

# le partenaire

vol. 15, n° 4, hiver 2008



*Troubles concomitants :  
approche intégrée toxicomanie et santé mentale*

*Deuxième partie*



ASSOCIATION  
QUÉBÉCOISE POUR  
LA RÉADAPTATION  
PSYCHOSOCIALE

# le partenaire

---

**est le bulletin de**  
l'Association québécoise  
pour la réadaptation psychosociale



**Siège social :**  
AQRP, 184, rue Racine, bureau 307  
Loretteville (Québec) G2B 1E3  
Téléphone : 418 842-4004  
Télécopieur : 418 842-4334  
Courriel : aqrp@qc.aira.com  
Internet : aqrp-sm.org

**Comité de rédaction :** Diane Harvey, Francis Guérette, Gilles Lauzon, Hélène Provencher, Michel Gilbert, Rosanne Émard, Véronique Bizier

**Édition :** Diane Harvey, Francis Guérette, Dr Pierre Rouillard

**Conception et réalisation graphique :**  
www.fleurdelysee.ca

**Impression :** Copies du Pavois, Québec

**Révision des textes :** Judith Tremblay

**ISSN :** 1188-1607

## sommaire

---

2

- 3 Carnet de l'éditrice
- 3 Chronique du franc-tireur
- 4 Maladie affective bipolaire et trouble d'utilisation de substances : vers une thérapie intégrée
- 6 Intégrer l'accompagnement spirituel/religieux au rétablissement en santé mentale et toxicomanie
- 8 Psychiatrie – Toxicomanie – Spiritualité
- 9 Billet d'enseignement à l'intention des familles
- 12 *Je veux changer, oui, mais...* Applications de l'entretien motivationnel en psychiatrie
- 19 *Nous avons lu pour vous...* : L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement

## vignette sur la une

---

France, une personne utilisatrice de services de santé mentale de Montréal fréquentant les activités du centre d'art thérapeutique *Les Impatients*, nous transmet, par le biais de ce *Coucher de soleil* tout en luminosité, son expression du renouveau. Le spectateur peut y voir le lever du soleil, tantôt son coucher, mais toujours dans une fluidité d'émotions. Entre deux monts, le regard peut varier, mais l'impression d'une lenteur s'imposant, l'œuvre s'inscrit dans un rythme et une recherche de tranquillité.

**C**e second numéro sur les troubles concomitants, toujours avec la collaboration exceptionnelle du Dr Rouillard et de Francis Guérette de l'Institut universitaire et centre hospitalier Robert-Giffard ainsi que de la clinique Cormier-Lafontaine, offre encore une série d'articles forts intéressants. Un premier texte de la Dre Julie Tremblay, psychiatre à la Clinique des troubles de l'humeur du centre hospitalier Robert-Giffard, traite de thérapie intégrée pour les personnes vivant avec une maladie affective bipolaire. « Huit, nous dirait-elle d'emblée, c'est par ce chiffre qu'il faut multiplier le risque de présenter un trouble d'utilisation de substances lorsque la personne souffre d'une maladie affective bipolaire. » En effet, devant ce phénomène, il ne s'agit pas de reproduire des approches en parallèle, il faut créer de vrais programmes intégrés.

Le deuxième article, rédigé par Yves Rochette, agent de pastorale pour deux institutions prodiguant des services en santé mentale, propose d'intégrer l'accompagnement spirituel dans le processus de rétablissement en santé mentale et toxicomanie. L'auteur nous précise que la spiritualité fait autant l'objet de

critiques et de préjugés que d'approbation et d'enthousiasme dans le monde de la santé mentale. Pour ou contre, la question ne se situe plus à l'intérieur de ces catégories, puisque les personnes utilisatrices témoignent généralement et malgré tout de l'importance de la dimension spirituelle dans leur processus de rétablissement. Julie Bouchard, travailleuse sociale, nous invite ensuite à lire son billet d'enseignement à l'intention des familles. Qui dit approche intégrée ne peut laisser de côté les familles, qu'elles agissent ou non en soutien des changements.

Mais pour changer, il faut *vouloir* changer! Et qui parle changement ne peut passer sous silence l'excellent article de la Dre Chanut et de ses collègues sur les applications de l'entretien motivationnel en psychiatrie. Ces auteurs nous convient à explorer comment la technique de l'entretien motivationnel peut s'appliquer dans le domaine du traitement des accoutumances. En effet, après plus de vingt-cinq ans d'application en toxicomanie, l'entretien motivationnel prend de plus en plus sa place dans le champ des troubles concomitants en santé mentale et toxicomanie. En com-

plément, la chronique *Nous avons lu pour vous...* présente une excellente critique de la part du Dr Paul Jacques concernant la traduction française du livre de William R. Miller et de Stephen Rollnick : *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*.

Encore une fois, nous remercions chaleureusement tous ces auteurs pour leur gracieuse collaboration. Ce partenariat instauré pour la diffusion des connaissances permettra à chacun de réfléchir sur l'urgence et la pertinence de concevoir des services intégrés en santé mentale et toxicomanie. Et comme s'interroge notre franc-tireur d'aujourd'hui : « En respect de nos droits, doit-on encore endurer le fait de se laisser exclure des programmes visant à aider les alcooliques et vivre tant de préjugés? ».

Une saute d'humeur tout à fait justifiée!

Bonne lecture!  
**Diane Harvey**

## Saute d'humeur

**J**e suis devenu schizophrène affectif à l'âge de 36 ans. J'ai occupé différents emplois. Mes employeurs savaient que j'étais alcoolique mais en particulier ignorait que j'avais une maladie mentale. Au bout de quatre ans, j'ai déclaré mon état lors d'un examen médical. Quelques jours plus tard, cet employeur me mettait à pied. J'ai suivi trois thérapies pour guérir de mon alcoolisme. Avant d'entreprendre ces thérapies, les directeurs des trois établissements m'avaient avisé de ne pas parler de ma maladie mentale et d'arrêter de prendre des médicaments. J'ai passé

outre leurs recommandations et j'ai fait part de mon état au groupe au cours des discussions. Les autres personnes toxicomanes qui étaient en thérapie en même temps que moi ont arrêté de me parler et la direction m'a même fait des remontrances. Malheureusement, il y a encore plusieurs maisons de thérapie qui refusent carrément les gens aux prises avec des problèmes de santé mentale. On doit s'interroger face à cette situation. À quand les programmes intégrés de toxicomanie et de santé mentale? Pourquoi est-il si difficile de trouver des services pour les gens qui éprouvent les deux problèmes?

En respect de nos droits, doit-on encore endurer le fait de se laisser exclure des programmes visant à aider les alcooliques et vivre encore tant de préjugés? Les seules maisons qui n'ont pas eu de préjugés à mon égard, ce sont la Maison de transition de la Vallée-de-la-Batiscan et le centre Le Havre. Grâce à elles, j'ai pu me rétablir psychologiquement et arrêter de boire. Cela fait près de onze ans et demi que je n'ai pas pris une goutte d'alcool et en plus, j'ai arrêté de fumer depuis près de trois ans et demi.

*Serge Béland*

# Maladie affective bipolaire et trouble d'utilisation de substances : Vers une thérapie intégrée

Par la Dre Julie Tremblay, psychiatre, Clinique des troubles de l'humeur, Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard

4

Huit. C'est parce que ce chiffre qu'il faut multiplier le risque de présenter un trouble d'utilisation de substances (TUS, c'est-à-dire abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues) lorsqu'une personne souffre d'une maladie affective bipolaire (MAB). En effet, parmi tous les problèmes psychiatriques, la MAB constitue le plus grand facteur de risque de contracter une toxicomanie comorbide. Cette fréquence élevée de cooccurrence des deux problèmes s'observe dans la pratique, au quotidien, lorsqu'on travaille dans une clinique de troubles de l'humeur. L'alcool serait la substance la plus fréquemment utilisée, suivie du cannabis, des stimulants et de la cocaïne (McElroy et coll., 2001). Plusieurs hypothèses ont été soulevées pour tenter d'expliquer ce lien étroit entre la MAB et le TUS : On a longtemps proposé l'idée de l'automédication, c'est-à-dire la consommation d'alcool pour « atténuer » les symptômes de manie, et à l'inverse celle d'un stimulant (par exemple la cocaïne), pour « aider » aux symptômes dépressifs. Or, les études ne confirment pas cette impression et certaines ont même démontré que les personnes en phase maniaque ont plutôt tendance à consommer des stimulants. Qu'on évoque la présence d'une anomalie

une théorie qui expliquerait clairement la fréquence élevée de cette comorbidité (Westermeyer, 2003).

L'influence néfaste de la consommation de substances sur l'évolution de la MAB ne fait quant à elle pas de doute : augmentation du nombre d'épisodes affectifs, de la durée des épisodes, de la morbidité et de la mortalité (notamment par suicide), sans compter les problèmes accrus de fidélité au traitement, tous ces facteurs témoignant du mauvais pronostic associé à la comorbidité MAB-TUS (DeBello et Strakowski, 2003). Il n'est donc pas surprenant qu'on tente d'intervenir de façon particulière chez les individus aux prises avec ce problème.

Il fut un temps où l'attitude du clinicien qui se trouvait face à une personne ayant cette double problématique était de proposer une approche dite séquentielle : « Allez traiter votre dépendance d'abord, et l'on se reverra ensuite pour s'occuper de votre maladie bipolaire! », avec les échecs que l'on imagine. On a par la suite compris la nécessité que les deux problèmes soient traités de façon concomitante, mais le plus souvent, cela se résume à une approche parallèle, avec des interventions spécifiques à chacune

cooccurrence des deux diagnostics. Cela laisse à la personne la lourde tâche d'intégrer elle-même les interventions pratiquées de part et d'autre, tâche qui demeure souvent particulièrement difficile, compte tenu des philosophies parfois différentes qui peuvent sous-tendre les deux approches.

Les travaux du Dr Roger D. Weiss et de ses collaborateurs jettent un éclairage attendu sur l'approche dite intégrée de la double problématique MAB-TUS. Psychiatre, directeur clinique du programme de traitement des abus de drogues et d'alcool à l'hôpital McLean, et professeur associé à l'école de médecine de l'Université Harvard, le Dr Weiss s'intéresse depuis plusieurs années au problème de la comorbidité psychiatrique avec les TUS. Conscient des nombreuses études qui recommandent un traitement intégré en raison de sa supériorité sur les approches séquentielles ou parallèles, il propose une « thérapie de groupe intégrée » (TGI) (*Integrated Group Therapy*) s'adressant spécifiquement au double problème MAB-TUS. L'avantage principal de cette approche réside dans le fait qu'elle est offerte par des cliniciens « bilingues », c'est-à-dire qui maîtrisent à la fois le langage et la philosophie des problèmes de dépendance et ceux de la psychiatrie. Cela permet d'insister sur l'importance de gérer les deux problèmes de façon simultanée, et de mettre en évidence les thèmes communs au cours de l'évolution du rétablissement de la personne. Dans cet ordre d'idée, la personne est vue comme porteuse d'une maladie unique, que nous pourrions traduire par « un trouble bipolaire d'abus de substances » (ou *Bipolar Substance Abuse*, selon la formulation originale de l'auteur).

« On a par la suite compris la nécessité que les deux problèmes soient traités de façon concomitante, mais le plus souvent, cela se résume à une approche parallèle, avec des interventions spécifiques à chacune des situations, habituellement dans deux contextes différents. »

génétique commune ou l'effet direct d'un problème sur l'autre (par exemple, la prise régulière d'alcool provoquant un tableau dépressif ou à l'inverse, l'état maniaque incitant à la consommation de substances), pour le moment, nous avons encore peu de données appuyant

des situations, habituellement dans deux contextes différents. On peut concevoir que même les intervenants les mieux formés et les plus efficaces dans le traitement de l'une ou de l'autre de ces problématiques peuvent se sentir démunis face à quelqu'un qui présente une

Bien qu'encore peu de données viennent confirmer l'efficacité de cette approche spécifique, une récente publication de l'équipe du Dr Weiss dans une prestigieuse revue de psychiatrie présente des résultats encourageants, particulièrement en

ce qui a trait à la diminution de la consommation de substances (Weiss et coll., 2007). Il s'agissait d'une étude randomisée et contrôlée qui comparait la TGI à une approche de groupe uniquement axée sur la consommation de substances. Chacune des interventions était réalisée au cours

n'étaient pas statistiquement différents, mais le groupe TGI rapportait plus de symptômes dépressifs ou maniaques subsyndromiques : comme la TGI insiste sur la reconnaissance précoce des symptômes affectifs, cela pourrait expliquer le fait que les individus de ce groupe les rapportent davantage.

de rechute (vers la consommation ou vers un épisode affectif), les moyens de gérer des symptômes dépressifs sans consommer de substances, la fidélité au traitement, l'importance du rôle du client dans les prises de décisions axées sur le rétablissement plutôt que sur la rechute, etc. Les séances sont construites de manière très structurée, avec un thème propre à chacune, et le matériel didactique nécessaire est remis aux participants. Ces derniers sont incités à répondre à des exercices pour la séance suivante.

## « Dans cet ordre d'idée, la personne est vue comme porteuse d'une maladie unique, que nous pourrions traduire par « un trouble bipolaire d'abus de substances ». »

d'une période de 20 semaines avec un suivi après 3 mois (postthérapie). Soixante-deux personnes (par ailleurs sous stabilisateurs de l'humeur) ont été assignées au hasard à l'un des deux groupes. Les sujets ayant reçu la TGI ont présenté un nombre significativement moindre de jours de consommation de substances au cours de la thérapie et au terme du suivi. Il est intéressant de noter qu'en ce qui concerne le nombre de semaines où les participants étaient aux prises avec des symptômes affectifs, les deux groupes

Nous avons été très heureux d'accueillir le Dr Weiss au centre hospitalier Robert-Giffard, en mars 2007, afin de bénéficier de son expertise dans le domaine. Une présentation des aspects plus techniques de son approche nous a permis de constater la faisabilité de la TGI. Maintenant proposée en 12 séances, celle-ci utilise principalement des interventions cognitives et psychoéducatives par deux cothérapeutes qui mettent l'accent sur les points communs et les liens entre les deux problèmes, que ce soit l'identification des déclencheurs

Nous apprécierons la publication dans un proche avenir du manuel de thérapie intégrée. D'ici là, grâce à la coopération du Dr Weiss, nous comptons créer sous peu un premier groupe pilote, en mettant à contribution l'expertise des membres des programmes de toxicomanie et de troubles affectifs du centre hospitalier Robert-Giffard. Nul doute que cette nouvelle approche, couplée au désir de collaboration interdisciplinaire chère à notre vision de la psychiatrie, sera plus que bienvenue au sein de l'arsenal thérapeutique employé auprès de cette clientèle particulièrement difficile.

### BIBLIOGRAPHIE

DelBello, M. P. et Strakowski, S. M., « Understanding the Problem of Co-occurring Mood and Substance Use Disorders », dans Westermeyer, J. J., Weiss, R. D. et Zeidonis, D. M., *Integrated Treatment for Mood and Substance Use Disorders*, The Johns Hopkins University Press, 2003, 199 p.

McElroy, S. L. et coll., « Axis I Psychiatric Comorbidity and its Relationship to Historical Illness Variables in 288 patients with Bipolar Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 158, 2001, p. 420-426.  
Weiss, R. D. et coll., « A Randomized Trial of Integrated Group Therapy Versus Group Drug Counselling for Patients with Bipolar Disorder and Substance Dependence », *American Journal of*

*Psychiatry*, 164, 2007, p. 100-107.

Westermeyer, J. J., « Addressing Co-occurring Mood and Substance Use Disorders », dans Westermeyer, J. J., Weiss, R. D. et Zeidonis, D. M., *Integrated Treatment for Mood and Substance Use Disorders*, The Johns Hopkins University Press, 2003, 199 p.

## Avis aux personnes utilisatrices

Il est toujours temps de nous faire parvenir vos textes exprimant votre perception d'une réelle affirmation citoyenne.

Envoyez votre texte par la poste ou par courriel :

Transmettez-nous un texte d'au maximum 500 mots décrivant ce que représente pour vous le plein exercice de votre citoyenneté. Être citoyen, qu'est-ce que cela représente pour vous? Quels sont les obstacles et les défis que vous rencontrez dans votre démarche pour être ou devenir un citoyen heureux et accompli?

Le tirage d'un ordinateur portable sera effectué parmi l'ensemble des auteurs qui soumettront un texte. Les textes reçus seront considérés comme la propriété des organisateurs du colloque et pourront être utilisés à cette fin.

XIV<sup>e</sup> Colloque AQR  
184, rue Racine, bureau 307  
Loretteville (Québec)  
G2B 1E3  
418 842-4004  
Télécopieur : 418 842-4334  
aqrp@qc.aira.com

# Intégrer l'accompagnement spirituel / religieux au rétablissement en santé mentale et toxicomanie

Par Yves Rochette, animateur de pastorale à l'Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard (CHRG), et au Centre de réadaptation en toxicomanie Ubald-Villeneuve (CRUV); pour le Centre de pastorale de santé et des services sociaux (CPSSS).

**L**e sujet de la spiritualité en santé mentale fait autant l'objet de critiques et de préjugés que d'approbation et d'enthousiasme. D'un point de vue empirique, la science dit peu et, dans cette perspective, la question de l'expérience spirituelle est difficilement mesurable. Il est vrai que l'expérience spirituelle/religieuse couvre un large spectre et laisse encore beaucoup de place à l'interprétation. Qu'à cela ne tienne, le sujet est en pleine émergence dans le monde de la santé. Les recherches, les publications et les expériences terrain se multiplient et apportent de l'eau au moulin...

6

Quand on s'assoit devant quelqu'un, on sait (la plupart du temps!) comme professionnel de la santé ce qui nous intéresse; ce qu'on va faire et où l'on veut aller. Mais que fait-on devant quelqu'un qui cherche à comprendre sa maladie, ses souffrances, sa consommation, sa vie et à leur donner un sens? Que fait-on devant quelqu'un qui pose de façon angoissée la question de son avenir : « Que sera ma vie? Quel avenir pour moi? À quoi ou à qui me raccrocher? Ma souffrance a-t-elle un sens? Aura-t-elle une fin? Suis-je seul en définitive?... » Comment donc accompagner cette personne? On est à même de constater que celle-ci se situe au-delà des grilles d'évaluation, du répertoire des comportements ou de son capital génétique; jusqu'en un lieu « tout autre », où il semble ne plus y avoir de mots... Bien, vous y êtes! Vous voilà dans l'expression d'un « espace sacré », dans un univers où s'enchevêtrent le profane, le spirituel et le religieux; les mythes et les symboles, le sens et le non-sens, la souffrance accueillie ou ignorée! La personne est dramatiquement en quête de sens, mais son goût de vivre et de transcender tout cela est irrésistible... C'est dans cet « espace » que ma pratique professionnelle émerge et prend tout son sens. Passionnant, non!

Il y a de ces drames humains qui poussent la personne aux frontières d'elle-même. Il y a de ces expériences humaines qui provoquent la quête de sens. La maladie mentale et la toxicomanie comptent parmi ces expériences. Si mortifères ou consumantes que soient les forces soutenant ces expériences, elles peuvent devenir des voies pour la personne : un passage vers l'humanisation, le sens, la transcendance. L'accompagnement spirituel/religieux veut favoriser ce passage.

## DANS UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Dans un Québec postmoderne, aux nouvelles sensibilités spirituelles et critiques devant les formes institutionnalisées du religieux (Brisson, 2004), on se doit d'affirmer que l'accompagnement spirituel/religieux s'adresse à tous ceux et celles pour qui cette dimension correspond à un désir personnel, quel qu'il soit. Le respect de ce désir reste

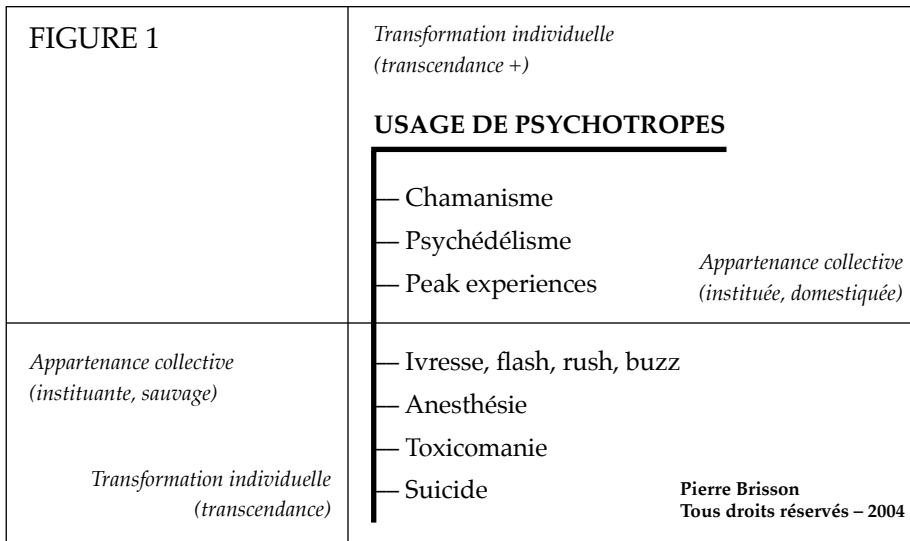
L'accompagnement spirituel/religieux peut se vivre autant en groupe (sous forme d'atelier spirituel) qu'en entrevue individuelle. Dans cette dernière, le travail consiste à écouter avec le plus d'ouverture et de confiance possible, à évaluer avec la personne ses besoins, tels qu'elle les perçoit. Ce geste d'écoute n'est pas banal. Il participe à l'accueil inconditionnel et à la reconnaissance de la personne dans sa dignité, objectifs premiers de l'accompagnement. Au cœur de cette écoute se dressent les valeurs de compassion, de respect et d'espérance (CPSSS, *Valeurs et missions*, 2004). Celles-ci demandent au spécialiste de l'accompagnement (mais pas exclusivement!) d'être constamment au clair avec ses propres croyances, ses valeurs, ses besoins et ses motivations pour « être là » et rester présent à l'autre. Cette responsabilité lui revient.

Dans le travail d'accompagnement spirituel/religieux, il m'arrive d'aider la personne à distinguer entre les symptômes de sa maladie et son expérience

« Il y a de ces drames humains qui poussent la personne aux frontières d'elle-même. Il y a de ces expériences humaines qui provoquent la quête de sens. La maladie mentale et la toxicomanie comptent parmi ces expériences. Si mortifères ou consumantes que soient les forces soutenant ces expériences, elles peuvent devenir des voies pour la personne : un passage vers l'humanisation, le sens, la transcendance. »

primordial dans l'accompagnement. La personne qui fait la demande de vivre ce type d'accompagnement doit savoir qu'elle sera accueillie dans l'unicité de son expérience, dans la particularité de ses appartenances et de ses croyances.

spirituelle authentique. Cela peut se faire de diverses façons à partir d'éléments cognitifs simples où l'on cherche avec la personne les indicateurs ou les « critères » de son expérience spirituelle/religieuse authentique. Il se peut aussi



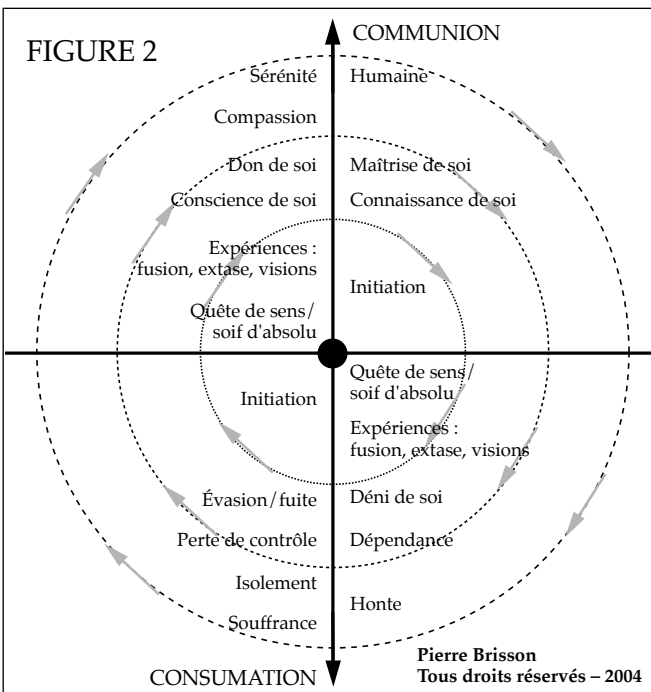
que je fasse connaître des techniques de relaxation, de prière ou de méditation; que je soutienne le maintien d'une pratique religieuse, etc.

### VOUS DITES SPIRITUALITÉ?

Le psychologue américain Getsinger, spécialiste en réadaptation de la toxicomanie, prône l'intégration de la spiritualité dans le traitement de la dépendance. Il décrit l'effet de la toxicomanie sur

l'expérience spirituelle de la personne et fournit un cadre théorique intéressant pour le travail d'accompagnement spirituel en santé mentale et en toxicomanie.

« La dépendance aux substances psychoactives a pour effet de nous séparer, de faire éclater les liens qui unissent entre elles les dimensions de l'expérience spirituelle. [...] La toxicomanie brise nos liens (intérieurs ou extérieurs) et provoque un emprisonnement, un renfermement sur soi-même dans un schéma d'autodestruction. La dimension spirituelle (guérison) veut réparer ces liens brisés. [...] La dépendance s'adresse à nous comme un objet et nous fragmente. La spiritualité s'adresse à nous comme un sujet en nous unifiant... » (Getsinger, 1998)



Pierre Brisson, professeur au Programme d'étude en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, apporte un éclairage plus qu'attrayant sur la question de la prise de drogues et de la

spiritualité. L'auteur nous invite entre autres à considérer la prise de drogues comme un rituel de guérison, dont le sens et le symbolisme sont l'expression d'une quête spirituelle, d'une quête de transcendance (Brisson, 2004). Cette dernière peut conduire vers une expérience de consommation (transcendance négative) ou de communion (transcendance positive). Les deux figures<sup>1</sup> ci-contre nous présentent les relations établies par l'auteur entre drogue et spiritualité, dans un schéma dynamique fort pertinent (Brisson, 2004).

### ATELIERS SPIRITUELS

Avec l'équipe multidisciplinaire spécialisée en toxicomanie du CHRQ, nous tentons actuellement d'intégrer la dimension spirituelle à l'intérieur de rencontres motivationnelles. Cela prend la forme d'ateliers spirituels<sup>2</sup> sur des thèmes comme le bonheur, le pardon, l'espérance, les valeurs, l'estime de soi. Ces rencontres se veulent des « laboratoires » où les personnes découvrent et expérimentent la spiritualité qui émerge de leur vie dans le but avoué d'aborder la question du sens, la recherche du bonheur, le discernement des valeurs et de goûter la paix. Tout ce qui peut contribuer au rétablissement. C'est en balbutiement, mais c'est prometteur!

Accueillir la personne dans un mouvement de compassion; favoriser la re-création de liens avec elle-même, les autres et ce qui la dépasse (dimension transcendante); aborder avec elle la construction de sens et la recherche du bonheur; soutenir son système de valeurs et ses croyances; intégrer des rituels qui ponctuent sa quête de sens et symbolisent son expérience... Voilà qui résume quelques-uns des objectifs composant un passionnant quotidien! Un appel à l'audace, pour que des pistes s'ouvrent...

« Faites en sorte qu'une brèche s'ouvre dans cette espèce de fermeture par rapport à l'avenir. [...] Cette fermeture qui mine toute espérance et réduit nettement le pouvoir d'improvisation, le pouvoir de récréation. » (Proulx, 2004)

<sup>1</sup> Publiées avec l'autorisation de l'auteur.  
<sup>2</sup> Ces ateliers sont en élaboration.

### BIBLIOGRAPHIE

Brisson, Pierre, *Avant, pendant et après l'expérience psychotrope : plaidoyer pour une approche spirituelle de la question drogue*, AITQ, Actes du XXXII<sup>e</sup> colloque, 2004.

CPSSS, *Valeurs et mission*, Cadre de référence (2004).  
Getsinger, Stephen H., « Spiritual Dimensions in Rehabilitation from Addiction », *Journal of Ministry in Addiction & Recovery*, vol. 5, n° 1, 1998, p. 13-29.

Proulx, Jean, *Dans l'éclaircie de l'Être*, Essai sur la quête spirituelle, Québec, Éditions Septentrion, 2004. Pour les plus poètes d'entre vous. Inspirant! Un livre qui ouvre sur les grands courants spirituels. À lire!

# Psychiatrie – Toxicomanie – Spiritualité

Par le Dr Pierre Rouillard, psychiatre, responsable clinique du programme PACT et responsable clinique de l'unité de service en psychiatrie et toxicomanie, Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard

Je vais commencer par citer quelques phrases de l'article de M. Yves Rochette sur l'accompagnement spirituel.

M. Rochette écrit : « Mais que fait-on devant quelqu'un qui cherche à comprendre sa maladie, ses souffrances, sa consommation, sa vie, et à leur donner un sens? Que fait-on devant quelqu'un qui pose, de façon angoissée, la question de son avenir : " Que sera ma vie? Quel avenir pour moi? À quoi ou à qui me raccrocher? Ma souffrance a-t-elle un sens? Aura-t-elle une fin? Suis-je seul en définitive?... "».

Ce sont des questions très pertinentes toujours au cœur de notre pratique de psychiatre.

## Voyons deux histoires de cas pour illustrer ce propos :

Une première personne est aux prises avec la schizophrénie. Elle est sous curatelle avec plusieurs contraintes légales. Elle a déjà été condamnée pour violence envers une personne. Elle prend du cannabis depuis plusieurs années. Avec un ajustement de la médication antipsychotique, nous avons pu contrôler l'augmentation du risque de violence rattachée au cannabis. Par contre, depuis quelques mois, elle a commencé à prendre des amphétamines, aggravant sa psychose et son risque de violence, et la conduisant à une mauvaise observance de la prise de médicaments. Elle n'arrive pas à comprendre les liens entre la consommation d'amphétamines et l'aggravation de son trouble mental et de la violence subséquente. De plus, cette violence est fortement liée à son délire. Les hospitalisations deviennent plus longues et nous nous retrouvons devant un cul-de-sac.

Par moments, j'ai cru que ses croyances religieuses pourraient nous aider à trouver une solution, mais dans son délire de persécution (avec idées de vengeance), elle a récupéré des extraits d'écrits religieux pouvant justifier sa violence. En outre, dans le volet « grandiosité de son délire », elle croit qu'elle sera un être spirituellement très avancé d'ici quelques années.

Devant une telle situation et ayant épuisé presque toutes les ressources thérapeutiques, l'intervenant peut sentir beaucoup d'impuissance.

Pour une seconde personne, la situation a mieux évolué. Elle est aussi affectée par la schizophrénie, mais n'a pas les mêmes croyances religieuses que la première. Elle a également des contraintes légales. Avec le temps, discutant « d'égal à égal » de nos croyances spirituelles respectives, nous avons créé une bonne alliance de travail. Elle accepte maintenant beaucoup plus facilement les injections intramusculaires de médication antipsychotique à longue action qui contrôle assez bien sa maladie. Elle est devenue, avec le temps, mon « amie spirituelle », car elle m'apprend beaucoup sur l'histoire de la chrétienté. Elle a pris du cannabis plus jeune et un peu d'alcool. Elle a essayé plus récemment des psychostimulants majeurs, mais après plusieurs tentatives sans avoir atteint un fort *high*, elle a décidé de renoncer à cette substance, car elle a compris que « Dieu lui envoyait le message de ne pas en prendre en la privant d'effet ». Dans ce cas, j'éprouve davantage l'impression d'une relation où la personne peut aussi m'aider à me transformer comme être humain.

Il y a une différence cruciale entre le mysticisme basé sur une voie religieuse traditionnelle et celui d'une personne aux prises avec un délire psychotique. Le vrai mystique étend son amour à tous les êtres de la création; il se sent très humble devant Dieu. Le mystique délirant se croit l'être le plus important au monde et, dans son délire, il se coupe d'une vraie communication avec les autres. Parfois, la consommation de substances actives, surtout d'hallucinogènes, permet de vivre certains états qui ressemblent aux extases des vrais mystiques. Toutefois, c'est une expérience qui ne repose pas sur un changement profond, amené peu à peu par la pratique d'une voie spirituelle et qui peut culminer en un contact permanent avec Dieu. Les mystiques vivent en *craving* (nécessité impérieuse) de servir Dieu et non en *craving* de grandiosité.

8

## ➡ ➡ ➡ À surveiller...

### Prochains numéros sur le rétablissement

Le rétablissement – Vol. 16, nos 1 et 2

### Quelques articles à ne pas manquer, dont :

- ➔ Un modèle préliminaire d'organisation de services axés sur le rétablissement, par Hélène Provencher, Ph. D.
- ➔ Pourquoi le rétablissement va-t-il au-delà du rétablissement – Quelques principes et pratiques de soins axés sur le rétablissement, de Larry Davidson, Ph. D., par Line Bouchard
- ➔ Qu'est-ce que le rétablissement signifie pour moi? La perspective des usagers en santé mentale, par Myra Piat, Ph. D., Audrey Couture, Judith Sabeti, John Sylvestre, Ph. D., Hélène Provencher, Ph. D. et Janos Botschner, Ph. D.

### Rétablissement et organisation de services – Parties 3 et 4

Quelques exemples de transformation pour des pratiques axées sur le rétablissement

- ➔ Nos pas sur le chemin du rétablissement : Le Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours partage son expérience, par Louise Marchand, Dr Marie-Luce Quintal, Dr Hubert Wallot, Yolande Champoux, Suzanne Corriveau, Martine Gaudreault et Claude Lamothe
- ➔ Le fou comme un autre soi-même : petite histoire de la pratique de Pech, par Benoît Côté

Trouble grave de santé mentale et de toxicomanie chez un proche :  
l'importance d'offrir du soutien et de susciter l'engagement des familles.  
Julie Bouchard, travailleuse sociale, Institut universitaire en santé mentale,  
Centre hospitalier Robert-Giffard.

Lors de rencontres avec la famille d'une personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, on est à même de constater les inquiétudes de celle-ci face à son problème de consommation de drogues, d'autant plus qu'il est souvent doublé d'une désorganisation de l'état mental et d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Souvent, la famille cherche à savoir si c'est la consommation qui a entraîné la maladie ou si c'est la maladie qui précipite leur proche vers la consommation. Comment agir pour maintenir un climat viable à la maison et un bon lien avec la personne aimée? Comment faire pour l'aider adéquatement tout en respectant ses propres limites? À travers les lignes qui suivront, je me propose de vous aider à répondre brièvement à certaines de ces questions et à réfléchir à votre situation familiale, en lien avec les difficultés de santé mentale et de toxicomanie de votre proche.

D'abord, sachez qu'il existe un lien entre la consommation de drogues et les troubles de santé mentale, mais on ne peut affirmer hors de tout doute lequel des problèmes est apparu avant l'autre. Est-ce la maladie qui entraîne la consommation ou la consommation qui fait apparaître la maladie? Impossible de répondre avec certitude. Par contre, on sait que les personnes qui présentent un trouble grave de santé mentale courent un risque plus élevé de connaître un problème d'abus de substances. Une étude américaine (Regier et coll., 1990) avance que la prévalence de diagnostics d'abus ou de dépendance à une substance parmi les gens atteints de troubles graves de santé mentale est de 56 % chez les personnes bipolaires et de 47 % chez les personnes schizophrènes. Cette étude révèle aussi que la prévalence à vie d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues est, parmi la population générale, de 16,7 %, tandis qu'elle s'élève à 39 % parmi la population en milieu hospitalier psychiatrique. Ces chiffres

montrent l'importance de se préoccuper de la consommation de drogues chez ces usagers. Ils nous rappellent aussi qu'il est essentiel d'aider les familles vivant avec ces usagers, considérant que 25 % à 50 % des personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie vivent avec leur famille (Mueser et coll., 2003) et qu'entre 60 % et 80 % d'entre elles ont au moins un contact par mois avec un membre de leur famille (Clark, 2001).

Également, on reconnaît que la toxicomanie chez un proche présentant un trouble grave de santé mentale aura des conséquences sur tous les membres de la famille. En ce qui regarde les relations familiales, plusieurs conséquences négatives sont identifiées, telles l'augmentation du fardeau chez les membres de la famille et leur exposition à un risque plus élevé de subir de la violence. Les effets négatifs de la consommation de drogues conduisent parfois au non-fonctionnement des stratégies d'adaptation que souhaite mettre en place la famille et entraînent le retrait de l'appui qu'elle

des situations ou des événements impliquant un haut degré de tension généralement combinés à des conflits interpersonnels (Dixon et coll., 1995). Tous ces effets négatifs des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie peuvent parfois mener à de la violence à l'égard des membres de la famille (Steadman et coll., 1998). Aussi, le stress familial peut nuire à l'issue du cheminement de la personne présentant les deux troubles mentionnés ci-dessus (Barrowclough et coll., 2001). Dans ce contexte, il s'avère important d'intervenir auprès de la famille puisqu'elle joue un rôle important dans la vie de l'usager.

Entre autres, l'importance de l'engagement des proches doit tenir compte des éléments suivants :

- 1) Le potentiel d'influence de la famille sur l'évolution positive de la situation, considérant le type de contact maintenu entre les deux parties;
- 2) Le stress de la famille se manifestant par une atmosphère tendue, des conflits fréquents, une communication plutôt

« Souvent, la famille cherche à savoir si c'est la consommation qui a entraîné la maladie ou si c'est la maladie qui précipite leur proche vers la consommation. Comment agir pour maintenir un climat viable à la maison et un bon lien avec la personne aimée? Comment faire pour l'aider adéquatement tout en respectant ses propres limites? »

offrait auparavant. Les conséquences à long terme de cette perte de soutien sont, entre autres, l'exacerbation des problèmes de toxicomanie, la détérioration de la santé mentale et l'augmentation de l'instabilité relative au lieu de résidence, ce qui peut conduire à l'itinérance (Mueser et coll., 2002). On ne peut passer outre le fait que les familles et leur proche présentent aussi

pauvre, il a donc un effet négatif sur l'évolution de la situation; il s'avère alors nécessaire de prévenir ou de contrer ces effets;

- 3) L'augmentation des connaissances de la famille quant à la maladie et à la toxicomanie favorisant une meilleure compréhension des problèmes présentés par un des leurs et permettant

l'acquisition d'habiletés afin de faire face à ces derniers et d'agir adéquatement pour favoriser l'amélioration du vécu familial (Mueser et coll., 2003); donc, la collaboration familiale se veut bénéfique et complémentaire aux interventions individuelles ou de groupe auxquelles le proche participe, cependant, les membres de la famille peuvent aussi amorcer une démarche d'aide en lien avec la toxicomanie de leur proche sans que ce dernier fasse la même chose.

Voici quelques suggestions s'adressant aux familles pour leur permettre de soutenir un proche présentant un problème de toxicomanie, de favoriser le maintien de relations harmonieuses, de tenter d'aider ce proche à réduire ou à modifier ses habitudes de consommation et à prendre soin de sa propre santé mentale. Ces suggestions sont inspirées du livre *Motivating Abusers to Enter Treatment : Working with Family Members*, Smith et Meyers, 2004, mais aussi d'interventions cliniques que j'ai pu réaliser au fil des ans et de recommandations qui se sont avérées utiles aux proches avec lesquels j'ai eu la chance de collaborer.

10

## CE QU'IL FAUT SAVOIR

- 1) D'abord, sachez que vous n'êtes pas la cause du problème, MAIS pouvez être partie prenante de la solution;
- 2) Considérez-vous comme un collaborateur-clé dans le processus de diminution ou d'arrêt de la consommation de votre proche, car vous connaissez mieux que quiconque ses habitudes,

« La collaboration familiale se veut bénéfique et complémentaire aux interventions individuelles ou de groupe auxquelles le proche participe. Cependant, les membres de la famille peuvent aussi amorcer une démarche d'aide en lien avec la toxicomanie de leur proche sans que ce dernier fasse la même chose. »

ses comportements et avez des contacts réguliers avec lui;

- 3) Lorsqu'un comportement ou une attitude que vous adoptez ne produit pas le résultat que vous souhaitez, évitez

de le reproduire et considérez cette stratégie comme étant non pertinente;

- 4) Pour mieux comprendre pourquoi votre proche consomme, tentez d'identifier les conséquences et les aspects positifs associés à sa consommation (et oui, il en retire du positif!), ainsi que les éléments qui font que cette habitude persiste; de cette façon, vous pourrez le soutenir dans l'identification d'une alternative pouvant se substituer à l'apport positif de la consommation;
- 5) Responsabilisez votre proche et évitez de réparer les « pots cassés » en lien avec sa consommation; cela favorise le maintien de cette dernière, puisqu'il n'y a aucune conséquence désagréable qui y est associée;
- 6) La modification de vos comportements et l'adoption d'attitudes aidantes peuvent influencer positivement la situation de toxicomanie de votre proche.

## QUOI FAIRE FACE À UN PROCHE QUI CONSOMME? ATTITUDES AIDANTES À ADOPTER

- 1) Évitez la confrontation car il est prouvé que cette attitude est inefficace auprès des gens présentant un problème de toxicomanie;
- 2) La communication positive engendre la communication positive!; évitez d'utiliser un ton et des mots accusateurs, car cela suscitera inévitablement une attitude défensive chez votre proche;
- 3) Si vous souhaitez discuter avec votre proche de son problème de consommation et de vos malaises, assurez-vous de

bonne humeur;

- 4) Ne vous débarrassez pas des bouteilles de boisson que vous avez à la maison en espérant que cela dissuade votre proche de consommer; cette solution est inefficace pour l'empêcher de boire et peut susciter de l'agressivité ou de la violence à votre égard;
- 5) Tentez d'éliminer les échanges à teneur négative; félicitez-le lorsqu'il est sobre, ignorez ou désapprouvez les moments de consommation;
- 6) Interagissez avec votre proche selon l'idée qu'un comportement renforcé ou récompensé (la sobriété par exemple) risque d'être répété. Voici quelques suggestions de récompenses : mot d'encouragement, mot de félicitations, expression de ses propres émotions positives, sorties, activités sociales, moment passé à deux, cadeau qu'il souhaitait depuis longtemps, etc. Il est important de nommer les raisons qui motivent votre attitude ou la récompense;
- 7) Appliquez une conséquence négative aux épisodes de consommation, par exemple, l'interdiction de l'utilisation de l'automobile s'il y a consommation de drogues ou d'alcool le jour même ou la veille. Avisez votre proche à l'avance de la conséquence pour éviter la frustration due à l'effet de surprise. Vérifiez avec lui ce qu'il pense de cette conséquence;
- 8) Si la conséquence n'a pas d'effet sur les habitudes de consommation, interrogez-vous à nouveau sur votre choix et identifiez une autre conséquence qui entraînera un effet plus considérable pour votre proche, de façon à influencer positivement, et à la baisse, ses habitudes de consommation; il n'y a aucune garantie que cela fonctionnera, mais agissez selon le principe « d'essai-erreur »;
- 9) Ne réparez pas ses erreurs ou ses gaffes derrière lui. Par exemple, évitez d'aller le réveiller le lendemain d'une « cuite », même si vous savez que cela entraînera le fait qu'il ne se lèvera pas pour aller travailler ou pour se rendre à son rendez-vous chez le médecin; il se peut qu'il doive faire face aux conséquences négatives à plusieurs reprises avant de modifier ses comportements reliés à la consommation; vous n'avez pas à vous justifier à outrance à la suite du retrait d'une habitude ou de la modification d'une attitude;
- 10) La personne qui a consommé est responsable de ce qui lui arrive; par exemple, si elle n'a plus d'argent en

raison de sa consommation, ne lui en donnez pas et n'achetez pas de tabac; si elle n'a plus de nourriture, accompagnez-la plutôt à l'épicerie ou dirigez-la vers les banques alimentaires.

## CE QU'IL FAUT SAVOIR PAR RAPPORT AU RISQUE DE VIOLENCE

- 1) D'abord, sachez que l'épisode de violence est davantage prévisible que vous le croyez;
- 2) Prenez conscience de quand et comment vous devez agir pour vous protéger; identifiez un ou des signes de danger pour qu'une lumière rouge s'allume en vous et vous conduise à prendre du recul le plus rapidement possible par rapport à votre proche lorsque ces signes se manifestent;
- 3) Même si un de vos comportements ou commentaires a pu déclencher la violence, cette dernière n'est jamais acceptable ni justifiable;
- 4) Si une situation conflictuelle dégénère et que vous soyez menacé, ne vous sentez pas coupable de joindre les services d'urgence (911), de façon à mettre

en place un signal d'arrêt; néanmoins, sachez que le sentiment de culpabilité dans une telle situation est normal et très répandu parmi les familles.

Somme toute, il est souhaitable que les membres d'une famille demeurent présents pour leur proche aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, même si celui-ci laisse parfois croire le contraire. Il est aussi important pour la famille d'aller chercher du soutien auprès des divers organismes, que leur proche soit ou non dans une démarche de relation d'aide. Il est primordial de ne pas minimiser les troubles de toxicomanie chez la personne ayant un problème de santé mentale grave et de lui apporter un soutien, même si elle n'avoue pas encore ses difficultés.

Je suis d'avis que l'intervention auprès des proches des usagers présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est en émergence dans nos milieux et que nous gagnerons à offrir un soutien spécialisé aux familles. Déjà, des interventions individuelles

efficaces sont réalisées par les milieux communautaires et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, l'intervention de groupe devrait être davantage utilisée pour rejoindre le nombre grandissant de familles aux prises avec ce problème, pour briser leur isolement social et leur offrir un appui professionnel. En tant que travailleuse sociale, je ne peux qu'espérer que davantage d'interventions soient réalisées auprès de l'environnement social immédiat de la personne présentant ces troubles concomitants. Cela permettrait d'augmenter les habiletés relationnelles et communicationnelles chez les proches et de vérifier l'effet de ces interventions dès le début ou au cours du processus de réadaptation de la personne. Souhaitons que la modification des attitudes et des comportements des membres de la famille engendre une conséquence positive sur leur proche qui consomme des drogues et que ceux-ci n'hésiteront pas à aller chercher l'aide nécessaire pour appliquer diverses stratégies d'adaptation.

## BIBLIOGRAPHIE

Barrowclough et coll., « Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy and Family Intervention for Patients with Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders », *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 2001, p. 1706-1713.  
Clark, R. E., « Family Support and Substance Use Outcomes for Persons with Mental Illness and Substance Use Disorders », *Schizophrenia Bulletin*, 27, 2001, p. 93-101.

Dixon, McNary et Lehman, « Substance Abuse and Family Relationships of Persons with Severe Mental Illness », *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995, p. 456-458.  
Mueser et coll., « Working with Families », 195-235, *Integrated Treatment for Dual Disorders*, The Guilford Press, New York, 2003, 470 p.  
Mueser, Fox et Mercer, « Family Intervention for Severe Mental Illness and Substance Use Disorder », 205-227, dans Schaub, A., *New Family Interventions and Associated Research in Psychiatric Disorders*, Springer Wien New York, Autriche, 2002, 281 p.

Regier et coll., *Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse : Results from the Epidemiologic Catchment Area Study*, *Jama*, 264 (19), 1990, p. 2511-2518.  
Smith, J. E. et Meyers, R. J., *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment : Working with Family Members*, The Guilford Press, New York et Londres, 2004, 289 p.  
Steadman et coll., « Violence by People Discharged from Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighbourhoods », *Archives of General Psychiatry*, 55, 1998, p. 393-401.

L'AQRP est fière de participer à la formation sur le rétablissement organisée à l'intention des gestionnaires en santé mentale des Centres de services sociaux du Québec dans le cadre du projet de formation provinciale, « **L'organisation des services de santé mentale et le paradigme du rétablissement** », de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux.

Un projet financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Une autre belle collaboration pour favoriser le développement de pratiques orientées vers le rétablissement dans nos services de santé mentale!

Par Florence Chanut, M. D., FRCPC<sup>1</sup> : psychiatre, responsable du programme des troubles concomitants  
Pavillon Albert-Prévost, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Québec  
Associée à la clinique Cormier-Lafontaine, Montréal, Québec  
Chargée d'enseignement clinique, département de psychiatrie, Université de Montréal, Québec

Thomas G. Brown, Ph. D. : psychologue, directeur du programme de recherche sur les addictions, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal, Québec  
Professeur adjoint, département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec  
Directeur de la recherche, Pavillon Foster, Saint-Philippe-de-la-Prairie, Montréal, Québec

Maurice Dongier, M. D., FRCPC : professeur émérite, département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec

## RÉSUMÉ

L'entretien motivationnel (EM) est maintenant une technique bien établie internationalement dans le domaine du traitement des accoutumances. Il s'agit d'une méthode semi-directive – quoique centrée sur le client – ayant pour objectif d'augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence (Miller et Rollnick, 2002). L'ambivalence au changement peut empêcher certaines personnes d'atteindre leurs buts, malgré l'aide professionnelle qu'on leur apporte (Miller et Rollnick, 2002). Le thérapeute qui utilise l'EM concentre ses efforts pour se mettre sur la même longueur d'onde que son patient en ce qui a trait à la reconnaissance du problème et à la motivation à changer, en employant des stratégies thérapeutiques spécifiques. Après plus de vingt-cinq ans d'étude et d'application au champ de la toxicomanie, l'EM fait graduellement son entrée en psychiatrie clinique, principalement pour améliorer le traitement des personnes atteintes de comorbidité toxicomanie et maladie psychiatrique, aussi appelée « double problématique » ou « double diagnostic ». Cet article a pour but de familiariser les lecteurs à l'EM en général; il porte une attention particulière aux applications possibles de celui-ci en psychiatrie clinique selon la littérature scientifique.

## INTRODUCTION

*Je veux changer, oui, mais...* Voilà une phrase que tous les thérapeutes ont déjà entendue, quel que soit leur champ de pratique, leur contexte de travail ou leur clientèle. Cette phrase provoque diverses réactions chez les aidants, qu'ils soient professionnels ou non : sentiment d'impuissance, de découragement, d'incompréhension, voire d'exaspération! Cette phrase a-t-elle été plus fréquemment source d'impuissance chez les thérapeutes qui travaillent avec les personnes aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance aux substances? Il n'empêche que c'est dans le domaine du traitement des accoutumances qu'est née une méthode destinée à aider les thérapeutes à motiver leurs clients au changement. Cette méthode se nomme l'entretien motivationnel (EM), plus connu sous le nom de *Motivational Interviewing* ou MI.

Au début des années 1980, les taux d'abandon importants rencontrés

dans les services de traitement pour l'alcoolisme ont incité William R. Miller, des États-Unis, et Stephen Rollnick, de la Grande-Bretagne, à expérimenter une intervention préparatoire brève (jusqu'à quatre séances) qui avait pour but d'améliorer la motivation au traitement habituel. Subséquemment, ils ont montré qu'une intervention motivationnelle brève pouvait se faire en tant que traitement unique, sans qu'il y ait aucun autre traitement. Les résultats de l'EM seul sur la consommation d'alcool se sont révélés avantageusement comparables aux améliorations observées après une intervention basée sur les douze étapes (exemple : rencontres de groupes AA) ou une intervention cognitive comportementale, plus intensives et de plus longue durée (Project MATCH Research Group, 1997 et 1998). À la suite de la parution de ces résultats, l'intérêt pour l'EM a crû rapidement. Quelle était son utilité dans le traitement de l'abus ou de la dépendance à d'autres substances psychoactives, telles que le cannabis ou la cocaïne, ainsi que dans le traitement d'autres comportements dommageables

pour la santé? Jusqu'à présent, en dehors des accoutumances, l'observance à la prise d'une médication, au suivi thérapeutique, à la diète et à l'exercice, la réduction de comportements à risque pour le VIH, l'abandon tabagique et les troubles alimentaires ont été les plus étudiés.

Dans le champ de la psychiatrie clinique, l'examen des pratiques thérapeutiques basées sur les données probantes prend de plus en plus de place dans notre quotidien. Graduellement, différentes interventions brèves prouvent leur efficacité face à des problèmes considérés autrefois comme chroniques et dont le traitement devait obligatoirement être intensif et prolongé. De façon intéressante, les données émergentes dans la littérature suggèrent que les personnes souffrant de troubles concomitants (maladie psychiatrique et toxicomanie) présentent des améliorations significatives *lorsqu'elles sont bien engagés* dans leur programme de traitement et que l'EM pourrait améliorer l'engagement au traitement de ce type de personnes (Drake et coll., 1998).

<sup>1</sup> Correspondance : Florence Chanut, Pavillon Albert-Prévost, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 6555, boulevard Gouin Ouest, Montréal (Québec) H4K 1B3, f.chanut@videotron.ca.

En tenant compte du fait que l'abus de substances, l'observance à la prise de médicaments et l'engagement dans le traitement sont souvent interreliés et qu'ils sont des aspects cruciaux dans l'amélioration des personnes souffrant de maladie mentale sévère (RachBeisel et coll., 1999), l'EM présente probablement des effets bénéfiques multiples.

Plusieurs professionnels de la santé mentale font face chaque jour à des situations d'abus de substances, particulièrement chez les individus souffrant de troubles mentaux graves requérant une fidélité à long terme au traitement (exemple : la schizophrénie). Dans un contexte de coupures répétées dans le financement des services de réadaptation ou de traitement psychiatrique, une intervention brève peut maintenant apparaître plus attrayante que jamais. Il semble donc pertinent, à ce moment-ci, de considérer le rôle que l'EM pourrait jouer dans les services de réadaptation psychiatrique.

## POURQUOI CHANGER?

Pour comprendre ce qui peut conduire une personne à changer une habitude de vie, même solidement ancrée, les auteurs de l'EM, suivant les travaux de pionniers avant eux (tels que Prochaska et DiClemente, 1992), ont regroupé trois ingrédients de base au changement. Un peu comme pour une recette culinaire, ces trois ingrédients doivent être réunis pour que le changement se produise.

### 1) L'importance du changement

La personne doit saisir l'intérêt pour elle de changer un comportement donné, sentir une nécessité, un besoin (*to be willing to change*), sans quoi il y a peu de chance pour que ce changement se réalise. Par contre, l'importance que revêt un changement pour Monsieur A peut provenir de raisons fort différentes de Madame B. Par exemple, Monsieur A peut vouloir cesser de fumer pour diminuer son risque de maladie cardiaque, alors que Madame B voudra économiser de l'argent, tant sur l'achat des cigarettes que sur ses primes d'assurance. Les thérapeutes ont régulièrement tendance à utiliser des raisons qui touchent la personne pour la convaincre de changer un comportement. Ils feront appel à des arguments visant la santé, parfois au détriment d'autres arguments quelquefois plus proches des valeurs primordiales des personnes qui

les consultent. Il est donc avantageux, pour optimiser l'importance pressentie par une personne de modifier une habitude, de faire de la place à toutes les raisons qu'elle peut avoir d'agir différemment, même celles qui ne sont pas toujours calquées sur nos propres valeurs morales.

### 2) La confiance en sa capacité de pouvoir accomplir le changement

Cette composante de la motivation a trait à la perception intime qu'a la personne de sa capacité à entreprendre un changement et à persister dans sa décision (*to be able to change*). Elle fait souvent défaut chez les gens qui consultent volontairement pour de l'aide. L'opinion positive d'autrui (y compris le thérapeute) sur cette capacité ne suffira pas, selon toute vraisemblance, à moins qu'elle ne soit partagée par la personne. D'un autre côté, les thérapeutes peuvent avoir eux-mêmes une opinion mitigée quant à la possibilité de changer de la personne, soit par expérience antérieure négative avec celle-ci, soit pour toutes sortes d'autres raisons. Il faut, dans ce cas, qu'ils restent très prudents pour ne pas communiquer ce pessimisme à la personne; travailler sur la possibilité qu'ils ont de pouvoir malgré tout lui transmettre suffisamment de confiance en ses propres capacités d'accomplir le changement. Si cela paraît trop difficile, il pourrait se révéler souhaitable de transférer les services à un autre intervenant qui saura mieux insuffler de l'optimisme à la personne quant à sa faculté de modifier sa conduite. Pour cela, les succès passés sont très utiles : chaque personne a dans sa vie réussi quelque chose, le changement d'un

### 3) La priorité accordée à ce changement

Être prêt à changer (*to be ready to change*) signifie qu'un individu va accorder à la transformation désirée la priorité dans sa vie, à ce moment-ci. Parfois, une personne peut concevoir la grande importance qu'il y a à ajuster sa diète, se sentir confiante en sa capacité à y parvenir, mais vivre actuellement une situation de crise qui repousse ce projet plus bas sur la liste de ses priorités. Comme les circonstances d'une existence peuvent évoluer, les priorités personnelles peuvent varier. Il est donc utile pour l'intervenant de garder cette notion en tête pour laisser entrouvertes les portes qui apparaissent pour l'instant fermées chez l'individu, mais aussi pour ne pas s'épuiser à le motiver alors que les circonstances sont trop défavorables à cette période-ci, ce qui pourrait entraîner un échec.

## EN QUOI CONSISTE L'EM?

### Les principes directeurs

Quatre principes fondamentaux sont au cœur de l'EM : 1) Exprimer activement de l'empathie; 2) Faire apparaître graduellement une discordance entre les valeurs profondes de la personne et ses comportements actuels; 3) Valoriser et soutenir l'efficacité personnelle; 4) Rouler avec la résistance en évitant l'affrontement (Miller et Rollnick, 2002; Project MATCH Research Group, 1997 et 1998).

En premier lieu, l'empathie, ingrédient commun et non spécifique de toute

« Après plus de vingt-cinq ans d'étude et d'application au champ de la toxicomanie, l'EM fait graduellement son entrée en psychiatrie clinique, principalement pour améliorer le traitement des personnes atteintes de comorbidité toxicomanie et maladie psychiatrique, aussi appelée « double problématique » ou « double diagnostic ». »

comportement nuisible ou le maintien d'une bonne habitude. Il est du ressort du thérapeute motivationnel d'évoquer ces épisodes pour affermir la confiance de l'individu dans ses propres chances de changer.

psychothérapie, a une définition précise chez les auteurs de l'EM. Il s'agit non seulement des efforts que le thérapeute déploie pour comprendre son patient, mais également de tout ce qu'il fait pour redonner à celui-ci sa compréhension de

ce qu'il lui a exprimé. En plus de porter une grande attention aux habiletés verbales et non verbales d'écoute, l'expression privilégiée de l'empathie dans l'EM prend la forme de l'écoute réflexive, aussi décrite par Carl Rogers (1951) comme la juste empathie (*accurate empathy*). Par une série de reflets, le thérapeute cherche à maximiser le sentiment du client qu'il fait tout ce qui est en son pouvoir pour que ce dernier se sente pleinement compris.

L'écoute réflexive est également indispensable pour mettre en action le deuxième principe de l'EM : faire apparaître graduellement une discordance. La discordance concerne principalement l'importance du changement du point de vue de la personne. Le thérapeute cherche à augmenter la discordance perçue, ou dissonance idéo-affective, entre le comportement présent du patient et ses valeurs les plus primordiales. Il ne s'agit pas ici de se contenter d'une dissonance logique entre une colonne de « pour » et une colonne de « contre » le changement de comportement. Le thérapeute doit s'intéresser à l'idéal de la personne, ce qui est souvent chargé d'affect. L'écoute réflexive et un style de communication empathique créent un environnement favorable à la pleine exploration des valeurs fondamentales de la personne, qui peuvent ensuite être juxtaposées à son comportement actuel. C'est là que la composante directive de l'EM se distingue significativement de la thérapie rogérienne pure. Les thérapeutes motivationnels assument un rôle actif en formulant des reflets qui dirigent subtilement l'entrevue vers une résolution de l'ambivalence de la personne à changer.

Le troisième principe nécessite d'accroître la confiance de la personne en ses capacités d'effectuer le changement. Tel qu'il a été mentionné précédemment, le thérapeute motivationnel, en soutenant l'efficacité personnelle du patient, doit instiller de l'optimisme à propos de ses capacités de parvenir à un changement significatif. Puisque l'EM est une approche brève dont le but est de résoudre l'ambivalence au changement et non d'entraîner la personne à acquérir de nouvelles habiletés, comme le voudrait une approche comportementale de plus longue durée, le thérapeute motivationnel mise sur les forces préexistantes chez l'individu et

les met en valeur. Pour utiliser une métaphore, cela requiert de l'intervenant de voir le verre (c'est-à-dire le pouvoir de la personne à changer) à demi-plein et non à demi-vide.

Le dernier principe, rouler avec la résistance, demande d'éviter tout affrontement direct avec l'opinion de la personne et la perception de ses problèmes. Cette fois, l'écoute réflexive

« Il ne s'agit pas ici de se contenter d'une dissonance logique entre une colonne de « pour » et une colonne de « contre » le changement de comportement. Le thérapeute doit s'intéresser à l'idéal de la personne, ce qui est souvent chargé d'affect. »

est employée pour ne pas entrer en argumentation avec la personne et pour accueillir l'ambivalence et la reconnaître comme naturelle. Contrairement à plusieurs approches thérapeutiques, l'EM considère la résistance non pas comme une caractéristique pathologique de la personne, mais comme un indicateur de la santé de la relation de collaboration et de l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et le patient. La résistance se manifeste lorsque l'intervention offerte par le thérapeute est incompatible avec le degré de reconnaissance du problème ou le stade de changement (Prochaska et DiClemente, 1992; Prochaska et coll., 1992). Un exemple courant de cette situation : un thérapeute qui encourage des solutions concrètes alors que la personne n'est pas encore pleinement convaincue qu'elle a un problème ou qu'elle a besoin de le régler. Dans ce cas, sa résistance au changement suggéré devrait être un signal pour le thérapeute qu'il doit ajuster ses stratégies et, peut-être, commencer par augmenter le degré de reconnaissance du problème (l'importance du changement) par la personne avant de lui conseiller une solution. Une autre stratégie majeure pour diminuer la résistance réside dans l'évitement, par le clinicien, de tout plaidoyer en faveur du changement. Si le thérapeute n'argumente pas en faveur du changement, que fait-il? Il essaie d'encourager la personne à le faire elle-même. La verbalisation par

l'individu de son intention de changer est significativement plus probante d'un changement que les seules incitations du thérapeute (Miller et Rollnick, 2002).

Un répertoire de techniques motivationnelles a été conçu pour aider la personne à approfondir l'exploration des avantages et des inconvénients du changement dans un environnement de sécurité, d'objectivité et de collaboration

patient-clinicien. Les principales techniques de ce répertoire sont décrites plus loin dans ce texte.

Dans l'EM, le concept de la résistance découle directement de celui de la motivation. La résistance est un état changeant et modifiable, et non un trait permanent de la personne. L'EM considère que la motivation dépend du comportement à changer. Par exemple, une personne peut être très motivée à prendre sa médication, mais pas à cesser de consommer du cannabis. Conséquemment, un premier pas indispensable consiste à négocier conjointement une cible comportementale unique et spécifique qui sera le sujet de la thérapie pour un temps limité.

#### Les principales techniques

Toutes les tactiques utilisées par les thérapeutes dans la conduite d'entrevues motivationnelles n'ont rien de nouveau ni de spécifique. Il s'agit de techniques relativement simples, mais employées de manière intensive et quasi-exclusive lors d'un entretien. L'essentiel de ces techniques est résumé par l'acronyme OuVER (adaptation de l'acronyme anglais OARS proposé par A. Rochbach, Lausanne, 2006). **Ou** - questions **Ou**vertes, favorisent une élaboration active par les clients, sont préférées aux questions fermées; **V** - Valorisation : renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et soutien; **E** - Écoute réflexive, tel qu'il a été décrit précédemment, allant d'une simple

reformulation du contenu de la pensée de la personne à des affirmations plus complexes de ses idées, de ses valeurs, de ses affects, de ses paradoxes et de ses aspirations; **R** - Résumés, en tant que forme spécifique de reflets complexes, sont utilisés régulièrement pour organiser le récit narratif de la personne d'une façon à résoudre l'ambivalence et à promouvoir le changement.

## SURVOL DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE À PROPOS DE L'EM APPLIQUÉ EN PSYCHIATRIE

Bien qu'abondamment étudié dans ses applications concernant la réadaptation de personnes toxicomanes, l'EM l'est peu en psychiatrie clinique; les études en ce sens sont encore peu nombreuses et datent toutes de la dernière décennie. Une seule revue de la littérature (Chanut et coll., 2005), mais aucune métaanalyse, a été publiée à ce jour sur le sujet. La principale difficulté rencontrée en ce qui a trait à ces études réside dans l'hétérogénéité des populations étudiées : patients hospitalisés ou suivis en externe, environnement thérapeutique et organisationnel diversifié, troubles concomitants impliquant soit un abus, soit une dépendance à une ou à plusieurs substances, mélange de cas appartenant à des catégories diagnostiques diverses. Les diagnostics de l'axe I les plus souvent cités sont la schizophrénie et les troubles de l'humeur. D'autres limites fréquentes dans ces études sont de petites tailles d'échantillons et un temps de suivi souvent bref. Néanmoins, malgré les limites méthodologiques, les données empiriques sont pour le moment encourageantes. On peut regrouper sous trois catégories l'objectif de recherche de ces études : l'engagement au traitement interne ou externe, la réduction de l'usage de l'alcool ou d'autres substances et l'observance à la médication.

En ce qui concerne l'engagement au traitement, les études recensées ont conclu à une augmentation de la présence aux rendez-vous en externe, lorsque l'EM est effectué peu de temps avant le début du suivi externe, alors qu'il n'y a pas d'effet significatif si l'EM est donné en début d'hospitalisation (Swanson et coll., 1999; Baker et coll., 2002b; Walitzer et coll., 1999; Corrigan et coll., 2001). À

ce sujet, les auteurs mentionnent que l'instant choisi pour prodiguer l'EM serait fondamental pour son efficacité et que ce dernier doit idéalement s'intégrer aux soins de manière stratégique. De plus, les moments où l'état mental est perturbé de façon aiguë seraient peu propices à l'EM en tant qu'approche psychothérapeutique.

À propos de l'usage d'alcool et d'autres substances, on constate que la majorité des adultes souffrant de schizophrénie et d'abus de substances ont, au départ, une faible motivation à cesser la prise de substances (Ziedonis et Trudeau, 1997). À l'exception de deux études récentes ayant trouvé des effets de l'EM aussi importants que dans les populations non psychiatriques (Graeber et coll., 2003; Zatzick et coll., 2004), toutes les autres recherches ont produit des résultats plus modestes (Baker et coll., 2002a; Brown et coll., 2003; Hulse et Tait, 2002). De ce fait, plusieurs auteurs ont conclu qu'un format plus long et plus intensif de l'EM pourrait être nécessaire pour arriver à une efficacité maximum avec les personnes souffrant de troubles concomitants (Baker et coll., 2002a; Carey et coll., 2001; Carey et coll., 2002). Parmi les modifications spécifiques proposées pour adapter l'EM à une population de personnes avec trouble de l'usage de substances et trouble psychotique concomitant, une première adaptation serait l'ajout de cibles concernant le traitement psychiatrique, en plus de viser l'abus de substances. De plus, les déficits cognitifs et les troubles de la pensée, qui accompagnent très souvent

et coll., 2001). Malgré cela, un aspect positif de l'EM pour cette clientèle réside dans le style de l'approche, basé sur la non-confrontation. Cette technique serait mieux tolérée par les personnes souffrant de schizophrénie que celle en usage dans la plupart des traitements traditionnels pour l'abus de substances (Van Horn et Bux, 2001).

Pour ce qui est de l'observance médicamenteuse, certains auteurs ont fait la promotion de l'EM pour améliorer celle-ci auprès des personnes souffrant de troubles psychotiques (Coffey, 1999; Gray et coll., 2002; Corrigan et coll., 1990). Des chercheurs ont conçu une adaptation de l'EM appelée *Compliance Therapy* (thérapie de l'observance au traitement) (Kemp et coll., 1996). Les résultats de leur essai contrôlé avec répartition au hasard indiquent que leur thérapie de l'observance a des avantages significatifs sur le fonctionnement des personnes et sur le maintien de celles-ci dans la communauté pour une période de 18 mois (Kemp et coll., 1998).

Il existe également plusieurs travaux sur des approches combinées pour les troubles concomitants, incluant l'EM dans l'une des thérapies combinées. Un essai réparti au hasard et contrôlé (Barrowclough et coll., 2001) comparant le traitement habituel seul ou en combinaison avec l'EM, une thérapie cognitive comportementale et une intervention familiale pour des personnes souffrant de schizophrénie comorbide avec un problème de consommation, a attesté de l'efficacité supérieure des

« En ce qui concerne l'engagement au traitement, les études recensées ont conclu à une augmentation de la présence aux rendez-vous en externe, lorsque l'EM est effectué peu de temps avant le début du suivi externe, alors qu'il n'y a pas d'effet significatif si l'EM est donné en début d'hospitalisation. »

la psychose, peuvent nécessiter des stratégies plus simples et le recours à des soutiens attentionnels (Martino et coll., 2000; Martino et coll., 2002; Corrigan et coll., 1990; Corrigan et coll., 2001; Rusch et Corrigan, 2002; Carey

approches combinées. L'efficacité des différentes composantes du traitement reste cependant inconnue. Un autre protocole de traitement combiné ciblant la même population a atteint des résultats similaires (Bellack et DiClemente,

1999). Récemment, un traitement combinant l'EM, la gestion de cas, la thérapie cognitive comportementale ou la pharmacothérapie, pour des personnes souffrant d'un syndrome de stress posttraumatique, a permis après un an de suivi une nette diminution de la consommation d'alcool, mais pas des symptômes anxieux (Zatzick et coll., 2004).

Le mécanisme d'action de l'EM qui consiste à augmenter la disposition au changement a été confirmé avec les personnes atteintes de schizophrénie (Pantalon et Swanson, 2003). Son implantation en format individuel ou de groupe dans des services psychiatriques externes et internes pour des personnes souffrant de troubles concomitants a également été réalisée (Van Horn et Bux, 2001).

En résumé, la recherche sur l'EM pour les personnes atteintes de maladie mentale grave, malgré d'importantes limitations méthodologiques, a généralement montré des résultats positifs, particulièrement en ce qui concerne l'augmentation de l'engagement des personnes dans leur traitement, y compris avec prise de médication. En même temps, certaines modifications de l'EM sont suggérées pour mieux l'adapter à la réalité de cette clientèle, comme une simplification des stratégies, la répétition et une plus longue durée d'exposition à l'EM étalée en de plus courtes mais de plus nombreuses séances. Cependant,

en bonne et due forme et une maladie mentale sévère.

## EFFET POTENTIEL SUR LES PRATIQUES EN PSYCHIATRIE AU QUÉBEC

Comme nous l'avons souligné dans la revue de la littérature, l'EM a surtout été employé à l'extérieur du champ de la psychiatrie. Toutefois, certains incitatifs pragmatiques pourraient rendre cette approche attrayante aux professionnels de la santé mentale, même ceux qui ont peu d'intérêt pour le domaine de la toxicomanie :

- › Une approche adaptée et brève pour les troubles concomitants, alors que les programmes intensifs et exhaustifs pour le traitement intégré de cette clientèle resteront probablement rares – en dépit de leur supériorité démontrée en raison des importantes ressources nécessaires (Mueser et coll., 2003);
- › Un outil pour améliorer l'adhésion au traitement, dans les situations où l'observance pourrait être douteuse;
- › Une méthode rigoureuse pour améliorer les habiletés de communication des thérapeutes, souvent tenues pour acquises pendant la formation et au-delà de celle-ci. Ces habiletés sont primordiales dans l'évolution et la préservation de solides relations thérapeutiques avec les personnes.

Sur le plan organisationnel, les interventions brèves comme l'EM peuvent

persistante comportent des contraintes considérables, par exemple : le travail avec des personnes non volontaires ou qui n'observent pas leur traitement, le peu de temps consacré à augmenter la participation des gens à leur traitement, le plus grand nombre de personnes à voir en moins de temps, etc. Tout cela pourrait devenir moins lourd par l'ajout de techniques motivationnelles. L'obligation pour les thérapeutes motivationnels de se concentrer sur un nombre restreint de cibles, pendant une séquence d'entrevues étalée sur un temps limité, peut être utile pour diriger les efforts du patient et du clinicien d'une façon plus efficace. Aussi, l'interprétation relationnelle de la résistance dans l'EM et la responsabilité du thérapeute de s'adapter rapidement à cette résistance favorisent une interaction thérapeutique marquée par le respect et la collaboration.

Pour toutes ces raisons, l'entraînement généralisé à l'EM chez les professionnels de la santé mentale peut sembler désirable. Cependant, un entraînement approfondi nécessite un temps précieux, ce qui est un obstacle majeur à sa généralisation. Une situation peut-être plus envisageable serait d'avoir un membre ou quelques membres d'une équipe de santé mentale (spécialisée ou non) pleinement entraînés à l'esprit et aux techniques de l'EM, et prêts à diverger, pour un moment, de l'approche thérapeutique habituelle. De cette manière, ce traitement serait plus accessible à une proportion significative de personnes atteintes de troubles psychiatriques qui pourraient ainsi en bénéficier.

## CONCLUSION

L'EM, avec son accent mis sur l'efficacité personnelle et la responsabilité de la personne, est en accord parfait avec l'idéal du système de santé québécois : des soins centrés sur le patient. Avec une population souffrant de maux multiples, il pourrait être gratifiant et plus encourageant, pour les clients autant que pour les cliniciens, d'adopter une approche par étapes structurée, mais suffisamment flexible pour s'adapter aux changements draconiens des priorités de la personne. Clairement, la motivation et l'adhésion au traitement sont des enjeux-clés dans la pratique clinique quotidienne en psychiatrie. Pour les favoriser, l'EM semble une option viable. Ces enjeux sont souvent

16

« Avec une population souffrant de maux multiples, il pourrait être gratifiant et plus encourageant, pour les clients autant que pour les cliniciens, d'adopter une approche par étapes structurée, mais suffisamment flexible pour s'adapter aux changements draconiens des priorités de la personne. »

malgré ces modifications potentielles, un aspect remarquable de cette revue de la littérature est une trouvaille partagée entre plusieurs types de clients, soit la vitesse à laquelle un changement significatif peut se produire, même au sein d'une population aux prises avec un problème d'usage de substances

aider les professionnels de la santé œuvrant dans les secteurs des traitements ambulatoires et du maintien dans la communauté et influencer des tendances actuelles favorisées au sein du système de santé québécois. Les tâches quotidiennes auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale grave et

la pierre angulaire dans l'évolution des patients, puisque même les remèdes les plus puissants sont inutiles si ils n'y adhèrent pas. Néanmoins, l'inclusion de l'EM dans les programmes de

formation en santé mentale ou en pratique clinique reste spéculative puisque cette technique motivationnelle requiert des thérapeutes un changement de paradigme et du temps pour arriver

à la maîtriser. Dans le futur, certains cliniciens motivés choisiront tout de même l'EM pour transmettre efficacement leur motivation aux personnes dont ils ont soin.

## BIBLIOGRAPHIE

- Baker, A. et coll., « Controlled Evaluation of a Brief Intervention for HIV Prevention Among Injecting Drug Users not in Treatment », *AIDS*, 6, 1994, p. 559-570.
- Baker, A. et coll., « Evaluation of a Cognitive-Behavioural Intervention for HIV Prevention Among Injecting Drug Users », *AIDS*, 7, 1993, p. 247-256.
- Baker, A. et coll., « Evaluation of a Motivational Interview for Substance Use Within Psychiatric In-Patient Services », *Addiction*, 97, 2002a, p. 1329-1337.
- Baker, A. et coll., « Motivational Interviewing Among Psychiatric In-Patients with Substance Use Disorders », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 2002b, p. 233-240.
- Barrowclough, C. et coll., « Randomized and Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients with Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders », *American Journal of Psychiatry*, 158, 2001, p. 1706-1713.
- Bellack, A. S. et C. C. DiClemente, « Treating Substance Abuse Among Patients with Schizophrenia », *Psychiatric Services*, 50, 1999, p. 75-80.
- Brown, R. A. et coll., « Effects of Motivational Interviewing on Smoking Cessation in Adolescents with Psychiatric Disorders », *Tobacco Control*, 12 Suppl 4, 2003, p. IV3-IV10.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. et Menchola, M., « The Efficacy of Motivational Interviewing : a Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 2003, p. 843-861.
- Butler, C. C. et coll., « Motivational Consulting Versus Brief Advice for Smokers in General Practice : A Randomised Trial », *British Journal of General Practice*, 49, 1999, p. 611-616.
- Carey, K. B. et coll., « Enhancing Readiness-to-Change Substance Abuse in Persons with Schizophrenia. A Four-Session Motivation-Based Intervention », *Behavior Modification*, 25, 2001, p. 331-384.
- Carey, K. B. et coll., « The Feasibility of Enhancing Psychiatric Outpatients' Readiness to Change their Substance Use », *Psychiatric Services*, 53, 2002, p. 602-608.
- Chanut, F., Brown, T. B. et Dongier, M. A., « Motivational Interviewing and Clinical Psychiatry », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(9), 2005, p. 413-419.
- Chanut, F., Brown, T. B. et Dongier, M. A., « Simple Tool for the Evaluation of the Quality of Motivational Interviewing », présenté au congrès annuel de l'Association canadienne de psychiatrie, Montréal, 15 octobre 2004.
- Coffey, M. « Psychosis and Medication : Strategies for Improving Adherence », *British Journal of Nursing*, 8, 1999, p. 225-230.
- Colby, S. M. et coll., « Brief Motivational Interviewing in a Hospital Setting for Adolescent Smoking : A Preliminary Study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1998, p. 574-578.
- Corrigan, P. W., Liberman, R. P. et Engel, J. D., « From Noncompliance to Collaboration in the Treatment of Schizophrenia », *Hospital & Community Psychiatry*, 41, 1990, p. 1203-1211.
- Corrigan, P. W., McCracken, S. G. et E. P. Holmes, « Motivational Interviews as Goal Assessment for Persons with Psychiatric Disability », *Community Mental Health Journal*, 37, 2001, p. 113-122.
- Drake, R. E. et coll., « A Review of Treatments for People with Severe Mental Illnesses and Co-Occurring Substance Use Disorders », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 2004, p. 360-374.
- Drake, R. E. et coll., « Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders », *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1998, p. 589-608.
- Graeber, D. A. et coll., « A Pilot Study Comparing Motivational Interviewing and an Educational Intervention in Patients with Schizophrenia and Alcohol Use Disorders », *Community Mental Health Journal*, 39, 2003, p. 189-202.
- Gray, R., Robson, D. et D. Bressington, « Medication Management for People with a Diagnosis of Schizophrenia », *Nursing Times*, 98, 2002, p. 38-40.
- Herbeck, D. M. et coll., « Treatment Compliance in Patients with Comorbid Psychiatric and Substance Use Disorders », *American Journal on Addictions*, 14(3), 2005, p. 195-207.
- Hulse, G. K. et Tait, R. J., « Six-Month Outcomes Associated with a Brief Alcohol Intervention for Adult In-Patients with Psychiatric Disorders », *Drug and Alcohol Review*, 21, 2002, p. 105-112.
- Kemp, R. et coll., « Compliance Therapy in Psychotic Patients : Randomised Controlled Trial », *British Medical Journal*, 312, 1996, p. 345-349.
- Kemp, R. et coll., « Randomised Controlled Trial of Compliance Therapy. 18-Month Follow-Up », *British Journal of Psychiatry*, 172, 1998, p. 413-419.
- Lipsey, M. W. et Wilson, D. B., « The Efficacy of Psychological, Educational and Behavioral Treatment. Confirmation from Meta-Analysis », *American Psychologist*, 48, 1993, p. 1181-1209.
- Martino, S. et coll., « Dual Diagnosis Motivational Interviewing : A Modification of Motivational Interviewing for Substance-Abusing Patients with Psychotic Disorders », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 2002, p. 297-308.
- Martino, S. et coll., « Motivational Interviewing with Psychiatrically Ill Substance Abusing Patients », *American Journal on Addictions*, 9, 2000, p. 88-91.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. et Tonigan, J. S., « Enhancing Motivation for Change in Problem Drinking : A Controlled Comparison of Two Therapist Styles », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1993, p. 455-461.
- Miller, W. R. et Rollnick, S., *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*, Paris, InterÉditions-Dunod, 2006.
- Miller, W. R. et Rollnick, S., *Motivational Interviewing : Preparing People for Change*, 2<sup>e</sup> éd., New York, Guilford Press, 2002.
- Miller, W. R., MINUET newsletter, [www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org), 6(3), 1999.
- Moyers, T. et coll., « Assessing the Integrity of Motivational Interviewing Interventions : Reliability of the Motivational Interviewing Skills Code », *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 31, 2003, p. 177-184.

Mueser, K. T. et coll., *Integrated Treatment for Dual Disorders : A Guide to Effective Practice*, New York, Guilford Press, 2003.

Pantalon, M. V. et Swanson, A. J., « Use of the University of Rhode Island Change Assessment to Measure Motivational Readiness to Change in Psychiatric and Dually Diagnosed Individuals », *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 2003, p. 91-97.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C., « In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors », *American Psychologist*, 47, 1992, p. 1102-1114.

Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C., « Stages of Change in the Modification of Problem Behaviors », *Progress in Behavior Modification*, 28, 1992, p. 183-218.

Project MATCH Research Group, « Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity : Project MATCH Post-treatment Drinking Outcomes », *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 1997, p. 7-29.

Project MATCH Research Group, « Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity : Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes », *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 23, 1998, p. 1300-1311.

RachBeisel, J., Scott, J. et Dixon, L., « Co-Occurring Severe Mental Illness and

Substance Use Disorders : A Review of Recent Research », *Psychiatric Services*, 50, 1999, p. 1427-1434.

Rusch, N. et Corrigan, P. W., « Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 2002, p. 23-32.

Sobell, L. C., Ellingstad, T. P. et Sobell, M. B., « Natural Recovery from Alcohol and Drug Problems : Methodological Review of the Research with Suggestions for Future Directions », *Addiction*, 95, 2000, p. 749-764.

Sobell, L. C. et coll., « What Triggers the Resolution of Alcohol Problems without Treatment », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1993, p. 217-224.

Sobell, L. C., Sobell, M. B. et Agrawal, S., « Self-Change and Dual Recoveries Among Individuals with Alcohol and Tobacco Problems : Current Knowledge and Future Directions », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 2002, p. 1936-1938.

Stephens, R. S., Roffman, R. A. et L. Curtin, « Comparison of Extended Versus Brief Treatments for Marijuana Use », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 2000, p. 898-908.

Swanson, A. J., Pantalon, M. V. et Cohen, K. R., « Motivational Interviewing and Treatment Adherence Among Psychia-

tric and Dually Diagnosed Patients », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 1999, p. 630-635.

Van Horn, D. H. et Bux, D. A., « A Pilot Test of Motivational Interviewing Groups for Dually Diagnosed Inpatients », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 2001, p. 191-195.

Walitzer, K. S., Dermen, K. H. et Connors, G. J., « Strategies for Preparing Clients for Treatment. A Review », *Behavior Modification*, 23, 1999, p. 129-151.

Wylie, K. et coll., « Deliberate Self-Harm and Substance Dependence : The Management of Patients Seen in the General Hospital », *Journal of Mental Health Administration*, 23, 1996, p. 246-252.

Zatzick, D. et coll., « A Randomized Effectiveness Trial of Stepped Collaborative Care for Acutely Injured Trauma Survivors », *Archives of General Psychiatry*, 61(5), 2004, p. 498-506.

Ziedonis, D. M. et Trudeau, K., « Motivation to Quit Using Substances Among Individuals with Schizophrenia : Implications for a Motivation-Based Treatment Model », *Schizophrenia Bulletin*, 23, 1997, p. 229-238.

Zygmunt, A. et coll., « Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia », *American Journal Psychiatry*, 159, 2002, p. 1653-1664.

L'AQRP EST FIÈRE D'ANNONCER LA COLLABORATION DE NOMBREUX PARTENAIRES DANS L'ORGANISATION DE SON XIV<sup>E</sup> COLLOQUE : RÉTABLISSEMENT ET CITOYENNETÉ DANS L'ESPACE FRANCOPHONE.

## POUR UN GAGE DE SUCCÈS : UNE ÉQUIPE DE PARTENAIRES HORS DU COMMUN!

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Agence de Santé et de Services sociaux de la Capitale-Nationale
- Association des personnes utilisatrices de services de la région de Québec
- Centre hospitalier et Institut universitaire Robert-Giffard
- Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine
- Centres locaux d'emploi
- Comité santé mentale travail de Montréal
- Emploi-Québec
- Fondation Travail et Santé mentale
- Institut universitaire et hôpital Douglas
- Le Pavois
- Office des personnes handicapées du Québec
- Et d'autres à venir!

LE RÉTABLISSEMENT : UN PASSEPORT VERS LA CITOYENNETÉ  
LA CITOYENNETÉ : UN PASSEPORT VERS LE RÉTABLISSEMENT

## L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement, de William R. Miller et Stephen Rollnick

Par le Dr Paul Jacques, psychiatre, Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard, Clinique des troubles de l'humeur

J'ai eu l'occasion de lire pour vous le livre de Miller et Rollnick, publié en 2002 et traduit en français pour la première fois chez Inter-Éditions en 2006.

Comme clinicien œuvrant auprès d'une clientèle aux prises avec des troubles affectifs sévères, j'avais été sensibilisé à l'approche de l'entretien motivationnel chez mes clients référés en toxicologie pour une comorbidité d'abus de substances. On pouvait constater chez certains une évolution dans le discours concernant le problème de consommation. On remarquait également une mise en action chez des clients qui s'étaient avérés jusqu'alors réfractaires aux approches conventionnelles.

On définit l'entretien motivationnel comme une méthode d'entrevue directive, centrée sur le client, ayant pour objectif d'augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. On favorise ainsi un esprit de collaboration dans le respect de l'autonomie de la personne. Par son approche centrée sur le client, ce type d'entretien se conforme à la philosophie humaniste de Carl Rogers et aux valeurs de la réadaptation psychosociale.

Par contre, l'entretien motivationnel cible trois composantes nécessaires à la motivation au changement, soit « être prêt », « avoir envie » et « se sentir capable » (*ready, willing, able*).

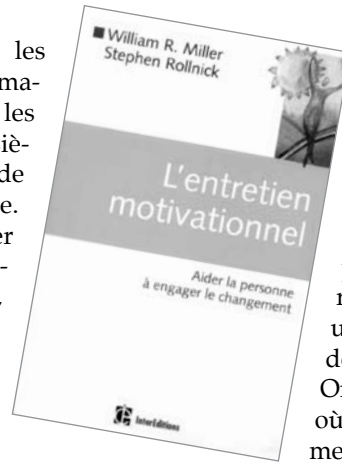
La technique pratique de l'entretien motivationnel repose sur quatre principes généraux. Premièrement, l'entretien nécessite une empathie et une acceptation sans jugement de la part de l'intervenant. Deuxièmement, on cherche à mettre en évidence la divergence, c'est-à-dire à faire ressortir

la discordance entre les comportements problématiques et les objectifs et les valeurs du client. Troisièmement, on va tenter de rouler avec la résistance.

On évite d'argumenter avec le client sur la nécessité du changement, ce qui lui fait jouer un rôle de défenseur du *statu quo*; on va plutôt se servir de ses forces à la manière d'un « judo psychologique » et l'amener à devenir acteur dans le processus de résolution de ses problèmes. Finalement, l'entretien va favoriser la croissance du sentiment d'efficacité personnelle du client et de sa capacité à changer.

L'entretien motivationnel se développe en deux phases. La première est très bien détaillée dans le livre et tente de construire la motivation à changer, c'est-à-dire de susciter le discours-changement. On définit quatre types de discours-changement, soit l'inconvénient du *statu quo*, les avantages au changement, l'optimisme relié au changement et l'intention de changer. On décrit bien dans l'ouvrage de Miller et Rollnick la technique des premières séances, les pièges à éviter, les stratégies pour favoriser le discours-changement et la gestion de la résistance. La phase 2 vise à renforcer l'engagement au changement. Ici, le livre se révèle beaucoup moins explicite. On expose la technique pour entrer en phase 2 et les stratégies pour l'élaboration d'un plan de changement.

Le volume se termine par quatre chapitres où l'on présente un cas, les enjeux éthiques de l'entretien motivationnel et les aspects reliés à l'apprentissage de la technique.



L'ouvrage de Miller et Rollnick se veut un livre accessible, agréable à lire et rempli d'exemples concrets et de trucs pratiques.

Plus spécifiquement, l'approche offre certains intérêts cliniques. On suggère une conception plus nuancée de l'origine du changement. On passe ainsi d'une vision où l'on perçoit le changement comme émergeant de la souffrance vers une autre où le

changement est alimenté par les valeurs, les objectifs et les désirs de la personne, c'est-à-dire sa motivation même.

De plus, la technique normalise l'ambivalence et la dépeint comme une composante du processus habituel de changement. On ouvre ainsi une avenue thérapeutique intéressante dans une perspective clinique où la responsabilisation de la personne est souvent confondue avec une certaine banalisation de la souffrance et de la difficulté qu'il y a à changer.

Les facteurs prédictifs de la réponse à l'approche motivationnelle de même que les indicateurs cliniques permettant de cibler entre cette approche et des stratégies plus traditionnelles comme la thérapie cognitive-comportementale (TCC) mériteraient d'être précisés. De plus, on spécifie que l'approche a été élaborée pour aborder le problème du sentiment de faible efficacité personnelle et ne s'applique pas à des clients souffrant de difficultés majeures de confiance en soi. Il serait ainsi intéressant de voir l'efficacité de l'entretien motivationnel sur une pathologie comme la dépression ou sur des difficultés constitutionnelles relatives à l'estime comme on peut en retrouver chez des clients aux prises avec des troubles de la personnalité.

# SOUS LE REGARD DES PERSONNES UTILISATRICES

Toutes les personnes utilisatrices de services, dont celles de votre entourage, sont invitées à nous transmettre un texte d'au maximum 500 mots présentant leur propre expression de ce que représente pour elles « être un citoyen à part entière ».

Le tirage d'un ordinateur portable sera effectué parmi l'ensemble des auteurs qui soumettront un texte. Les textes reçus seront considérés comme la propriété des organisateurs du colloque et pourront être utilisés à cette fin.

Pour donner un contour et une orientation à ce prochain colloque portant sur le rétablissement et la citoyenneté dans l'espace francophone, les premières personnes touchées, les personnes utilisatrices de services de santé mentale, proposeront leur propre définition du rétablissement et de leur affirmation citoyenne.

Différents textes de personnes utilisatrices sont ainsi proposés comme orientations premières dans le traitement des thématiques. À partir de leur vécu, de leur savoir, de leurs réflexions et de leurs préoccupations, nous vous invitons à vous mobiliser afin de transmettre et de partager vos connaissances et ainsi, à prendre part à de nouveaux engagements pour le mieux-être des personnes vivant avec un problème grave de santé mentale.

**ENVOYEZ VOTRE TEXTE PAR LA POSTE OU PAR COURRIEL D'ICI  
LE 31 MARS 2008 :**

XIV<sup>e</sup> Colloque AQRP  
184, rue Racine, bureau 307  
Loretteville (Québec)  
G2B 1E3

Téléphone : 418 842-4004  
Télécopieur : 418 842-4334  
aqrp@qc.aira.com

