes, chauffeurs, convoyeurs, nettoyeurs de voitures...	Volatile, inhalé dans les réservoirs de motos. Procure une sensation de bien-être.  Apathie	Dépendance psychique Hospitalisation pas nécessaire. Généralement, il faut une prise en charge en groupe. Sensibilisation sur les méfaits. (Psychothérapie de groupes d'anciens consommateurs capable de sensibiliser contre la consommation) Désintoxication Entretiens éducationnels Poly-toxicomanie Peu de contrôle Violence sexuelles Récidives Psychopathies multiples	Violences, bagarres, injures publiques. Consommation surtout masculine. Peu de femmes concernées.
<b>Autres substances</b> RDC Trente-six oiseaux : plante sauvage très accessible dans la partie Est de la RDC, dont les feuilles et les graines sont utilisées pour s'intoxiquer avec des effets similaires à ceux de l'intoxication par le cannabis. Souvent utilisée par les jeunes militaires, les braconniers. Problème majeur et récent, depuis 10 ans. Mineurs : 12 – 15 ans, 18 – 28 ans Zones urbaines surtout. Zones rurales, beaucoup de viols.	Extrême violence, assassinats avec des machettes, même de jour, mutilations, vols, viols.	Hospitalisation nécessaire : peu facile. Désintoxication Entretiens éducationnels Poly-toxicomanie	L'intoxication est immédiate et dure environ 3 heures. Si la substance est ingérée plutôt que fumée, elle est absorbée plus lentement et produit des effets plus durables.

**Source:** Townsend, M. (2004), *Soins infirmiers: Psychiatrie et santé mentale*, p. 288-290 (adaptation pour la République Démocratique du Congo, décembre 2013).

## 2. Évaluer le sevrage actif de l'alcool à l'aide de la grille CIWA-Ar. (Annexe 1)

### Évaluation du sevrage actif à l'aide du CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol revised)

L'alcool éthylique ou éthanol, est une substance psychoactive, c'est-à-dire qui altère l'humeur. Son usage prolongé peut provoquer une tolérance (neuroadaptation) et son arrêt, un syndrome de sevrage. Ce produit module principalement les systèmes inhibiteurs GABA et excitateurs glutamate.

L'évaluation du sevrage actif comprend les bilans de dépendance ainsi que des bilans physiques et psychiatriques. Pour le bilan de dépendance, on doit questionner la consommation actuelle: fréquence, quantité, durée, dernière prise d'alcool et antécédents de toxicomanie. Par la suite, on peut utiliser l'échelle appelée Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol revised (CIWA-Ar). Cet outil standardisé et validé est aussi pratique pour suivre le patient. L'interprétation des scores CIWA-Ar est donnée dans le tableau en **Annexe 1**<sup>9</sup>.

## 3. Assurer l'environnement pour assurer la sécurité et éviter les risques d'accidents

En RDC, le milieu hospitalier n'a pas toujours des équipements et les conditions requises de surveillance en cas de sevrage. Ce qui implique:

- L'abandon de traitement par le malade et l'entourage considérant que la prise en charge est difficile vu le contexte socio-économique;
- Le désintéressement du soutien des familles des malades qui ne supportent pas la durée et le coût du traitement;
- Les familles ne sont pas en mesure de comprendre que cette consommation dépasse la volonté du patient;
- Les traitements sont difficilement accessibles et plusieurs molécules pharmaceutiques ne sont pas disponibles en RDC.

## 4. Évaluer la consommation de drogue à l'aide de l'outil : DEBA - Drogues (Annexe 2)

L'outil est facile à utiliser et par conséquent adopté comme outil de base, excepté pour les substances utilisées en RDC de produits locaux tels que Trente-six oiseaux, essence...<sup>10</sup>

## 5. Évaluer la consommation d'alcool à l'aide de l'outil: DEBA-Alcool (Annexe 3)

L'outil est facile à utiliser et par conséquent adopté comme outil de base. Il faudra intégrer les boissons locales dans un futur tableau de type DEBA-Alcool II, tels que:

- Les alcools forts à 40% (Soupou na tolo, Lotoko)
- Les bières 5%, 6,5%
- Les vins 12%, 15 %
- Et les vins dont les pourcentages d'alcool ne sont pas connus (Vin de palme, vin de canne à sucre, banane, Kasiks)<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Source: Jacques Dumont (2009). Diantre! Un autre sevrage d'alcool au cabinet! Dans Le Médecin du Québec, volume 44, numéro 2.

<sup>10</sup> Voir Annexe 2: DEBA-Drogue ou utiliser le lien internet suivant: [http://www.risqtoxico.ca/documents/DEBA\\_D\\_v1-8p\\_18dec09.pdf](http://www.risqtoxico.ca/documents/DEBA_D_v1-8p_18dec09.pdf)

## 6. Observer et noter les effets de la consommation sur sa problématique de santé mentale

La maladie mentale partout dans le monde est due à des facteurs structurels confrontés à une conjoncture. Dans cet ordre d'idée, la consommation de drogue est directement en rapport avec une structure de personnalité défailante du patient.

## 7. Expliquer les risques d'une consommation excessive d'alcool et l'abus de drogues en lien avec la maladie mentale et les médicaments

- La violence à tous les niveaux sociaux, la délinquance, comportements délictueux;
- L'absentéisme au travail, baisse du rendement scolaire, l'inefficacité en général;
- La diminution ou l'augmentation excessive pour certains du rendement physique;
- L'aggravation des maladies mentales, facteurs déclenchant ou de mauvaise compliance et abandon du traitement;
- Complication médicale physique ex: cancer des voies respiratoires pour les fumeurs de tabac, cirrhose du foie pour les alcooliques;
- Transmission des maladies graves ex. VIH sida, hépatite B et autres maladies sexuellement transmissibles et augmentation des taux de suicide parmi les personnes souffrant de maladies mentales;
- Augmentation de coût en rapport à la prise en charge.

## 8. Utiliser différentes approches:

- L'entretien motivationnel: (**Annexe 4**)<sup>12</sup>.
- Créer des groupes de soutien d'anciens consommateurs;
- Utiliser la psychothérapie.

## 9. Observer les signes de consommation d'alcool et drogues si sortie extérieure

- Odeur qu'exhale le vêtement, haleine du patient;
- Signes psychiques;
- Observation de l'état des pupilles.

## 10. Procéder aux examens de dépistage selon ordonnance

- Dosage sanguin en cas de consommation de drogue;
- En RDC, le dosage de l'alcoolémie est difficile à réaliser faute de laboratoires pour procéder aux analyses des substances consommées.

## 11. Appliquer la politique de l'établissement en cas de vente de substances illicites entre patients ou visiteurs

A ce jour, le CNPP ne dispose pas de politique adaptée à cette circonstance.

- La loi existe, mais le suivi de son application reste complexe.

<sup>11</sup> Voir annexe 3: DEBA-Alcool ou utiliser le lien internet suivant: [http://www.risqtoxico.ca/documents/DEBA\\_A\\_v1-8p\\_18dec09.pdf](http://www.risqtoxico.ca/documents/DEBA_A_v1-8p_18dec09.pdf)

<sup>12</sup> Suivre le lien suivant: [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L\\_entretien%20motivationnel.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L_entretien%20motivationnel.pdf)



- Le circuit de vente reste une question où plusieurs hypothèses peuvent être avancées.

## 12. Référencer à un groupe motivationnel ou de soutien

- Alcoolique Anonyme (A.A.)
- Narcotique Anonyme (N.A.), etc.

## 13. Informer sur les ressources d'aide disponibles dans la communauté

- En RDC, des structures d'aide existent de manière sporadique, isolées et dispersées.

## 14. Appliquer le Protocole d'analyse du comportement dommageable résultant d'une consommation. (Annexe 5)

## Références bibliographiques

Addiction. (2011, juin 13). *Wikipédia, l'encyclopédie libre*. Page consultée le 20:29, juin 13, 2011 à partir de [fr.wikipedia.org/w/index.php](http://fr.wikipedia.org/w/index.php).

American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-IV-TR*, 4e éd., Washington (D.C.), 1998.

Centre québécois de lutttes aux dépendances (2006) *Drogues - Savoir plus, risquer moins*, Montréal, Québec.

Fortinash, K. M. et Holoday-Worret, P. A. (2003) *Soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie*. Beauchemin, Montréal. 667 pages.

Townsend, Mary, C., (2010) *Soins infirmiers psychiatrie et santé mentale*, chapitre 16 et 17.

## Photos des équipes



(Lise Laberge, Nathalie Maltais, Marie-Josée Poirier, Lyne Bouchard) en médaillon (Janique Beauchamp) HRDP août 2011.jpg



Séance de travail à distance, Kinshasa – Genève - Gatineau

## Estimation budgétaire

### 1. Experts en santé mentale - Kinshasa

Coûts hors taxes (USD)	Infirmiers/ières	Médecins	Coordination
Solde/heure (USD)	7.5	15	30

#### I. Ressources Humaines

ITEM	DÉSIGNATION	Nbre	Nbre heures de travail	Coût/heure (USD)	Total (USD)
1	Coordination	1	84	30	2,400
2	Médecins	3	38	15	1,740
3	Infirmières	11	12	7.5	990
TOTAL HORS TAXES					5,130
TAXES SUR LE REVENU (30%)					1,539
<b>TOTAL TTC</b>					<b>6,669</b>

#### II. Logistique

ITEM	DÉSIGNATION	Coût/Mois (USD)	Nbre MOIS	Total (USD)
1	Frais administratif du projet	80	6	<b>480</b>
2	Location équipement audio-visuel	100	6	<b>100</b>
3	Frais connexion à internet	150	6	<b>900</b>
4	Frais de télécommunication	50	6	<b>300</b>
5	Consommation énergétique	50	6	<b>300</b>
<b>TOTAL TTC</b>				<b>2,080</b>

#### III. Synthèse

ITEM	DÉSIGNATION	Total (USD)
1	Ressources Humaines	<b>6,669</b>
2	Logistique	<b>2,080</b>
<b>TOTAL</b>		<b>8,749</b>

### 2. Gatineau, Paris, Genève: Interventions et Coordination

<b>Gatineau, Québec, Canada</b> Assistance technique et révisions	60 heures à USD 50/heure	USD 3,000
<b>Paris, France</b> Assistance technique et impression	10 heures à USD 50/heure Impression de 30 guides	USD 500 USD 500
<b>Genève, Suisse</b> Coordination et Direction Générale	60 heures à 50 USD/heure	USD 3,000

## Annexes

Annexe 1 - Grille CIWA-Ar d'évaluation du sevrage actif de l'alcool

Annexe 2 - DEBA - Drogues

Annexe 3 – DEBA - Alcool

Annexe 4 - L'entretien motivationnel

Annexe 5 - Protocole d'analyse du comportement dommageable résultant d'une consommation

## Annexe 1 - Grille CIWA-Ar d'évaluation du sevrage actif de l'alcool

Fiche du CIWA-Ar						
Année	Mois	Jour	Heure	Pression artérielle	Pulsations	Température
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p><b>Nausées et vomissements</b> – Demandez : « Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomé ? » Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de nausées ni de vomissements</p> <p><input type="checkbox"/> Nausées légères sans vomissements</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Nausées intermittentes avec haut-le-cœur</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements</p>		<p><b>Troubles auditifs</b> – Demandez : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir ou d'entendre des sons et des bruits qui n'existent pas ? » Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> Absents</p> <p><input type="checkbox"/> Très peu stridents ou effrayants</p> <p><input type="checkbox"/> Peu stridents ou effrayants</p> <p><input type="checkbox"/> Modérément stridents ou effrayants</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations modérées</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations importantes</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations extrêmement importantes</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations continues</p>				
<p><b>Tremblements</b> – Bras étendus, doigts écartés. Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de tremblements</p> <p><input type="checkbox"/> Non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis du bout des doigts</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Modérés, le patient ayant les bras étendus</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Importants, sans les bras étendus</p>		<p><b>Troubles visuels</b> – Demandez : « La lumière vous paraît-elle vive ? La couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? Qui vous dérange ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ? » Observez.</p> <p><input type="checkbox"/> Absent</p> <p><input type="checkbox"/> Très peu sensible</p> <p><input type="checkbox"/> Peu sensible</p> <p><input type="checkbox"/> Modérément sensible</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations modérées</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations importantes</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations extrêmement importantes</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations continues</p>				
<p><b>Sueurs</b> – Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de sueurs visibles</p> <p><input type="checkbox"/> Sueurs à peine perceptibles, paumes moites</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Front perlé de sueurs</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Trempé de sueurs</p>		<p><b>Maux de tête, tête lourde</b> – Demandez : « Avez-vous des sensations étranges à la tête ? Avez-vous l'impression que quelque chose vous serre la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étou ou que votre tête va éclater ? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau autour de la tête ? » <b>Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété. Évaluez plutôt l'intensité des autres symptômes.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Absentes</p> <p><input type="checkbox"/> Très légères</p> <p><input type="checkbox"/> Légères</p> <p><input type="checkbox"/> Modérées</p> <p><input type="checkbox"/> Modérément importantes</p> <p><input type="checkbox"/> Importantes</p> <p><input type="checkbox"/> Très importantes</p> <p><input type="checkbox"/> Extrêmement importantes</p>				
<p><b>Anxiété</b> – Demandez : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> Calme, détendu</p> <p><input type="checkbox"/> Légèrement anxieux</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Modérément anxieux ou sur ses gardes</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Équivalent à un état de panique aigu ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizophréniques aiguës</p>		<p><b>Orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes</b> – Demandez : « Quel jour sommes-nous ? Quelle est la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »</p> <p><input type="checkbox"/> Orienté(e) et peut additionner des nombres en série</p> <p><input type="checkbox"/> Ne peut additionner des nombres en série ou est incertain de la date</p> <p><input type="checkbox"/> Erreur de date de 2 jours ou moins</p> <p><input type="checkbox"/> Erreur de date de plus de 2 jours</p> <p><input type="checkbox"/> Désorienté(e) dans l'espace ou par rapport aux personnes</p>				
<p><b>Agitation</b> – Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> Normale</p> <p><input type="checkbox"/> Normale, mais légèrement accrue</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Patient modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue ou agite les pieds et les mains (agitation presque constante)</p>		<p><b>Score CIWA-Ar Total (max. = 67) :</b> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(Additionner les scores de chaque point)</p>				
<p><b>Troubles tactiles</b> – Demandez : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau ». Observez :</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p> <p><input type="checkbox"/> Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissements</p> <p><input type="checkbox"/> Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissements</p> <p><input type="checkbox"/> Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissements modérés</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations modérées</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations importantes</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations extrêmement importantes</p> <p><input type="checkbox"/> Hallucinations continues</p>		<p><b>Nom de l'évaluateur :</b> _____</p> <p><b>Prénom, nom</b></p> <p><input type="text"/></p>				

Source : The Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised (Sullivan, Sykora, Schneiderman et coll. 1989 ; Sullivan, Swift et Lewis 1991).

**Tableau II**

*Interprétation des scores CIWA-Ar*

Score	Degré d'intensité du sevrage
< 8	Léger
De 9 à 15	Modéré
> 15	Important

## Annexe 2 - DEBA - Drogues

### 0133542200 Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (DEBA-Drogues) v1.8p

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 décembre 2009

Age  No. dossier:

Femme 
  
 Homme 
  
 Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.) Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Dans la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an.

- Questionner sur chacun des produits
- Liste des noms de produits les plus communs au verso

Jamais / < 1 fois / mois / 1 à 3 fois / mois / 1 à 2 fois / sem. / 3 fois et + / sem.

No. tél. résidence  -

Autre no. téléphone  -

1. Médicaments sédatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 quest. suivantes	<input type="radio"/> Dépasse posologie <input type="radio"/> De plus d'un médecin <input type="radio"/> Non-prescrits
-------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	---	--

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 8, demander la question 9 →

	Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.		Oral	Nasal / sniffé	Fumé	Injecté
2. Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. PCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hallucinogènes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Autres stimulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inhalants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.

### Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J. Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

- Méd. sédatifs
- Cannabis
- PCP
- Hallucinogènes
- Cocaïne
- Autres stimulants
- Opiacés
- Inhalants

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de \_\_\_\_\_, DEPUIS UN AN...

	Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans \_\_\_\_\_ ?

Facile (0)       Très difficile (2)  
 Assez difficile (1)       Impossible (3)

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues?

Oui       Non

ÉSD / Total =

Interprétation au verso

Date  -  -

Année      Mois      Jour

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres moulées s.v.p.)

Initiales intervenant(e)

DEBA-D, v1.8p 18 décembre 2009



4050542202

**DÉBA-Drogues v1.8p (verso)**

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 décembre 2009

NO. DOSSIER:           -2-

**1. Médicaments sédatifs**

- Anxiolytiques**  
 Alprazolam\* (Xanax®)  
 Bromazepam\* (Lectopam®)  
 Buspirone (Buspar®)  
 Clordiazépoxide (Librax®, Librium)  
 Clonazépam\* (Rivotril®)  
 Clorazépate\* (Traxone (D))  
 Diazépam\* (Valium®)  
 Hydroxyzine (Atarax®)  
 Lorazépam\* (Ativan®)  
 Meprobamate (282 MEP®)  
 Oxazépam\* (Serax(D))

- Hypnotiques**  
 Flumitrazépam (Rohypnol)  
 Flurazépam\* (Dalmene (D))  
 Hydrate de Chloral  
 Nitrazépam\* (Mogadon®)  
 Témazépam\* (Restoril®)  
 Triazolam (Halcion(D))  
 Zolpidem (Stamoc (D))  
 Zopiclone (Imovane®)
- Barbituriques**  
 Butalbital (Fiorinal®, Triamal®)  
 Phénobarbital (Bellerbal®, Donnatal (D))

**5. Cocaïne**

- Cocaïne (prise + I.V.)  
 Crack (fumé)  
 Freebase (fumé)

**6. Autres stimulants**

- Amphétamine (Dexedrine®, Benzedrine, Adderall®, Crystal)  
 Méthamphétamine (Crystalmeth, Méthadrine)  
 Méthylphénidate (Ritalin®, Concerta®)  
 Phéthermine (Ionamin® (D), Fastin)  
 Phénéthrazine (Prehlexine (D))

**8. Inhalants**

- Aérosol  
 Colle  
 Chloroforme  
 Décapant  
 Dissolvant  
 Essence  
 Peinture  
 Poppers

**Légende:**  
 \* = Type benzodiazépine  
 ® = Non commercial  
 Italique = Non de rue  
 D = Discontinué

**2. Cannabis**

- Por  
 Hash  
 Huile de haschich

**3. PCP**

- Kétamine  
 Ketalar®  
 PCP (souvent vendu sous le nom de mess ou mescaline)

**4. Hallucinogènes**

- Acide  
 Champignons (psilocybine)  
 Ecstasy (MDMA/MDA)  
 L.S.D.  
 Mescaline  
 Salvia

**7. Opiacés**

- Buprénorphine (Suboxone®)  
 Codéine (Empacret®, 222®)  
 Tylenol-C®, Fiorinal-C®, Robaxacet-8®  
 Diphénoxylate (Lomotil®)  
 Fentanyl (Duragesic®)  
 Héroïne (Smack)  
 Hydrocodone (Tussionex®)  
 Hydromorphone (Dilaudid®)  
 Morphine (MS-Contin®, Staxol®, MS IR®)

**Sirops avec codéine ou hydrocodone**

- (Ces sirops sont en vente libre mais derrière le comptoir)  
 Benlylin® codéine 3,3 mg D-E  
 Dalmacol®  
 Dimetane-Expectorant-C-DC®  
 Novahistex C et DH®  
 Tussaminic® DH  
 Triaminic® C et DH

**Interprétation des scores de l'ÉSD**

0-2	Intervention première ligne en CSSS
3-5	Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation
6-15	Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise \_\_\_\_\_ à faire parvenir la présente évaluation à \_\_\_\_\_ et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: \_\_\_\_\_ Signature usager \_\_\_\_\_

Valide jusqu'au \_\_\_\_\_

**Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)**

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? .....	16. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? .....	17. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? .....	18. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues? .....	19. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ...	20. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue? .....	21. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues? .....	22. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez : .....	23. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? .....	24. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

DÉBA-D, v1.8p 446c09

### Annexe 3 – DEBA - Alcool

0663215700 **Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool (DÉBA-Alcool) v1.8p**  
 Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 déc. 2009

Prénom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)  Nom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)  Age   Femme  Homme

No. tél. résidence  -  Autre no. téléphone  -  No. dossier:

**Question #1**  
 Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du "fort" ou d'autres boissons alcoolisées?

Jamais consommé  
 Moins d'une fois par mois i.e total de 11 fois ou moins/an  
 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois)  
 1 ou 2 fois par semaine  
 3 fois et plus par semaine

**Question #2** Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool ...  
 ... les journées où vous buvez, combien de consommations prenez-vous habituellement?  
 ... combien de journées par semaine buvez-vous?  X  =

**Question #3** (Épisodes de forte consommation)  
 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu ...  
 FEMMES  ... 4 verres ou plus en une seule occasion?  
 HOMMES  ... 5 verres ou plus en une seule occasion?

**Terminer ici**  
**Passer aux quest. 2 et 3**

Si cons./sem. est de 10 + pour les femmes et 15 + pour les hommes OU Si nombre d'épisodes de forte cons. au cours de la dernière année est de 12 +, passer aux quest. 4 à 19. Sinon, terminer ici.

### Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)

Traduction par Tremblay J. (1999) du "Severity of Alcohol Dependence Data" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

"Je vais vous poser quelques questions reliées à la consommation d'alcool. Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool DEPUIS UN AN et répondez-moi sans réfléchir trop longtemps." *Noir cir la case appropriée.*

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire? .....	4. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas? .....	5. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Organisez-vous votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire? .....	6. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Buvez-vous du matin au soir? .....	7. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson? .....	8. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain? .....	9. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes? .....	10. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter? .....	11. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées? .....	12. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée? .....	13. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil? .....	14. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de coeur ou des vomissements? .....	15. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens? .....	16. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires? .....	17. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille? .....	18. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation d'alcool? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				

Date  -  -   Oui  Non QBDA Total 4 à 18

Année Mois Jour Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres majuscules s.v.p.)

Interpretation au verso

4044215707

**DÉBA-Alcool v1.8p**

Tremblay, J., Rouillard, P., &amp; Sirois, M. 2000. Rév. 10 juin 2009

No. dossier:

-2-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (12%)
43 ml (≅ 1½ once) = 1 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (5oz/142 ml) = 1 cons.
375 ml (≅ 13 onces) = 9 cons.	1 grosse (625 ml) = 2 cons.	1/2 litre = 3,5 cons.
750 ml (≅ 26 onces) = 18 cons.	1 King can (750 ml) = 2 cons.	Bout. (750 ml) = 5 cons.
1,141 (≅ 40 onces) = 27 cons.	1 Boss (950 ml) = 3 cons.	Bout. (1 litre) = 7 cons.
60 ml de Listerine = 1 cons.	1 Max Bull (1,18 l) = 3,5 cons.	<b>"VIN FORTIFIÉ (20%)"</b>
30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.	1 pichet = 4 à 6 cons.	
	1 petit baril = 15 cons.	1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X 0,05)

**Interprétation des scores du QBDA**

- 0-9 Intervention première ligne en CSSS  
 10-17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation  
 18-45 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise \_\_\_\_\_ à faire parvenir la présente évaluation à \_\_\_\_\_ et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: \_\_\_\_\_ Signature usager \_\_\_\_\_

Valide jusqu'au \_\_\_\_\_

**Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)**

Tremblay, Rouillard, &amp; Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, poser les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? .....20.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? .....21.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? .....22.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool? .....23.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner?.....24.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08? .....25.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies? .....26.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool? .....27.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? .....28.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au [www.risqtoxico.ca](http://www.risqtoxico.ca). Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: [nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca](mailto:nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca)

DÉBA-A, v1.8p 18 déc09



## Annexe 4 - L'entretien motivationnel

Par Margot Phaneuf, Ph. D., Août 2006, Révision Décembre 2013

### Définition

C'est une intervention particulière, applicable en toxicomanie et dans tous les domaines où une modification du comportement est souhaitable. Cet entretien centré sur la personne est de nature non directive, mais orientée. Il vise à susciter la motivation à agir et le changement en aidant les personnes à résoudre leur ambivalence et à retrouver leur estime de soi.

### Nécessité d'un changement

Face à un malade non motivé à suivre son traitement ou à une personne manifestant un comportement de dépendance, qui ne s'est pas senti dépassé par cette attitude qui nous apparaît à la fois illogique, irresponsable et exaspérante? Qui de nous n'a pas tenté de convaincre, de confronter, de faire adopter des comportements jugés plus adaptés? Le diabétique qui ne suit pas son traitement, le fumeur entêté, l'alcoolique qui ne veut pas reconnaître qu'il boit, sont tous, pour nous infirmières, des écueils importants dans le cours de notre action thérapeutique.

Nos habitudes interventionnistes et notre volonté de bien faire nous ont ainsi conduites à adopter avec ces clientèles des approches plus ou moins directives. Nous avons ainsi cru à la nécessité de méthodes « confrontantes » pour enfoncer les défenses du déni de l'alcoolique ou du drogué. C'était l'approche de Vernon Johnson, modèle classique en la matière, où la personne devait d'abord reconnaître son alcoolisme ou sa dépendance à une quelconque substance ou sa non motivation à son traitement, à la suite de représentations dramatiques des torts qu'elle se faisait, qu'elle occasionnait à sa famille ou des risques dans lesquels elle se plaçait. Notre façon de faire avec le diabétique ou le cardiaque en réadaptation basée sur la peur et la menace des complications n'est pas tellement différente, mais s'est révélée dans un cas comme dans l'autre tout aussi peu productive.

Il semblait alors logique d'explorer d'autres voies pour convaincre et susciter la motivation. Dans une approche fondée sur la recherche, les auteurs William Miller et Stephen Rollnick proposèrent une démarche différente de préparation du malade au changement et des repères nouveaux pour l'entretien. La directivité était remise en question au profit d'une attitude plus motivante.

### L'entretien motivationnel

Cette approche d'abord adaptée à la toxicomanie s'est ensuite étendue aux autres domaines des soins où il nous est nécessaire d'amener la personne à se prendre en main face à son traitement ou à une modification du comportement. Elle permet d'explorer l'ambivalence au changement du malade et d'arriver à la dépasser en misant sur une approche ouverte et respectueuse de ce qu'il vit et ressent face à son problème. Elle n'impose rien, n'utilise ni la peur ni la menace. Tout au long des entretiens, le baromètre de la soignante demeure le degré de résistance que manifeste la personne devant ce qui est proposé et qui devient l'indicateur d'une insistance trop forte, montrant ainsi que l'intervention déclenche la force opposée des mécanismes de défense de négation et de rationalisation. L'influence thérapeutique se situe alors dans un équilibre fragile entre action et réaction.

Dans ces situations de dépendance ou de comportements à modifier, la motivation est un facteur central. Dans une approche plus traditionnelle, pour réussir le traitement, il va de soi que la personne doit être motivée. On le reconnaît par exemple lorsqu'elle accepte l'étiquette d'alcoolique, lorsqu'elle est d'accord avec les soignants et suit fidèlement leurs recommandations. Autrement, elle est jugée « amotivationnelle » et condamnée à l'insuccès.

## Objectifs

Essentiellement centrée sur la personne, cette approche de l'entretien motivationnel a pour objectif central de susciter une motivation intrinsèque qui porte à décider d'agir plutôt qu'une stimulation extérieure provenant des soignants. Nous savons tous comme il est difficile de laisser tomber une habitude, même nocive, comme celle de fumer, de boire ou de se droguer. Nous comprenons aussi qu'il n'est pas simple d'adopter un nouveau régime de vie parce que l'on est diabétique obèse ou asthmatique. C'est le drame de ces personnes dépendantes ou de ces malades qui voudraient bien modifier leur conduite et leur régime de vie, mais n'y arrivent pas ou qui, si elles y parviennent, c'est le plus souvent à la suite de multiples efforts, d'essais répétés et de nombreux échecs.

L'approche de l'entretien motivationnel est différente dans le sens où elle vise un changement important, soutenu par l'action d'une motivation intérieure partant de la personne elle-même et par le dépassement de son ambivalence et de son déni. L'atteinte de cet objectif ne peut se réaliser que par l'instauration au départ d'un partenariat de soins, baigné dans une relation de respect et absente de contrainte.

Lorsqu'il s'agit particulièrement de la personne dépendante, un autre objectif de cette approche et non le moindre, est de lui redonner l'estime de soi que le comportement « d'addiction » et les problèmes qui y sont inhérents lui ont fait perdre. Que ce problème soit lié aux médicaments, à l'alcool, aux drogues, au jeu ou à Internet (blog addiction), ce sujet vit non seulement l'humiliation de ses multiples tentatives d'arrêt avortées, mais il subit en outre la pression de son entourage et la culpabilité qui s'en dégage. En effet, des écarts de son comportement, des problèmes financiers et relationnels qui en découlent, naissent des conflits destructeurs des liens familiaux, mais en même temps dévastateurs sur le plan de l'image et de l'estime de soi.

L'estime que nous nous portons et celui que nous lions à notre sujet dans le regard des autres, surtout dans les yeux des personnes qui nous sont chères, est une source puissante de bonheur et d'énergie. C'est le miracle de la considération positive dont parle Rogers. Elle est le nutriment de notre motivation et de notre action. Il y a un fait indéniable, si nous nous croyons valables, nous nous sentons capables. C'est pourquoi, dans cette approche motivationnelle, il est si important de renforcer l'image de soi des personnes que l'on veut amener à agir pour changer afin d'en arriver à leur redonner la maîtrise de soi et de les remettre en contrôle de leur vie. L'estime de soi étant l'une des nourritures de l'action, le sujet trouvera ainsi plus facilement les moyens d'arriver à changer. Et, si nous voulons que ce changement soit vraiment durable, nous devons l'amener à se convaincre qu'il peut devenir le capitaine de sa propre barque. Autrement, rien n'est gagné.

## Les postulats fondamentaux

- La négation du problème est une réaction à l'attitude confrontante des soignants plutôt qu'un trait de personnalité du malade (théorie de Brehm).
- Elle est postérieure à l'intervention thérapeutique.

- La motivation ne peut s'imposer de l'extérieur.
- La relation thérapeutique qu'instaure l'aidante doit être plus un partenariat de soins qu'une relation d'expert/client.

### Les fondements de cette approche

L'entretien motivationnel retrouve les principes d'autonomie du malade et d'écoute centrée sur la personne où l'empathie rogérienne permet d'instaurer un dialogue ouvert et chaleureux. Ce sont les ingrédients majeurs de la relation d'aide bien connue en soins infirmiers. Nous y retrouvons cette croyance optimiste dans l'homme à l'effet que chacun de nous possède en soi les ressources psychologiques qui lui sont nécessaires pour résoudre ses problèmes et pour évoluer. Et, s'applique aussi ici, cette belle comparaison de Rogers avec le gland d'un chêne qui, disait-il, recèle en lui tout ce qu'il faut pour faire un grand arbre, tout comme il y a dans l'homme ce qu'il faut pour évoluer et grandir. Mais dans les principes qui fondent cette approche, il y a plus. Comme en la plante qui poussée par la nature germe et vient à l'éclosion, en chaque être humain, réside un sentiment profond, une énergie vitale qui l'incite à l'épanouissement. C'est la tendance actualisante de l'approche humaniste rogérienne que l'on retrouve aussi dans l'entretien motivationnel.

Pour que cette force se révèle, entre autres au cours d'un entretien, la personne doit être baignée dans un climat de liberté, que Rogers appelait la non-directivité. Cette manière respectueuse de conduire l'entretien, vise à faire exprimer le sujet sans l'interrompre, sans le juger ni critiquer ses valeurs morales, sociales ou religieuses, sans chercher à mettre de l'avant nos propres idées ou manière de faire et sans orienter son discours. Elle tend essentiellement à lui permettre de suivre son propre cheminement. C'est une approche de confiance dans l'homme, une acceptation inconditionnelle de ce qu'il est et de ce qu'il porte en lui de possibles. Comme soignantes, nous devons souvent nous rappeler cette comparaison, avec le gland d'un chêne. Elle est non seulement belle, mais aussi inspirante, surtout dans les situations où nous éprouvons de la difficulté à accepter certains malades difficiles, dont les valeurs sont loin des nôtres. Cette comparaison peut aussi être évocatrice d'espoir face à ceux dont la volonté flanche et que nous désespérons d'arriver à motiver à changer.

*Comme il y a dans le gland d'un chêne tout ce qu'il faut pour faire un grand arbre, il y a dans l'Homme tout ce qu'il faut pour évoluer vers un mieux-être, un plus grand sens des responsabilités, plus d'autonomie ou de sérénité. Carl Rogers*

L'acceptation que sous-tend cette manière de voir l'autre est elle aussi à sa manière « moteur » d'action. Les psychologues nous disent en substance que c'est à partir du moment où une personne se sent acceptée et comprise, que se réconciliant avec elle-même et retrouvant sa dignité, elle se sent plus heureuse et plus ouverte. Elle n'a plus besoin de se réfugier derrière ses défenses pour justifier ses choix et son comportement; elle se trouve en possession de l'énergie qui lui est nécessaire pour changer.

### Corollaires

- La résistance au changement est une indication d'échec de l'intervention.
- Les stratégies de l'entretien doivent s'adapter au stade de motivation du malade.
- Les personnes ayant fait l'expérience de nombreuses pertes ou échecs éprouvent de la difficulté à percevoir l'espoir comme un mécanisme efficace de survie.

## Les postulats fondamentaux

- L'ambivalence est normale dans ces situations.
- Il appartient au malade de résoudre son ambivalence et non aux soignants.
- Le changement et l'évolution sont intrinsèques à l'être humain
- L'état de « readiness » au changement n'est pas un état stable, mais un produit fluctuant des relations interpersonnelles.

## La motivation

Dans cette approche, son nom l'indique, la motivation est le facteur central. Dans ces situations de dépendance ou de comportements à modifier en vue d'un traitement, cette attitude positive est la base de tout. Dans une manière de faire plus traditionnelle, il va de soi de considérer que pour réussir une intervention thérapeutique, la personne doit être motivée. Nul ne peut nier cette nécessité. Mais dans l'entretien motivationnel, la manière de voir la motivation et de la susciter diffère diamétralement.

En effet, dans une approche interventionniste, on reconnaît la personne motivée à quelques traits particuliers. D'abord, on relie sa motivation au fait qu'elle accepte de porter l'étiquette d'alcoolique. Autrement on ne lui concède aucune volonté de changer et aucune chance de réussir à le faire. Autre condition pour que cette personne soit considérée motivée: elle doit être d'accord avec les soignants et consentir à suivre fidèlement leurs recommandations. Autrement, elle est jugée « amotivationnelle », indigne et condamnée à l'insuccès.

## Principes corollaires

- Avec l'aide de la soignante, la personne doit décider elle-même de changer et trouver les moyens de le faire.
- La persuasion directe n'est pas efficace à résoudre l'ambivalence du malade.
- L'intervenante doit n'être qu'une facilitatrice.

Dans une telle orientation, les situations difficiles prennent un caractère d'affrontement, de « guéguerre » où le malade réfractaire est vu comme un mauvais malade, reflétant aux infirmières l'image de mauvaises soignantes, plutôt que de tout simplement le percevoir comme un partenaire de soins aux prises avec de grandes difficultés. Mais il y a plus. Toute l'attitude de l'aidante et le contenu de son discours sont souvent biaisés dès le départ par sa conviction que la personne est nécessairement obstinée dans sa position de non-motivation à changer et qu'elle se réfugie invariablement derrière ses défenses. Ces idées préconçues au sujet du malade, car ce sont bien là des préjugés, occasionnent quelque chose qui ressemble à l'effet Pygmalion (Vincent Rossignol, 1998) observé en recherche et en éducation. En effet, il a été maintes fois démontré que nos attentes et nos perceptions des autres modifient leurs comportements. Par exemple, en enseignement, si l'enseignante pense qu'un élève est bon, il y a de grandes chances qu'il se révèle à la hauteur de ce qu'elle espère.

Il en est de même pour les soins infirmiers. Si nous voyons les malades de manière positive, capable de réussir à changer, ils le deviennent et si, par ailleurs nous les percevons comme étant non motivés, ils le deviennent également. Il est évident que lorsque la confiance en la personne est



absente au départ et la considération aussi faible, il est difficile de créer avec cette personne un véritable partenariat de soins.

La relation soignante-soigné demeure alors plus ou moins autoritaire et moins motivante. En conséquence, si l'infirmière se positionne dans une relation d'expert à client, si elle tente d'imposer sa volonté de l'extérieur, ses chances d'arriver à susciter le désir de changement sont minces. Pourtant, comme l'explique très clairement Miller, à moins d'un réel désir de changer, à moins que la personne ne voie elle-même la nécessité de le faire, aucune modification ne peut se réaliser (Miller, W. R., 2000, p. 89 - 93). Ainsi, dans cette approche, la motivation prend-elle un visage différent qui nous amène à réaliser qu'elle ne s'impose pas de l'extérieur avec des pressions insistantes ou des menaces. Il nous faut comprendre que notre action, au cours d'un entretien, doit se faire à travers une approche de respect, de considération et de renforcement des valeurs positives exprimées et des comportements adaptés qui sont manifestés. Elle doit viser à stimuler la personne à développer une motivation intérieure qui vient essentiellement d'elle-même, qui est intrinsèque. Ce doit être un levier pour l'action et non pas une béquille.

### La considération positive

C'est comme le nutriment qui aide la personne à accepter sa difficulté, à s'y adapter, à adopter au besoin de nouveaux comportements et à grandir avec cette expérience.

### Le travail avec l'ambivalence et les résistances

Cette approche motivationnelle nous conduit à adopter aussi une opinion très différente de l'ambivalence, de la négation du problème et des résistances du malade à changer. Originellement, on les considérait comme inhérentes à la personnalité du sujet souffrant de dépendance. Mais ici, l'ambivalence est plutôt considérée comme étant normale dans une situation où la personne retire des bénéfices qui lui plaisent et qu'elle hésite à laisser tomber pour un changement encore aléatoire qui l'inquiète. La décision de briser avec cette habitude enracinée, qui est devenue un mode de vie, est en effet extrêmement difficile à prendre. Ce comportement de dépendance ou de non-fidélité au traitement présente certes des inconvénients majeurs, mais il recèle aussi tout un potentiel de satisfactions qui en rendent la cessation problématique.

### La balance décisionnelle

- Méthode de prise de décision utilisant l'image de la balance.
- Concept développé par Janis et Mann (1971) qui permet de communiquer une idée complète de la situation.
- Réalisation : d'un côté sont placés les éléments qui inhibent le changement et de l'autre ceux qui le favorisent.
- Les deux alternatives possèdent des points positifs et négatifs qu'il faut amener la personne à faire ressortir, pour qu'elle examine les deux côtés de la médaille.
- Le souci de vérité ne doit pas faire oublier le risque de trop insister sur les côtés négatifs du changement et les côtés positifs du comportement.

## La réactance psychologique

- « Cette théorie de la réactance de Brehm (1981) explique comment une personne dont la liberté personnelle est réduite ou menacée tend à vouloir retrouver une certaine marge de manœuvre et à défendre le comportement nuisible.
- Paradoxalement, lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées, la désirabilité du comportement nocif augmente pour le client.
- C'est ce que l'on observe lorsque des stratégies d'interventions confrontantes sont utilisées.
- Elles peuvent avoir un effet à court terme sur le comportement de dépendance, mais peu persistant à long terme. » (Miller, Benefield & Tonigan, 1993, in Vincent Rossignol)

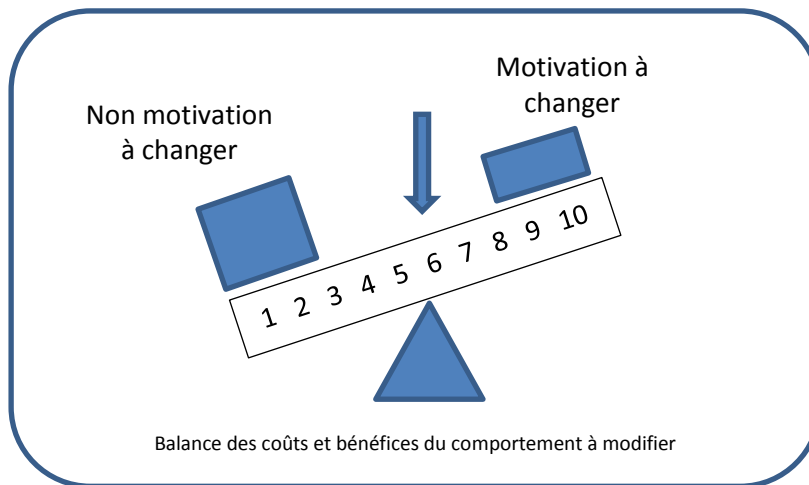
Mais l'ambivalence demeure toujours un problème important dans ces situations, cependant en entretien motivationnel, cette attitude est considérée comme relevant du malade lui-même et non pas des aidants. Il lui appartient de résoudre son ambivalence, mais il doit d'abord en devenir conscient, ce que la technique de la réponse-reflet permet de provoquer. Toutefois le ce point de vue d'en laisser la responsabilité au malade, exige une bonne dose de confiance. Mais partant du principe, que l'évolution est inhérente à l'être humain (comme dans le gland d'un chêne...), il est normal d'espérer et de croire à l'éclosion de la motivation et au développement de la volonté d'agir.

## Le déni, les résistances et la réactance psychologique

D'un autre côté, le déni et les résistances sont plutôt vus, dans cette approche, comme une réaction du malade aux pressions des soignants et seraient même postérieurs à leurs interventions qui se veulent pourtant motivantes. Les auteurs Miller et Rollnick expliquent que c'est là la raison de leur mode d'intervention non directif. Pour eux, c'est un moyen d'éviter ce qu'ils appellent la « **réactance psychologique** », c'est-à-dire, le comportement d'opposition à l'action qui serait déclenché par l'insistance des soignants à les faire changer.

Il est vrai que face à certaines pressions, nous avons tous tendance à développer un comportement contraire à ce que cherchent à nous imposer nos parents ou nos éducateurs. Qui de nous n'a pas fait l'expérience de ces moments d'obstination. Il s'agit là d'une réaction de défense où le sujet désire justifier ce qu'il fait, même s'il sait très bien intérieurement qu'il lui serait profitable de changer. Cet entêtement n'est pas uniquement tourné vers les autres, ou comme on pourrait le croire, contre les soignants, il sert aussi à préserver une certaine image de soi, que l'on craint de voir meurtrir.

Plutôt que l'insistance et la coercition, les auteurs de cette approche motivationnelle suggèrent d'utiliser des stratégies différentes, entre autres, la **balance décisionnelle**. Son application repose d'abord sur une évaluation cognitive de la situation par la personne où l'intervenante amène le malade à faire la part des choses entre les avantages et désavantages de son comportement, de même qu'entre les avantages et désavantages du changement pour lequel elle tente de se motiver. Ce n'est pas nécessairement facile, car le malade a plutôt tendance à ne voir que les inconvénients du changement et que les avantages de son comportement de dépendance ou de sa non-fidélité au traitement. L'infirmière doit donc veiller à conserver un équilibre entre ces deux réalités, afin d'éviter d'enraciner le malade dans ses convictions et de valoriser ainsi l'habitude nocive à éradiquer.



Cette stratégie, par sa logique, son objectivité et sa clarté aide souvent le malade à voir sa situation dans une juste lumière et à se donner la motivation pour évoluer et avec elle, l'énergie pour le faire. Ce n'est donc pas avec des menaces ou en brandissant la peur que l'entretien motivationnel parvient à ses résultats. C'est plutôt par la réflexion sur les désagréments que lui occasionne son agir et sur les avantages éventuels de le changer que le malade trouve en lui la force de se prendre en main. Il est vrai que l'humain est généralement assez intelligent pour comprendre où est son intérêt et ne devrait pas avoir besoin de cette aide, mais comme parfois l'orgueil, la force de l'habitude ou de l'inertie l'emportent, il faut utiliser des stratégies adaptées.

### Règle:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Un autre moyen vient compléter celui qui précède. Il permet d'amener la personne à voir sa situation de manière plus tangible et à s'engager dans un processus de réflexion, c'est la mesure concrète de son état de « readiness » à changer. Pour y procéder, il faut utiliser une règle comportant une échelle de 1 à 10. Cette opération doit se faire dans un dialogue détendu qui favorise l'instauration d'un échange sur la nécessité de la sincérité quant à son auto-évaluation et sur les raisons qui justifient, par exemple un 3 plutôt qu'un 5, ou l'inverse. Une motivation basse peut être soulignée de manière objective, mais ne doit donner lieu à aucun reproche. Il est souvent nécessaire de répéter cette opération et de faire des comparaisons avec les mesures précédentes et de renforcer positivement le progrès.

Il est aussi important de demander au malade quel est pour lui le plus grand empêchement au changement (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: <http://www.niaaa.nih.gov/>).

Chaque personne vit ses difficultés à sa manière et pour pouvoir l'aider, il est nécessaire de bien comprendre la situation, de savoir, entre autres, qu'est-ce que l'alcool, le jeu ou la drogue permet au malade d'oublier ou de se cacher: ses rêves déçus, ses échecs professionnels, ses conflits

familiaux, son peu d'estime de lui-même...? Quel genre de « béquille de vie » constitue pour lui cette habitude?

## Le changement

Cette approche motivationnelle visant le changement, ses principes et ses modes d'action tiennent compte de tous les facteurs qui peuvent l'influencer. En effet, ce processus est complexe; il doit être étudié et bien préparé afin de produire ses effets. Il s'influence ici du modèle de **Prochaska et DiClemente** qui définit clairement les étapes que parcourt un sujet désireux de modifier son comportement, soit pour un traitement, soit pour mettre fin à une dépendance quelconque que ce soit l'alcool, le jeu ou la drogue.

Les phases en sont bien définies plus loin dans ce texte. Il est démontré éloquemment que la personne traverse des périodes ascendantes de motivation, de succès et de maintien des nouveaux comportements adaptés. Mais il démontre également que le sujet peut aussi passer à travers des moments négatifs de rechute. Ce n'est toutefois pas désespéré, puisque dans ce modèle, il est admis qu'il est possible que les étapes de succès puissent être suivies par des étapes de retour à la position de départ et au recommencement du parcours de changement. Ces retours en arrière ne sont pas inévitables, mais nous savons qu'ils sont fréquents. Il est alors plus réaliste de les prévoir et de les accepter, non pas comme une faillite des soins et de la relation, mais plutôt comme une difficulté supplémentaire à surmonter. Devant une telle éventualité, il est facile de nous culpabiliser en pensant que nous aurions dû faire autrement ou davantage. « L'autoflagellation » n'apporte jamais rien, au surplus, dans cette approche, le changement dépend du malade et l'entretien motivationnel vise précisément à le responsabiliser afin qu'il devienne le gestionnaire de sa propre vie, plutôt que d'en remettre la charge aux soignants.

### Les étapes du changement : modèle de Prochaska et DiClemente

- Pré-contemplation : phase précédant l'idée de changer où la personne ne perçoit aucun besoin de modifier son comportement.
- Contemplation : phase de prise de conscience du problème qui coïncide avec le développement d'un sentiment d'ambivalence au regard du changement.
- Détermination à changer : phase d'orientation vers la réduction de l'ambivalence et le désir de changer.
- Action : phase où la personne adopte des moyens pour changer.
- Maintien : phase de persévérance de la personne dans son désir de changer et dans l'adoption des mesures nécessaires à une action à long terme.
- Rechute possible : phase où la personne retombe dans ses habitudes antérieures et doit recommencer le processus de changement.

Dans les soins, il est fréquent de trouver des personnes dépendantes ou des malades qui doivent modifier leur comportement quand ce n'est pas leur vie et qui s'imaginent pouvoir demeurer passives. Elles pensent alors que l'infirmière, le médecin ou la travailleuse sociale vont tout arranger. Mais nous savons très bien que cela ne fonctionne pas, de là, la force de l'entretien motivationnel qui laisse toute l'avant-scène à l'intéressé principal, le malade.

Le modèle de Prochaska et DiClemente que cette approche propose, a aussi l'avantage non seulement d'être clair, mais également de nous montrer que le temps précédant la décision de

changer, c'est-à-dire le moment de l'ambivalence et de son cortège de projections et de déni, est normal et peut-être même souhaitable. C'est ce que les auteurs appellent ici le moment de la contemplation du changement, moment où la personne pèse les « pour » et les « contre », le moment où elle oscille entre décision et refus. C'est un peu comme un temps de maturation de la décision. Ainsi, l'ambivalence n'est plus vue comme un fléau navrant, mais plutôt comme une étape du processus de changement.

Ce modèle intègre aussi l'échec comme partie intégrante de ce mouvement vers d'autres habitudes, ce qui en fait un exemple pragmatique, bien en lien avec la réalité. En effet, il ne faut pas croire qu'il suffit de mettre en branle une procédure d'évolution personnelle avec le malade, pour que d'un coup de baguette magique, débute et s'instaure le changement. Malheureusement, c'est plutôt un combat que mène la personne avec des victoires pour certaines batailles, mais aussi des échecs prévisibles pour d'autres.

Mais ce ne sont pas les seuls aspects à considérer dans le processus de changement. Tout le déroulement de ce mécanisme complexe doit être scruté avec attention en tenant compte des facteurs internes, mais aussi externes qui l'influencent afin d'en tenir compte pour en tirer le meilleur parti possible et d'éviter certains pièges. Le tableau ci-joint illustre combien le changement est lié, comme nous l'avons déjà vu, à des facteurs de perception de soi du sujet et de ses capacités, mais aussi à la mise en place d'un processus précis et volontaire, où la personne émet clairement sa volonté de changer, détermine les moyens, l'agenda à suivre et on peut même ajouter, en respecte le calendrier.

### Les facteurs qui influencent le changement

- La perception de la personne d'un besoin de changement en raison de la distance entre sa souffrance présente et une possible amélioration.
- La croyance que le changement est possible et que ses avantages peuvent se manifester dans un délai raisonnable.
- La conviction de la personne qu'elle est capable de changer (aussi chez la soignante)
- L'identification par la personne de moyens précis pour y arriver et d'un agenda bien déterminé.
- La motivation à l'autoprotection.
- L'expression de sa volonté de changer.

### Les facteurs externes

Bien sûr que dans la bonne marche de ce déroulement les facteurs internes sont primordiaux, mais il ne faut pas non plus complètement mettre de côté les facteurs externes qui le facilitent et en maintiennent la persistance. Parmi eux, l'influence de la famille est déterminante de même que celle des proches, parents, amis et collègues de travail. Ils peuvent tout aussi bien en assurer le succès, qu'en favoriser l'échec. Il arrive souvent que la motivation chancelante du sujet qui veut s'amender soit desservie par l'entourage. Il suffit d'attitudes négatives, de l'expression de doutes, de commentaires de jugement, d'attentes trop grandes, trop rapides, des personnes du milieu, pour qu'il perde sa confiance en ses possibilités et sa motivation. De ceci se dégage la nécessité de faire de la famille une alliée, de créer avec elle aussi un partenariat de soins, au même chef qu'avec que le malade.

### Les facteurs externes de changement

- Une famille aimante soutient le sujet.
- Des amis qui n'ont pas une influence négative d'entraînement à faire perdurer le comportement.
- Des personnes qui offrent un modèle positif de vie active, sans comportement d'addiction.
- Un travail valorisant.

### Attitudes à privilégier

- Adopter une approche ouverte à l'autre, centrée sur la personne.
- Respecter sa liberté de choix et son autonomie.
- Manifester une acceptation inconditionnelle de son ambivalence, de son déni et de ses résistances.
- Faire preuve d'empathie.
- Voir la personne comme un partenaire de soins et non comme un adversaire à vaincre.
- Éviter tout jugement, argumentation, affrontement ou pression qui risquent de porter la personne à se défendre ses agissements. (réactance psychologique de Brehm)

### Une approche composite

Cette approche de l'entretien motivationnel réunit plusieurs caractéristiques qui lui sont propres, mais aussi d'autres provenant de diverses orientations des sciences du comportement. C'est une approche éclectique. En effet, en plus de ses bases rogériennes de non-directivité, de non-jugement, d'empathie et de considération positive, elle nous conduit à une multitude d'interventions très diverses dont certaines sont empruntées à des approches telles que celle d'Egan avec l'accent sur la capacité de résolution de problème; celle de la Programmation Neuro-linguistique (PNL) avec sa manière de considérer l'échec plutôt comme un feed-back, une information sur l'agir, plutôt que comme une faillite; celle de Festinger surtout connue en éducation pour ce qui est de la « dissonance cognitive » plaçant la personne dans un état d'insécurité intellectuelle lorsqu'elle se trouve entre une situation connue et une autre qu'elle pressent, mais qui ne lui est pas encore très familière. C'est en l'occurrence, la situation avec les personnes ambivalentes jonglant entre décision et refus de changer; celle du behaviorisme avec le renforcement positif des qualités et des comportements adaptés de la personne et avec tout l'aspect concret, rationnel de ses éléments théoriques, de même que la mise en place de moyens pragmatiques.

### Attitudes à privilégier

- Chercher à comprendre son cadre de référence.
- Un comportement indésirable n'existe pas de manière isolée.
- Faire une évaluation objective de la situation.
- Renforcer positivement la compétence de la personne à se prendre en main et à résoudre ses problèmes (considération positive)
- Mettre en évidence la dissonance cognitive (contradiction) entre ses aspirations, ses valeurs et son agir par une confrontation douce qui relève l'irréalisme de la conduite (surtout à un stade plus avancé de motivation)
- Susciter des commentaires favorables au changement de la part du client lui-même.

Mais il ne faut pas non plus oublier l'influence dans cette approche, de celle de Gordon, avec l'apologie de la communication « sans gagnant ni perdant ». En effet, dans cette vision de l'entretien motivationnel et des interventions thérapeutiques qui l'accompagnent, la personne est libre de changer et ne subit pas l'autoritarisme triomphant des intervenants. Soignants et soignés sont placés sur le même pied. Cette manière éclectique de considérer l'action de l'intervenante au cours d'un entretien s'adapte bien aux soins infirmiers où l'on considère le malade comme un être autonome. De plus, la notion « d'empowerment » qui se popularise et tend à rétablir cet équilibre soignant-soigné et à redonner du pouvoir au malade, trouve là une application exemplaire.

### Attitudes à privilégier

- L'inviter à sérieusement considérer le changement.
- Aborder les côtés positifs et négatifs du changement.
- Ne pas se laisser arrêter par la résistance, « Rouler » avec les objections, c'est-à-dire toujours demeurer du côté du client.
- Renforcer positivement toute expression de la reconnaissance du problème.
- Aider la personne à identifier des moyens de changer et d'éviter les rechutes.

### Les forces et difficultés de certaines stratégies d'entretien

Pour donner les résultats attendus, le déroulement de l'entretien conduit à choisir des techniques et stratégies facilitantes qui permettent d'appliquer ses principes. Certaines de ces stratégies sont plus courantes et faciles d'application, mais d'autres sont plus difficiles à l'usage. L'une d'elles est par exemple, l'acceptation inconditionnelle d'une personne dont les valeurs et parfois même les manières diffèrent beaucoup des nôtres ou encore qui nous fait vertement savoir qu'elle n'est pas du tout intéressée à ce que nous disons et encore moins à changer. Il nous arrive alors de ressentir de la non-acceptation, si ce n'est du rejet pour une telle personne. Pourtant, l'acceptation est la clé du succès et la seule. Sans cela, la relation se coupe et notre pouvoir d'intervention s'évanouit. Pour nous aider à nous ouvrir à de tels malades et nous motiver à les accepter, nous pouvons penser à ce qu'ils ont déjà été, avant leurs difficultés de dépendance et à ce qu'ils peuvent devenir avec l'influence d'une action bien menée. Nous pouvons aussi les considérer dans leur dignité d'être humain, toujours présente en dépit de la déchéance. Ce n'est pas magique, mais cela peut être aidant.

Une autre difficulté d'application de cette stratégie de l'entretien motivationnel, est l'attention à la **réactance psychologique** de la personne. Cela peut paraître simple, mais ce n'est pourtant pas si facile d'éviter tout comportement d'opposition à ce que dit ou fait le malade, c'est-à-dire de « *rouler avec ses objections* » et quoiqu'il arrive, de ne jamais s'en faire un ennemi. Que ce soit devant son apathie, ses expressions faciales de rejet, de dégoût, de ressentiment ou ses paroles parfois cinglantes, il faut faire abstraction de nos propres réactions de frustration et même de colère, pour adopter une attitude souple et demeurer, malgré tout, ouverte et prête à poursuivre l'entretien. Cela demande beaucoup de maîtrise de soi et une grande conviction que le maintien du contact avec le malade demeure la meilleure voie du succès.

Autre stratégie parfois périlleuse, la « **balance décisionnelle** » où il nous faut aborder les côtés positifs et négatifs du problème, tout autant que les côtés positifs et négatifs du changement, sans pour autant renforcer les aspects agréables de la dépendance ou les aspects désagréables de la modification de la conduite. Ce n'est pas nécessairement aisé et demande une bonne pratique de

cette stratégie. Il nous faut demeurer vigilant, car le malade peut avoir la finesse de trouver la faille dans notre argumentation et en tirer parti pour prendre le contrepied de ce que nous disons et se convaincre du contraire.

### Les techniques d'entretien à privilégier

Faire un entretien est un art que l'infirmière doit bien maîtriser. C'est un acte professionnel qui présente des exigences relationnelles, organisationnelles et même légales. Et, l'entretien motivationnel possède en plus, des impératifs qui lui sont propres.

### Les techniques d'entretien retenues

- La reconnaissance des capacités de la personne.
- L'établissement, avec elle, d'un répertoire de ses réalisations antérieures dans quelque domaine que ce soit et s'en servir comme modèle pour prouver sa compétence à agir.
- La communication de l'espoir d'un mieux-être.
- L'évaluation de sa motivation sur une échelle de 1 à 10. Lui demander d'expliquer la raison du choix de ce degré d'évaluation.
- Pratique de l'écoute réflexive : faire des réponses-reflets à ce qu'exprime le malade.
- Utilisation de questions ouvertes de diverses natures.
- Expression d'affirmations motivantes.
- Fréquentes synthèses de ce qui est exprimé.
- Application de la balance coût/bénéfice (réévaluation cognitive de la situation)

Parmi ces stratégies, retenons entre autres, l'établissement avec la personne d'un **répertoire de ses réalisations antérieures**, par exemple l'obtention d'un diplôme prestigieux, d'un poste intéressant, la mise sur pied de projets quelconques ou l'établissement de relations humaines fructueuses. Il s'agit là, encore une fois, de moyens de la valoriser, de l'amener à se voir de manière positive et de susciter son estime d'elle-même. Mais cette stratégie va plus loin, puisqu'il faut ensuite évoquer avec elle le sentiment de satisfaction et de réussite qui s'en dégage et s'en servir pour la convaincre que si elle a déjà réussi dans certains domaines, à certains moments, de sa vie, elle peut encore le faire pour modifier son comportement.

L'utilisation de la question ouverte est une autre stratégie à privilégier. En soins infirmier nous procédons régulièrement à la collecte de données auprès des malades, mais malheureusement nous posons beaucoup de questions fermées conduisant à des réponses par oui ou par non ou encore par des répliques minimales. C'est en soi une stratégie directive qui limite le malade à un couloir étroit d'expression et ne lui permet pas réellement de dire ses émotions et sentiments. C'est une habitude à développer que de poser des questions largement ouvertes qui permettent à la personne de révéler ce qu'elle pense et ressent. Une intervention relationnelle comme celle-ci suppose une grande liberté d'expression que la pratique de la question ouverte peut grandement favoriser.

### Quelques questions ouvertes, fermées, combinées

- Est-ce que vous aimeriez voir votre vie changer? (f)
- Parlez-moi de votre souffrance. (o)



- Est-ce que vous aimeriez être aidé? (f) Si non, pourquoi? Si oui, comment puis-je vous aider? (c)
- Quelles sont les choses positives dans votre vie? Les choses négatives? (o)
- Si vous pouviez changer votre vie, comment serait-elle? (o)
- Quels avantages tirez-vous de ce comportement? (manque d'exercice, non fidélité au régime, dépendance à la cigarette, à l'alcool, à la drogue. (o)
- Quels sont les désavantages? (o)
- Que perdriez-vous en changeant? Que gagneriez-vous? (o)
- Est-ce que vous avez déjà tenté de changer? Que s'est-il passé? Comment vivez-vous cette situation? (c)
- Que désirez-vous faire maintenant? (o)

Les questions fermées demeurent certes encore utiles pour recueillir des informations très précises du genre « Combien avez-vous d'enfants? » ou « Depuis combien de temps êtes-vous à l'hôpital? » La réponse ne se fait pas exclusivement par oui ou par non, mais elle ne donne lieu à aucun développement et ne se prête pas plus à l'expression des ressentis. Somme toute, c'est le bon équilibre entre les questions fermées pragmatiques lorsqu'elles sont nécessaires et les questions ouvertes beaucoup plus productives, qui fait la qualité d'un entretien. Les questions fermées apportent des informations, mais les questions ouvertes créent, en même temps qu'elles informent, un climat de liberté et de respect bénéfique à la relation.

La pratique de la question ouverte demande une petite gymnastique intellectuelle assez facile à maîtriser. Les questions qui débutent par « Comment, dites-moi, racontez-moi, que pensez-vous de...? » Sont des questions ouvertes. Mais les verbes avec inversion du pronom comme « Avez-vous bien dormi? Ou les questions commençant par « Est-ce que... par exemple « Est-ce que votre femme est au courant? » Sont potentiellement fermées puisque la personne peut, si elle le désire, répondre par un oui ou par un non. Certaines questions sont par ailleurs combinées, c'est-à-dire qu'elles s'amorcent par une question fermée et se complètent par une question ouverte.

### L'écoute réflexive

Mais l'outil de prédilection des échanges dans cette approche non directive est *l'écoute réflexive*. Tout comme en relation d'aide, c'est la présentation en miroir, au malade, de ce qu'il nous communique de ses pensées, de ses opinions, de ses craintes et de ses sentiments par la réponse-reflet. Par ce moyen, la personne peut s'exprimer en toute liberté et en même temps recevoir une image de ce qu'elle est avec ses incompréhensions, ses blocages et ses réactions ambivalentes comme avec ses possibilités et ses forces. Ainsi, l'écoute réflexive est une stratégie qui favorise la connaissance de soi et la réflexion sur soi qui sont susceptibles de conduire la personne à l'autocritique et à la volonté de changer.

- C'est une écoute tournée vers l'autre, qui évite l'expression de jugements ou d'opinion de la part de la soignante. Elle utilise la réponse-reflet et permet à la personne de s'exprimer librement et de se sentir compris et considéré.
- Plusieurs types de reflets sont possibles :
  - La réitération qui est la répétition de tout ou en partie de la phrase dite par le malade. Cela permet de montrer que nous sommes à son écoute.
  - La reformulation qui est un reflet un peu plus complexe des opinions ou expressions du malade dans les propres termes de la soignante. Elle permet de vérifier notre

compréhension du problème : « Ce que vous me dites me fait comprendre que vous vous pensez incapable de ...»

- Le reflet double qui consiste à refléter les 2 côtés de l'ambivalence. Ex : « Si je comprends bien, d'une part vous désirez changer, mais d'autre part vous hésitez à laisser tomber vos amis.» (Miller et Rollnick)
- Le reflet amplifié consiste à exagérer ou à minimiser ce qui est dit afin de provoquer une réaction et une évaluation plus précise. Ex : Malade : « Je ne peux nier que l'alcool m'apporte une sensation que j'aime bien.» Soignante : «Le fait de boire vous apporte la plus grande sensation que vous puissiez ressentir?» (Miller et Rollnick)
- Le reflet de sentiment aide à faire prendre conscience des sentiments vécus. Ex : Vos paroles me font penser que vous êtes en colère contre vous-même!
- Le reflet-élucidation permet de faire émerger des sentiments plus profonds. Ex : «Vous me corrigerez si je me trompe, mais il me semble saisir un sentiment de culpabilité dans vos paroles».

Ces outils puissants de l'écoute non directive et de l'ouverture à l'autre peuvent dans certains cas suffire à disposer favorablement la personne et à la motiver au changement. C'est très appréciable, par exemple, pour inciter un diabétique à suivre son traitement ou une personne dépendante de l'alcool à modifier son comportement. Cependant, l'écoute réflexive va un peu plus loin qu'une simple écoute passive, elle devient elle-même intervention.

Dans cette approche motivationnelle, elle prend d'ailleurs un visage un peu différent. Elle comporte les mêmes niveaux que l'écoute réflexive propre à la relation d'aide, mais y ajoute deux niveaux supplémentaires. Il y a d'abord le reflet double qui vient compléter la **balance décisionnelle du comportement** en reflétant les côtés positifs et négatifs de la situation et s'ajoute aussi le **reflet amplifié** qui sert à grossir ou à minimiser un comportement ou une situation. Il vise à provoquer une réaction chez la personne.

Ces stratégies d'écoute réflexive ne sont pas toujours simples à employer, mais une formation adaptée peut facilement y remédier. Ce sont des moyens efficaces en cours d'entretien avec le malade que l'on veut motiver à son traitement ou à modifier son comportement.

De toute manière, une écoute attentive est toujours à la base de toute intervention relationnelle avec le malade. L'entretien motivationnel ne fait pas exception. Et, le précepte qui veut que si on ne sait pas quoi faire dans une situation relationnelle, qu'il s'agisse de relation d'aide ou d'une autre approche, nous n'avons qu'à écouter le malade et ce que nous entendons et observons, nous aide alors à comprendre la situation et à mieux saisir le sens de l'intervention à mettre en place.

Si vous ne savez pas quoi faire, écoutez le malade, il vous renseignera. Miller et Rollnick

### Les pièges à éviter

- Adopter une attitude d'experte.
- Poser de nombreuses questions fermées.
- Se montrer directement confrontante.
- Considérer l'ambivalence comme un trait essentiel de la personne dépendante.
- Focaliser uniquement sur son problème.

- Énoncer des jugements, apposer des étiquettes : «Vous êtes dépendant de ...», «Vous manquez de volonté».
- Proposer des solutions toutes faites, donner des ordres : «Vous devez changer!»
- Émettre des propos menaçants : «Si vous continuez vous perdrez votre travail, votre épouse...». Il le sait déjà.

Toute intervention auprès des malades impliquant les relations humaines, l'orientation vers un changement de comportement ou l'adhésion à un traitement, comporte des risques pas toujours évidents, mais bien présents, de maladresse ou de directivité. Plusieurs de ces pièges ont déjà été évoqués dans ce texte, mais quelques-uns d'entre eux méritent que l'on s'y arrête.

Par exemple, devant les objections que pose la personne, la tentation peut être grande de la confronter durement à son illogisme ou à son inconscience. Nous venons de voir comme cette attitude est peu constructive et même destructrice de la relation et du partenariat avec le malade et demeure à bannir dans cette approche. Mais une confrontation douce peut dans certaines occasions se révéler utile. Si elle est faite dans le véritable intérêt du malade, si elle est bien enracinée dans l'empathie et surtout si elle utilise l'humour, elle peut certes être adaptée. Mais son utilisation devrait aussi être surtout réservée au moment où la personne manifeste déjà une bonne motivation. Cependant, quelles que soient les circonstances, il nous faut retenir que la confrontation ne doit jamais se faire sans ménagement.

Un autre élément à éviter est de se centrer uniquement sur le problème de non-fidélité au traitement ou de dépendance à une quelconque substance ou au jeu. Par exemple, certaines interventions auprès des alcooliques sont une illustration patente de cette attitude où à chaque rencontre, il est demandé à l'intervenante de s'enquérir si la personne a bu au cours de l'intervalle entre les entretiens, combien elle a consommé, et si elle est consciente des répercussions de son comportement sur sa santé et sur sa famille. Ces points ne sont pas négligeables, il est vrai, mais il ne faut pas en faire une ritournelle, sans cesse répétée. À force de l'entendre, le malade devient totalement imperméable, complètement non motivé, il se ferme et refuse de s'exprimer et de s'engager. Ses opinions, ses pensées, ses insights à son propre sujet, ses aspirations ou ses rêves sont ignorés. Tout son univers ne tourne qu'autour d'un verre. Il arrive alors que cette personne s'enlise au lieu de s'en sortir. Ces rencontres n'ont rien de conviviales et ne ressemblent en rien à des entretiens entre des partenaires de soins.

Elles veulent provoquer une prise conscience, mais causent plutôt le découragement et la résistance. Il faut nous rappeler que l'être humain est plus que ses comportements, si nocifs soient-ils, qu'il est plus que ses problèmes et que sa dépendance n'est qu'une facette de lui-même. Il recèle bien d'autres richesses à exploiter.

Une des conditions du succès des entretiens motivationnel est qu'ils sont agréables et baignés d'un climat de douceur, d'intérêt pour la personne et favorables à la réflexion et à l'auto-évaluation. On n'attire pas les mouches avec du fiel, mais plutôt avec du miel. C'est aussi vrai pour les relations humaines et surtout lorsqu'on désire motiver la personne à prendre une décision aussi engageante et difficile que celle de cesser de boire, de se droguer, de recourir au jeu, à l'ordinateur de manière compulsive (blog addict) ou d'adopter un traitement difficile à accepter.

Il est peut-être utile de souligner que des recherches récentes ont mis en évidence que les habitudes de dépendance et, sans que nous y portions attention, beaucoup de nos comportements, sont reliés dans notre cerveau, au noyau acumbens, carrefour du plaisir chez l'être humain. Ce qui justifie certains philosophes de dire que l'homme est une bête de plaisir. Ce noyau réagit par la libération de dopamine et provoque un état délicieux et une très forte attirance pour sa recherche et sa répétition. Ce serait le centre de la dépendance. Il est stimulé par le plaisir et par la nouveauté. Sans être spécialiste de la neurologie, nous pouvons penser que si nous désirons lutter contre certains comportements d'addiction ou de non-fidélité au traitement, il serait peut-être logique de passer par les mêmes voies, c'est-à-dire par la création d'un climat d'acceptation et de plaisir.

## Bibliographie

André, Christophe (2006). *Imparfaits, libres et heureux. Pratique de l'estime de soi*. Odile Jacob, p. 52.

Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.

Chalvin, Dominique (1992). *L'affirmation de soi*. Paris, ESF.

Cornet, Virginie et Philippe Auriol (1995). *Le parler vrai*. Paris, ESF.

De Saint-Paul, Josianne et Sylvie Tenenbaum (2005). *L'esprit de la magie - La Programmation Neuro-Linguistique*, InterEditions.

Gordon Thomas (2003). *Relations efficaces*. Montréal, Le Jour.

Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in the service of health promotion. *Art of Health Promotion in American Journal of Health Promotion*, 18(3), 1-10.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Miller, W. R. (2000). Motivational enhancement therapy: Description of counseling approach. In J. J. Boren, L. S. Onken, & K. M. Carroll (Eds.), *Approaches to drug abuse counseling* (pp. 89 - 93). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

Rogers, Carl (1972). *Le développement de la personne*. Paris, Dunod.

Phaneuf, Margot (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal, Chenelière/McGrawHill.

Rossignol, Vincent. L'entrevue motivationnelle une approche novatrice de la toxicomanie. <http://pages.infinet.net/rossigno/webdoc9.htm>

## Annexe 5 - Protocole d'analyse du comportement dommageable résultant d'une consommation

### Étape 1 - Analyse de votre comportement et analyse de solutions

Suite à un geste dommageable (suicidaire, agressant, menaçant, consommation de drogue/alcool, trouble alimentaire, etc.) survenu lors de votre hospitalisation ou en lien avec celle-ci, il vous sera demandé de vous retirer à votre chambre, et ce, *jusqu'à la reprise de votre contrôle (retour au calme) pour 1 heure minimum*.

Vous sera remis un *questionnaire* que vous devrez remplir *seul*, du mieux que vous le pouvez. Concentrez-vous sur vos propres pensées.

Vos privilèges de suivi individuel se limiteront à l'évaluation de votre état mental ou de dangerosité jusqu'à votre rencontre avec votre intervenant où il sera question de ce protocole uniquement.

### Étape 2 - Retour en entrevue individuelle

Vous devez apporter votre questionnaire rempli pour pouvoir obtenir votre prochaine rencontre individuelle.

Durant cette *prochaine rencontre individuelle* avec votre intervenant, vous devrez lire ce questionnaire et vos réponses et une discussion sera faite sur votre analyse.

### Étape 3 – Réparation

Pour *réparer* les effets négatifs de votre comportement, vous devrez appliquer les solutions que vous aurez identifiées dans ce questionnaire.

#### QUESTIONNAIRE D'ANALYSE DU COMPORTEMENT DOMMAGEABLE

##### A) Description du comportement

1. Quel type de geste avez-vous fait? Encerclez la lettre correspondante.

- a) Comportement fait pour me soulager de mon malaise (geste para-suicidaire)
- b) Comportement fait avec l'idée de mourir (geste suicidaire)
- c) Agression d'un individu ou de l'environnement (geste hétéro-agressif)
- d) Un autre type de geste impulsif ou agressant (dépenses excessives, consommation de drogue, consommation d'alcool, prise de médicaments plus que prescrits, prise d'une grande quantité de nourriture, ...)

2. Expliquez ce que vous faites de dommageable (déroulement, étape de ce qui s'est passé)?

---

---

---

---

---

3. Quel(s) objet(s) avez-vous utilisé(s)?

---

---

4. Où cela s'est-il passé?

---

---

5. Quand cela s'est-il passé? (Jour et heure)

---

---

6. Qui d'autre était présent?

---

---

## B) Antécédents

1. Que s'est-il passé avant que vous posiez ce geste?

(Exemples : déception, contrariété, appel téléphonique, mauvaise nouvelle, rencontre avec quelqu'un...)

---

---

---

---

2. À quoi pensiez-vous avant de poser ce geste?

---

---

---

3. Comment vous sentiez-vous (dans vos émotions) avant de poser ce geste?

---

---

---

4. Aviez-vous des malaises physiques avant de poser ce geste ?

(Exemples : engourdissements, mal de tête, palpitations, sueurs froides, perte d'appétit, perte de sommeil, envie de vomir...) Si oui, lesquels?

---

---

---

---

### C) Conséquences

1. Comment vous sentiez-vous (dans vos émotions) après avoir posé ce geste?

---

---

---

2. À quoi avez-vous pensé après avoir posé ce geste?

---

---

---

3. Qu'avez-vous fait après avoir posé ce geste?

---

---

---

4. S'il y avait d'autres personnes avec vous, quelles ont été leurs réactions et les conséquences de votre geste sur ces personnes?

---

---

---

---

5. Quelles sont les conséquences du geste que vous avez posé sur les objets qui vous entourent? (Exemples : bris de matériel, perte de biens...)

---

---

---

---

6. Quelles sont les conséquences du geste que vous avez posé sur vous-mêmes?

---

---

---

---

### D) Analyse des solutions

1. Qu'avez-vous fait pour prévenir ce geste?

(Exemples : moyens personnels pour diminuer votre malaise ou trucs appris)

---

---

---

---

---

2. Qu'est-ce qui vous a aidé à ne pas poser tout de suite ce geste? (Trucs, moyens)

---

---

---

---

3. Quels trucs ou moyens ont peu ou pas fonctionné?

---

---

---

---

4. Qu'auriez-vous pu faire d'autre pour vous aider à ne pas poser ce geste dommageable?

---

---

---

---

5. Qu'est-ce qui vous a empêché d'utiliser les trucs ou moyens que vous venez d'identifier à la question 4?

---

---

---

---

## E) Réparation

Vous avez la responsabilité de réparer les effets négatifs que votre comportement a entraînés à vous-mêmes, à vos amis, à des membres du personnel, à des membres de votre famille ou à toute autre personne.

1. Après de qui comptez-vous réparer ?

---

---

---

---

2. Que ferez-vous pour réparer ?

---

---

---

---



## Partenaires

	<p>CSSSG - Hôpital Pierre-Janet, Gatineau, Québec, Canada. <a href="http://www.csssgatineau.qc.ca">www.csssgatineau.qc.ca</a></p>
 <p>Institut universitaire en santé mentale de Québec</p>	<p>Institut Universitaire en santé mentale de Québec, Canada. <a href="http://www.institutsmq.qc.ca/enseignement/repertoire-guides-cliniques-pti-sante-mentale/index.html">http://www.institutsmq.qc.ca/enseignement/repertoire-guides-cliniques-pti-sante-mentale/index.html</a></p>
 <p>Hôpital Louis-H. Lafontaine Financé par l'État</p>	<p>Institut Universitaire en santé mentale de Montréal, Canada. <a href="http://www.iusmm.ca/">http://www.iusmm.ca/</a></p>
 <p>Hôpital Rivière-des-Prairies Centre hospitalier de soins psychiatriques</p>	<p>Hôpital Rivière-des-Prairies. Centre hospitalier de soins psychiatriques, Canada. <a href="http://hrdp.qc.ca/">http://hrdp.qc.ca/</a></p>
 <p>Institut Philippe-Pinel de Montréal</p>	<p>Institut Philippe-Pinel de Montréal, Canada. <a href="https://www.pinel.qc.ca/">https://www.pinel.qc.ca/</a></p>
 <p>Centre de santé et de services sociaux de Gatineau</p>	<p>Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, Canada. <a href="http://www.csssgatineau.qc.ca/en/home/">http://www.csssgatineau.qc.ca/en/home/</a></p>
	<p>Action pour la protection et la promotion des Journalistes en Afrique (APROJA), Kintambo, Kinshasa, République Démocratique du Congo</p>
 <p>millennia2025 Foundation WeObservatory</p>	<p>WeObservatory de la Fondation Millennia2025 Femmes et Innovation, Suisse. <a href="http://www.millennia2015.org/WeObservatory">http://www.millennia2015.org/WeObservatory</a></p>
 <p>connecting nurses</p>	<p>Projet Connecting Nurses, France. <a href="http://www.connecting-nurses.com">www.connecting-nurses.com</a></p>