

**Trousse d'outils et feuille
de route sur le dépistage
précoce et les interventions
brèves à l'intention des
travailleurs communautaires
du PNLAADA/PNLASJ**



TABLE DES MATIÈRES

But	3
Dépistage précoce & Interventions brèves	4
Objectifs globaux des Interventions brèves	7
Processus de base des Interventions brèves	9
1: Dépistage	9
2: Séance d'ouverture	9
3: Établir les objectifs de traitement	10
4: Séances ultérieures	10
5: Stratégies d'entretien	10
6: Mettre fin aux séances d'interventions brèves (mettre fin au traitement)	11
7: Suivi	11
Éléments clés des interventions brèves	12
Bref survol sur le dépistage	14
Choisir un outil de dépistage approprié	16
Interventions brèves	20
Prise en compte du client et du contexte	20
Trouble de Stress post-traumatique complexe	23
Que se passe-t-il pendant le traitement	24
Entretien motivationnel	25
Connaissances & compétences essentielles pour votre boîte à outils de Counseling	32
Évaluer l'importance, la confiance et la réceptivité	36
Suis-je sur la bonne voie?	39
Développer de l'empathie	40
EQ – Empty Your Wallet (videz votre porte-monnaie)	41
Développer vos compétences en techniques d'entretien	42
Mise en pratique de l'intervention brève – outils & ressources	45
Ressources documentaires	45
Vidéos	46
Sources bibliographiques et références supplémentaires connexes	47
Notes de fin de texte	49

But

Cette trousse a pour objectif de mettre à la disposition de l'ensemble des prestataires de services communautaires du PNLAADA/PNLASJ les principes clés du dépistage précoce et des interventions brèves. À l'aide des principes des interventions brèves et de ceux de l'entretien motivationnel, plus particulièrement, cette trousse offrira des descriptions et des exemples pragmatiques et interactifs en matière d'intervention auprès de clients ayant un problème d'alcool ou de drogues.

Cette trousse d'outils répond aux besoins systémiques ayant trait aux stratégies pratiques et culturellement pertinentes, tel que souligné dans le document Honorer nos forces: Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada¹. Le Cadre décrit un système de services et de soutiens intégrés, culturellement pertinents et axés sur la clientèle conçu pour s'attaquer aux questions liées à la toxicomanie chez les Premières Nations. Les projets actuels, dont cette trousse d'outils, ont été développés sur la base des évaluations des besoins régionaux, des rapports de recherche, des ateliers régionaux, de la rétroaction recueillie du site Web, ainsi qu'à partir d'autres sources de renseignements clés sur le renouvellement. L'objectif principal de cette trousse, tel qu'il est suggéré dans le Cadre, est de cerner des pratiques prometteuses qui appuieront la conception d'outils permettant d'améliorer et de renforcer la prestation de service et l'élaboration de programmes aux niveaux communautaire, régional et national et au sein de différents secteurs de compétence connexes.

Les éléments de soins du Cadre renouvelé tiennent compte du fait que le dépistage précoce et les interventions brèves sont cruciaux lorsqu'ils ont lieu à des moments précis dans le continuum des soins. Les éléments de soins sont des services définis sur un continuum de soins qui, pris

ensemble, constituent une vision pour un continuum uniforme et global des soins dans le système du PNLAADA / PNLASJ. Des six éléments de soins examinés dans le Cadre, un s'avère pertinent dans la présente discussion :

Élément 2 – Dépistage précoce, interventions brèves et soins de suivi

- Dépistage précoce
- Interventions brèves
- Renvoi
- Évaluation des risques et soutien de prétraitement
- Suivi

Cette trousse a pour objectif de mettre à la disposition de l'ensemble des prestataires de services communautaires du PNLAADA/PNLASJ les principes clés du dépistage précoce et des interventions brèves. À l'aide des principes des interventions brèves et de ceux de l'entretien motivationnel, plus particulièrement, cette trousse offrira des descriptions et des exemples pragmatiques et interactifs en matière d'intervention auprès de clients ayant un problème d'alcool ou de drogues.

¹ Santé Canada, Honorer nos forces: Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada (Ottawa : Santé Canada, 2011)

Dépistage précoce et interventions brèves

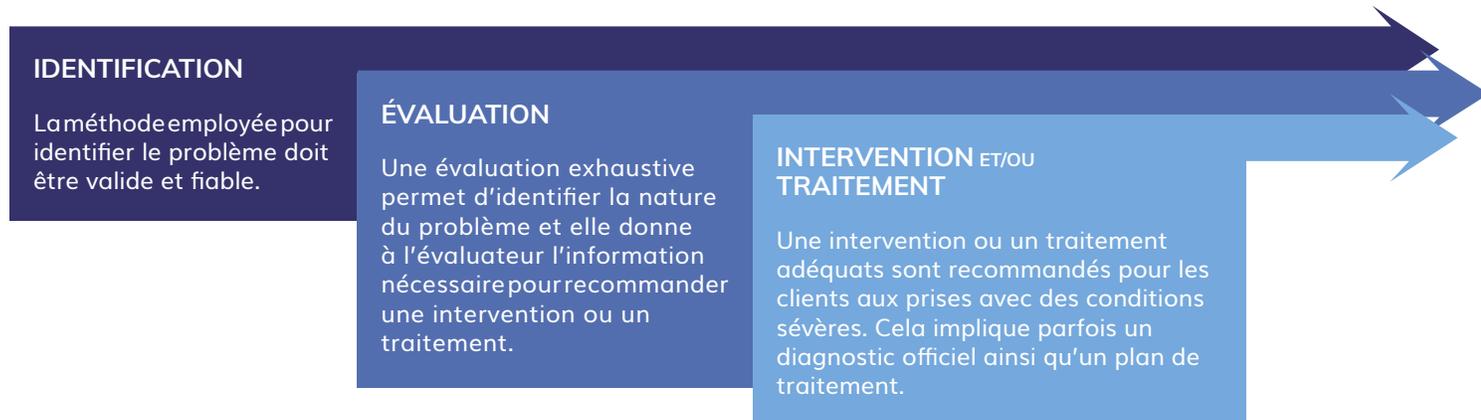
Le dépistage précoce est « une approche de détection d'un problème réel ou potentiel d'alcool au moyen de dépistage, essentiellement à l'aide de questionnaires. Le dépistage précoce est généralement suivi d'une série d'interventions brèves. Plus vite un patient aux prises avec des problèmes d'alcool est repéré, plus il sera facile de l'aider avec les outils d'intervention brève. » (AER, 2010)^{2,1}

Le dépistage précoce et les interventions brèves sont des composantes initiales clés du continuum de soins pour faire face aux enjeux liés à la toxicomanie et à la santé mentale. Le repérage de problèmes aussi tôt que possible, permet à ce que les soins soient mieux planifiés et que les renvois se fassent de façon appropriée. En outre, les outils de dépistage dont on se sert dans le processus de dépistage précoce permettent de déterminer si l'on peut satisfaire les besoins du client ou de la

cliente au moyen d'une intervention brève ou bien si un niveau de traitement plus intensif est requis.

D'après Swan et coll. (2008), les éléments de bonne pratique en matière d'interventions brèves (IB) pour faire face aux problèmes d'alcool et d'autres drogues comprennent l'évaluation du client, la participation de celui-ci et l'intervention opportune axée sur un but³. Aussi, « la mise à disposition d'informations écrites, la prise en compte des étapes du changement et le développement des liens sont également relevés. La formation de la main-d'œuvre, l'identification et la désignation des champions pour promouvoir la prestation des IB, le soutien organisationnel et l'association des IB au processus d'évaluation constituent des éléments facilitateurs de la bonne pratique⁴.»

Le schéma ci-après représente ce continuum de soins:



Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Identifying mental health and substance use problems of children and adolescents: A guide for child-serving organizations(2011), (HHS Publication No. SMA 12-4670). Page 15

2 Assembly of European Regions, Early Identification and Brief Intervention in Primary Healthcare: Fact Sheet, European Commission, April 2010.

3 A. Swan, L. Sciacchitano, and L. Berends, Alcohol and other drug brief intervention in primary care, Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2008.

4 Swan et coll. (2008) notent en outre que « les établissements de soins primaires offrent des possibilités d'intervention précoce à un nombre important de clients. Ce que ce secteur a d'unique c'est sa capacité d'intervenir avant que la consommation d'alcool et d'autres drogues ne devienne problématique, ancrée et dépendante. Aussi a-t-il la capacité de produire chez les clients une incidence nettement positive. Fort de ce constat donc, l'amélioration de la capacité du secteur des soins primaires afin qu'il prenne en charge les problèmes liés à la consommation de l'alcool et d'autres drogues au moyen des interventions brèves mérite une attention immédiate et permanente. »

Un exemple des avantages qu'offrent le dépistage précoce et les interventions brèves figure dans le document d'information de la National Institute for Health Care Management Foundation. Celui-ci stipule que « suite à un diagnostic de dépression, il y a eu des données probantes étayant la thèse selon laquelle les interventions au sein des établissements de soins de santé primaires peuvent aboutir à une amélioration de la dépression chez les adolescents. La dépression adolescente s'en trouve améliorée lorsque les dispensateurs des soins primaires offrent du soutien même à un niveau modeste, tel que des interventions brèves effectuées en aussi peu que 1 à 3 séances⁶. »

Les interventions brèves « sont des pratiques dont la visée est d'analyser un problème potentiel et de motiver une personne à commencer à faire quelque chose par rapport à sa toxicomanie, soit par des moyens naturels, axés sur le client lui-même, soit en cherchant des traitements supplémentaires à son problème de toxicomanie⁶. Il convient de noter que l'intervention brève n'est qu'un parmi tant d'outils disponibles aux cliniciens et qu'elle ne saurait remplacer les soins destinés aux clients faisant face à un niveau élevé de dépendance. Les interventions brèves deviennent de plus en plus précieuses dans la prise en charge de personnes ayant des problèmes liés à l'alcool. L'Organisation mondiale de la santé a fait valoir qu'« il a été clairement démontré que les interventions brèves bien conçues sont efficaces, peu coûteuses et faciles à administrer⁷. Alors, il existe des données encourageantes qui font valoir que la consommation nuisible d'alcool peut efficacement être remédiée par des approches d'interventions brèves. »

L'on peut recourir aux interventions brèves pour engager les clients ayant besoin de traitement spécialisé dans certains aspects spécifiques des programmes de traitement, tels que la participation à une thérapie de groupe. Les interventions brèves constituent un élément important dans une gamme complète d'options de traitement et elles sont d'autant plus utiles en cas d'absence de traitements plus poussés ou lorsqu'un client ou une cliente est réfractaire à un tel traitement⁸.

Les interventions brèves sont des séances de courte durée et de counseling personnalisé. Cette brièveté des séances fait des interventions brèves les mesures les plus appropriées pour des personnes consommant des quantités abusives et nocives d'alcool. Contrairement aux méthodes traditionnelles de traitement de l'alcoolisme qui peuvent durer plusieurs semaines voire plusieurs mois, les interventions brèves peuvent s'effectuer en quelques minutes et nécessitent très peu de

suivi. Les objectifs des interventions brèves diffèrent de ceux du traitement formel de l'alcoolisme; les interventions brèves visent généralement à modérer à un niveau raisonnable la consommation d'alcool de la personne et à éliminer des pratiques de consommation nuisibles, telles que la beuverie express, et non à insister sur l'abstention totale de toute consommation d'alcool. Les interventions brèves constituent un moyen simple de recevoir des soins par les patients dans un cadre qui leur est confortable et familier⁹.

Généralement, les interventions brèves prennent la forme d'une à quatre courtes séances de counseling chez un fournisseur de service qualifié et approprié (p. ex., un médecin, un psychologue, un travailleur social, un conseiller, etc.). L'intervention appropriée dépend du client ou de la cliente, ainsi que des facteurs tels la gravité des problèmes attribuables à la consommation d'alcool, de l'usage ou non d'alcool ou d'autres drogues, et de la présence ou non de problèmes médicaux ou psychiatriques cooccurrents. Le choix de l'intervention se base également sur le contexte clinique, les compétences et intérêts du clinicien et sur les contraintes de temps. Une intervention brève comprend généralement des commentaires et des conseils personnalisés basés sur le risque de consommation nocive d'alcool par le patient. Souvent, le simple fait de fournir de la rétroaction suffit pour encourager des personnes à risque de réduire leur consommation d'alcool.

Il convient de se rappeler que les clients changent leurs habitudes pour diverses raisons et une intervention ayant bien fonctionné pour un client ou une cliente peut ne pas l'être pour un ou une autre. Les interventions brèves ne constituent qu'une partie du parcours vers la récupération, mais elles peuvent en faire partie intégrante.

SAHMSA (1999) fait valoir que les cliniciens et les conseillers travaillant avec des clients qui font face à un problème de toxicomanie allant de léger à important doivent travailler en collaboration avec d'autres fournisseurs (par exemple, des fournisseurs de soins primaires, des fournisseurs des déterminants sociaux de la santé, etc.) à l'élaboration des plans de soins comportant les interventions brèves et des soins plus intensifs afin de permettre aux clients de demeurer concentrés sur le traitement et le rétablissement¹⁰.

6 Kristen Lawton Barry, Brief Interventions And Brief Therapies for Substance Abuse. Center for Substance Abuse Treatment, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.

7 World Health Organization, Management of substance dependence: screening and brief intervention, Geneva: World Health Organization, 2003.

8 Barry.

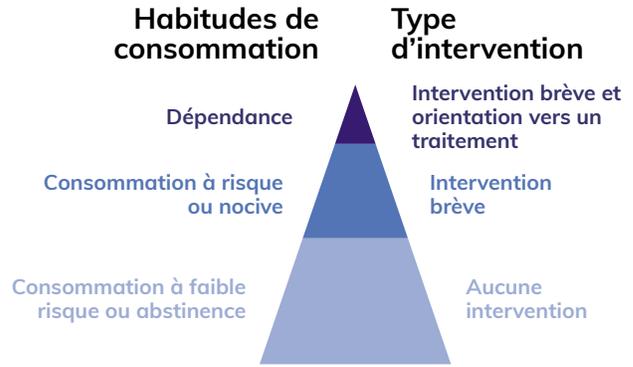
9 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Alcohol Alert 66 (July 2005).

10 Barry.

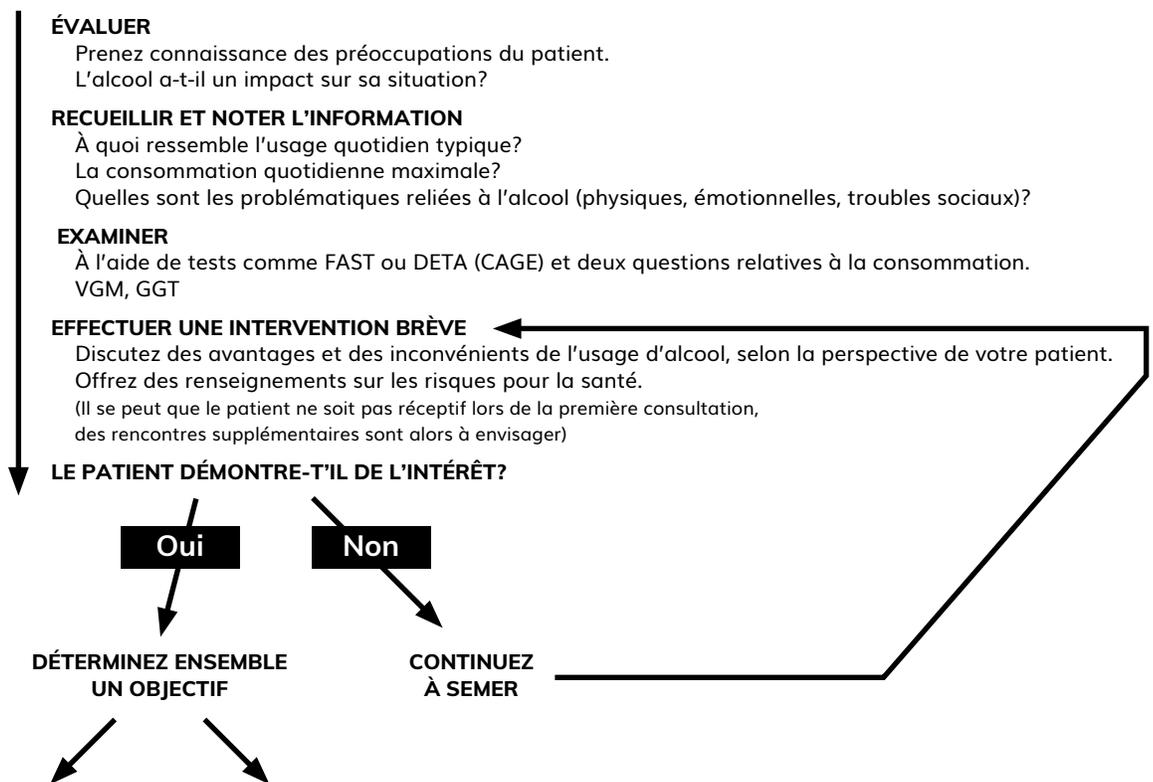
Le schéma suivant indique ceux/celles pour qui l'intervention brève serait le plus efficace :

Les avantages des interventions brèves sont ainsi qui suit :

- elles peuvent se faire dans un vaste éventail de milieux
- elles peuvent cibler des objectifs différents
- elles peuvent être effectuées par le personnel de traitement ou d'autres professionnels
- elles ne requièrent pas de formation approfondie



Le diagramme suivant représente les pratiques de dépistage et d'intervention brève¹¹ :



Accompagner dans l'objectif de diminuer la consommation	Accompagner dans l'objectif de l'abstinence complète	Pour déterminer quand l'abstinence est nécessaire :
<p>Prenez connaissance des préoccupations du patient.</p> <p>Faites des suivis réguliers afin de l'encourager.</p> <p>Faites un suivi (en personne ou au téléphone, auprès de la famille, GGT).</p> <p>Réexaminez avec le patient les avantages et les inconvénients liés au changement.</p>	<p>Faites appel à la famille et aux amis.</p> <p>Trouvez des ressources d'aide à l'alcoolisme locales.</p> <p>Lorsqu'un sevrage est nécessaire (à l'hôpital ou à la maison), faites appel à un professionnel de la santé.</p> <p>Suggérez de joindre les Alcooliques Anonymes, surtout si le patient n'a pas le support adéquat dans son entourage.</p> <p>Considérez l'usage de certaines pharmacothérapies : acamprosate (réduit l'intensité de la réponse aux éléments déclencheurs qui poussent à consommer) et/ou disulfiram (effet dissuasif).</p> <p>Amorcez une intervention plus active si des troubles psychiatriques (dépression/anxiété) persistent après 2 semaines.</p> <p>Faites un suivi (en personne ou au téléphone, auprès de la famille, GGT).</p>	<p>Critères directs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lésions aux organes dues à l'alcool. • Symptômes de dépendance sévères (ex. besoin de boire dès le matin pour arrêter les tremblements, plusieurs tentatives ratées pour réduire la consommation). • Troubles psychiatriques sérieux. <p>Critères indirects</p> <ul style="list-style-type: none"> • Épilepsie • Facteurs sociaux (ex. problèmes juridiques, au travail, avec la famille).

Objectifs globaux des Interventions brèves

Les interventions brèves sont limitées dans le temps, structurées et axées vers un but précis. Elles suivent un plan précis et des échéances pour l'adoption des comportements bien précis.

L'objectif principal de recourir à toute forme d'intervention brève est « la réduction de risque de préjudice que pourrait entraîner l'usage continu d'alcool ou d'autres drogues¹². » L'objectif précis pour chaque client ou cliente dépend de ses habitudes de consommation, des conséquences de son usage d'alcool ou d'autres drogues et du cadre dans lequel s'effectue l'intervention brève :

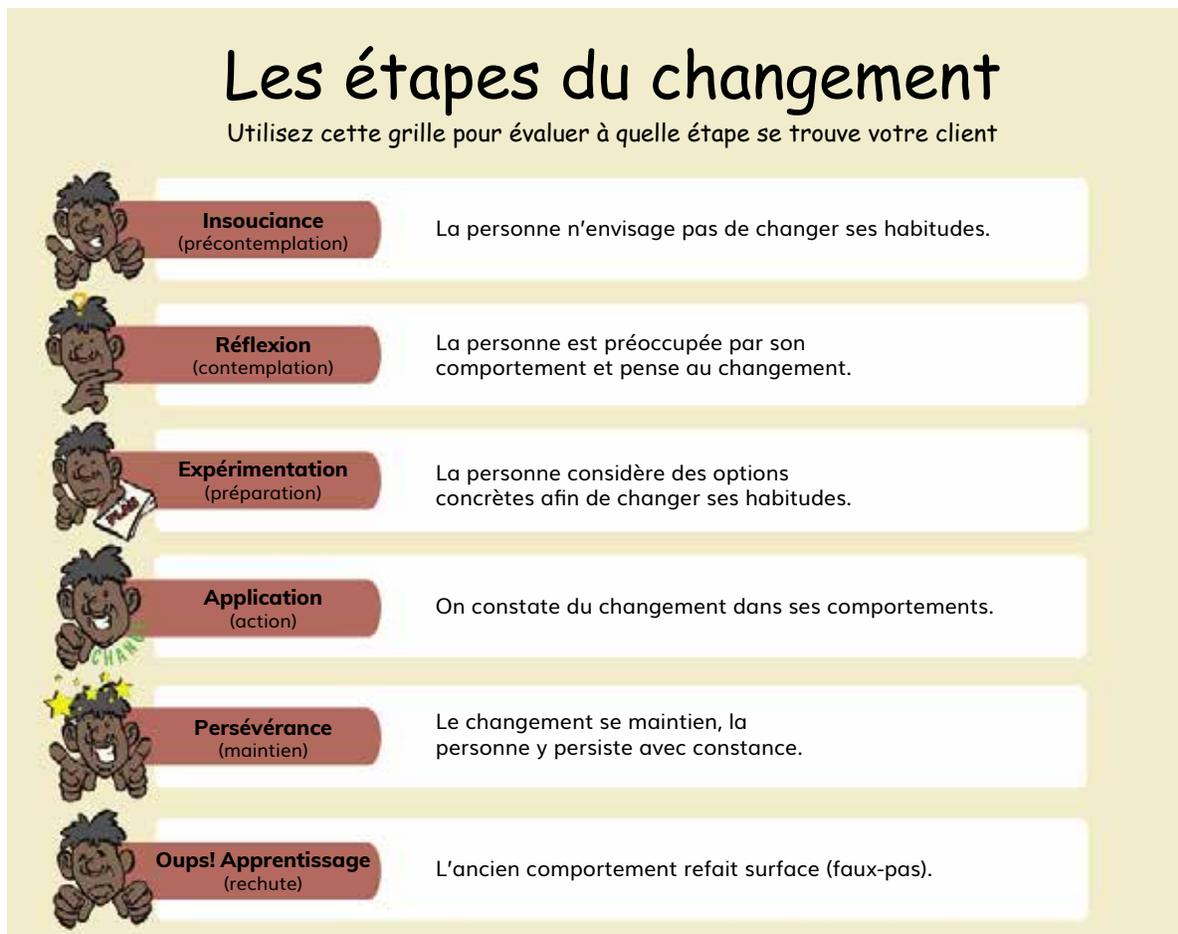
- En mettant l'accent sur des objectifs intermédiaires, l'on enregistre des résultats beaucoup plus immédiats dans le processus d'intervention et de traitement, quels que soient les objectifs à long terme.

- Des objectifs intermédiaires comprendraient l'arrêt de consommation d'une substance, la diminution de la fréquence d'usage ou la participation à une réunion.
- Les résultats immédiats sont importants, car ils entretiennent la motivation du client ou de cliente.
- Lors d'une brève intervention, le conseiller ou le clinicien devrait mettre de côté l'objectif de traitement final (c'est-à-dire, accepter la responsabilité pour sa propre récupération) et se concentrer sur un seul objectif comportemental. Une fois cet objectif établi, l'intervention brève pourrait servir à l'atteindre.

Le tableau suivant décrit les divergences entre les objectifs des interventions brèves effectuées dans des cadres précis.

Objectif des Interventions brèves selon le cadre	
Cadre	But
Cadre opportuniste	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite les renvois vers des traitements spécialisés supplémentaires (par exemple, une infirmière qui repère des clients toxicomanes suite à un dépistage et prodigue des conseils à ces derniers de se soumettre à une évaluation ou à un traitement supplémentaires) • A une incidence directe sur la toxicomanie, car il permet de recommander la diminution des habitudes de consommations à risque ou dangereuses (p. ex., un médecin de soins primaires qui prodigue des conseils de réduire sa consommation à un buveur ou et à une buveuse à risque, etc.)
Cadres neutres (p. ex., des personnes répondant aux annonces dans les médias)	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'évaluer un comportement toxicomane et prodiguer des conseils de soutien sur la réduction des méfaits (p. ex., une initiative de santé publique visant à dépister des personnes dans des centres commerciaux et leur fournir de la rétroaction et des conseils)
Cadre des soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite les renvois vers des traitements spécialisés supplémentaires
Programmes de traitement de toxicomanie	<ul style="list-style-type: none"> • Peut se substituer temporairement au traitement plus poussé pour des personnes qui ont besoin d'aide, mais qui attendent que des services soient disponibles (p. ex., un centre de traitement ambulatoire qui offre aux clients potentiels une évaluation et de la rétroaction alors qu'ils sont sur une liste d'attente) • Peut servir de prélude motivationnel à l'engagement et à la participation au traitement plus intensif (par ex., une intervention visant à aider un client ou une cliente à s'engager au traitement en milieu hospitalier lorsque suite à une évaluation, il est estimé ainsi, mais le client ou la cliente désire plutôt un traitement ambulatoire) • Facilite le changement de comportement par rapport à la toxicomanie ou problèmes connexes

Les interventions brèves visent le changement de comportement d’une personne. Par conséquent, il importe d’y intégrer le modèle des étapes du changement lors d’une intervention auprès d’un client ou d’une cliente, afin d’être fixé sur l’étape à laquelle se trouve le client ou la cliente sur le continuum du changement de comportement et mieux déterminer où l’encouragement et la motivation au changement s’avèreraient le plus bénéfiques¹³. Le diagramme ci-après représente les étapes du changement¹⁴ :



Le schéma qui suit (disponible en anglais seulement) présente des définitions brèves de chaque étape du modèle¹⁵:

13 « En comprenant mieux ces étapes, le clinicien serait plus patient, accepterait le stade actuel du client, éviterait de «prendre trop d’avance» sur le client ou la cliente, provoquant par conséquent de la résistance chez celui ou celle-ci et, plus important encore, le clinicien saurait mieux appliquer la stratégie de counseling appropriée pour chaque stade de réceptivité. Les interventionnistes efficaces procèdent souvent par une évaluation rapide du stade de réceptivité du client, une planification de stratégie correspondante pour l’aider à progresser vers l’étape suivante et une mise en œuvre de la stratégie sans se laisser distraire. En effet, en intervention brève, la distraction du clinicien peut constituer une plus grande entrave au changement que ne le sont les contraintes de temps. Quel que soit le stade de réceptivité, les interventions brèves peuvent permettre d’amorcer le changement, de le poursuivre, de l’accélérer et d’éviter au client de reprendre ses comportements antérieurs» (Barry, p. 14).

14 Bronwyn Hagger and Doreen Entwistle, Brief Intervention and Motivational Interviewing Tool, Darwin, NT: Northern Territory Department of Health, 2011.

15 S. Martino et al., Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency, Salem: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center, Oregon Health and Science University, 2006: 66.

ÉTAPE	DÉFINITION DE BASE
1. PRÉTEMLATION	La personne ne reconnaît pas la nécessité de changer ses comportements et ses habitudes.
2. CONTEMPLATION	La personne n’est pas encore décidée à changer, mais elle commence à l’envisager.
3. PRÉPARATION	La personne est décidée à changer et elle considère des façons d’y arriver.
4. ACTION	La personne s’est mise en action concrètement pour changer ses habitudes.
5. MAINTIEN	La personne persévère dans le maintien des ses nouvelles habitudes. La tentation de reprendre ses anciens comportements et les rechutes (mineures) sont possibles à cette étape.

Processus de base des Interventions brèves

L'aperçu suivant représente les étapes clés d'une intervention brève auprès d'un client¹⁶:

1 : Dépistage

Le dépistage de l'usage d'alcool ou de drogues peut s'effectuer au moyen de nombreuses et diverses méthodes¹⁷. Le recours à l'intervention brève est fonction du score global du client ou de la cliente au test de dépistage utilisé. Selon l'American Public Health Association et l'Education Development Center Inc. (2008), le dépistage peut se faire par un large éventail de professionnels de la santé ou de services sociaux dans divers cadres, notamment dans son bureau, lors des visites à domicile ou d'événements publics. Le dépistage peut également se faire au moyen d'entrevue en personnes ou sous forme de questionnaire autoadministré, sur papier¹⁸.

Le conseiller ou le clinicien doit évaluer ce qui suit avant de procéder à toute thérapie brève pour les problèmes de toxicomanie :

- des habitudes de consommation actuelles;
- des antécédents de toxicomanie;
- des conséquences de toxicomanie (surtout des pressions externes justifiant le recours au traitement par le client à ce moment, p. ex. des pressions liées à la vie familiale ou des pressions d'ordre juridique);
- des troubles psychiatriques coexistant;
- des renseignements sur l'état de santé et des problèmes médicaux majeurs;
- des renseignements sur l'éducation et l'emploi;

- des mécanismes de soutien;
- des forces du client ou de la cliente et avantages situationnels;
- des traitements antérieurs;
- des antécédents familiaux de troubles psychologiques et de troubles de toxicomanie.

C'est seulement en évaluant sur une base continue les progrès et les problèmes du client ou de la cliente que le conseiller ou le clinicien peut atteindre les objectifs de la thérapie brève dans un délai limité. L'évaluation continue sert aussi d'outil thérapeutique en ce sens qu'elle permet d'aider les clients à s'en rendre compte lorsqu'ils courent le risque de développer une dépendance à une substance et d'autres comportements négatifs.

16 Barry.

17 Par exemple, utiliser des tests comme AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test - test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool), DETA (CAGE), CAGE-AID, ASSIST, etc. Communiquez avec FANPLD pour plus de renseignements sur les outils de dépistages.

18 Si vous vous servez d'un outil d'auto-administration, celui-ci serait plus efficace si le client ou la cliente se note avant de vous rencontrer, de préférence dans une salle d'attente. Toutefois, si l'enjeu de la consommation d'alcool se présente au cours de votre rencontre, il pourrait être utile de procéder au dépistage sur le champ. Il conviendrait alors de commencer en demandant à la personne si elle serait disposée à répondre à quelques questions pour permettre de discuter de sa consommation d'alcool » American Public Health Association, et Education Development Center, Inc., Alcohol screening and brief intervention: A guide for public health practitioners, Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation, 2008.

2 : Séance d'ouverture

Lors de la première séance d'intervention brève, les principaux objectifs du conseiller ou du clinicien sont d'avoir une compréhension globale des problèmes auxquels font face le client ou la cliente, de commencer à établir une relation de travail efficace et de rapport avec le client ou la cliente et mettre en œuvre une intervention initiale. Le conseiller ou le clinicien devra accomplir certaines tâches essentielles lors de la première séance, à savoir :

- effectuer un engagement rapide;
- identifier, centrer et hiérarchiser les problèmes;
- travailler avec le client ou la cliente afin de mettre au point des solutions possibles aux problèmes de toxicomanie et un plan de traitement nécessitant la participation active du client ou de la cliente;

- négocier le parcours vers le changement avec le client (pouvant prendre la forme d'un contrat entre le client et le thérapeute);
- recueillir les préoccupations du client ou de la cliente quant aux problèmes et solutions;
- comprendre ce à quoi s'attendent les clients;
- expliquer le cadre structurel de thérapie brève, notamment le processus et ses limites (p. ex., les éléments qui ne relèvent pas de ce segment de traitement ou des travaux de l'organisme);
- faire des renvois en cas de besoins critiques ayant été décelés, mais ne pouvant pas être satisfaits au sein de ce cadre de traitement.

3 : Établir les objectifs de traitement

Le conseiller ou le clinicien doit définir et discuter des objectifs de la thérapie brève avec le client ou la cliente au début de la première séance. Le client a un rôle crucial à jouer dans la détermination des objectifs de la thérapie; aussi le conseiller ou le clinicien devra-t-il s'attendre à faire preuve de souplesse. Le conseiller ou le clinicien peut recommander des objectifs thérapeutiques, mais ces derniers ne se définissent qu'après interaction et négociation avec le client ou la cliente.

Si un client ou une cliente a certaines attentes quant à la thérapie l'empêchant de s'engager aux objectifs et aux procédures de thérapie brève ou à une approche particulière d'intervention brève, l'on doit envisager d'autres approches ou

alors procéder à un renvoi. Les objectifs du traitement devraient être axés sur le problème central qu'est la toxicomanie et pourraient comprendre les suivants :

- faire un changement mesurable dans des comportements cibles spécifiques liés à la toxicomanie;
- aider le client ou la cliente à démontrer une nouvelle compréhension et la connaissance des problèmes et des enjeux liés à la toxicomanie;
- améliorer les relations personnelles du client ou la cliente;
- régler d'autres problèmes identifiés (p. ex., des problèmes liés au travail, la participation aux rencontres de groupes de soutien).

4 : Séances ultérieures

Le conseiller ou le clinicien devrait faire ce qui suit dans une séance d'intervention brève ayant lieu après la première rencontre :

- collaborer avec le client afin d'aider à entretenir la motivation et résoudre les problèmes identifiés, vérifiant si tout progrès réalisé est conforme au plan de traitement et aux attentes du client ou de la cliente;
- renforcement — au moyen d'un examen continu du plan de traitement et des attentes du client ou de la cliente — de la nécessité d'effectuer les tâches de la thérapie brève (p. ex., maintenir le cap sur l'enjeu, ne pas dérafer);
- demeurer prêt à identifier et résoudre rapidement les problèmes;

- maintenir l'accent sur les compétences, les forces et les ressources actuellement disponibles au client ou à la cliente;
- maintenir l'accent sur ce qui peut être fait à l'immédiat pour résoudre le problème du client ou de la cliente;
- envisager, dans le cadre d'une évaluation continue des progrès réalisés, si le client a besoin de davantage de traitement ou d'autres services et la meilleure façon d'offrir ces services;
- examiner avec le client ou la cliente toute raison d'abandon de traitement (p. ex., des problèmes médicaux, l'incarcération, l'émergence d'une psychopathologie grave, non-conformité de traitement).

5 : Stratégies d'entretien

Les stratégies d'entretien doivent être intégrées dans la conception du traitement dès le début. Tout fournisseur de service offrant des interventions brèves doit continuer à apporter du soutien au client, à lui fournir des commentaires et aussi à aider dans l'établissement d'objectifs réalistes. En outre, le conseiller ou le clinicien devrait aider le client ou la cliente à cerner des déclencheurs de rechute et des situations susceptibles de compromettre son progrès vers la guérison. Les stratégies permettant de préserver les progrès réalisés au cours d'un processus d'intervention brève peuvent comprendre les suivantes :

- sensibiliser le client ou la cliente à la nature chronique et récurrente des troubles de toxicomanie;
- mettre au point une liste de circonstances qui pourraient justifier le retour en traitement du client ou de la cliente et des stratégies pour faire face à ces circonstances;

- examiner des problèmes ayant fait surface lors du traitement, mais pas résolus et aider le client ou la cliente à mettre au point un plan pour y faire face à l'avenir (ou pour cerner des problèmes précis survenus, mais pas résolus au cours du traitement);
- élaborer des stratégies pour déceler des situations à risque élevé ou la réémergence des comportements toxicomanes et y faire face;
- inculquer au client à la cliente comment miser sur ses points forts personnels;
- mettre l'accent sur l'autosuffisance du client ou de la cliente (encourager celui ou celle-ci à surmonter ses propres problèmes et à garder le cap en demeurant concentré sur la réalisation des objectifs fixés en thérapie) et leur apprendre des techniques d'autorenforcement;

- mettre au point un plan de soutien futur, notamment du soutien des groupes d'entraide, ainsi que du soutien familial ou communautaire.

En raison du peu de temps devant être consacré aux interventions brèves, il est essentiel de continuer à évaluer où le client ou la cliente en est dans les étapes du changement. Cela permettrait de s'assurer que les problèmes ont été résolus et que les clients sont en mesure de reconnaître quand ils sont sur le

point de rechuter ou de sombrer dans d'autres comportements négatifs. Ces évaluations permettront de déterminer le niveau de progrès vers la guérison du client ou de la cliente. Le conseiller ou le clinicien doit s'apprêter à mettre fin à la thérapie brève lorsque le client aura effectué des modifications de comportement convenues et résolu certains problèmes. Il n'est pas nécessaire de mener à leur terme toutes les séances d'intervention, si un client progresse plus rapidement que prévu.

6 : Mettre fin aux séances d'interventions brèves (mettre fin au traitement)

Les fins des séances d'interventions brèves doivent toujours être planifiées. La fin du traitement devrait être explicitement axée sur des discussions au cours desquelles le conseiller ou le clinicien :

- quitte le client ou la cliente en bons termes, animé d'un sentiment d'espoir accru que le changement se poursuivra et que des changements déjà opérés seront entretenus
- laisse la porte ouverte pour de possibles séances futures afin de se pencher les autres problèmes auxquels fait face le client ou la cliente;
- suscite l'engagement de la part du client ou de la cliente afin d'essayer de donner suite à ce qui a été appris ou atteint;
- examine ce à quoi le client ou la cliente peut s'attendre en terme de résultats positifs;
- examine de possibles écueils pouvant être rencontrés par le client ou la cliente (par exemple, des situations sociales, des anciens amis, des problèmes liés aux relations) et évoque la probabilité d'un bon résultat et des indicateurs d'un mauvais résultat;
- examine les signes avant-coureurs d'une rechute (p. ex., la dépression, le stress, la colère).

Il importe de se rappeler que dans le cadre d'une thérapie brève, étant donné que les clients ne resteront pas nécessairement en contact avec le conseiller ou le clinicien, si les objectifs de la thérapie n'ont pas été atteints, un traitement plus poussé devrait être suggéré. Au cours de l'évaluation continue des progrès de la thérapie, le conseiller ou le clinicien pourrait déterminer s'il y aura lieu d'effectuer un renvoi avant la fin du traitement. Il convient de se rappeler que les renvois peuvent être effectués à tout moment pendant le traitement et pas forcément à la fin de celui-ci.

Un conseiller ou un clinicien pourrait avoir à amorcer une procédure de renvoi au cours ou à la fin du traitement pour les raisons suivantes :

- le client ou la cliente a besoin d'un traitement plus intensif ou des services pour d'autres problèmes ayant été détectés au cours du traitement (p. ex., des problèmes médicaux ou psychiatriques);
- le client ou la cliente peut tirer profit d'une participation dans un groupe de soutien.

7 : Suivi

Le conseiller ou le clinicien doit toujours faire le suivi des clients ayant terminé la thérapie brève. Le suivi rassure le client ou la cliente que le conseiller ou le clinicien tient à leur progrès. Le suivi constitue également un moyen efficace pour recueillir de précieux renseignements sur l'efficacité de l'intervention brève ayant été effectuée (c'est-à-dire, au moyen d'un sondage

sur la satisfaction des clients par téléphone ou par la poste). Bien que la postcure ne fasse pas partie du processus de thérapie brève, elle constitue un mécanisme grâce auquel des activités de suivi sont fournies aux clients, tels que leur donner du réconfort et suivre leur état.

Éléments clés des interventions brèves

Les auteurs du rapport SAMHSA 1999 soulignent six éléments cruciaux permettant de garantir une intervention brève efficace. L'acronyme anglais « FRAMES » peut vous aider à vous souvenir de ces six éléments :

1. Feedback (la rétroaction) est donnée à l'individu concernant le risque personnel ou la déficience;
2. Responsibility (la responsabilité) de changer incombe au participant;
3. Advice (des conseils) pour opérer des changements sont prodigués par le clinicien;
4. Menu (un menu) d'autres options d'autoassistance ou de traitement sont proposées au participant;
5. Empathic style (un style empathique) est employé par le conseiller;
6. Self-efficacy (l'auto-efficacité) ou la responsabilité optimiste est inspirée au participant.

En fonction de ces six éléments, une brève intervention comprend cinq étapes de base intégrant les principes FRAMES. Chaque étape demeure inchangée, quel que soit le nombre de séances ou la durée de l'intervention :



1. Présentation d'enjeux liés à la santé du client ou de la cliente.
2. Dépistage, évaluation et analyse.
3. Rétroaction
4. Discussion sur le changement et établissement d'objectifs.
5. Récapitulation et conclusion.

Vous n'emploierez pas forcément ces cinq éléments en une séance avec un client ou une cliente. Toutefois, il vous faut une raison bien définie pour laquelle une ou plusieurs étapes dans le processus d'intervention brève ont été sautées.

Les exemples de scénarios suivants pourraient vous être utiles dans votre intervention auprès des clients :

Scénarios en matière d'intervention brève

Élément	Scénario dans une salle d'urgence, dans un cabinet de soins primaires ou d'autres cadres où des consultations ont lieu	Scénario dans un cadre de traitement de toxicomanie
Présentation du problème	<p>Vous: « Je suis de l'unité des troubles liés à l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Votre médecin m'a demandé de passer vous parler de ce que nous faisons dans cette unité. Seriez-vous prêt(e) à me parler brièvement à ce sujet ? Tout ce dont nous discuterons restera confidentiel. »</p> <p>ou</p> <p>Vous: « Vous devez éprouver des moments difficiles. »</p>	<p>Vous: « Ça vous dérange si on prend quelques moments pour parler de votre consommation d'alcool? »</p> <p>ou</p> <p>Vous: « Ça vous dérange si on discute de certaines des difficultés auxquelles vous faites face pour compléter vos devoirs pour les réunions de groupe et de comment nous pouvons travailler ensemble pour vous aider à tirer parti du processus de traitement? »</p>

Scénarios en matière d'intervention brève

Élément	Scénario dans une salle d'urgence, dans un cabinet de soins primaires ou d'autres cadres où des consultations ont lieu	Scénario dans un cadre de traitement de toxicomanie
Dépistage, évaluation et analyse	<p>Vous: « en examinant les renseignements que vous venez de me donner - en vous basant sur une échelle de « pas prêt(e) », « pas sûr(e) », et « prêt(e) » - à quel point vous sentez-vous prêt(e) à arrêter de boire? »</p> <p>Client(e): « Pas sûr (e) »</p> <p>Vous: « Un des facteurs qui pourraient relier votre accident et vos problèmes avec votre épouse est votre consommation d'alcool. Je pense qu'il serait mieux de parler davantage à certaines personnes à l'unité des troubles liés à l'abus de la consommation d'alcool et d'autres drogues, afin que vos problèmes ne s'aggravent pas. »</p> <p>ou</p> <p>Vous: « Je pense qu'un essai d'une période de 2 semaines au cours de laquelle vous ne buvez pas du tout d'alcool serait utile pour déterminer si oui ou non boire complique davantage les choses et si cesser de boire vous aidera. Que pensez-vous? »</p>	<p>Vous: « Compte tenu de ce que vous estimez pourrait être source de stress supplémentaire pour votre famille et votre désir de faire fonctionner ce traitement cette fois-ci, sur une échelle de 1 à 10, à quel point vous sentez-vous prêt(e) à mettre du temps de côté pour compléter vos devoirs? »</p> <p>Client: « 6. »</p> <p>Vous: « Je suis heureux (se) que vous soyez disposé(e) à vouloir l'essayer, même si ce ne sera pas facile. Trouvons des stratégies que nous pouvons noter pour vous aider à atteindre cet objectif. »</p>
Fournir de la rétroaction	<p>Vous: « Je voudrais recueillir des renseignements confidentiels sur votre consommation d'alcool pour me permettre d'avoir une meilleure idée de votre habitude de consommation d'alcool. Pouvez-vous me dire combien de jours par semaine vous buvez ? Combien de verres par jour? »</p> <p>Vous: « Avez-vous eu des problèmes avec votre santé, dans votre vie familiale ou personnelle ou au travail au cours des 3 derniers mois ? Buviez-vous au cours des 6 heures précédant votre accident? »</p>	<p>Vous: « J'aimerais parler de ce qui se passait lorsque vous avez décidé de ne pas faire votre devoir. Pouvez-vous me dire un peu ce à quoi vous pensiez ou ce que vous sentiez en ce moment-là ? Pourquoi pensez-vous que c'était difficile de faire vos devoirs ? »</p> <p>Vous: « Y a-t-il eu d'autres aspects de traitement qui vont ont été difficiles à suivre? »</p>
Discuter du changement et fixer des objectifs	<p>Peut se substituer temporairement au traitement plus poussé pour des personnes qui ont besoin d'aide, mais qui attendent que des services soient disponibles (p. ex., un centre de traitement ambulatoire qui offre aux clients potentiels une évaluation et de la rétroaction alors qu'ils sont sur une liste d'attente).</p> <p>Peut servir de prélude motivationnel à l'engagement et à la participation au traitement plus intensif (p. ex., une intervention visant à aider un client ou une cliente à s'engager au traitement en milieu hospitalier lorsque suite à une évaluation, il est estimé ainsi, mais le client ou la cliente désire plutôt un traitement ambulatoire).</p> <p>Facilite le changement de comportement par rapport à la toxicomanie ou problèmes connexes.</p>	<p>Vous: « Vous dites que vous avez complètement oublié de faire vos devoirs du fait des disputes avec votre femme et votre fille et que vous êtes surpris parce que vous aviez vraiment l'intention de les faire. Est-ce à peu près cela? »</p>
Récapitulation et conclusion	<p>Vous: « Même si vous n'êtes pas prêt(e) d'arrêter de boire en ce moment, je suis heureux (se) que vous ayez accepté de noter les avantages et les inconvénients liés à la non-consommation d'alcool. Que diriez-vous si nous nous rencontrons demain pour un suivi? »</p>	<p>Vous: « Vous venez de faire du bon travail. Je pense que vous avez fait de bons progrès. Je suis ravi(e) de vous voir essayer quelque chose de nouveau. Que diriez-vous si nous nous rencontrons de nouveau dans une semaine pour voir comment les choses se sont passées pour vous? »</p>

Voici des exemples de scénarios dont un conseiller pourrait se servir lors de son intervention auprès des clients faisant face à un problème de toxicomanie :

Parler du changement à différentes étapes

Un client ou une cliente s'est présenté(e) pour un traitement contre l'usage de la cocaïne et son attention est attirée quant sur sa consommation d'alcool. Le conseiller peut recourir à une autre stratégie à chaque étape de réceptivité. Ces scénarios peuvent être utilisés comme suit :

- La précontemplation: « D'aucuns le trouvent utile de demander à d'autres membres dans un groupe si un d'entre eux à jamais essayé de cesser la consommation de cocaïne, mais continué de boire. Si vous deviez essayer cela avec votre groupe, vous seriez surpris(e) de ce que vous entendriez. Qu'en pensez-vous? »
- La contemplation: « Une chose que vous pourriez essayer de faire c'est de dresser une liste de ce qui selon vous constitue des avantages et inconvénients de cesser de boire. Il suffit de noter toutes les idées qui vous viennent à l'esprit, même si elles paraissent ridicules ou décalées. Cela pourrait vous permettre de vous faire une bonne idée de votre situation. Est-ce quelque chose que vous seriez disposé à essayer? »
- L'action: « Vous avez dit que voulez essayer de cesser de consommer de l'alcool et de la cocaïne. Pouvons-nous parler de la manière dont vous pourriez procéder pour y parvenir? »
- Le maintien: « Les choses se sont améliorées à bien des égards pour vous. J'aimerais vous rencontrer chaque mois pour un moment afin de discuter de ce qui aura fonctionné ou pas pour vous. » (La rechute peut survenir à tout moment dans le processus de changement, alors il convient d'aborder ce problème de manière proactive et positive).

Source des renseignements ci-dessus: Center for Substance Abuse Treatment. Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. HHS Publication No. (SMA) 12-3952. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. Page 24.

Bref survol sur le dépistage

Le dépistage précoce est la première étape dans le continuum des soins pour le dépistage (repérage), l'évaluation, l'intervention ou le traitement contre la toxicomanie ou de problèmes de santé mentale. Quel que soit le groupe d'âge ou problème de santé mentale ou de toxicomanie, il est essentiel qu'un problème potentiel soit repéré dès que possible et suivi ensuite d'une évaluation complète par un professionnel de la santé qualifié pouvant recueillir des renseignements supplémentaires afin de déterminer la présence ou non d'un problème. Il importe de se rappeler que le repérage d'un problème n'est que la première étape; laquelle ne servira pas à grand-chose en l'absence des services ou des soutiens appropriés ou si l'accès aux services et aux soins de suivi ne peut être assuré.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010), « le repérage vise à détecter des problèmes de santé ou des facteurs de risque à un stade précoce, avant que ceux-ci n'occasionnent une maladie grave ou d'autres problématiques, et cela rentre dans le cadre d'activités de prévention dans les établissements des soins de santé²⁰. »

20 World Health Organization, *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, Geneva: World Health Organization, 2010 .

L'OMS a en outre recensé un ensemble de critères suivants destinés aux médecins généralistes (applicables aux autres fournisseurs de soins) pour servir à déterminer si les conditions sont réunies pour procéder au dépistage :

1. Le trouble constitue un problème important ayant une incidence sur la santé et le bien-être des individus et de la communauté ;
2. Il existe des traitements ou interventions acceptables pour des clients ayant obtenu des résultats positifs au test de dépistage;
3. Le dépistage et l'intervention précoces aboutissent à de meilleurs résultats par rapport au traitement tardif; et

4. Un document de dépistage approprié à coût raisonnable est disponible.

Il existe un large éventail de questions portant sur le processus ou des processus que les médecins et d'autres prestataires de soins de santé sont encouragés à suivre au cours du dépistage. Higgins-Biddle et col. présentent dans *Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use: A Step-by-Step Implementation Guide for Trauma Centers (2009)* une suite de questions et observations auxquelles un traumatologue (médecin urgentiste) doit s'en tenir lors du dépistage d'un problème d'alcool²¹:

Trois choses à connaître sur notre patient pour une intervention adéquate	
1. Dépistage positif/négatif	<p>Est-ce que les habitudes de consommation d'alcool occasionnent des risques pour le patient ou pour les autres?</p> <p>On procède à une intervention chez les patients dont les habitudes de consommation présentent des risques pour eux-mêmes ou pour les autres. Le dépistage est une méthode objective afin de déterminer si ces risques existent, plus précisément que par observation générale (p. ex. « Cette personne à l'air de boire beaucoup trop »).</p>
2. Problématiques	<p>Existe-t 'il une autre problématique qui serait associée à la consommation d'alcool?</p> <p>Par exemple, une blessure, la raison pour laquelle ils sont à l'urgence de l'hôpital, ou toute autre problématique qu'ils constatent eux-mêmes. L'efficacité d'une intervention augmente considérablement lorsque le patient réalise que ce problème est le résultat de sa consommation nocive.</p>
3. Probabilité de dépendance	<p>Est-ce que le patient est dépendant à l'alcool?</p> <p>Afin de bien orienter le patient, il importe de déterminer son degré de dépendance à l'alcool. Pour les patients qui ne souffrent pas de dépendance à l'alcool, une intervention brève est adéquate afin de les aider à freiner les comportements à risques. Également, il n'est pas nécessaire de recommander un traitement formel pour un patient qui a abusé d'alcool après 2 ans de sobriété. Pour les patients vraisemblablement dépendants, l'objectif de l'intervention brève pourrait être de les diriger vers des ressources spécialisées et de les encourager à accepter l'aide disponible.</p>

²¹ John Higgins-Biddle, et al., *Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use: A Step-by-Step Implementation Guide for Trauma Centers*, Atlanta, GA: The Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2009.

Choisir un outil de dépistage approprié

Un outil de dépistage est « une courte liste de questions relatives au comportement, aux pensées et aux sentiments d'un jeune, à laquelle il faut souvent entre 5 à 15 minutes pour répondre et une méthode spécifique pour effectuer le pointage des réponses aux questions. Le score de ces dernières indique s'il y a ou non une forte probabilité que le jeune présente un problème. Comme pour tout test médical, la manière dont les résultats du dépistage sont décrits pourrait porter à confusion. Le score indique un problème probable, on le qualifie de résultat positif; lorsqu'il indique qu'un problème est improbable, on le qualifie de résultat négatif. Comme tout dépistage médical, il peut arriver parfois que des outils de dépistage ne décèlent pas de problème ou que ceux-ci indiquent la présence d'un problème sans qu'il en existe un²². »

Veillez visiter les sites suivants (disponibles en anglais seulement) pour consulter ou télécharger des outils de dépistage spécifiques :

- http://www2.massgeneral.org/allpsych/psc/psc_forms.htm
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2003). Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers. 2nd edition. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/index.htm>
- Project CORK. http://www.projectcork.org/clinical_tools/
- University of Washington Alcohol and Drug Abuse Institute. Substance Use Screening & Assessment Instruments Database. <http://lib.adai.washington.edu/instruments/>

En effectuant le dépistage, les questions devraient se poser dans un cadre confidentiel, et ce de façon non menaçante et sans porter de jugement²³, surtout lorsque vous demandez aux gens leurs habitudes de consommation d'alcool ou de drogue, compte tenu de la stigmatisation dont font l'objet des personnes faisant face aux problèmes d'alcool et de toxicomanie.

Beaucoup de gens sont plus disposés à accepter un diagnostic « médical » qu'un diagnostic « psychologique » ou celui d'un « problème de santé mentale » pour expliquer ce à quoi ils font face. Vous devriez donc préfacier vos questions en les liant à une condition médicale – par exemple : « Je me demande si l'alcool expliquerait pourquoi votre diabète ne répond pas comme il se doit » ou « parfois un médicament sur ordonnance peut avoir une incidence sur la façon qu'un autre agit. Examinons de près les médicaments que vous prenez pour voir s'il nous est possible de savoir d'où vient le problème. » Il est extrêmement important d'éviter tout emploi de termes stigmatisants; tels que « alcoolique » ou « toxicomane » au cours de ces rencontres.

Voici quelques principes clés pour vous guider dans votre processus de dépistage et de repérage précoces²⁴:

1. Suivre un processus de dépistage scientifiquement fondé.
 - a. Tous les outils de dépistage doivent être ceux s'étant révélés valables et fiables dans le repérage des jeunes ayant besoin d'une évaluation plus approfondie.
 - b. Le dépistage doit être adapté en fonction du niveau de développement, de l'âge, du sexe et de la race/de l'ethnie/de la culture de l'enfant ou de l'adolescent.
 - c. Les approches et procédures de repérage précoce doivent respecter et tenir compte des normes, de la langue et des cultures des communautés et des familles.
 - d. Toute personne effectuant un dépistage ou impliquée dans le processus de dépistage devrait être qualifiée et dûment formée.
2. Sauvegarder les renseignements issus du dépistage et en assurer une utilisation appropriée.
 - a. Le dépistage ne décèle que la possibilité d'un problème et ne devrait jamais servir à poser un diagnostic ou à étiqueter un enfant ou un adolescent.
 - b. La confidentialité doit être assurée.
3. Collaborer avec les services d'évaluation et de traitement.
4. Si des problèmes sont décelés, les parents, les adolescents, les tuteurs ou l'entité ayant la garde légale doivent en être informés, en expliquant à ces derniers les résultats; en proposant des services de renvois pour une évaluation appropriée et plus poussée menée par un personnel qualifié ayant des liens avec des services et des soutiens appropriés.

L'organigramme qui suit décrit l'ordre du processus; du dépistage à l'intervention brève, au renvoi, au suivi et puis aux services de soutien²⁵. Conçu pour les médecins et les cliniciens, les prestataires de services communautaires doivent suivre le même processus en trois étapes lors de leur intervention auprès des clients faisant face à un problème de toxicomanie identifié.

22 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Identifying mental health and substance use problems of children and adolescents: A guide for child-serving organizations, Rockville, MD: 2011

23 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Identifying mental health and substance use problems of children and adolescents: A guide for child-serving organizations, Rockville, MD: 2011

24 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011.

25 College of Family Physicians of Canada and Canadian Centre on Substance Abuse. Alcohol Screening, Brief Intervention and Referral: A Clinical Guide

QUESTION 1

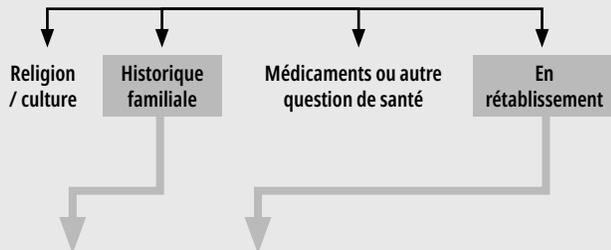
CONSOMMEZ-VOUS DE LA BIÈRE/COOLER,
DU VIN OU TOUT AUTRE BREUVAGE ALCOOLISÉ?

NON

OUI

POURSUIVEZ À LA
QUESTION 2 PUIS
À LA QUESTION 3

POURQUOI PAS?



Investiguez les possibilités de traumatisme.

Dirigez le patient vers le système de santé ou des ressources communautaires.

COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS?

BIEN

Encouragez-le à poursuivre l'abstinence.

Revoyez ensemble les mesures prises pour maintenir l'abstinence.

EN DIFFICULTÉ

Soulignez que le changement est difficile.

Encouragez ses efforts et identifiez les obstacles au changement.

Revoyez les objectifs et les mesures prises pour arriver à l'abstinence.

Suggérez de faire appel à d'autres types d'aide.

Révisez votre diagnostic : y a-t-il présence de maladie mentale concomitante?

Offrez du soutien : désintoxication, programmes de traitement, services communautaires en toxicomanie, médication, etc.

Orientez-les vers le système de santé ou une ressource communautaire, selon le cas.

RENDEZ-VOUS À L'ÉTAPE 3-DA

QUESTION 2

EN MOYENNE, COMBIEN DE JOURS PAR SEMAINE CONSOMMEREZ-VOUS UN BREUVAGE ALCOOLISÉ?

Jours/semaine

QUESTION 3

HABITUELLEMENT, COMBIEN DE VERRES BOIREZ-VOUS?

Verres/jour

QUESTION 4

CALCULEZ LE NOMBRE DE VERRES PAR SEMAINE

Jours/semaine X
Verres/jour

EST-CE QUE LE NOMBRE DE VERRES PAR JOUR/PAR SEMAINE EST SUPÉRIEUR AUX DIRECTIVES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE DU CANADA



2 verres/jour
10 verres/semaine



3 verres/jour
15 verres/semaine

NON

OUI

Encouragez-le à conserver une attitude positive.

Personnalisez vos recommandations, en particulier si le patient fait partie d'un groupe pour qui les quantités recommandées sont moins élevées.

Procédez à un dépistage annuel.

Remettez au patient les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada.

RENDEZ-VOUS À L'ÉTAPE 1B

DÉTERMINER LE NIVEAU DE RISQUE

ÉTAPE

1 B

RISQUE ÉLEVÉ

Le patient consomme au-delà des limites énoncées par les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada et ne rencontre pas les critères pour la consommation abusive d'alcool ou la dépendance à l'alcool.

CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL*

Au cours des 12 derniers mois, la consommation du patient a causé ou contribué à :

- Des manquements à ses responsabilités (c.-à-d. au travail ou dans ses obligations familiales).
- Des blessures ou des risques de blessures.
- Boire en conduisant ou en opérant de la machinerie.
- Des troubles légaux (par ex. arrestations, accusations).
- Des problèmes relationnels (par ex. conjoint(e) ou amis se plaignent de la consommation du patient).
- Ne rencontre pas les critères pour la dépendance à l'alcool.

DÉPENDANCE À L'ALCOOL*

Au cours des 12 derniers mois, la consommation du patient a causé ou contribué à :

- Une tolérance accrue (c.-à-d. besoin de davantage d'alcool pour se sentir ivre).
- Des symptômes de sevrage (par ex. expérimenter des tremblements, de la transpiration excessive, des nausées ou de l'insomnie quand il y a réduction ou absence de consommation).
- Des tentatives ratées de respecter les recommandations de consommations maximales.
- Des tentatives ratées de réduire ou cesser la consommation.
- De plus en plus de temps dévolu à anticiper la consommation d'alcool ainsi qu'au rétablissement après avoir bu.
- De moins en moins de temps investi à des activités autrefois importantes et agréables.
- Continuer de boire malgré les problèmes causés (c.-à-d. troubles personnels et/ou au travail, problèmes d'ordre social, physique, psychologique et/ou légal).

* American Psychiatric Association, (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev), Washington, DC.

À QUEL NIVEAU SE SITUE LE PATIENT?

RISQUE ÉLEVÉ

RENDEZ-VOUS AUX ÉTAPES 2-RE & 3-RE

RE

CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL

RENDEZ-VOUS AUX ÉTAPES 2-AA & 3-AA

AA

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

RENDEZ-VOUS AUX ÉTAPES 2-DA ET 3-DA

DA



INTERVENTION BRÈVE RISQUE ÉLEVÉ	INTERVENTION BRÈVE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL	INTERVENTION BRÈVE DÉPENDANCE À L'ALCOOL
<p align="center">ÉTAPE 2^{RE}</p> <p align="center">CONSEILLEZ ET ASSISTEZ</p> <p>Avisez le patient de son niveau de risque important. Faites-lui clairement part de vos recommandations. Évaluez à quelle étape il se trouve selon le modèle des étapes du changement.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="172 386 293 464"> <p align="center">NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réitérez vos préoccupations. • Encouragez-le à réfléchir à sa situation. • Identifiez les obstacles au changement. • Affirmez votre désir d'aider. </div> <div data-bbox="407 386 529 464"> <p align="center">OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aidez-le à établir un objectif. • Mettez-vous d'accord sur un plan d'action. • Offrez-lui du matériel pédagogique. • Orientez-le vers le système de santé ou des ressources communautaires. </div> </div> <p align="center">RENDEZ-VOUS À L'ÉTAPE 3-RE ↓</p>	<p align="center">ÉTAPE 2^{AA}</p> <p align="center">CONSEILLEZ ET ASSISTEZ</p> <p>Avisez le patient de son niveau de risque important. Recommandez de réduire les quantités consommées ou de choisir l'abstinence. Évaluez à quelle étape il se trouve selon le modèle des étapes du changement.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="626 386 748 464"> <p align="center">NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réitérez vos préoccupations. • Faites des suivis réguliers afin de l'encourager au changement. • Rendez-vous à l'étape 3-AA </div> <div data-bbox="862 386 984 464"> <p align="center">OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aidez-le à établir un objectif et un plan d'action. • Orientez-le vers le système de santé ou des ressources communautaires. </div> </div> <p align="center">RENDEZ-VOUS À L'ÉTAPE 3-AA ↓</p>	<p align="center">ÉTAPE 2^{DA}</p> <p align="center">CONSEILLEZ ET ASSISTEZ</p> <p>Avisez le patient de son niveau de risque important. Recommandez l'abstinence avec l'aide de la médication. Évaluez à quelle étape il se trouve selon le modèle des étapes du changement.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="1089 386 1211 464"> <p align="center">NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réitérez vos préoccupations. • Faites des suivis réguliers afin de l'encourager au changement. • Rendez-vous à l'étape 3-DA </div> <div data-bbox="1325 386 1446 464"> <p align="center">OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appuyez-le dans sa décision. • Surveillez les symptômes de sevrage. • Prescrivez-lui la médication appropriée (soyez vigilant vis-à-vis la possibilité d'abus de drogue). • Orientez-le vers le système de santé ou des ressources communautaires. </div> </div> <p align="center">RENDEZ-VOUS À L'ÉTAPE 3-AD ↓</p>

SUIVI ET SOUTIEN RISQUE ÉLEVÉ	INTERVENTION BRÈVE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL	INTERVENTION BRÈVE DÉPENDANCE À L'ALCOOL
<p align="center">ÉTAPE 3^{RE}</p> <p align="center">LE PATIENT A-T-IL RÉUSSI À RENCONTRER ET MAINTENIR SON OBJECTIF DE CONSOMMATION?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="172 1163 293 1241"> <p align="center">NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulignez que le changement est difficile. • Encouragez ses efforts et identifiez les obstacles au changement. • Revoyez l'objectif et le plan d'action, suggérez d'essayer l'abstinence. • Suggérez de faire appel à d'autres types d'aide (soutien social). • Si le patient est incapable de réduire sa consommation ou de s'abstenir, revoyez votre diagnostic. </div> <div data-bbox="407 1163 529 1241"> <p align="center">OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encouragez-le à continuer de respecter son plan d'action. • Si nécessaire, revoyez les objectifs (c.-à-d. si sa condition médicale change ou si un patient abstinent exprime le désir de boire). • Invitez-le à revenir s'il constate qu'il est incapable de respecter ses buts. • Faites un dépistage, au moins une fois par année. </div> </div>	<p align="center">ÉTAPE 3^{AA}</p> <p align="center">LE PATIENT A-T-IL RÉUSSI À RENCONTRER ET MAINTENIR SON OBJECTIF DE CONSOMMATION?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="626 1163 748 1241"> <p align="center">NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulignez que le changement est difficile. • Encouragez ses efforts et identifiez les obstacles au changement. • Revoyez l'objectif et le plan d'action, suggérez d'essayer l'abstinence. • Suggérez de faire appel à d'autres types d'aide (soutien social). • Si le patient est incapable de réduire sa consommation ou de s'abstenir, revoyez votre diagnostic. • Évaluez la présence de conditions de santé physiques ou mentales concomitantes. • Guidez-le vers d'autres ressources, selon le besoin. </div> <div data-bbox="862 1163 984 1241"> <p align="center">OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encouragez-le à continuer de respecter son plan d'action. • Si nécessaire, revoyez les objectifs (c.-à-d. si sa condition médicale change ou si un patient abstinent exprime le désir de boire). • Invitez-le à revenir s'il constate qu'il est incapable de respecter ses buts. • Faites un dépistage, au moins une fois par année. </div> </div>	<p align="center">ÉTAPE 3^{DA}</p> <p align="center">LE PATIENT A-T-IL RÉUSSI À RENCONTRER ET MAINTENIR SON OBJECTIF DE CONSOMMATION?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="1089 1163 1211 1241"> <p align="center">NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulignez que le changement est difficile. • Encouragez ses efforts et identifiez les obstacles au changement. • Lorsque approprié, invitez-le à considérer le rôle que joue l'alcool dans ses problèmes (santé/relationnel). • Suggérez de faire appel à d'autres types d'aide (soutien social). • Guidez-le vers d'autres ressources, selon le besoin. • Évaluez la présence de conditions de santé physiques ou mentales concomitantes. </div> <div data-bbox="1325 1163 1446 1241"> <p align="center">OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encouragez-le à continuer de respecter son plan d'action. • Coordonnez les soins avec les autres spécialistes impliqués. • Utilisez la médication pour la dépendance à l'alcool pendant au moins 3 mois (ou davantage). • Invitez-le à revenir s'il constate qu'il est incapable de respecter ses buts. • Faites des suivis fréquents. • Revoyez ses objectifs, selon le besoin. • Évaluez la présence de conditions de santé physiques ou mentales concomitantes. • Faites un dépistage, au moins une fois par année. </div> </div>

Interventions brèves

Des techniques de counseling de base constituent une composante inestimable du traitement des personnes faisant face à la toxicomanie²⁶. Tous les professionnels engagés dans le processus de traitement en cours auprès des personnes confrontées aux problèmes d'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues devraient être conscients des principes fondamentaux de celui-ci, surtout ceux des professionnels de la santé mentale qui, dans leurs interventions, auront souvent à faire à des personnes ayant des problèmes attribuables à l'usage inapproprié d'alcool et d'autres drogues parmi leurs clients (troubles concomitants).

Prise en compte du client et du contexte

La manière et le moment d'effectuer une intervention brève doivent également être inscrits dans un contexte par rapport à vos clients. Par exemple, si vous travaillez avec des femmes des Premières Nations, il vous faut prendre en compte leurs vécus, leurs histoires, leurs situations sociales, etc. Voici quelques points à prendre en compte avant une intervention brève auprès d'une cliente faisant face à un problème d'alcool potentiel^{27,28}:

- Il faut impliquer une large gamme de prestataires de services dans la sensibilisation des femmes au problème d'alcool - un rôle qui ne saurait se limiter aux seuls intervenants et experts en matière de lutte contre la toxicomanie. Aussi serait-il utile d'inclure le problème de consommation d'alcool dans les discussions portant sur d'autres enjeux sanitaires et sociaux auxquels font face les femmes, car la consommation d'alcool fait souvent l'objet de stigmatisation.
- La formation des prestataires de services dans un éventail de méthodes d'interventions brèves reposant sur l'orientation, l'écoute et le soutien à la réceptivité peut être utile. Quelques exemples de thèmes de formation sont les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), les répercussions précises de l'alcool sur le corps des femmes et les traitements axés sur les femmes.
- Les femmes peuvent avoir peur de parler de leur consommation d'alcool, car elles craignent de perdre la garde de leurs enfants. Par conséquent, lors du dépistage ou lorsque

vous effectuez une intervention brève auprès de vos clientes, il importe de discuter de la manière dont les renseignements dont elles vous font part seront partagés ou utilisés.

- En ce qui a trait au TSAF, il est essentiel de faire participer les femmes dans le processus de soins et discuter de la toxicomanie avec celles-ci en ayant recours à l'approche «d'assurance préliminaire» lorsqu'on traite avec des femmes faisant face aux problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues et à risque d'avoir un enfant touché par le TSAF.

Il existe plusieurs pratiques traditionnelles d'intervention brève auxquelles vous pourriez avoir recours lors de vos interventions auprès des clients des Premières Nations. Voici des exemples d'outils d'interventions brèves traditionnelles et des exercices qui pourraient être utiles à vos clients. Il vous est possible d'en modifier certains éléments spécifiques, afin de les rendre plus compatibles avec la culture et la communauté de vos clients.

26 Bruce Trathen, "B2: Basic Counselling Interventions," Professional Guidelines for the best practice treatment of Substance Misuse, England: Triage Healthcare, 2003.

27 Best Practices – Early Intervention, Outreach and Community Linkages for Women with Substance Use Problems, Ottawa, ON: Health Canada, 2006

28 Nancy Poole, Deborah Chansonneuve, and Arlene Hache, "Improving Substance Use Treatment For First Nations And Inuit Women – Recommendations Arising From A Virtual Inquiry Project," The First Peoples Child & Family Review 8.2 (2013): 7-23

Trouble de stress post-traumatique complexe

Le Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTC) est une blessure psychologique consécutive au stress cumulatif de nombreuses expériences traumatisantes incontournables sur de longues périodes. Le Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTC) est une blessure psychologique consécutive au stress cumulatif de nombreuses, des expériences traumatisantes incontournables sur une période de temps. Les personnes souffrant du TSPTC font face à une peur intense, à l'impuissance, et à l'horreur, du fait des traumatismes auxquels ils ont été exposés.

Les traumatismes intergénérationnels en cours en raison du colonialisme résultant de la politique canadienne d'assimilation forcée, vieille d'un siècle, cautionnée par l'État²⁹, ont endommagé l'intégrité culturelle et la santé holistique (physique, psychologique et spirituelle) des populations et des communautés autochtones. Les traumatismes non résolus ont été associés à des taux élevés de dépression, de problèmes de toxicomanie, de violence et de suicide dans les communautés autochtones.

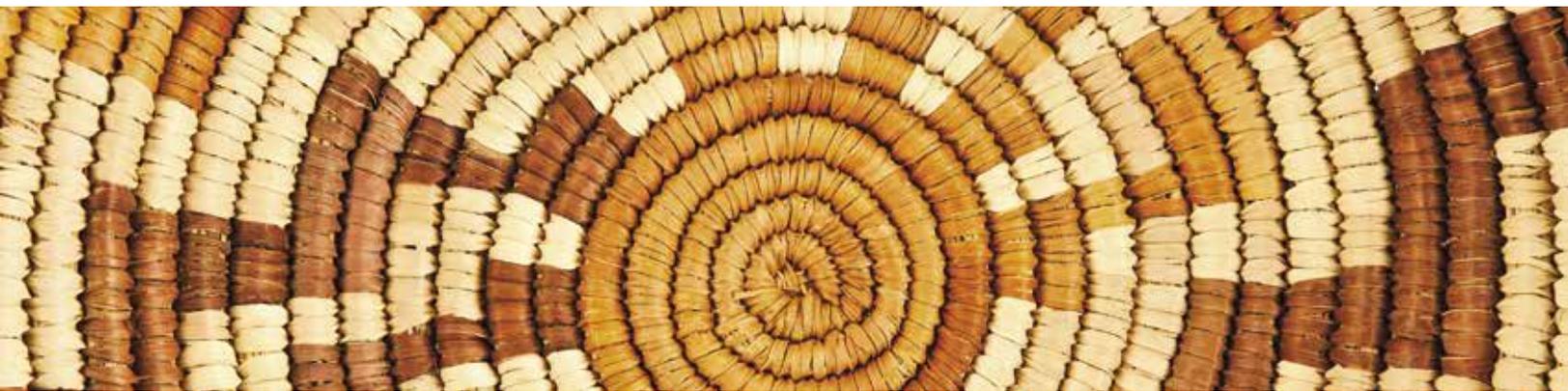
Il est vrai que certains événements et politiques se sont répercutés sur de nombreuses populations autochtones (p. ex., l'expropriation de leurs terres, la dissolution des communautés, l'oppression, les pensionnats, les rafles des années soixante, la marginalisation et l'aboriginalisme)³⁰. Toutefois, il convient de reconnaître que certaines collectivités ont vécu des traumatismes

qui leur sont propres. Fort de cela donc, les besoins seront différents d'une communauté à l'autre lors du cheminement vers la guérison. En prenant le temps d'essayer de connaître les communautés autochtones et ses habitants, les fournisseurs de services comprendraient mieux le contexte des priorités communautaires et d'y établir des relations de confiance³¹.

29 L.J. Kirmayer and G.G. Valaskakis, *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*, (Vancouver: UBC Press 2009).

30 Gerald Taiaiake Alfred, "Colonialism and State Dependency," *Journal of Aboriginal Health* 5.2 (Novembre 2009): 51.

31 Janet Smylie, "A Guide for Health Professionals Working with Aboriginal Peoples: Cross Cultural Understanding," *Journal SOGC : Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (2001): 13.



Vision du monde linéaire : Psychologie occidentale et approche de guérison du TSPT

Des recherches sur les TSPT ont documenté une foule de renseignements favorisant une meilleure compréhension de l'expérience – les symptômes qui permettent au thérapeute de se faire une meilleure idée de l'expérience, ainsi que des comportements acquis que développent les gens pour surmonter le traumatisme. Des processus psychothérapeutiques tels que la thérapie cognitivo comportementale (TCC) axée sur les traumatismes, la désensibilisation des mouvements oculaires et retraitements (EMDR), la thérapie de groupe et la thérapie psychodynamique facilite le processus de guérison du traumatisme.

Le respect de l'état de préparation du client ou de la cliente joue sur son temps de guérison de celui-ci, sur sa capacité à se souvenir des expériences, à endurer le fait de repenser à et à revivre l'expérience traumatisante comme processus vers la guérison. Tout au long de ce processus donc, on devrait s'efforcer de protéger l'état mental de la personne, afin d'éviter de le retraumatiser. Les techniques du présent processus psychothérapeutique sont soigneusement sélectionnées, pratiquées, supervisées et peaufinées au fil du temps.



La vision du monde holistique : psychologie culturelle autochtone/réponse mentale au TSPT

« Tout au long de l'histoire, c'est en déployant des efforts soutenus de revitalisation spirituelle et de régénération culturelle que les gens ont pu surmonter les effets de la colonisation, recouvrer leur dignité et être à nouveau en mesure de devenir autosuffisants et autonomes.³²»

L'évaluation de la santé mentale et le processus de guérison des individus et des communautés autochtones doivent prendre en compte les visions du monde des autochtones, ainsi que leur culture^{33,34}. Les mesures relatives à la santé mentale se fondent uniquement sur des perspectives occidentales de la maladie et des normes culturelles sont moins fiables et peu pertinentes pour les clients autochtones. Bon nombre d'entre ces derniers attachent beaucoup d'importance à la médecine traditionnelle et la guérison, qui selon eux constituent la pierre angulaire des soins adaptés aux particularités culturelles. Des pratiques telles que les consultations communautaires, la consultation des guérisseurs traditionnels, l'adaptation de la langue et la prise en compte de pratiques culturelles contribueront à la validité culturelle de l'évaluation et du traitement.

L'interprétation des rêves est une pratique dont se servent beaucoup de Premières Nations pour leur permettre de guider une personne au cours de son cheminement vers la guérison. La philosophie fondamentale de l'interprétation des rêves veut que les esprits des défunts aient une vie éternelle. Ces esprits peuvent et continueront de communiquer avec les vivants par les rêves :

- La communication est facilitée par des rêves et ancrée dans des enseignements culturels, à la base de l'interprétation du message des esprits.
- Rêver au défunt est souvent liés à deux choses :
 - Le désir du défunt de demander de l'aide (c.-à-d. ils sont nourris au moyen d'une fête commémorative; alors l'esprit du défunt se nourrit)
 - Rêver à la personne décédée peut être une indication que le deuil de la personne n'est pas encore résolu et peut l'être au moyen de la fête commémorative.

- Une autre croyance fondamentale dans la vision du monde des autochtones, c'est que l'esprit est le convoyeur de l'identité d'un individu; laquelle identité est un don du Créateur. Quel que fût le système de croyance ou mode de vie de la personne de son vivant, son esprit à la mort n'est plus entravé par la confusion du monde physique; il poursuit son parcours de ce monde physique vers le monde des esprits avec sa vraie identité à lui donnée par le Créateur.
- L'esprit d'une personne décédée est capable d'interagir avec les vivants selon les « lois naturelles » du Créateur, lesquelles prennent la forme du savoir qui permet d'agir sans la contrainte de « l'incrédulité ou du doute ».

La fête commémorative est un processus cérémoniel permettant de se reconnecter avec l'esprit du défunt par l'entremise d'offrandes de tabac ou autres offrandes de fête; celle-ci favorise également l'autonomisation de son esprit. Le processus résout le sentiment de désarroi qu'entraîne la perte ou de l'impuissance face à la mort ou de « sauver » un individu confronté à une mort violente. Une offrande de nourriture est préparée pour l'esprit du défunt et il s'agit d'une occasion de pouvoir parler directement à l'esprit du défunt afin de dire tout ce qu'on ne lui avait pas dit ou tout ce qui doit encore se dire. Les articles et les protocoles cérémoniels favorisent la sécurité du participant. Le processus guérit les traumatismes non résolus de la perte – le degré de guérison dépend de la foi et de la croyance du participant individuel en l'esprit.

32 Alfred, 45.

33 Smylie, 11.

34 Amy Bombay, Kim Matheson, et Hymie Anisman, "Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes among First Nations people in Canada," *Journal of Aboriginal Health* 5.2 (Novembre 2009): 28.

Exemple de cas³⁸ :

Grâce est une adolescente d'une communauté isolée d'Ojibway, qui s'exprime couramment en Ojibway. L'Ojibway est une langue très répandue, mais la majorité des jeunes adultes ne la pratique pas comme langue maternelle ; la prédominance du christianisme a eu des répercussions sur l'identité autochtone de la communauté. La spiritualité autochtone n'est pas une pratique de la communauté, bien que des jeunes, surtout ceux ayant quitté la communauté, manifestent un intérêt grandissant de participer à des programmes de traitement de toxicomanie à fondement culturel. Grâce reçoit du traitement contre l'abus de solvants et elle fait aussi face à une foule d'autres problèmes de traumatismes complexes. Grâce est l'une des trois enfants d'une famille; elle n'a pas vécu avec ses parents biologiques pendant presque toute sa vie. Elle n'a vécu que de temps en temps dans sa propre communauté et dans des centres urbains du Nord. Grâce a perdu beaucoup de ses proches et de membres de la communauté, lesquels ont connu des morts violentes. À la préadolescence, elle a vu son oncle adulte s'enlever la vie. Elle s'était sentie impuissante pour le sauver et n'avait pu se libérer du sentiment de culpabilité qu'elle s'était imposé, du fait de n'avoir pas été en mesure de le sauver. Aucun de ses fournisseurs de soins ne s'était attardé sur le deuil qu'elle vivait à la suite à cette perte. La réponse directe à l'expression de Grâce était de la séparer de sa famille biologique et la placer dans le circuit des foyers de protection de l'enfance sous des services d'aide à l'enfance.

C'est ainsi que Grâce avait fini par se retrouver au Nimkee NupiGawagan Healing Centre, où elle prit part à une cérémonie commémorative dans le cadre du programme culturel du centre. Rendant hommage à l'esprit de son oncle, Grâce a fait part de la manière dont elle s'était sentie en voyant son oncle se suicider. Elle a dit que selon elle, le fait de se suicider devant elle était une façon pour son oncle d'exprimer sa compassion pour elle; qu'elle ait été la seule à avoir le privilège d'assister à l'acte de son suicide, témoigne du fait qu'il lui « confiait » sa douleur. Grâce a expliqué que n'étant qu'une jeune fille, elle ne savait pas comment s'y prendre pour venir au secours de son oncle, mais maintenant, elle a appris qu'elle peut l'aider en nourrissant son esprit. Grâce a expliqué qu'elle regrette de n'avoir pas pu faire autrement, mais qu'elle se concentrait désormais sur s'aider elle-même. Elle a dit à l'esprit de son oncle qu'elle allait jeûner dans le cadre de sa guérison et elle a offert à son oncle de la nourriture comme un moyen d'aider son esprit dans son voyage. Elle parlait en pleurant, mais personne dans le cercle cérémoniel composé du personnel traitant digne de confiance et des membres de la communauté connus et inconnus ne l'interrompit.

38 Hopkins et Dumont.



Que se passe-t-il pendant le traitement

Objectifs :

1. Connecter le client avec les faits sur le traumatisme culturel vécu dans notre passé, en vue de contextualiser les problèmes sociaux des communautés et populations autochtones aujourd'hui.
2. Renforcer la fierté culturelle dans l'identité au moyen du partage des connaissances sur notre patrimoine et sur les accomplissements autochtones.
3. Faciliter la compréhension du cheminement vers la guérison.
4. Aider le client à formuler un plan continu pour un cheminement personnel vers la guérison.

Les gens issus des Premières Nations ont vécu ce que certains auteurs qualifient de « la blessure de l'âme » – leurs valeurs, leurs économies et normes sociales, leur sens de la spiritualité et même leur langue ont été perdus du fait de la colonisation de l'Amérique du Nord. Bien que l'interaction avec les Européens et d'autres cultures ait permis d'acquiescer pas mal de choses, il n'en demeure pas moins que la compromission et le déplacement des cultures autochtones en Amérique du Nord ont laissé un héritage tragique: beaucoup de gens des Premières Nations ont perdu une grande partie de leurs propres cultures et ils n'ont également pas été entièrement intégrés dans le marché du travail, l'économie ou dans la société et la culture canado-européenne plus large. L'on compte parmi les conséquences néfastes de cet état de choses une vie entière de chômage, de pauvreté relative et une gamme de problèmes sociaux et psychologiques, notamment l'abus de substances et la toxicomanie, la violence familiale, des taux élevés de criminalité, des taux incroyablement élevés de maladies dues au manque des soins parentaux et de soins personnels, des taux élevés de décès précoces en raison de ces maladies, ainsi que d'accidents et de violence interpersonnelle connexe.

Le développement personnel et la recherche de saines habitudes de vie peut être encouragé, chez les autochtones, le développement personnel et la recherche de saines habitudes de vie par le renforcement d'un cadre de compréhension moral et d'autogestion de la santé à fondement culturel. Un cheminement vers la guérison est important en ce sens qu'il favorise l'autonomisation – processus vous permettant d'être maître de vos émotions, de prendre soin de vous-même, tant physiquement que spirituellement, de penser de façon rationnelle, de réaliser vos objectifs primordiaux de la vie et d'être gentil envers votre famille, vos amis et votre communauté et leur être serviable.

Si vous avez subi une détresse émotionnelle majeure et vous vous êtes souvent senti abandonné ou maltraité par vos parents,

par d'autres membres de la famille, ou par des amis, vous devez entreprendre un voyage de guérison. Il convient de préciser que, même s'il vous faut un cheminement vers la guérison pour mener une vie satisfaisante et honorable, ce sera un parcours de toute une vie, la guérison étant un processus de toute une vie qui permet aux gens de se frayer leurs propres chemins, d'identifier quels objectifs se fixer et atteindre pour guérir, et comment rejoindre leurs propres forces intérieures.

Le cheminement vers la guérison vous permet de travailler sur votre développement et votre guérison personnels, mais aussi de grandir spirituellement et émotionnellement, vous aidant ainsi à vous sentir bien tant au plan physique que mental. Alors que le cheminement vers la guérison veut en général que l'on sollicite et retienne l'aide d'autrui, la guérison implique également le don de soi à d'autres personnes dans le besoin. Au bout du compte, il s'agit d'un processus très personnel qui fait appel à de la motivation individuelle.

Un des éléments qui composent l'individu est son patrimoine culturel précis. Un cheminement vers la guérison rend hommage à celui-ci. Un tournant décisif qui indique à quel point nous avons guéri, intervient lorsque dans notre cheminement vers la guérison, nous aidons autrui plus que nous ne nous aidons nous-mêmes.

Selon une publication de l'Assemblée des Premières Nations³⁵, un processus de guérison conforme aux approches de nombreuses cultures autochtones peut se repérer au moyen de quatre étapes qui sont les suivantes : reconnaître, se souvenir, résoudre et se reconnecter. Chacune de ces étapes est importante dans un cheminement vers la guérison.

- La reconnaissance que les problèmes non résolus dans son passé ne peuvent se résoudre que si l'on prend l'engagement de se lancer sur le parcours vers la guérison à long terme.
- Le rappel des lacunes et des expériences traumatisantes dans son passé qui pourraient faire obstacle au développement personnel à long terme.
- La résolution de problèmes en affrontant les blessures émotionnelles, mentales et spirituelles, ainsi que les conflits non résolus ayant entravé son développement personnel et son rétablissement de sa toxicomanie.

Se reconnecter en allant au-delà de soi-même et en étant activement impliqué dans le monde et en contribuant au bien-être d'autrui, y compris la famille, des amis, des malades, des personnes vulnérables et dépendantes de la communauté.

35 Assembly of First Nations, *Breaking the Silence: An Interpretive Study of Residential School Impact and Healing as Illustrated by the Stories of First Nation Individuals*, Ottawa: Assembly of First Nations, 1994.

Entretien motivationnel

Il est reconnu que l'Entretien motivationnel est une approche, une thérapie brève ou un outil d'intervention efficace:

Il s'agit d'un style de counseling en changement de comportement, mis au point par Miller (Miller, 1983). On le définit comme un style directeur de counseling, axé sur le client, qui aide celui-ci à explorer et à résoudre son ambivalence quant au changement. Il prévoit comme techniques l'écoute réflexive, la sollicitation des déclarations de motivation chez le client ou la cliente, l'examen des deux côtés de l'ambivalence du client ou de la cliente et la réduction de la résistance en surveillant la réceptivité du client ou de la cliente et la non-réclamation prématurée du changement. L'efficacité de l'EM comme intervention auprès des personnes à la fois dépendantes et toxicomanes de tous les groupes d'âge a été clairement démontrée (Dunn et coll., 2001). Et il a été également abondamment prouvé que l'EM est efficace comme intervention en toxicomanie lorsque les cliniciens non spécialistes en traitement de toxicomanie s'en servent, notamment pour favoriser l'admission au traitement et l'engagement dans le processus de traitement plus intensif du mésusage de substances (Dunn et al, 2001). Par contre, il n'y a aucune preuve étayant l'idée selon laquelle plusieurs traitements aboutissent à de meilleurs résultats, et l'on devrait considérer les nombreuses séances de l'EM comme étant la durée appropriée de l'intervention » (Dunn et al, 2001)³⁶.

Ci-dessous, l'EM est décrit du point de vue autochtone³⁷:

« Je crois que nous avons déjà le concept de l'EM dans notre culture. En langue Navaho, c'est une belle façon ou une façon positive de penser. « Je pense que dans des cultures indigènes, les cultures autochtones, nous l'avons déjà ce concept [...] », « Je crois que nous avons de profondes connaissances, mais nous obtenons nos diplômes ou acquérons nos formations, et la culture occidentale », participante navaho.

Tel qu'indiqué par Venner et al (2006), on considère l'EM comme thérapie brève (1 à 4 séances) pouvant être efficace en soi et/ou servir à préparer les clients au traitement. Il a été démontré que l'EM améliore l'efficacité d'autres traitements. Le conseiller peut s'en servir en une ou deux séances avant que le client ou la cliente n'entame un programme de traitement plus intense. Selon Venner et col. (2006), le recours à l'EM avant le début du traitement permet de doubler le taux d'abstinence par rapport à un programme de traitement sans celui-ci. L'EM a été intégré dans la thérapie cognitivo comportementale (TCC)³⁹ de telle sorte que les séances de traitement commencent par l'EM, avant de passer à la TCC, tout en respectant les principes de l'EM.

Venner et al (2006)⁴⁰ postulent que le conseiller trouverait l'EM facile à exploiter, si celui-ci :

- est culturellement compétent pour savoir bien écouter;
- traite les clients avec honneur et un profond respect ;
- traite les clients de façon chaleureuse et avec bienveillance;
- se sent à l'aise en agissant en tant qu'égal avec les clients;
- pense qu'il est important d'être sincère;
- comprend que les réponses et les motivations se trouvent chez le client;
- accepte et s'attend à ce que les clients soient en désaccord avec lui et le défient;
- comprend que prendre la décision de changer n'est souvent pas chose facile;
- sait que le processus de changement ne se passe jamais sans heurts et que très souvent il peut y avoir rechute
- apprécie la complexité de la vie et les motivations des gens;
- est sensible aux comportements verbaux et non verbaux du client ou de la cliente et est disposé à changer son comportement pour voir si cela aidera le client ou la cliente;
- est disposé à assumer sa part de responsabilité dans le ralentissement ou le progrès du client ou de la cliente vers un changement de ses habitudes de consommation (pas toute la responsabilité).

36 Trathen.

37 Kamilla L. Venner, Sarah W. Feldstein, and Nadine Tafoya, Native American Motivational Interviewing: Weaving Native American and Western Practices: A Manual for Counselors in Native American Communities (Albuquerque: University of New Mexico, 2006).

39 « La TCC est une forme de traitement psychologique qui porte sur les interactions entre la manière de penser, de se sentir et de se comporter d'un individu. Il est généralement limité dans le temps (environ 10 à 20 séances), met l'accent sur des problèmes en cours chez l'individu et suit un style structuré d'intervention. L'élaboration et l'administration de la TCC se sont fondées sur les données de la recherche. Davantage de preuves confirment l'efficacité de la TCC dans le traitement de nombreux troubles mentaux courants. Des programmes de recherche soigneusement conçus ont permis aux groupes de consensus des experts internationaux à qualifier la TCC de « traitement de choix » actuel pour certains troubles. La TCC n'est pas tellement une intervention unique; mais beaucoup plus une famille de techniques de traitement et de pratiques. Les praticiens de la TCC ont la possibilité de mettre l'accent sur différents aspects du traitement (l'aspect cognitif, affectif ou comportemental) selon le domaine dans lequel ils sont formés. Toutes les techniques et les approches de la TCC sont appliquées de façon pratique. Ce dont on se sert (c'est-à-dire, quelle technique pour quel problème) c'est ce qui s'est avéré efficace et ses techniques fondées sur la science (par exemple, « les expériences comportementales » aidaient les gens à surmonter leur peur des objets ou des situations). La TCC a déjà fait l'objet de bien des études à été mise en œuvre avec succès auprès des personnes ayant des besoins multiples et complexes et recevant d'autres formes de traitements supplémentaires, ou n'ayant pas eu de succès avec d'autres types de traitement. » (Somers et Querée, 2007).

40 Venner, Feldstein, and Tafoya.

Quelques idées relatives à l'EM sont les suivantes⁴¹:

- La motivation au changement du client ou de la cliente est une marque de sagesse qu'il nous faut respecter plutôt que de tenter de montrer sa sagesse en tant que thérapeute au client ou à la cliente.
- Le client ou la cliente est perçu(e) comme une personne pas comme un problème. Le client ou la cliente identifie et traite ses sentiments quant au changement. Chez certaines tribus, ce niveau de respect a atteint de nouveaux sommets et en s'adressant aux clients, elles les appellent sœur, oncle, etc. d'après leurs relations claniques. Le conseiller oriente avec humilité, respect et enthousiasme le client ou la cliente, afin qu'il/elle puisse évaluer ses sentiments et progresser vers une décision de changement.
- La persuasion n'est pas une méthode efficace d'encourager une modification de comportement.
- Le style de l'EM est généralement doux, permettant d'exploiter au mieux la sagesse du client ou de la cliente.
- La réceptivité au changement n'est pas stable. Elle varie en fonction de l'environnement interne et externe du client (les relations sociales, la situation professionnelle, le statut financier, la famille et les amis, et la communauté).

- La relation thérapeutique est un partenariat et non une relation expert-patient.

Selon Lundahl et Burke (2009), l'Entretien motivationnel doit être perçu comme « une philosophie de traitement et un ensemble de méthodes dont on se sert pour favoriser la motivation intrinsèque des gens par l'exploration et la résolution de l'ambivalence entourant le changement de comportement.⁴² » L'Entretien motivationnel est utilisé en psychothérapie, en médecine, en toxicomanie et en santé publique (Lundahl et Burke, 2009). La motivation est fondamentale dans le processus de changement et le succès de l'EM est tributaire des bonnes relations de travail dans lesquelles le client ou la cliente est considéré(e) comme expert(e) de sa propre vie. Une telle approche thérapeutique tend à minimiser la résistance au changement et améliore par la suite la motivation.

Le tableau suivant décrit chaque étape du cycle de changement. Il est donné pour chaque étape un exemple de comportement ainsi que les besoins de traitement résultants du comportement manifesté :

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

42 Brad Lundahl and Brian L. Burke, "The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses," Journal of Clinical Psychology: In Session 65.11 (2009): 1232-1245.

Étape	Exemple	Traitement
Précontemplation. La personne n'envisage pas de changer ses habitudes, bien qu'elle soit consciente des conséquences négatives qu'elles entraînent.	Un individu fonctionnel, bien que dépendant à l'alcool. Il s'enivre à tous les soirs, mais se rend au travail chaque jour, accomplit ses tâches, n'a pas de troubles juridiques liés à sa consommation d'alcool et est toujours marié.	Le client doit être renseigné sur les risques et les problèmes potentiels liés à sa consommation. Une intervention brève pourrait être de l'informer sur les conséquences négatives de l'abus d'alcool. Par exemple, s'il est déprimé, le mettre au courant que la consommation d'alcool peut exacerber la dépression.
Contemplation. La personne réalise les avantages et les inconvénients de sa toxicomanie, mais n'est pas encore décidée au changement	Une personne qui s'est fait arrêter pour conduite en état d'ébriété et se jure de ne plus jamais boire lorsqu'elle doit conduire. Elle est consciente des conséquences de sa consommation, mais ne veut pas arrêter de boire, seulement s'abstenir si elle conduit.	Cette cliente doit explorer l'ambivalence de ses sentiments et le conflit entre ses habitudes de consommation et ses valeurs personnelles. Une intervention brève serait de la sensibiliser aux conséquences de l'abus d'alcool et aux avantages de réduire, et même de s'abstenir, de consommer.
Préparation. La personne entreprend cette étape lorsqu'elle manifeste un désir clair de changer et qu'elle réfléchit à des moyens d'y arriver.	Un individu décidé à arrêter sa consommation et planifie d'entreprendre du counseling, de rejoindre un groupe des AA, des NA ou d'entrer en traitement.	Ce client doit être encouragé et renforcé dans son engagement. Une intervention brève serait de lui donner des options de traitement (ex. traitement résidentiel, consultations externes, ateliers des 12 étapes) pour lui permettre de choisir ce qui lui convient le mieux.
Action. C'est l'étape des premiers gestes concrets : la personne essaie activement de modifier ses comportements, bien qu'elle puisse manquer de fermeté.	Une personne qui a entrepris une démarche de counseling et qui va à ses rencontres. Cependant, elle pense souvent à consommer et a des rechutes ponctuelles.	Cette cliente a besoin d'aide pour élaborer un plan d'action et pour développer des habiletés afin de maintenir sa sobriété. Le professionnel doit rassurer la cliente sur ses émotions et ce qu'elle expérimente comme faisant partie du processus de rétablissement. Des interventions brèves pourraient être utilisées à cette étape pour prévenir les rechutes.
Maintien. Les nouveaux comportements s'installent à long-terme.	Un individu assidu dans ses rencontres de counseling, qui participe activement aux groupes AA ou NA, qui a un parrain (AA ou NA), qui prend du disulfaram (Antabuse), qui s'est fait de nouveaux amis sobres, qui pratique de nouvelles activités sans consommation.	Pour ce client, les interventions brèves doivent se concentrer sur la prévention des rechutes. Rassurez-le, puis évaluez avec lui ses comportements et son plan à long terme pour maintenir sa sobriété.

Le tableau suivant (SAMHSA, 1999) propose des stratégies de motivation appropriées pour chaque étape du changement⁴²:

Stratégies de motivation appropriées pour chaque étape du changement	
Étape du changement du client	Stratégies de motivation appropriées pour le clinicien
<p>Précontemplation Le client n'envisage pas encore</p> <p>Le changement, refuse ou est incapable de changer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Établir le rapport, demander la permission et bâtir la confiance. • Soulever des doutes ou des inquiétudes chez le client quant à ses habitudes d'utilisation de substances en: <ul style="list-style-type: none"> o explorant soit la signification des événements ayant motivé le client à aller se faire soigner, soit les résultats des traitements antérieurs; o suscitant chez le client ou la cliente sa perception de la nature du problème auquel il/elle fait face; o présentant des données factuelles sur les risques de consommation d'alcool et d'autres drogues; o présentant de la rétroaction personnalisée sur les constatations de l'évaluation; o explorant les avantages et les inconvénients de la toxicomanie; o aidant un compagnon ou une campagne à intervenir; o se penchant sur les divergences entre les perceptions du client ou de la cliente et celles des autres par rapport au comportement problématique; o exprimant son inquiétude tout en gardant la porte ouverte.
<p>Contemplation</p> <p>Le client reconnaît les préoccupations et envisage la possibilité de changer, mais il demeure ambivalent et incertain.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normaliser l'ambivalence. • Aider le client ou la cliente à faire pencher sa balance décisionnelle en faveur du changement en: <ul style="list-style-type: none"> o établissant et pesant les pour et les contre de la toxicomanie, ainsi que du changement; o modifiant la source de la motivation d'extrinsèque à intrinsèque; o examinant les valeurs personnelles du client ou de la cliente par rapport au changement; o mettant l'accent sur le libre choix, la responsabilité et l'auto-efficacité de changer du client; o provoquant chez le client ou la cliente des affirmations de motivation personnelle par rapport à son intention et son engagement; o suscitant chez le client ou la cliente des idées concernant son auto-efficacité apparente et ses attentes quant au traitement; o résumant les affirmations de motivation personnelle.
<p>Préparation</p> <p>Le client s'engage à et a l'intention de changer dans un proche avenir, mais il réfléchit encore sur la conduite à tenir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser les objectifs et les stratégies de changement du client. • Mettre à la disposition du client ou de la cliente un menu d'options pour le changement ou le traitement. • Si autorisé, proposer de l'expertise et des conseils. • Négocier un plan de changement ou de comportement ou un contrat de traitement. • Prendre en compte et abaisser les obstacles au changement. • Aider le client à trouver du soutien social. • Explorer les attentes quant au traitement et le rôle du client. • Demander aux clients ce qui a bien fonctionné chez eux par le passé ou chez d'autres qu'ils connaissent. • Aider le client dans sa gestion des problèmes liés aux finances, à la garde d'enfants, au travail, au déplacement ou à d'autres obstacles potentiels. • Amener le client ou la cliente à annoncer publiquement son intention de changer.

Action

Le client prend activement des mesures pour changer, mais n'a pas encore atteint un état stable.

- Faire participer le client ou la cliente au traitement et renforcer l'importance de demeurer en récupération.
- Soutenir une vision réaliste du changement par la prise de petites mesures.
- Reconnaître les difficultés auxquelles font face le client ou la cliente au tout début du changement.
- Aider le client à cerner des situations comportant des risques élevés au moyen d'une analyse fonctionnelle et développer des stratégies d'adaptation appropriées.
- Aider le client ou la cliente à trouver de nouvelles façons de renforcer le changement positif.

Entretien

Le client a atteint les objectifs initiaux tels que l'abstinence et travaille maintenant à préserver les acquis.

- Aider le client ou la cliente à trouver et essayer d'autres sources de plaisir dépourvues de drogues (c.-à-d., de nouveaux moyens de renforcement positif).
- Soutenir des changements de styles de vie.
- Affirmer la volonté et l'auto-efficacité du client ou de la cliente.
- Aider le client ou la cliente à pratiquer et à recourir à de nouvelles stratégies d'adaptation afin d'éviter de recommencer la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- Garder le contact avec le client ou cas où celui-ci aurait besoin de soutien (par ex., faire savoir au client que vous êtes disponible entre les séances s'il désire vous parler).
- Mettre en place une sorte de plan « de sécurité-incendie » de quoi faire si le client reprend la consommation.
- Revoir les objectifs à long terme avec le client ou la cliente.

Récurrence

Le client a éprouvé une réapparition des symptômes et doit maintenant en subir les conséquences et prendre une décision sur ce qu'il fera par la suite

- Aider le client à réintégrer le cycle de changement et louer toute volonté de reconsidérer le changement positif.
- Explorer le sens et la réalité de la récidive comme une occasion d'apprentissage.
- Aider le client à trouver d'autres stratégies d'adaptation.
- Maintenir le contact avec le client au cas où celui-ci aurait besoin de soutien.



Les quatre principes de l'Entretien motivationnel⁴⁴:

Exprimer de l'empathie

- Démontrer qu'on fait des efforts pour comprendre avec exactitude le client ou la cliente – en se faisant une idée très claire de ce que ce serait de se mettre à la place du client ou de la cliente.
- Accepter le client, car, ce faisant, on augmente les chances que celui-ci ferait des changements positifs.
- Refléter ce que vient de dire le client ou la cliente (verbalement et non verbalement) car cela constitue une compétence nécessaire dans l'utilisation de l'EM. Les gens sont plus enclins à envisager de faire des changements s'ils se sentent compris.
- C'est normal de se sentir incertain quant au changement.

Développer les divergences

- Le changement se produit lorsque le comportement actuel d'un individu n'est pas conforme aux objectifs personnels ou valeurs essentiels de celui-ci. Par exemple, c'est souvent difficile pour quelqu'un qui est dépendant de l'alcool de vivre en harmonie avec soi-même, sa famille, sa communauté et son univers.
- Chacun a des rôles et des responsabilités au sein de sa communauté. Même si une seule personne qui ne joue pas le sien, les gens et la communauté peuvent en subir les conséquences, surtout s'il s'agit d'une petite communauté. Des problèmes de consommation d'alcool peuvent faire en sorte que l'on ne soit pas un bon modèle ou qu'on ne puisse contribuer à sa famille et à sa communauté comme on l'aurait bien pu si on ne faisait pas face aux problèmes de l'alcool. La consommation abusive d'alcool peut faire en sorte que les gens se sentent déconnectés de leurs familles et de leurs communautés et avoir le sentiment de ne pas vivre en harmonie ou en « beauté ».
- Le client ou la cliente et non le conseiller devrait être celui qui évoque des raisons du changement.
- Écouter attentivement lorsque le client fait savoir ce que constituent ses valeurs ou alors lui poser des questions ouvertes afin d'apprendre ce à quoi il accorde de la valeur et si sa consommation d'alcool nuit à un mode de vie conforme à ses valeurs.
- On espère qu'une fois que votre client aura compris que la consommation problématique d'alcool ne lui permet plus de rester fidèle à ses valeurs, il/elle sera plus motivé(e) à faire des changements à ces habitudes de consommation d'alcool. Si la consommation problématique d'alcool empêche quelqu'un de respecter ses valeurs, le changement de ces habitudes constituerait un bon pas vers une vie conforme à ses valeurs.



44 Venner, Feldstein, and Tafoya, 17-18.

Découvrir d'où provient la résistance

- Ne vous mettez pas en rogne pour le changement. Plus vous vous prenez la tête pour le changement, plus le client ou la cliente aura tendance à s'y opposer. Plus un client ou une cliente résiste au changement, moins il serait enclin à faire des modifications réussies
- Ne prenez pas à bras-le-corps la résistance du client ou de la cliente ; essayez d'éviter toute brouille avec le client ou la cliente.
- Invitez le client ou la cliente à partager son point de vue. Le conseiller ne devra pas imposer son propre point de vue sur un client/une cliente.
- Le client ou la cliente dispose des réponses et des solutions.
- Lorsque le conseiller perçoit de la résistance chez le client ou la cliente, il s'agit là d'un signal que l'on doit répondre différemment au client.

Soutenir l'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité est la croyance du client ou de la cliente en sa capacité de pouvoir changer avec succès sa vie.

- Votre conviction que le changement est possible est un facteur de motivation important pour vos clients.
- Le client ou la cliente et non le conseiller est responsable de choisir et de réaliser le changement.
- Votre croyance en la capacité du client à changer aide celui-ci à changer.

D'autres sources de soutien (les amis, la famille, la communauté, etc.) et la confiance en vos clients sont utiles. Il pourrait également s'avérer utile de bâtir une communauté de personnes ayant confiance en la capacité de votre client à modifier ses habitudes de consommation d'alcool et à contribuer à sa communauté. Les communautés ont besoin de tout le monde pour remplir leur rôle.

Exemple : Une comparaison de l'approche de l'EM et de l'approche sans EM⁴⁵:

L'approche EM (axée sur la personne)	L'approche sans EM (axée sur la personne)
<p>Partenariat</p> <p>Le counseling implique un partenariat qui honore le point de vue du client et sa sagesse personnelle. Il peut aussi être important d'inviter la sagesse et la participation de membres de la famille, du clan et de la communauté (présence lors des rencontres, aide, soutien, etc.). Le conseiller crée une atmosphère propice au changement, sans le forcer ou l'exiger.</p>	<p>Confrontation</p> <p>Le counseling implique de signaler et de corriger les raisonnements erronés du client, en le forçant à « sortir du déni » et à d'accepter de « voir la réalité ».</p>
<p>Évocation</p> <p>Le client à les outils en lui-même (ses désirs, ses motifs, ses besoins et la capacité de changer). Il connaît les ressources disponibles dans la communauté. Encourager le client à partager ses pensées, ses buts, son point de vue et ses valeurs fait grandir sa motivation à changer.</p>	<p>Éducation</p> <p>Le conseiller est convaincu que le client n'a pas d'information importante ou une perspective pertinente à contribuer, qu'il n'a pas les habiletés requises pour changer. Le conseiller cherche donc à « combler les manques » en fournissant l'information nécessaire.</p>
<p>Libre-arbitre</p> <p>Le conseiller encourage le client dans son droit et sa capacité de déterminer et de suivre son propre chemin. Au sein de certaines communautés, peut-être y aura t'il lieu de vérifier si la sagesse de d'autres membres doit être interpellée pour aider le client dans son choix. Le conseiller guide ainsi son client en l'aidant à faire des choix éclairés.</p>	<p>Autoritarisme</p> <p>Le conseiller dit au client quoi faire. Il sait ce dont le client a besoin pour « régler » le problème.</p>

Adapted from: Miller and Rollnick (2002), Motivational Interviewing; Preparing People to Change. Second edition, The Guilford Press, New York.

Types de cérémonies pour expliquer l'EM⁴⁶ :

Nous offrons quelques exemples de cérémonies qui semblent bien répondre au principe essentiel de l'EM. Étant donné que ce manuel a été conçu particulièrement pour tous les peuples amérindiens, nous osons croire qu'il sera utile en présentant des cérémonies issues de différents peuples indigènes/autochtones. Bien que les populations autochtones diffèrent considérablement les unes des autres, ces exemples de cérémonies soulignent des similitudes dans la création d'un espace sûr où chacun se sent respecté et honoré. L'approche de l'EM souligne également la nécessité d'être respectueux envers les clients en les aidant à se sentir en sécurité lors des séances de counseling. Nous partageons avec vous ces cérémonies, pas forcément pour que vous les utilisiez avec les clients. Les cérémonies peuvent nous aider à mieux aborder notre travail. Si elles vous paraissent indiquées, n'hésitez pas à les utiliser et à les modifier. Il vous est possible également de recourir à des cérémonies issues de votre patrimoine culturel ou alors de n'en utiliser aucune tout simplement :

Pueblo (États-Unis)

La « cérémonie » présentée ici est une tentative de donner au processus de guérison un caractère sacré lors de la rencontre initiale avec les clients. Nous commençons par la reconnaissance que nous entrons dans un espace spécial. En y accédant, nous laissons derrière nous tous nos mauvais sentiments et la colère. Nous entrons dans cet espace où toute interaction se déroulera dans un esprit et un cœur dégagés. Nous disons nos prières demandant à nos ancêtres leurs sagesse et aide afin que notre rencontre soit un succès. Nous demandons aux Anciens d'apporter une bonne énergie et de l'énergie de guérison dans notre espace et pendant notre temps ensemble. Nous mettons nos pensées et nos sentiments de guérison ensemble et devenons un. Basé sur l'expérience de Nadine Tafoya.

Maori (autochtones de Nouvelle-Zélande)

Quand les Maoris invitent des étrangers (même des Maoris issus d'autres communautés) dans leur Marai (bâtiment spécial réservé aux activités spirituelles et communautaires), ils pratiquent une cérémonie qui rappelle à tous que nous sommes tous un, que tout le monde est en sécurité dans le Marai et que nous partageons tous un même but et que nous avons tous les mêmes objectifs. Sur la base de la compréhension simple du premier auteur, chaque groupe se présente et les uns disent aux autres qu'ils viennent en paix. Ils suivent un processus précis pour échanger et chanter. Vers la fin de cette cérémonie d'accueil, les uns et les autres de chaque groupe se saluent. Les hommes se rapprochent, leurs nez se touchant, respirant ainsi le même air et laissant entendre qu'ils sont un. Les femmes généralement s'embrassent sur la joue. Puis, tout le monde se retire pour aller chercher du thé et manger ensemble. Basé sur l'expérience de Kamilla Venner.

De Cho (Canada)

On invite tout le monde à se lever et former un cercle. Le chef s'adresse au peuple et souligne l'importance de se saluer et de faire preuve de respect mutuel, tout en reconnaissant que nous sommes tous un dans le monde. Le cercle se transforme en deux cercles qui se connectent. Celui qui est dans le cercle intérieur fait les présentations, tandis que ceux du cercle extérieur l'écoutent. Après vous être présenté, vous vous retirez au cercle extérieur. La première personne commence à montrer aux autres ce qu'ils doivent faire, pendant que la musique joue (dans ce cas la musique « O Siem » provenant d'un CD, musique signifiant « nous sommes une famille » de Susan Aglukark, une Inuite). Celui qui fait les présentations dit à son prochain comment il s'appelle; ils se serrent la main, son prochain en fait autant et chacun dit une chose le concernant. Les uns et les autres présents ont l'occasion de se saluer face à face. Puis quand ils se rencontrent plus tard au cours de l'activité, ils se sentent plus à l'aise les uns avec les autres, établissant des liens et plus enclins à interagir. Basé sur l'expérience de Wendy Kalberg à l'occasion d'une Conférence sur le Trouble du spectre de l'alcoolisation foetale, soulignant le mieux-être communautaire.



45 Venner, Feldstein, et Tafoya

46 Venner, Feldstein, et Tafoya

Connaissances et compétences essentielles qu'il vous faut avoir dans votre boîte à outils de counseling

Un conseiller doit posséder des connaissances essentielles, ainsi que les quatre compétences clés suivantes qui lui permettraient d'offrir des interventions brèves efficaces⁴⁷:

1. Une attitude globale de compréhension et d'acceptation;
2. Des compétences en counseling telles que l'écoute active et savoir aider le client à explorer et résoudre l'ambivalence;
3. Mettre un accent sur des objectifs intermédiaires;
4. Avoir une connaissance pratique des étapes du changement que franchit le client lorsqu'il songe à, commence à et essaie de maintenir un nouveau comportement;
5. Faire une distinction entre offrir du soutien et donner des conseils, et le counseling.

Il convient de garder à l'esprit ce qui suit en matière d'Entretien motivationnel :

Chaque client dispose d'un fort potentiel à changer :

1. Croire que vos patients peuvent changer les amène à y croire aussi;
2. En plaçant la barre très haute par rapport à vos attentes de ce que peuvent accomplir vos patients, vous leur permettrez de s'atteler à combler ces attentes.

En tant que conseiller, votre tâche consiste à :

1. Exploiter le potentiel du client à changer;
2. Guider le processus de changement naturel que possède déjà en lui l'individu;
3. Donner de l'espoir, susciter la conviction et la confiance que le client est capable de faire des changements souhaités.

Spence (2006) propose les facteurs prévisionnels de changement de comportements suivants⁴⁷:

Discours du client :

- Désir
- Capacité
- Raisons
- Besoin

Langage d'engagement



Changement de comportement

L'Entretien motivationnel comprend cinq principes généraux, à savoir^{49,50,51} :

1. Développer les divergences
2. Exprimer de l'empathie
3. Reconnaître les réalisations
4. Accompagner la résistance
5. Encourager l'auto-efficacité

De nombreux défenseurs de l'EM suggèrent le recours à la stratégie OARS lors des interventions auprès des clients^{52,53}:

1. Les questions ouvertes
2. L'usage d'affirmations
3. L'écoute réflexive
4. Le résumé

Suscitent un « discours de changement » positif

47 Richard Spence, "A Culturally Relevant Adaptation of Evidence Based Practice," BMI: Brief Motivational Interviewing (2006), PowerPoint presentation.

48 Spence

49 Ali Marsh, Ali Dale, and Laura Willis, Evidence Based Practice Indicators for Alcohol and Other Drug Interventions: Literature Review, 2nd ed. Perth: Best Practice in Alcohol and Other Drug Interventions Working Group, 2007.

50 Venner, Feldstein, and Tafoya.

51 Spence

52 Marsh.

53 Venner, Feldstein, and Tafoya.

Vous pouvez essayer certaines questions ouvertes afin d'engager le client et promouvoir un changement de comportement chez celui-ci, par exemple :

- Reconnaissance du problème: comment vous sentez-vous par rapport à votre consommation d'alcool actuelle (ou par rapport à votre santé)?
- Expression de préoccupation: quels sont vos soucis concernant votre consommation d'alcool (ou par rapport à votre santé)?
- Intention de changer: que voulez-vous faire pour y remédier?
- Optimisme : qu'est-ce qui vous fait croire que c'est maintenant le meilleur moment pour commencer?

Par ailleurs, essayez également de transformer les questions fermées en des questions ouvertes, par exemple :

- Question fermée – buvez-vous beaucoup d'alcool en soirée?
Question ouverte – quelle quantité d'alcool buvez-vous en soirée?
- Question fermée – voulez-vous réduire votre consommation d'alcool ?
Question ouverte – que pensez-vous de l'idée de faire des changements à votre consommation d'alcool?
Question ouverte – que pourrait vous pousser à vouloir réduire votre consommation d'alcool?
- Question fermée – savez-vous que trop boire d'alcool peut être dangereux?
Question ouverte - que savez-vous sur les dangers liés à une consommation excessive d'alcool?

Les trois grands principes de l'Intervention brève :

1. Le dépistage de la consommation abusive d'alcool.
2. L'évaluation, l'éducation et la rétroaction : discuter des limites risquées et des risques pour la santé.

3. Changement de comportement :
 - a. évaluer l'état de préparation de changer les habitudes de consommation d'alcool;
 - b. offrir de l'aide en fonction de la réceptivité au changement de la consommation d'alcool;
 - c. établir des objectifs avec le client.

Un exemple de processus

À titre d'exemple du dépistage, les Directives pour aider les fournisseurs de soins de santé à promouvoir la consommation d'alcool à faible risque chez les patients (2012) du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLAT)⁵⁴ décrivent un ensemble de mesures visant à aider les professionnels de la santé à déterminer si un client aurait ou non un problème d'alcool.

Cette ressource de référence rapide peut aider à réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool chez les clients en ce sens qu'elle oriente le fournisseur à travers une série de pratiques de dépistage et d'intervention brève permettant de décider si un renvoi vers des services spécialisés s'avère nécessaire. Les directives du CCLAT s'appliquent aux adultes âgés de 25 à 65 ans. Lors de vos interventions auprès de personnes de cette tranche d'âge, s'il vous paraît qu'un client ou une cliente fait face à un problème d'alcool, vous devez considérer qu'un « un verre standard » en vertu de ces directives se définit comme suit :

- Verre de 341 ml (12 oz) à teneur en alcool de 5 % d'alcool (bière, cidre ou panaché);
- Verre de 142 ml (5 oz) de vin à teneur en alcool de 12 %;
- Portion de 43 ml (1,5 oz) à teneur en alcool distillé de 40 % (seigle, gin, rhum, etc.).

Le **processus de dépistage** (en tenant compte de la définition ci-dessus relative au verre standard) comporterait :

Dans le but de réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool à **court terme**, les lignes directrices du CCLAT recommandent que les femmes ne consomment pas plus de 3 verres par jour alors que les hommes ne devraient consommer plus de 4 boissons alcoolisées par jour.

Une intervention serait d'informer votre client :

- d'essayer de passer une semaine sans alcool afin de minimiser la possibilité que la tolérance et l'habitude s'installent;
- d'essayer de ne pas augmenter sa consommation, car les avantages pour la santé s'en trouvent énorme si on limite sa consommation à moins de 1 verre par jour;
- d'essayer de ne pas aller au-delà des limites quotidiennes;
- qu'on recommande aux adultes avec tolérance réduite (que ce soit en raison du faible poids corporel, d'être âgé de moins de 25 ans, de plus de 65 ans, ou de n'être pas habitué à la consommation) de ne jamais dépasser ces limites maximales.

Les limites de consommation recommandées permettant d'éviter **les risques à long terme** pour la santé chez les femmes sont de 0 – 2 verres standard par jour et d'un maximum de 10 verres standard par semaine. Quant aux hommes, les limites recommandées chez ceux-ci sont de 0 à 3 verres standard par jour et d'un maximum de 15 verres standards par semaine pour réduire les risques à long terme pour la santé⁵⁵.

Une intervention serait d'informer votre client :

- qu'il augmenterait leur risque de blessure s'ils consomment plus d'alcool par jour/par semaine que les limites recommandées ci-dessus;
- que boire en excès devrait être occasionnel seulement, mais toujours en respectant les limites hebdomadaires ci-dessus;
- d'essayer de ne boire d'alcool qu'après avoir mangé, et jamais à jeun;
- d'essayer de ne pas consommer plus de 2 verres standard au cours d'une période de 3 heures;
- d'essayer d'alterner l'alcool avec des boissons sans caféine et autres boissons sans alcool;
- d'essayer d'éviter des activités et des situations risquées.

Vous pourrez recourir aux interventions suivantes auprès de vos clientes enceintes, envisageant d'avoir un bébé, ou allaitant :

- l'option la plus sûre au cours de la grossesse ou lorsque vous envisagez de devenir enceinte est de ne pas boire d'alcool;
- l'alcool dans le sang de la mère peut nuire au développement du fœtus;
- Il n'existe aucun seuil de consommation d'alcool pendant la grossesse ayant été prouvé comme étant sûr;
- les mères qui allaitent ne devraient pas boire d'alcool juste avant d'allaiter le bébé, car une proportion de l'alcool consommé passe dans le lait maternel et peut nuire au bébé;
- les femmes qui ont l'intention de boire de l'alcool pendant l'allaitement peuvent aider à prévenir ou à limiter que l'alcool n'atteignent leur bébé en allaitant ou en exprimant le lait maternel à l'aide d'un tire-lait avant de boire de l'alcool.

Voici quelques interventions auxquelles vous pourrez recourir dans votre travail auprès des jeunes qui selon votre jugement suite au processus de dépistage, semblent avoir un problème d'alcool :

Aux jeunes âgés de jusqu'à 18 ans :

- dites-leur de ne pas essayer de commencer à boire avant d'avoir atteints 18 ou 19 ans voire plus;
- s'ils ont décidé de commencer à boire, ils doivent le faire dans un environnement sûr autant que possible – sous surveillance parentale et à faibles doses (c.-à-d., 1 à 2 verres standard et juste une ou deux fois par semaine).

Aux clients jeunes adultes âgés de 18-24 ans :

- Les femmes ne doivent jamais dépasser 2 verres par jour et les hommes ne doivent jamais dépasser 3 verres par jour.



55 Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLAT) : Directives pour aider les fournisseurs de soins de santé à promouvoir la consommation d'alcool à faible risque chez les patients (2012)

Évaluer la réceptivité au changement

À l'aide du modèle de la réceptivité au changement, vous pourrez déterminer où se situe le client sur le continuum de changement :

- Évaluer la réceptivité au changement de la consommation d'alcool :
 - En réfléchissant sur votre consommation d'alcool et des risques connexes, à quel point êtes-vous prêt à changer votre habitude de consommation d'alcool ?
 - Évaluer à l'aide d'une règle des aspects de réceptivité et de motivation
- Offrir de l'aide, fondée sur l'état de réceptivité :
 - Si au stade de la précontemplation: encourager le client à de continuer à penser au changement ; à explorer l'ambivalence et à avoir des discussions éventuelles avec le travailleur de la santé;
- Si au stade de la préparation : aider le client à créer un plan et/ou à fixer des objectifs;
- Si au stade d'action : renforcer les efforts de changement et aider le client à continuer à modifier le plan en explorant le processus;
- Si au stade de l'entretien : soutenir le changement et explorer les besoins de soutien continu.

Enfin, explorer les objectifs du client :

- Explorer les désirs, les résultats, les espoirs et les attentes
 - « Quels sont vos objectifs? »
 - « Que souhaitez-vous voir comme résultats? »
- Aider les clients à identifier des objectifs précis et réalisables;
- En quoi le changement aurait-il une incidence sur ce qui est plus important pour le client?
- Explorer des options et des ressources pour le changement;
- Trouver du soutien continu auprès de la famille, des amis, de la communauté et auprès des services spécialisés auxquels le client est orienté;
- Faire le suivi avec le client et clarifier le plan afin d'en favoriser meilleure compréhension.

Vous pouvez également travailler avec votre client pour remplir une matrice des inconvénients et des avantages^{56,57}. Une telle matrice vise à permettre au client de discuter activement de ce qu'il ressent par rapport à un comportement précis tel que la consommation d'alcool. En remplissant la matrice avec le client, l'occasion vous est ainsi offerte de mieux comprendre le point de vue de celui-ci concernant les avantages et les inconvénients de boire, et aussi de renforcer ses affirmations relatives au changement et de lui apporter du soutien.

En voici un exemple:

Réduire ou arrêter de boire	Avantages	Inconvénients
Boire la même quantité	L'alcool m'aide à me détendre. Il m'aide à oublier ma douleur.	J'oublie des choses que je dois faire. Il me rend fatigué ; je manque d'énergie et de motivation.
Changer les habitudes de consommation	Je n'oublierais pas les choses. Je me sentirais mieux. J'aurai plus d'énergie.	Je ressentirais plus de douleur. Je m'ennuierais ou je n'aurais rien à faire en soirée. Tous les mecs boivent.

En résumant les résultats, commencez par les avantages de consommer l'alcool, les inconvénients de changer et puis terminez par les inconvénients d'en consommer et les avantages de changer. En regardant les réponses du client de cette façon, vous (en tant que conseiller) devez commencer par les raisons pour lesquelles le client ne veut pas changer et terminer par les raisons pour lesquelles il veut changer. Cela permet de diriger la séance vers la motivation au changement.

56 Spence

57 Venner, Feldstein, and Tafoya.

Évaluer l'importance, la confiance et la réceptivité

L'objectif général d'évaluer l'importance, la confiance et la réceptivité au changement est de permettre au client d'explorer et de réaliser leurs propres motivations à modifier un comportement précis. Cette stratégie donne également l'occasion au conseiller de susciter et renforcer chez le client un langage de changement.

Un moyen de parvenir à cette « mesure de réceptivité » est de recourir à ce que l'on appelle une « échelle ». Voici quelques exemples d'une telle échelle :

Pas du tout important	Incertain	Assez important	Extrêmement important
0...1...2	3...4...5	6...7...8	...9...10



<p>Ce n'est pas important pour vous d'apporter des changements.</p> <p>Le sol n'est pas prêt à être ensemencé.</p>	<p>Vous n'êtes pas certain de vouloir changer.</p> <p>Une semence est plantée, mais n'a pas été arrosée.</p>	<p>Il vous semble assez important d'apporter des changements.</p> <p>La semence a germé hors du sol.</p>	<p>Il est extrêmement important pour vous de faire des changements.</p> <p>La plante est prête à être récoltée.</p>
--	--	--	---

Il existe de nombreuses variantes à ces échelles et vous, en tant que conseiller, pourriez les utiliser telles quelles ou en créer vos propres adaptations en fonction des besoins de votre client.

Certaines étapes clés à suivre lorsque vous vous en servez:

1. Tout d'abord, demandez la permission de votre client avant de vous servir des échelles.
2. « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 correspond à pas du tout important et 10 extrêmement important, à quel point est-il important pour vous de changer (un comportement précis) maintenant? »
3. « Pourquoi avez-vous décidé de choisir (numéro choisi par le client) au lieu de 0? »
 - Cela suscite le langage de changement.
 - Vous devrez veiller à ne pas poser la question, « Qu'est-ce qui vous fait choisir (le numéro choisi) plutôt qu'un autre plus élevé? » Cette question ferait en sorte que le client vous donne des raisons pour lesquelles c'est moins important de changer. Nous voulons éviter d'encourager les clients à nous dire pourquoi il n'est pas important de changer, car ce faisant, ils seront moins enclins à faire des changements positifs.
4. « Que faudrait-il faire pour que vous montiez de quelques crans au (choisir un numéro plus élevé de deux ou trois par rapport à celui choisi par le client)? »
 - Exemple: « Que faudrait-il faire pour que vous montiez de 3 à 5? »
 - Ce genre de question suscite le langage de changement et aide le client à imaginer le changement comme devenant plus important).
5. Écoutez attentivement. Utilisez le reflet et les résumés.

Mesurez la confiance pour faire un changement⁵⁸ :

Pas du tout confiant	Incertain	Assez confiant	Extrêmement confiant
0...1...2	3...4...5	6...7...8	...9...10

Échelle de réceptivité									
Pas du tout réceptif					Extrêmement réceptif				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Si elles semblent utiles à votre client, vous pourriez utiliser les questions suivantes pour évaluer sa réceptivité actuelle au changement :

- « Sur une échelle de 0 à 10, 0 correspondant à pas du tout confiant, et 10 extrêmement confiant. À quel point êtes-vous confiant que vous pourriez changer votre (comportement précis) maintenant? » Pourquoi avez-vous choisi le (numéro choisi par le client) au lieu de 0? »
- « Que signifie être un (numéro choisi par le client)? »
- « Que faudrait-il faire pour que vous montiez de quelques crans au (choisir un numéro plus élevé de deux ou trois par rapport à celui choisi par le client)? »

<p>Ce n'est pas important pour vous d'apporter des changements. Le sol n'est pas prêt à être semencé.</p>	<p>Vous n'êtes pas certain de vouloir changer. Une semence est plantée, mais n'a pas été arrosée.</p>	<p>Il vous semble assez important d'apporter des changements. La semence a germé hors du sol.</p>	<p>Il est extrêmement important pour vous de faire des changements. La plante est prête à être récoltée.</p>
---	---	---	--



58 Venner, Feldstein, and Tafoya.

Enfin, les dernières étapes dans cet exercice sont les suivantes :

1. Résumer : souligner les raisons pour lesquelles il est important de changer, pourquoi ils peuvent être confiants qu'ils sont aptes à changer, ce qui les incite à vouloir changer – veillez à ne pas leur faire croire qu'ils sont davantage prêts qu'ils ne le sont en réalité.
2. Exprimer votre confiance et votre appréciation envers eux.

Si vous choisissez l'Entretien motivationnel comme style clinique, les cinq stratégies suivantes⁵⁹ sont particulièrement utiles au début du travail auprès des clients :

1. Poser des questions ouvertes : on ne peut répondre à des questions ouvertes pas un seul mot ou une phrase. Par exemple, au lieu de dire, « Aimez-vous boire? » demander, « Quelles sont certaines choses que vous aimez concernant la consommation d'alcool ? »
2. Faire preuve d'écoute réflexive : démontrez que vous avez entendu et compris le client en réfléchissant à ce qu'il vient de dire;
3. Résumer : il convient également de résumer de temps en temps, ce qui a été jusque-là accompli dans une séance de counseling.
4. Affirmer : Soutien et commentaire sur les points forts du client, motivation, intentions et progrès.
5. Susciter des déclarations d'auto-motivation : demandez au client de faire connaître ses préoccupations personnelles et ses intentions, plutôt que de tenter de convaincre le client de la nécessité de changer.

59 Venner, Feldstein, and Tafoya, 20.



Suis-je sur la bonne voie?^{60,61}

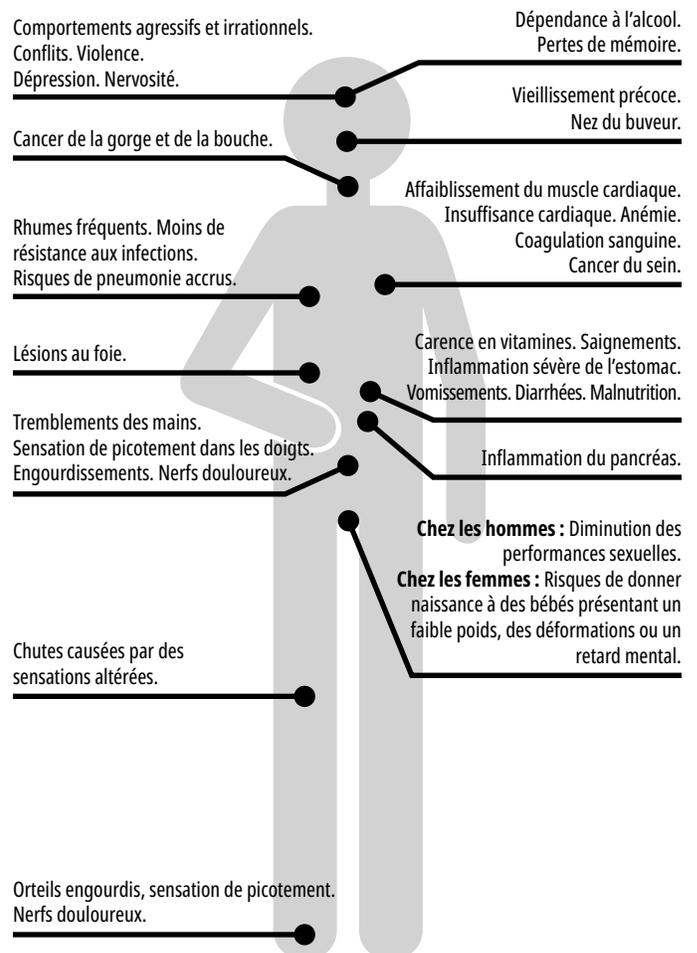
Encourager la motivation au changement Suis-je sur la bonne voie?

- ✓ **Est-ce que je passe plus de temps à écouter qu'à parler?**
✗ Ou bien, est-ce que je passe plus de temps à parler qu'à écouter?
- ✓ **Est-ce que je suis ouvert et sensible aux problèmes de cette personne, peu importe leur nature?**
✗ Ou bien, est-ce que je récite mon opinion sur la nature du problème?
- ✓ **Est-ce que j'invite la personne à explorer et à discuter de ses idées pour arriver au changement?**
✗ Ou bien, est-ce que je saute aux conclusions et impose mes solutions?
- ✓ **Est-ce que j'encourage la personne à s'ouvrir sur les raisons qui l'empêchent de changer?**
✗ Ou bien, est-ce que je focalise la conversation uniquement sur l'importance du changement?
- ✓ **Est-ce que je demande la permission pour donner une rétroaction?**
✗ Ou bien, est-ce que je présume qu'elle a absolument besoin d'entendre ce que je pense sur la question?
- ✓ **Est-ce que je rassure la personne qu'il est naturel d'être ambivalent par rapport au changement?**
✗ Ou bien, est-ce que je tente de la convaincre qu'elle doit prendre action et progresser vers une solution?
- ✓ **Est-ce que j'aide la personne à identifier des succès et des défis passés afin de les mettre en relation avec ses efforts actuels?**
✗ Ou bien, est-ce que je l'encourage à oublier l'histoire ancienne et ne pas rester enlisée dans le passé?
- ✓ **Est-ce que je cherche à comprendre cette personne?**
✗ Ou bien, est-ce que je passe beaucoup de temps à tenter de la convaincre qu'elle doit essayer de me comprendre et comprendre mes idées?
- ✓ **Est-ce que je résume les propos de la personne?**
✗ Ou bien, est-ce que je résume ce que je pense?
- ✓ **Est-ce que j'accorde plus de valeur à l'opinion de la personne qu'à la mienne?**
✗ Ou bien, est-ce que j'accorde plus de valeur à mon point de vue?
- ✓ **Est-ce que je garde à l'esprit que cette personne est capable de faire ses propres choix?**
✗ Ou bien, est-ce que je présume qu'elle est incapable de faire des choix judicieux?

Éléments essentiels à retenir pour le client⁶²:

Tableau 3

Les effets d'une consommation à risque élevé



59 Venner, Feldstein, and Tafoya, 20.

60 Venner, Feldstein, and Tafoya, 74-76.

61 Ric Kruszynski, et al., MI Reminder Card (Am I Doing This Right?), (Cleveland: Center for Evidence-Based Practices at Case Western Reserve University, 2012).

62 Thomas Babor and John C. Higgins-Biddle, Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care, Geneva, Switzerland: World Health Organization, Dept. of Mental Health and Substance Dependence, 2001.

Expérience de l'empathie

Décrivez à votre groupe des scénarios où des gens font face à des situations difficiles.

Exemple: « Nancy a 17 ans et elle vient de découvrir qu'elle a contracté le sida après avoir eu des rapports sexuels non protégés. »

Ensuite, écrivez 5 scénarios.

Par exemple: sur vos clients, le chômage, la séparation/le divorce, la drogue, l'alcool, les maladies, les accidents, etc.

Dans le même groupe, évaluez votre degré d'empathie envers la personne dans chaque scénario, selon l'échelle suivante :

0 = antipathique----- 5 = indifférent-----10 = empathique

1. Pensez à votre réponse globale; quelles situations et quelles personnes ont suscité votre empathie ? De quelles façons ?
2. Peut-on qualifier quelqu'un d'empathique si celui-ci n'a d'empathie que pour certaines personnes ou situations ?
3. Identifiez l'un des scénarios n'ayant pas suscité votre empathie. Quels sont les coûts et les avantages de votre manque d'empathie? Quelles en sont vos raisons?

Voici 3 déclarations sur l'empathie :

1. Il a été identifié chez les tueurs en série, des violeurs et des agresseurs un manque d'empathie.
2. L'empathie est essentielle tant en matière d'écoute active qu'à la gestion de colère.
3. La connaissance de soi et la conscience de soi sont des conditions préalables à l'expression d'empathie.

Choisissez l'un des énoncés ci-dessus et analysez comment il s'applique ou pas à vos propres expériences.

64 K. Stone-McCown, et coll., Self-science: The emotional intelligence curriculum, 2nd ed., San Mateo, CA: Six Seconds, 1998.

Videz votre porte-monnaie

Selon les préoccupations et les intérêts des clients, cet exercice présente beaucoup de possibilités. Ceux-ci peuvent explorer leurs propres sentiments par rapport à eux-mêmes et par rapport à d'autres personnes, leurs valeurs et leur volonté de partager ou de divulguer des renseignements les concernant.

Videz votre porte-monnaie, vos poches ou votre sac à main

Cet exercice vise à aider le participant à s'explorer lui-même ou elle-même en racontant des histoires sur ses biens personnels. Il s'agit là d'une bonne occasion d'obtenir auprès des amis à l'écoute des commentaires sur des modèles de comportement. On encourage les participants à rêver et à visualiser comment ils aimeraient que les choses évoquées dans les histoires soient d'ici cinq ans.

Description de sentiments

Cet exercice aide les participants à mieux développer leur vocabulaire de description des sentiments – un soutien dont ont besoin des garçons en particulier. L'exercice fait voir aux participants qu'il leur est possible de changer leurs propres sentiments, s'ils le souhaitent.

Faites attention à vos dires

En comprenant véritablement quelles répercussions nos paroles peuvent avoir, on choisit mieux notre manière d'interagir avec autrui. Cet exercice permet également aux participants de réfléchir au principe important de coûts et avantages, ainsi qu'aux règles de base du groupe.

Thermomètre de confiance

En ce moment, tant le groupe que la personne sont considérés : on discute du niveau de confiance ainsi que des raisons pour lesquelles certaines personnes font confiance, mais pas d'autres. En raison de la gravité de ce sujet, cet exercice exige que les membres du groupe se fassent confiance les uns aux autres.

Améliorer les capacités d'observation

« Qu'avez-vous fait au cours des cinq dernières minutes? » On se sert des questions simples comme celle-ci pour améliorer les compétences d'observation des participants et ainsi, leur conscience de soi, et de s'attarder sur la question de l'apprentissage de soi-même. Lors de l'expérience des Ragots non verbaux (Non-Verbal Gossip Experiment), on demande aux participants de répandre une rumeur – sans mots ! Ils découvriront le langage émotionnel du corps.

Célébrer de nouveaux objectifs

En s'inspirant des grands hommes et femmes du monde, les participants doivent discuter de la façon de fixer des objectifs et les réaliser. On leur présente également l'importante question de savoir si le changement part de l'intérieur vers l'extérieur ou l'inverse, et celle de savoir à qui incombe la responsabilité d'y parvenir.

Procédure

Faites vider leurs poches ou leur portes-monnaie à 3-5 clients. Permettez aux clients de surveiller leurs objets, car ils peuvent ne pas souhaiter les partager. Ensuite, à tour de rôle chaque client décrirait le contenu de son porte-monnaie, son sac à main ou sac à dos. Et puis le groupe pourrait décrire les personnes par rapport à leurs objets – « cette personne aime sa famille parce qu'elle possède beaucoup de photos de famille. »

Suivi

Après la discussion, vous pouvez demander aux clients de jouer au détective et déduire des choses sur eux-mêmes. Demandez aux clients d'écrire une liste des habitudes de « la personne d'intérêt » à qui appartient le porte-monnaie, ce qu'elle aime, ce qu'elle n'aime pas et ses probables espoirs ou craintes. Chaque entrée doit avoir une preuve à l'appui parmi les objets dans le portefeuille ou dans le sac à main. Puis, on pose des questions au groupe pour voir si les habitudes sont compatibles avec celles ayant été reconnues par des connaissances. Cet exercice est très utile en ce sens qu'il permet de clarifier les habitudes.

Des entrées de journal intime, des lettres reçues, ou d'autres activités de partage en groupe peuvent porter sur ce que le client

souhaite avoir (ou s'attend à avoir) dans son sac à main ou dans son portefeuille d'ici un an ou d'ici cinq ans. Explorez la manière dont chaque client se juge ou s'évalue lui/elle-même par rapport à ce qu'il ou elle n'a pas actuellement dans le sac à main ou portefeuille. Explorez également des inquiétudes des clients liées au partage, leurs fantasmes sur ce que d'autres personnes pensent à leurs sujets, ainsi que le sentiment que cela leur fait éprouver.

Questions de discussion

1. « Quels sont vos sentiments lorsque vous comparez vos objets à ceux d'autrui ? »
2. « Que surveillez-vous ou qu'est-ce que vous ne montrez pas ? Qu'est-ce que vous protégez en le cachant ? »
3. « Quels sentiments vous animent par rapport à des objets vous appartenant – la tristesse, la fierté, etc. ? Êtes-vous surpris par ce que d'autres personnes montrent ? »
4. « En quoi est-ce que le contenu de votre portefeuille, sac à main ou sac à dos est-il semblable à celui des autres et en quoi diffère-t-il ? »
5. « Avez-vous des souvenirs vifs liés à certains objets ? Quels sentiments vous animaient alors ? Comment vous sentez-vous par rapport à ce souvenir maintenant ? »

Développer vos compétences en techniques d'entretien

Avant d'entamer chaque entretien, évaluation, ou séance de counseling, le conseiller aura expliqué ses attentes quant au comportement du client et informé celui-ci que des comportements menaçants ou hostiles ne seront pas tolérés au cours du processus. Chaque communauté devrait avoir des politiques claires que vous expliquerez à vos clients avant de commencer tout entretien – surtout des politiques ayant trait à la sobriété ou à la capacité de comprendre l'information, ainsi qu'aux droits et responsabilités du client.

L'entretien peut viser plusieurs objectifs différents. Vous pourriez devoir répondre aux besoins immédiats de votre client et chercher à établir le rapport afin de mieux vous entendre avec votre client au début. Le recueil de renseignements est

un aspect très important dans un entretien, car ces derniers permettent de mieux aiguiller le client. La structure de chaque entretien devrait être la même d'un client à l'autre, car cela vous permettra de développer vos compétences en matière de questions exploratoires visant à recueillir des renseignements personnels de manière gentille, bienveillante et cohérente. Le but de l'interaction au cours de l'entretien doit être clair tant pour le conseiller et que pour le client, à savoir :

- Bâtir le rapport avec le client en vue de développer la confiance et la compréhension.
- Procéder à une évaluation objective de la toxicomanie du client.
- Recueillir des renseignements généraux sur lesquels se baseront les discussions.

- Examiner les répercussions de l'utilisation de substances dans différents aspects de la vie :
 - mentale,
 - affective,
 - spirituelle,
 - sociale,
 - physique,
 - juridique,
 - financière,
 - etc.
- Examiner la perception du client par rapport aux risques, problèmes et conséquences de fournir des renseignements personnels visant à l'aider à mieux comprendre quel rôle est le sien dans le processus.
- Donner au client l'occasion de comparer clairement ses habitudes et conséquences d'utilisation de substances à celles de l'ensemble de la population. Cette comparaison permet au client d'apercevoir l'ampleur de sa toxicomanie et le renseigne davantage sur ce que constitue une consommation responsable de substances.
- Donner l'occasion d'informer le client sur des concepts et des enjeux tels :
 - la tolérance,
 - la réduction des méfaits,
 - le continuum de l'utilisation, de mauvaise utilisation, d'abus et de dépendance,
 - les symptômes de sevrage,
 - les dangers d'intoxication.
- Donner l'occasion d'affirmer et de soutenir le client pour les changements effectués et sa réduction de quantités de substances consommées, etc.
- D'en faire une occasion pour évaluer l'utilisation de chaque médicament séparément par le client. Votre client pourrait n'être aux prises qu'avec un ou plusieurs médicaments, tout en consommant une autre substance telle que prescrite ou dans des limites plus sûres.
- D'en faire une occasion d'accroître la sensibilité aux besoins du clients ainsi qu'à sa vie émotive, physique et psychologique à ce moment-là. Un bon conseiller sait pouvoir composer avec des divergences entre ses besoins personnels et ceux de ses clients.

Pour mener à bien l'entretien, le conseiller peut choisir d'autres contextes qui s'y prêtent. Votre séance de counseling peut être informelle, tel qu'au cours d'une activité récréative comme une partie de billard, ou peut-être officiellement dans un bureau à un temps et un lieu convenus. Il vous est possible de suivre un format conçu par vous-même ou une structure du groupe pour faire votre travail. Il peut arriver qu'on doive écourter le temps imparti pour un entretien. Prenez des pauses lors de vos interventions auprès des personnes âgées ou des jeunes si vous estimez que votre client se concentrera mieux plus tard. Si la tâche à laquelle vous travaillez semble trop difficile, n'hésitez pas à la mettre de côté et y revenir plus tard.

L'entretien offre au conseiller l'occasion de recueillir toutes les données nécessaires, lui permettant de fixer des objectifs ensemble avec le client et de déterminer les prochaines démarches. Le conseiller suit son propre format pour développer l'objet de l'entretien – tous les autres éléments telles que les circonstances personnelles du client constituent des éléments clés d'une expérience d'entretien positive. Le recours aux compétences de l'Entretien motivationnel peut vous permettre de concevoir un format d'entretien s'inspirant d'une variété d'approches d'EM. Le présent processus d'entretien vous explique comment mettre à profit ces approches étape par étape et comment faire réduire la résistance de la part de votre client lors d'un entretien. Des cours existent sur l'EM. Il est recommandé d'en prendre un ou plusieurs pour améliorer vos compétences. L'EM se fonde sur la recherche et c'est une méthode d'entretien où votre client se sent à l'aise avec vous dans votre relation de conseiller-client. Le client doit comprendre votre rôle, vos limites, vos points forts, ainsi que vos rapports avec d'autres organismes.

Les éléments clés d'un bon entretien sont les suivants :

1. Bâtir le rapport réduit la résistance de la part de votre client. Ce rapport est centrée sur le client. N'oubliez pas de :
 - a. Vous présenter.
 - b. Décrire la durée de la rencontre.
 - c. Expliquer votre rôle.
 - d. Expliquez le rôle du client.
 - e. Lui dire qu'il peut interrompre l'entretien et poser des questions.
 - f. Lui dire que vous prendrez des notes de cas sur l'entretien, et qu'il a le droit de lire tous les rapports rédigés à son sujet.
 - g. Lui expliquer combien c'est important qu'ils y participent à fond et qu'il puisse ajouter des renseignements supplémentaires la prochaine fois.
 - h. Lui expliquer qu'ensemble vous explorerez ses questions et les préoccupations qu'il a ou que peuvent avoir d'autres personnes à leur égard.
 - i. Décrire toutes les évaluations qui seront effectuées, le processus de celles-ci et lui dire que vous expliquerez clairement la notation et l'interprétation y afférente. Donnez-lui l'occasion de poser des questions et d'aborder toutes préoccupations ou craintes qu'il pourraient entretenir. Certains de vos clients peuvent avoir vécu de mauvaises expériences en ce qui concerne des tests scolaires ou ils peuvent avoir des problèmes de langue créant chez eux une certaine anxiété.
 - j. prendre le temps d'expliquer tout outil d'évaluation devant être autoadministré, notamment ce qu'évalue chacun d'entre eux-ci. Soyez disponible pour répondre à toute question et demandez des commentaires après avoir effectué chaque évaluation.

k. Familiariser votre client avec des outils d'évaluation qui sont dans l'ordinateur ; décrivez les écrans, le processus, et comment les données sont saisies. Soyez à sa disposition et vérifiez de temps en temps s'il a des questions à vous poser.

2. Faire ce qu'il faut au bon moment de l'étape du changement de votre client.

3. User d'un ensemble de techniques appropriées des questions exploratoires, de collecte de données et de direction en entretien.

4. Faire preuve de votre jugement en tant que conseiller pour déterminer quelles évaluations effectuées ou pas lors de chaque entretien, en dehors de celui-ci ou à compléter par le client comme devoir.

5. Faire recours à de meilleures pratiques fondées sur des recherches en matière de respect de la diversité culturelle.

6. Mettre à contribution des compétences en Entretien motivationnel pour aboutir à des résultats positifs.

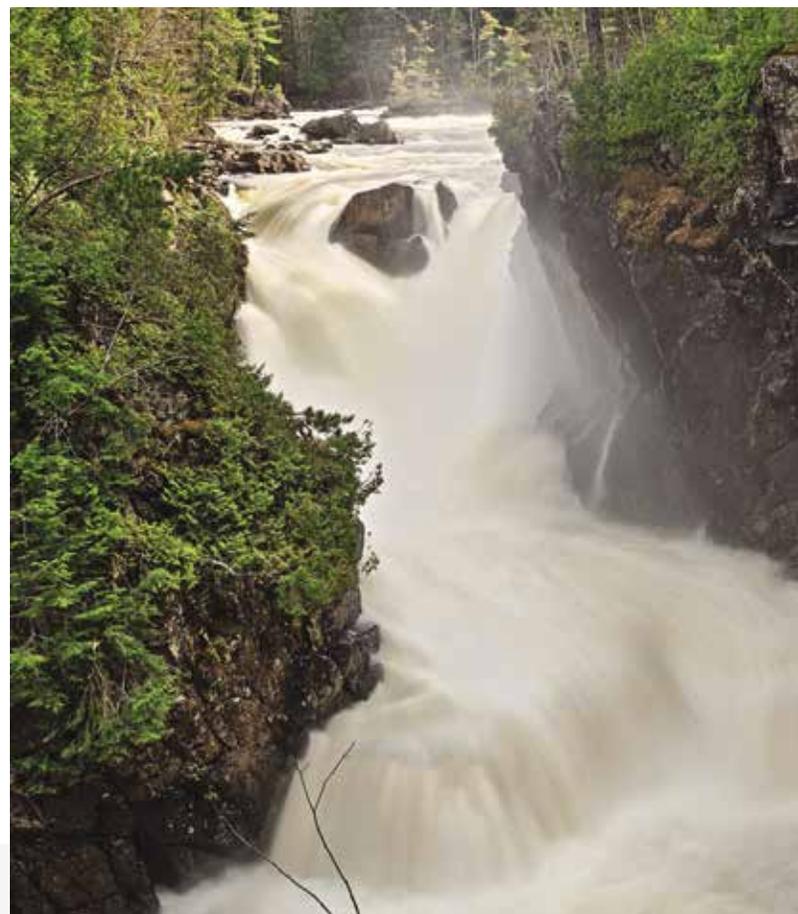
« En tant que conseiller, vous constaterez plus de résistance à certains stades qu'à d'autres. Le stade de la précontemplation est celui où la résistance s'avère plus évidente parce qu'à ce stade, votre client ne se rend pas compte du problème, mais il participe tout de même à un entretien auquel il ne souhaite pas prendre part! Pas étonnant qu'il fasse preuve de résistance! Des buveurs problématiques dont les relations de counseling sont conflictuelles se montrent beaucoup plus résistants (disputent, changent de sujet, interrompent, nient) que ne le sont ceux bénéficiant d'une approche de counseling à orientation motivationnelle centrée sur le client. Des approches thérapeutiques marquées par la confrontation laissent souvent présager une possibilité d'échec thérapeutique, alors que l'empathie juste — exactement l'inverse ou presque de la confrontation hostile — est associée à des résultats fructueux. »

Il s'agit là des extraits des propos de William Miller et ses collègues qui ont mis au point une approche sur la façon de faire face à la résistance. Cette démarche repose sur le principe selon lequel on reconnaît d'entrée de jeu que la résistance du client découle du fait que celui-ci estime qu'il lui est reproché quelque chose. Certains conseillers qualifient (étiquettent) de déni ce genre de réaction de la part du client et essaient de mettre le client face aux faits tels qu'ils leur apparaissent ou à la famille. Cependant, en confrontant le client, on crée et renforce sa résistance. L'étiquetage peut aussi provoquer la résistance. Vos clients peuvent reconnaître avoir des problèmes quand ils boivent, mais s'opposer farouchement à une étiquette telle que « vous êtes alcoolique » ou « toxicomane ».

Miller a mis au point des principes de l'Entretien motivationnel, dont « accompagner la résistance». On entend par « accompagner » le fait que le conseiller ne s'attarde pas sur la résistance dont fait preuve le client — il n'y fait pas face, ne le qualifie pas ni n'essaie de le corriger. Il en prend acte, travaille avec elle et s'en sert pour explorer la signification du changement, ainsi que les craintes de son client. Quelle est la cause de la résistance du client?

- Est-ce la colère ou le ressentiment?
- A-t-il été victime de traitement injuste dans son passé?
- A-t-il peur?
- Est-ce l'embarras?
- Est-ce l'anticipation du client ou celle des autres à l'égard de l'échec?
- D'où vient sa résistance?
- Comment est l'interaction entre votre client et vous, son conseiller, à ce moment?
- Que cache votre client? (la honte, la culpabilité, l'abus, etc.).
- Avez-vous contribué à créer ou à empirer le problème?

N'oubliez pas que lors de l'entretien, les faits tels qu'ils apparaissent à d'autres personnes susciteront peu d'intérêt chez vos clients résistants. En tant que conseiller, vous devez essayer de comprendre que leur résistance est adaptative ; qu'elle répond à un besoin du client. Vous devez comprendre ce besoin. Quelle inquiétude essaient-ils d'exprimer au moyen de leur résistance ?



Mise en pratique de l'intervention brève – Outils & ressources

Ressources documentaires

1. Les Étapes du changement

Pour en savoir plus sur les démarches des étapes du changement, téléchargez le document : Center for Substance Abuse Treatment, Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. HHS Publication No. (SMA) 12-3952 Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999: pages 16-18.

2. Cahier d'activités des Interventions brèves

Encouragez votre client à travailler avec vous pour mettre en place et tenir un Cahier des Interventions brèves. Un cahier d'activités peut permettre au conseiller et au client de discuter des signaux de la consommation d'alcool et d'autres drogues, des raisons de la consommation, ainsi que des raisons de réduire ou de cesser d'en consommer. Un tel cahier pourrait porter sur les étapes suivantes:

- a. l'identification d'objectifs futurs quant à la santé, aux activités, aux loisirs, aux relations et à la stabilité financière;
- b. des commentaires du client concernant des questions de dépistage relatives aux habitudes de consommation abusive de substances et d'autres habitudes en matière de santé (pouvant inclure le tabagisme, l'alimentation, etc.);
- c. des discussions sur les habitudes de l'abus de substances du client par rapport aux normes de la population de son groupe d'âge;
- d. l'identification des avantages et des inconvénients de la toxicomanie – ceci est particulièrement important en ce sens que le clinicien doit comprendre le rôle de la toxicomanie dans le cadre de vie du client (on offrant au client l'occasion de discuter des aspects positifs de sa toxicomanie, on peut l'amener à parler honnêtement de ses préoccupations et ne pas penser qu'elle devrait dire ce que le clinicien veut entendre; ainsi une meilleure relation de travail se bâtit;
- e. des conséquences de l'utilisation continue de substances peuvent encourager le client à diminuer ou à cesser d'abuser des substances et éviter les effets à long terme liés à la consommation continue;
- f. des raisons de diminuer ou de cesser de consommer (le maintien d'une famille, le travail, l'indépendance, la santé physique et peuvent tous être d'important de facteurs de motivation);
- g. l'utilisation sensible et des stratégies pour réduire ou cesser l'utilisation — des stratégies utiles comprennent le développement des possibilités sociales qui n'entraînent pas l'abus de substances et permettent de renouer avec des passe-temps et intérêts personnels
- h. un accord de toxicomanie fixant des limites convenues de consommation (ou d'abstinence) signé par le client et le clinicien s'avère souvent efficace pour modifier des habitudes de consommation;

- i. comment faire face à des situations à risque (p. ex., fréquenter les toxicomanes, l'isolement, l'ennui et des interactions familiales négatives)
- j. résumé de la séance.

3. Entretien motivationnel

Pour explorer plus en profondeur les techniques d'entretien motivationnel d'un point de vue autochtone, téléchargez et lire: Kathylen Tomlin, Dale Walker, and Jane Grover. Trainer's Guide to Motivational Interviewing: Enhancing Motivation for Change—A Learner's Manual for the American Indian/Alaska Native Counselor, 2006.

Voici une autre source d'information complète sur l'Entretien motivationnel : S. Martino, S.A. Ball, S.L. Gallon, D. Hall, M. Garcia, S. Ceperich, C. Farentinos, J. Hamilton, and W. Hausotter. Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency, Salem, OR: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center, Oregon Health and Science University, 2006.

4. Traumatisme vicariant

Tous les travailleurs du PNLAADA/PNLASJ doivent être conscients du traumatisme vicariant dans leurs interventions auprès des clients. Le terme traumatisme vicariant décrit de profonds changements qui se produisent chez les conseillers et les défenseurs à force d'intervenir auprès des enfants et des femmes victimes de violence. Ces sentiments peuvent se répercuter profondément sur les travailleurs, du fait de leur exposition à des expériences traumatisantes des clients. Pour en savoir davantage sur ce sujet, consultez les ressources documentaires suivantes:

- Jan I. Richardson. Guidebook on Vicarious Trauma: Recommended Solutions for Anti-Violence Workers. Centre for Research on Violence Against Women and Children for the Family Violence Prevention Unit, Health Canada, 2001.
- Susie Goodleaf and Wanda Gabriel. The Frontline of Revitalization: Influences Impacting Aboriginal Helpers. First Peoples Child & Family Review, Volume 4.2 (2009): pages 18-29.
- Vicarious Trauma and Caregivers - April 11, 2013 - Indian Time.

5. Établir des limites

En tant que travailleur du PNLAADA/PNLASJ, afin de demeurer objectif, vous devez établir des limites claires lorsque vous intervenez auprès des clients. Si l'établissement de limites vous intéresse, les ressources suivantes peuvent vous être utiles :

- "Professional Boundaries in Professional-Client Relationship," The Cap Monitor Spring (2000): Pages 1-3.
- "Professional Boundaries in Health-Care Relationships," The Bulletin, Volume 25.1 (July 1998).
- Wade L. Robison and Linda Reeser, Ethical Decision-Making in Social Work, 2005.

Vidéos

1. Interventions brèves pour de problèmes d'alcool: Qu'est-ce que c'est?

Afin de promouvoir les activités de la Semaine de sensibilisation à l'alcool (du 19 au 23 novembre), Public Health Wales (ministère de la Santé publique du pays de Galles) a lancé une nouvelle vidéo sur l'efficacité des interventions brèves pour des problèmes d'alcool. La vidéo qui accompagne la publication de la trousse Alcohol Concern's 'Don't Let Booze Sneak Up on You', met en évidence le succès des interventions brèves pour des problèmes d'alcool : <http://youtu.be/OvcTZ6qiy8s>

2. L'entretien motivationnel, est-il une approche de counseling sûre du point de vue de la culture pour des interventions auprès des peuples autochtones ?

Richard San Cartier, infirmier praticien chez North Shore Tribal Council, partage son expérience et son point de vue sur la pertinence culturelle de l'utilisation de l'entretien motivationnel lors des interventions auprès des clients des Premières Nations : <http://youtu.be/yN2B6823uXg>

3. Interventions brèves SBIRT : consommation à risque d'alcool

Cette vidéo montre un médecin de soins primaires effectuant une intervention brève pour un problème de consommation d'alcool : <http://youtu.be/ebsqETBWEdQ>

4. SBIRT Program at Denver Health (programme SBIRT) chez Denver Health

Le programme Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) (dépistage, intervention brève, renvoi) chez Denver Health offre aux patients une occasion de prévention de la toxicomanie risquée, mais aussi une variété de ressources de traitement : <http://youtu.be/4smHqphkBgs>

5. Interventions brèves: « Steve »

Cette vidéo montre un médecin de soins primaires effectuant une intervention brève auprès d'un patient ayant rempli l'AUDIT alcohol screening form (formulaire de dépistage pour des problèmes d'alcool AUDIT) : <http://youtu.be/b-ilxvHZJdc>

6. Interventions brèves pour des problèmes d'alcool

Interventions brèves à l'aide l'entretien motivationnel pour des problèmes de consommation à risque d'alcool : <http://youtu.be/AcGCRJcfl4w>

7. Collège des médecins de famille du Canada

Cette page contient des clips vidéo portant sur les éléments clés d'une intervention brève, notamment les approches motivationnelles et non critiques. Les vidéos montrent un médecin de soins primaires s'entretenant avec son patient au cours de 4 séances d'interventions brèves. Le médecin fait appel aux techniques d'entretien motivationnel afin de bâtir le rapport avec le client, susciter un langage de changement, et obtenir un engagement de changer de la part du client : <http://www.SBIR-diba.ca/resources/Provider-Resources/Videos>



Sources bibliographiques et références supplémentaires connexes

- Alfred, Gerald Taiaiake. "Colonialism and State Dependency." *Journal of Aboriginal Health* 5.2 (November 2009): 42-60. En ligne. Disponible au lien: http://www.naho.ca/jah/english/jah05_02/V5_I2_Colonialism_02.pdf
- Anderson, John F. "Screening and brief intervention for hazardous alcohol use within Indigenous populations: Potential solution or impossible dream?" *Addiction Research & Theory* 15.5 (2007): 439 - 448.
- Anderson, P., A. Gual, and J. Colom. *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia, 2005.
- Assembly of European Regions. *Early Identification and Brief Intervention in Primary Healthcare: Fact Sheet*. European Commission, April 2010. En ligne. Disponible au lien: http://www.aer.eu/fileadmin/user_upload/MainIssues/Health/2010/Alcohol_Factsheets/Factsheet_14_-_Early_Identification_and_Brief_Intervention_in_Primary_Healthcare_-_pdf
- Assembly of First Nations. *Breaking the Silence: An Interpretive Study of Residential School Impact and Healing as Illustrated by the Stories of First Nation Individuals*. Ottawa: Assembly of First Nations, 1994.
- Babor, Thomas, and John C. Higgins-Biddle. *Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Dept. of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
- Barry, Kristen Lawton. *Brief Interventions And Brief Therapies for Substance Abuse*. Center for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. Report No.: (SMA) 99-3353.
- Bombay, Amy, Kim Matheson, and Hymie Anisman. "Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes among First Nations people in Canada." *Journal of Aboriginal Health* 5.2 (November 2009): 6-47. En ligne. Disponible au lien: http://www.naho.ca/documents/journal/jah05_03/05_03_01_Intergenerational.pdf
- Brady, Maggie. *Broadening the Base of Interventions for Aboriginal People with Alcohol Problems*. Technical Report #29. Sydney, NSW: National Drug & Alcohol Research Centre, 1995.
- Budden, Emily. "Anger Must Not Be Shown." *Two-Eyed Seeing for Health*. Cape Breton University, Community Health Departments of Nursing & Indigenous Studies, 25 November 2014. En ligne. Disponible au lien: <https://2eyedhealth.wordpress.com/contact>
- Canada. *Best Practices – Early Intervention, Outreach and Community Linkages for Women with Substance Use Problems*. Ottawa, ON: Health Canada, 2006.
- Canada. *Best Practices: Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*. Ottawa: Health Canada, 2002. En ligne. Disponible au lien: http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-eng.pdf
- Canada. *Best Start Resource Centre. Creating Circles of Support for Pregnant Women and New Parents: A manual for service providers supporting women's mental health in pregnancy and postpartum*. Toronto, ON: Health Nexus, 2009. En ligne. Disponible au lien: http://www.beststart.org/resources/ppmd/circles_of_support_manual_2013.pdf
- Canada. *Guidelines & Protocols Advisory Committee. Depression (MDD) – Diagnosis and Management*. British Columbia Ministry of Health, 1 June 2004. En ligne. Disponible au lien: http://medicine.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/departmentsites/family/Education%20Documents/clerkship_objectives/Mood%20Disorders/BC%20G%26P_Depression_2004.pdf
- Canada. *Guidelines for Healthcare Providers to Promote Low-Risk Drinking Among Patients*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2012.
- Canada. *Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues among First Nations People in Canada*. (Cat. No. H12-65/2011E-PDF). Ottawa: Health Canada, 2011. En ligne. Disponible au lien: <http://nnapf.com/honouring-our-strengths-full-version-2>
- Canada. *Standards and Guidelines for Early Psychosis Intervention (EPI) Programs*. Victoria, B.C.: Ministry of Health Services, 2010.
- Centre for Excellence in Indigenous Tobacco Control. *What do we know about brief intervention? Factsheet*. Melbourne: Centre for Excellence in Indigenous Tobacco Control, 2011. En ligne. Disponible au lien: <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/key-resources/promotion-resources?lid=25597>
- College of Family Physicians of Canada and Canadian Centre on Substance Abuse. *Alcohol Screening, Brief Intervention and Referral: A Clinical Guide*. En ligne. Disponible au lien : <http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-en>
- Drug and Alcohol Clinical Advisory Services (DACAS). *FRAMES - Brief Intervention for risky or harmful alcohol consumption*. Factsheet. Turning Point Alcohol & Drug Centre. En ligne. Disponible au lien: http://www.dacas.org.au/Clinical_Resources/GetFile.axd?oid=5f41e7a0-7965-487a-957a-b20c178e81de
- Hagger, Bronwyn, and Doreen Entwistle. *Brief Intervention and Motivational Interviewing Tool*. Darwin, NT: Northern Territory Department of Health, 2011.
- Higgins-Biddle, John, Dan Hungerford, and Kathryn Cates-Wessel. *Screening and Brief Interventions (SBI) for Unhealthy Alcohol Use: A Step-by-Step Implementation Guide for Trauma Centers*. Atlanta, GA: The Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2009.
- International Center for Alcohol Policies. *Policy planning and choice: Guide to feasible interventions*. Washington, DC: ICAP, 2008. En ligne. Disponible au lien: http://www.icap.org/Portals/0/download/all_pdfs%5CPolicy%20Tools/Guide%20to%20Policy%20Planning%20and%20Choice.pdf
- International Center for Alcohol Policies. *The ICAP Blue Book: Practical Guides for Alcohol Policy and Prevention Approaches*. Washington, DC: ICAP, 2011. En ligne. Disponible au lien: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=ozShJtpDKgg%3d&tabid=124>
- Kaner, E.F., et coll. "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2 (2007). Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858. CD004148.pub3.
- Kruszynski, Ric, et al. *MI Reminder Card (Am I Doing This Right?)*. Cleveland: Center for Evidence-Based Practices at Case Western Reserve University, 2012. En ligne. Disponible au lien: <http://www.centerforebp.case.edu/client-files/pdf/miremindercard.pdf>
- Love, Tom, Martin Hefford, and Nieves Ehrenberg. *Cost Savings of Brief Alcohol Interventions in Primary Health Care*. Wellington, NZ: Alcohol Advisory Council of New Zealand, Kaunihera Whakatupato Waipiro O Aotearoa, November 2011. En ligne. Disponible au lien: http://www.alcohol.org.nz/sites/default/files/research-publications/pdfs/CostSavingsBI_0.pdf
- Lundahl, Brad, and Brian L. Burke. "The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses." *Journal of Clinical Psychology: In Session* (2009), Vol. 65 (11): 1232-1245.
- Marsh, Ali, Ali Dale, and Laura Willis. *Evidence Based Practice Indicators for Alcohol and Other Drug Interventions: Literature Review*. 2nd ed. Perth: Best Practice in Alcohol and Other Drug Interventions Working Group, 2007. Online.
- Martino, S., et coll. *Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency*. Salem: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center, Oregon Health and Science University, 2006.
- National Institute for Health Care Management. "Improving Early Identification & Treatment of Adolescent Depression: considerations & strategies for health plans." *NIHCM Foundation Issue Brief*, February 2010. En ligne. Disponible au lien: http://www.nihcm.org/pdf/Adol_MH_Issue_Brief_FINAL.pdf

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert 43 (April 1999). En ligne. Disponible au lien: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa43.htm>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert 66 (July 2005). En ligne. Disponible au lien: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA66/AA66.htm>
- Orr, Kate Skellington, et al. Delivering Alcohol Brief Interventions in the Community Justice Setting: Evaluation of a Pilot Project. Glasgow: NHS Scotland, 2011. En ligne. Disponible au lien: <http://www.healthscotland.com/uploads/documents/16985-alcoholBriefInterventionsCriminalJusticeSystem.pdf>
- Poole, Nancy, Deborah Chansonneuve, and Arlene Hache. "Improving Substance Use Treatment For First Nations And Inuit Women – Recommendations Arising From A Virtual Inquiry Project." *The First Peoples Child & Family Review* 8.2 (2013): 7-23. En ligne. Disponible au lien: <http://journals.sfu.ca/fpcf/index.php/FPCFR/article/view/143>
- Rollnick, S., and W.R. Miller. "What is motivational interviewing?" *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 23 (1995): 325-334. En ligne. Disponible au lien: <http://www.motivationalinterview.net/clinical/whatismi.html>
- Saint-Jacques, Marianne, et coll. "Integration of screening and brief intervention in frontline health services: The case of Quebec." *Addiction Science & Clinical Practice* (2012), 7 (Suppl 1): A74.
- Schizophrenia Society of Canada. Concurrent Disorders and Schizophrenia: A National Awareness Strategy: Discussion Paper. 2006. En ligne. Disponible au lien: http://www.schizophrenia.ca/docs/CD_Discussion_Paper.pdf
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 74: The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care: A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003. En ligne. Disponible au lien: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf>
- Smylie, Janet. "A Guide for Health Professionals Working with Aboriginal Peoples: Cross Cultural Understanding." *Journal SOGC : Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (2001): 1–15. En ligne. Disponible au lien: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653841/pdf/nihms2755.pdf>
- Somers, Julian M., and Matthew Querée. Cognitive Behavioural Therapy: Core Information Document. Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA), Simon Fraser University. Victoria: Government of British Columbia, Mental Health and Addictions Branch, Ministry of Health, 2007.
- Spence, Richard, Tom Kresina, and Jacki Hecht. "A Culturally Relevant Adaptation of Evidence Based Practice." Brief Motivational Interviewing (BMI) Participant Manual: A Training Workshop for Health-Care Workers. PowerPoint presentation. University of Texas at Austin, 2006. En ligne. Disponible au lien: www.utexas.edu/research/cswr/gcattc/documents/BMICurriculum.ppt
- Stone-McCown, K., et coll., Self-science: The emotional intelligence curriculum, 2nd ed., San Mateo, CA: Six Seconds, 1998.
- Swan, A., L. Sciacchitano, and L. Berends. Alcohol and other drug brief intervention in primary care. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2008.
- Tomlin, K., et coll. Motivational Interviewing: Enhancing Motivation for Change – A Learner's Manual for the American Indian/Alaska Native Counselor. Portland: One Sky National American Indian Alaska Native Resource Center for Substance Abuse Services, 2005.
- Tomlin, Kathyleen, R. Dale Walker and Jane Grover. Trainer's Guide to Motivational Interviewing: Enhancing Motivation for Change—A Learner's Manual for the American Indian/Alaska Native Counselor. Portland: One Sky National American Indian Alaska Native Resource Center for Substance Abuse Services, 2006.
- Trathen, Bruce. "B2: Basic Counselling Interventions." Professional Guidelines for the best practice treatment of Substance Misuse, England: Triage Healthcare, 2003. En ligne. Disponible au lien: <http://www.addictionadvisor.co.uk/medical/download-guidelines.html#.Ug0gO5JwqSp>
- UK. Models of care for alcohol misusers (MoCAM). London: Department of Health, 2006. Online. Disponible au lien: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4136806
- US. Adolescent Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Alcohol and Other Drug Use Using the CRAFFT Screening Tool. Massachusetts Department of Public Health Bureau of Substance Abuse Services, 2009. En ligne. Disponible au lien: <http://www.mcmap.com/pdf/CRAFFT%20Screening%20Tool.pdf>
- US. Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth. A Practitioner's Guide. Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2011.
- US. American Public Health Association, and Education Development Center, Inc. Alcohol screening and brief intervention: A guide for public health practitioners. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation, 2008. En ligne. Disponible au lien: http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/Alcohol_screening_and_brief_interventions_a_guide_for_public_health_practitioners.pdf
- US. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide. Rockville, MD: Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2005. En ligne. Disponible au lien: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm
- US. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Identifying mental health and substance use problems of children and adolescents: A guide for child-serving organizations. HHS Publication No. SMA 12-4670. Rockville, MD: SAMHSA 2011.
- Venner, Kamilla L., Sarah W. Feldstein, and Nadine Tafoya. Native American Motivational Interviewing: Weaving Native American and Western Practices: A Manual for Counselors in Native American Communities. Albuquerque: University of New Mexico, 2006.
- Whitlock, Evelyn P., et coll. "Behavioural Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force." *Annals of Internal Medicine*, Vol. 140. No. 7, 6 April 2004.
- World Health Organization. Management of substance dependence: screening and brief intervention. Geneva: World Health Organization, 2003.
- World Health Organization. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Geneva: World Health Organization, 2010. En ligne. Disponible au lien: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf

Notes de fin de texte

Extrait du livre bleu du Centre International des Politiques en matière d'Alcool (ICAP) (2011). L'abus d'alcool va souvent de pair avec plusieurs signes avant-coureurs se rapportant à des problèmes de santé et de la vie d'un individu. Il s'agit de l'absentéisme de l'école ou du travail ou des conditions physiques liées à la tension artérielle ou à l'hépatomégalie. Ces signes peuvent permettre de détecter des individus dont les habitudes de consommation les exposent à un risque accru. Le suivi à l'aide d'un instrument de dépistage s'avère approprié dans de telles circonstances.

Extrait de Love et coll. (2011). Effectiveness of Brief Interventions (BIs)- Efficacité des Interventions brèves (IB). Elles peuvent ne pas avoir la même efficacité d'une personne à l'autre, d'un contexte à l'autre et lorsqu'on les applique de différentes manières. Les principaux résultats des examens de l'efficacité du BIs sont ainsi qui suit :

- Des recherches internationales font état de ce que les Interventions brèves offrent un bon rapport coût-efficacité dans des contextes de soins primaires généraux et d'urgence;
- L'efficacité des IB est signalée de différentes manières par différents chercheurs, ce qui rend problématique la comparaison de l'efficacité des études;
- Les IB se sont révélées efficaces chez les adolescents, les adultes plus âgés, les femmes, les femmes enceintes et l'ensemble de la population;
- Les IB se sont révélées efficaces dans la réduction de la consommation d'alcool et elles empêchent d'éviter les activités de soins de santé;
- L'efficacité continue des IB sur une période de quatre ans dès l'intervention initiale a été prouvée, même si de nombreuses études font le suivi un an seulement plus tard;
- L'efficacité du dépistage a une incidence majeure sur l'ensemble de la population (et implicitement sur le rapport coût/efficacité) quant aux IB.



