

# ADDA

---

## MANUEL SUR LES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ ET LES OUTILS D'ÉVALUATION (RÉVISÉ)

Comment aider les clients à s'orienter dans le réseau ontarien  
de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie à l'aide des  
Critères d'admission et de congé et des outils normalisés



# ADAM

---

## **MANUEL SUR LES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ ET LES OUTILS D'ÉVALUATION (RÉVISÉ)**

Comment aider les clients à s'orienter dans le réseau ontarien  
de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie à l'aide des  
Critères d'admission et de congé et des outils normalisés

ADAT : Manuel sur les critères d'admission et de congé et les outils d'évaluation (révisé)

Susan Cross et Linda B. Sibley

Les précédentes éditions de ce manuel ont été publiées sous le titre *Manuel sur les outils et critères normalisés : Comment aider les clients à naviguer dans le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie en Ontario*

Imprimé au Canada

© 2011 Centre de toxicomanie et de santé mentale

Un Centre collaborateur de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation mondiale de la Santé

Site Web : [www.CAMH.net/fr](http://www.CAMH.net/fr)

Cette publication est offerte en d'autres formats sur le site Web de CAMH :

[http://www.CAMH.net/Publications/Resources\\_for\\_Professionals/ADAT/index.html](http://www.CAMH.net/Publications/Resources_for_Professionals/ADAT/index.html)

Available in English under the title

*ADAT: Admission and discharge criteria and assessment tools manual (revised)*

\*ADAT est l'acronyme de « Admission and Discharge Criteria and Assessment Tools », titre qui a été traduit tout au long en français.

Ce manuel a été réalisé comme suit :

Correction-révision de la version originale anglaise : Lynn Schellenberg

Traduction de la présente édition : Régine Bohar

Lecture d'épreuve : Tony Ivanoff, CAMH

Conception graphique : Lawrie Korec, CAMH

4204b / 09-2011

*Remarque: Les termes de genre masculin utilisés pour désigner des personnes englobent à la fois les femmes et les hommes. L'usage exclusif du masculin ne vise qu'à alléger le texte.*

# TABLE DES MATIÈRES

V	PRÉFACE
IX	REMERCIEMENTS
1	1 <sup>RE</sup> PARTIE : PRINCIPES ET ORIENTATIONS
3	Chapitre 1 : Le client d'abord et avant tout
19	Chapitre 2 : Le processus d'évaluation
45	Chapitre 3 : La conduite de l'entretien
53	Chapitre 4 : Les problèmes cliniques associés aux outils normalisés
73	Chapitre 5 : Exemples cliniques
79	2 <sup>E</sup> PARTIE : UTILISATION DES OUTILS ET DES FORMULAIRES
81	Chapitre 6 : Le Questionnaire sur la consommation de psychotropes (QCP)
103	Chapitre 7 : Le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie
121	Chapitre 8 : Le questionnaire SOCRATES ( <i>Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i> ) d'évaluation des motivations
145	Chapitre 9 : Le Questionnaire d'admission au traitement (QAT)
155	Chapitre 10 : Le Questionnaire de confiance face à la consommation de drogues (QCCD-8)
171	Chapitre 11 : Le questionnaire BASIS-32 ( <i>Behaviour and Symptom Identification Scale</i> ) sur le fonctionnement et les symptômes
187	Chapitre 12 : Le Questionnaire sur le soutien social perçu (SSP)
195	Chapitre 13 : Le Questionnaire médical
203	Chapitre 14 : Récapitulation
223	ANNEXES
225	Annexe A : Les Critères d'admission et de congé
257	Annexe B : L'importance de l'entretien motivationnel
269	Annexe C : Ressources
273	Annexe D : BASIS-32 : Précisions et commentaires sur les questions
277	Annexe E : Les classes de psychotropes (à utiliser pour l'administration du QCP)
283	Annexe F : La consommation d'alcool et de cocaïne ou de crack au Canada, d'après un sondage mené auprès d'adultes
285	Annexe G : Instructions pour mesurer la consommation moyenne d'alcool ou de drogue par journée de consommation
293	RÉFÉRENCES



---

## PRÉFACE

Le présent manuel vous aidera à tirer le meilleur parti possible des outils et Critères normalisés auprès de vos clients. En effet, même si vous avez participé à un atelier de formation à ce sujet ou si vous utilisez déjà ces outils et Critères, vous verrez que les informations contenues dans le manuel affineront vos connaissances cliniques et que, grâce à elles, vous serez mieux à même de fournir des services de qualité et d'avoir des interactions fructueuses avec vos collègues du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

La batterie d'outils d'évaluation normalisés reflète l'état actuel de la réflexion dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie en Ontario et les outils destinés aux praticiens seront régulièrement modifiés pour tenir compte des avancées de la recherche. Vous trouverez en annexe des modèles de pratiques exemplaires actuellement en vigueur.

Les *Conseils cliniques* et les *Problèmes cliniques* qui figurent dans ce manuel ont été inspirés par les ateliers de formation dispensés à l'échelle de la province en 2000-2001. Ces ateliers ont suscité chez les participants des observations pénétrantes et de précieuses suggestions. Que les participants à ces toutes premières séances de formation soient remerciés pour leur enthousiasme et leur contribution à la création de ce manuel.

Le manuel est divisé en deux parties. Les six premiers chapitres, qui constituent la 1<sup>re</sup> partie, présentent les principes et orientations qu'il faut avoir à l'esprit lorsqu'on se sert des outils et des formulaires et qu'on les interprète pour les clients. Le chapitre 1, *Le client d'abord et avant tout*, présente à grands traits l'origine et l'évolution de cette initiative. Les trois chapitres suivants – le chapitre 2, *Le processus d'évaluation*, le chapitre 3, *La conduite de l'entretien*, et le chapitre 4, *Les problèmes cliniques associés aux outils normalisés* – portent sur la conduite de l'entretien clinique. Quant au chapitre 5, *Exemples cliniques*, il présente (comme son nom l'indique) des cas cliniques.

Les outils et formulaires sont décrits de façon détaillée dans la 2<sup>e</sup> partie du manuel, où ils font chacun l'objet d'un chapitre. Nous commençons par le Questionnaire sur la consommation de psychotropes (chapitre 6) et terminons par le Questionnaire médical (chapitre 13). Le chapitre 14, *Récapitulation*, montre comment se servir des résultats de l'évaluation et du formulaire Profil clinique en fonction des Critères d'admission et de congé. Les annexes apportent de la documentation supplémentaire sur les outils ainsi qu'une liste de ressources complémentaires.

Des exemples cliniques et des documents de référence ont été inclus afin de maximiser votre apprentissage. Tout au long du manuel, vous trouverez :

1. de courts encadrés intitulés *Conseils cliniques*
2. de courts encadrés intitulés *Problèmes cliniques*
3. des références renvoyant à de la documentation et à des ressources complémentaires
4. des histoires de cas
5. des exemples de rétroaction.

1. Les *Conseils cliniques* portent sur le mode d'emploi des outils et des Critères. Certains indiquent comment appliquer les éléments des pratiques exemplaires chez des populations particulières tandis que d'autres portent sur des méthodes de counseling ou d'entretien motivationnel applicables à tous.
2. Les *Problèmes cliniques*, rédigés sous forme de questions, sont destinés à attirer l'attention sur des situations ou des problèmes fréquents. Pour chaque situation, le manuel offre une solution possible, présentée dans le cadre d'une discussion. Il convient de mentionner qu'il s'agit de cas hypothétiques conçus pour favoriser l'apprentissage. Dans la pratique, le choix est parfois épineux, d'autres facteurs pouvant avoir une influence sur la façon dont le conseiller réagira ou sur les décisions qu'il prendra. Il arrive qu'il y ait plus d'une solution à un problème et il peut être bon de consulter un superviseur ou un pair afin de déterminer celle qui est la plus appropriée.
3. Au fil des pages, des références vous renvoient à des publications ou à d'autres ressources complémentaires, ou encore à des parties du manuel que vous auriez intérêt à consulter.
4. Le manuel contient aussi des histoires de cas. C'est ainsi que vous ferez la connaissance de Gaëtan Pothier et de Marie Simard, des personnages composites qui portent des noms fictifs, mais dont les histoires combinent plusieurs cas rencontrés dans le continuum de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Une fois que vous aurez lu le profil de M. Pothier et celui de Marie, au [chapitre 5](#), vous constaterez que différentes parties de leur histoire reviennent dans les chapitres de la [2<sup>e</sup> partie](#).

Les outils d'évaluation et formulaires sont présentés individuellement et en détail dans la [2<sup>e</sup> partie \(chapitres 7 à 14\)](#). À la fin de chaque chapitre, vous trouverez des modèles de formulaires (outil et feuille de comptage associée, le cas échéant) remplis comme il se doit, l'un pour M. Pothier et l'autre pour Marie. Ainsi, au [chapitre 6](#), à la suite de la présentation du QCP, le questionnaire sur la consommation de psychotropes, vous trouverez un modèle de cet outil contenant tous les renseignements relatifs à M. Pothier et un autre contenant tous ceux relatifs à Marie. Ces modèles illustrent comment insérer correctement les données associées à un cas particulier.

De cette manière, au fil des renseignements recueillis avec chaque outil présenté, vous vous familiariserez avec la situation de M. Pothier et de Marie comme le ferait leur conseiller. Les questionnaires remplis pour M. Pothier et Marie vous fourniront l'occasion de pratiquer l'interprétation de renseignements cliniques tout comme si des clients vous avaient personnellement communiqué ces renseignements. Au fil des chapitres, le profil clinique de chaque client se précisera. Vous remarquerez que nous avons rédigé les notes cliniques correspondant à chaque outil; en pratique, cependant, le client – ou son conseiller – se contenterait de cocher les cases ou d'y insérer des codes numériques.

Des interprétations relatives aux renseignements recueillis à l'aide de chacun des outils sont fournies à la fin de leurs chapitres respectifs. Ces interprétations viendront peut-être confirmer votre interprétation et votre analyse, mais il se peut aussi qu'elles offrent une perspective différente sur la manière d'employer les outils pour établir un profil clinique.

Par ailleurs, chaque outil fait l'objet d'une discussion dans le contexte des Critères d'admission et de congé. Dans chaque chapitre, l'analyse des cas fictifs de M. Pothier et de Marie vous fournira l'occasion de vous entraîner à analyser les renseignements recueillis en fonction des Critères d'admission et de congé.

5. Des exemples de rétroaction sont fournis dans chacun des chapitres présentant un outil particulier. Ils montrent comment utiliser les renseignements obtenus à partir de l'outil, de l'entretien et des observations cliniques afin de formuler des commentaires pour le client ou de déterminer s'il y a lieu de lui poser des questions supplémentaires. Ces exemples font appel aux renseignements provenant des histoires de cas de M. Pothier et de Marie, aux données recueillies à leur sujet à l'aide de l'outil et aux principes de l'entretien motivationnel, le but étant de recueillir le maximum de renseignements.

Le [chapitre 14](#), *Récapitulation*, incorpore les scores de M. Pothier et de Marie et montre comment remplir le tableau récapitulatif sur les motifs de la décision et le Profil clinique. Au final, vous trouverez un exemplaire de chaque outil rempli comme il se doit, assorti d'une discussion sur les renseignements recueillis. Un résumé des discussions figure à la fin du chapitre.



---

## REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier tous ceux qui les ont aidées à mener à bien ce projet. Nous sommes reconnaissantes aux membres du comité pour tout le temps qu'ils ont consacré à nous former tout en nous offrant leur appui et leurs conseils. Nous remercions chaleureusement Pam Gardiner, de *House of Friendship*, pour ses conseils éclairés. Nous exprimons également notre gratitude à Christine Bois, à Joanne Short, à Virginia Carver, à Jane Fjeld, à Christine McDermid et à Tammy Williams, de CAMH, sans qui nous n'aurions pas pu venir à bout de cette tâche.

Nous remercions tout particulièrement Brian Rush, qui nous a guidées dans le domaine scientifique et qui nous a fait découvrir des publications présentant les dernières données de recherche. Nous sommes également reconnaissantes aux membres de notre comité externe d'examen pour le temps qu'ils ont passé à scruter à la loupe notre texte et pour leurs suggestions avisées.

Un grand merci aux personnes suivantes :

Leona Murphy, Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie (OSAB)

Kathy Kilburn, OSAB

Janine Gates, OSAB

Russ LaRoque, *Alternatives for Youth*, Sault Sainte-Marie (programme pour les jeunes)

Cate Sutherland, *Addiction Services*, Belleville (traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie)

Betty McGregor, LESA (un programme pour les personnes âgées)

Kim Caragianakos, *Jean Tweed Treatment Centre* (aide aux femmes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu)

Nous voulons aussi remercier de leur soutien les membres de nos familles respectives, qui se réjouissent que nous ayons enfin terminé le manuel!

Nous dédions ce manuel à tous les adultes, à tous les jeunes et à toutes les familles qui choisiront de modifier leurs habitudes en matière de consommation de drogue ou d'alcool ainsi qu'à ceux qui aideront quelqu'un d'autre à le faire. C'est pour vous que nous avons écrit ce manuel!



# 1<sup>re</sup> partie

## Principes et orientations

---

Chapitre 1 : Le client d'abord et avant tout.....	3
Chapitre 2 : Le processus d'évaluation.....	19
Chapitre 3 : La conduite de l'entretien. ....	45
Chapitre 4 : Les problèmes cliniques associés aux outils normalisés.....	53
Chapitre 5 : Exemples cliniques.....	73



# Chapitre 1

## LE CLIENT D'ABORD ET AVANT TOUT

Introduction.....	4
Principes régissant les Critères d'admission et de congé.....	4
L'application des Critères .....	7
Utilisation des Critères pour l'élaboration d'un plan de traitement.....	8
Qu'en est-il des préférences des clients? .....	9
Avantages des Critères pour les clients .....	9
Avantages des Critères pour les conseillers .....	10
Avantages des Critères pour le réseau .....	10
Évolution de l'évaluation du fonctionnement des clients en Ontario.....	11
Les premières années .....	11
Qu'a-t-on appris durant ces années?.....	12
Les sept catégories d'atouts et de besoins des clients.....	13
Définitions des services .....	15
1 <sup>er</sup> niveau .....	17
2 <sup>e</sup> niveau.....	17
3 <sup>e</sup> niveau.....	18

---

## INTRODUCTION

Imaginez que vous ayez la responsabilité d'établir un réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ultra-performant. Quels seraient les éléments essentiels d'un tel système? Quels outils offririez-vous aux conseillers pour leur permettre d'aider leurs clients à s'orienter facilement au sein de ce réseau et à accéder au type et au niveau de service correspondant le mieux à leurs besoins du moment?

Telles sont les questions que se sont posées, il y a une dizaine d'années, les personnes qui ont mis au point les Critères d'admission et de congé pour l'Ontario. Représentant tous les points du continuum de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, elles ont commencé par établir une liste de valeurs fondamentales. Leurs travaux, qui ont débuté en 1996 et qui se sont achevés en 2000, ont débouché sur l'élaboration des Critères d'admission et de congé applicables dans la province et l'adoption d'une batterie de sept outils d'évaluation normalisés. Le présent manuel décrit ces outils en détail; il indique aussi comment analyser les résultats obtenus en fonction des Critères d'admission et de congé\*. Mais commençons par examiner les principes qui ont guidé le comité qui a élaboré les Critères.

## PRINCIPES RÉGISSANT LES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ

1. **Le réseau existe pour répondre aux besoins des personnes aux prises avec l'alcoolisme et la toxicomanie, considérées comme des clients du réseau dans son ensemble et non d'organismes particuliers.**

Ce premier principe nous invite à réexaminer notre façon de penser. En effet, nous avons toujours considéré que nos clients « appartenaient » à notre organisme particulier. Or, si nous les replaçons dans l'ensemble du continuum de traitement de la toxicomanie, un éventail d'options plus vaste s'ouvre à eux. Cette nouvelle perspective nous force à sortir du cadre de notre établissement pour trouver le service qui répondra le mieux aux besoins actuels d'un client particulier.

La mise en application de ce premier principe peut exiger une certaine pratique. Si ce n'est pas déjà ce que vous faites, la prochaine fois que vous aiderez un client à élaborer un plan de traitement, astreignez-vous à tenir compte de ce principe et essayez de voir ce que l'ensemble du réseau a à lui offrir, plutôt que d'essayer de déterminer ce que votre service seul peut lui apporter.

2. **Grâce à un réseau de services coordonné et unifié, les organismes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie répondront aux besoins propres des clients au lieu de chercher à les « caser » à toute force dans des services prédéterminés.**

Comment respecter ce principe alors que les programmes offerts ont souvent une durée et un contenu prédéterminés? L'application de ce principe peut représenter tout un défi pour le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Supposons qu'une cliente ait besoin de suivre un programme pendant deux semaines seulement alors que la durée du programme en question est de trois semaines. Dira-t-on

---

\* En 1996-1997, deux comités relevant du Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie (OSAB), dont les membres étaient issus de l'ensemble du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie de l'Ontario, ont entamé un processus de restructuration afin de définir les meilleures pratiques et d'accroître l'efficacité du réseau dans la province. Le processus de restructuration a été décrit dans un document provincial de planification intitulé *Setting the Course* (OSAB, 1999). C'est grâce à la composition du comité et aux vastes consultations engagées que le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie a pu élaborer les critères et choisir les outils. La version finale des outils a été publiée en juin 2000 et celle des critères en septembre 2000.

que la cliente a « abandonné le programme » ou qu'elle a retiré du programme ce dont elle avait besoin à ce moment-là?

Ce principe nous appelle, lui aussi, à réexaminer notre façon de penser. Il nous incite à structurer nos services pour répondre aux besoins individuels des clients au lieu de les obliger systématiquement à terminer des traitements d'une durée prédéterminée ou à suivre des traitements prédéfinis. Une telle adaptation de nos services est essentielle si l'on veut fournir des soins axés sur le client.

**3. Le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie reflétera les pratiques exemplaires et les appliquera.**

En Ontario, le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie est structuré en fonction des pratiques exemplaires. Par « pratiques exemplaires », s'entendent les modes de fonctionnement, orientations et lignes directrices qui reflètent l'état actuel des connaissances sur le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les documents décrivant les pratiques exemplaires sont fondés à la fois sur la recherche et sur l'expérience et ils exposent la meilleure façon de fournir un traitement, que ce soit pour l'ensemble de la population ou pour un groupe particulier.

Au cours des 20 dernières années, les pratiques exemplaires dans le domaine du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ont considérablement évolué. Ainsi, la réduction des méfaits est une orientation relativement nouvelle qui permet à des clients qui n'auraient pas eu, par le passé, accès à notre réseau, de recevoir des soins adaptés à leurs objectifs et besoins du moment. Il est important que nous nous fassions tous un devoir de nous tenir au courant des nouveaux travaux de recherche et de l'évolution des pratiques exemplaires et que nous appliquions nos nouvelles connaissances de manière à constamment améliorer notre réseau de prestation de services. À ce sujet, l'[annexe C](#), *Ressources* et la partie *Références* de ce manuel constituent un bon point de départ pour le lecteur en le renvoyant à un certain nombre de documents décrivant les pratiques exemplaires.

**4. Les clients feront l'objet d'une évaluation dont le degré de précision sera adapté à leurs besoins propres. Par ailleurs, on tiendra compte des renseignements recueillis au cours d'évaluations antérieures afin d'éviter les dédoublements.**

La batterie d'outils d'évaluation de base a été choisie conformément à ce principe. Les renseignements recueillis pourront donc suivre le client en divers points du réseau, ce qui minimisera les dédoublements (autrement dit, il ne sera pas nécessaire de poser chaque fois les mêmes questions au client).

**5. On offrira aux clients l'intervention qui a le plus de chances de les aider tout en perturbant le moins possible leur mode de vie.**

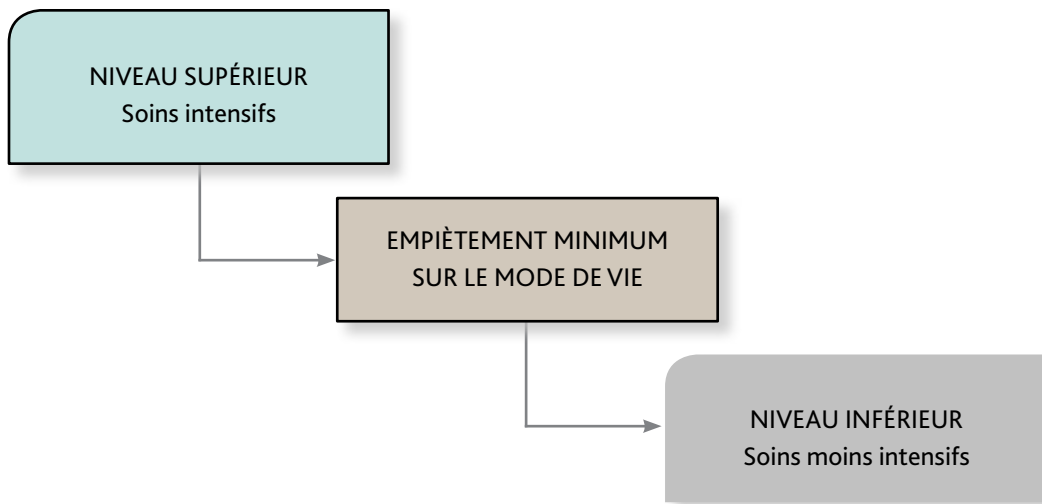
Ce principe reconnaît la nécessité d'offrir au client le type et le niveau de traitement qu'il lui faut, avec l'intensité et le degré de soutien dont il a besoin, tout en causant le moins de bouleversements possibles dans sa vie. À titre d'exemple, le traitement de jour a de nombreux points communs avec le traitement en établissement. C'est une option efficace pour les clients qui peuvent se passer du type d'encadrement qui est offert en établissement.

En vertu de ce principe, le client qui n'a jamais reçu de traitement commencera par être traité à l'externe, à moins que les Critères d'admission et de congé n'indiquent clairement qu'il a besoin de soins plus intensifs et d'un plus grand soutien.

6. **Les organismes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie adopteront une démarche échelonnée : ils commenceront par offrir aux clients l'intervention qui soit la moins perturbatrice possible tout en répondant à leurs besoins et ils les aideront ensuite, en fonction de l'évolution de ces besoins, à cheminer aisément au sein du réseau.**

Dans le cadre de la démarche échelonnée, le client commence par recevoir les soins qui correspondent à ses besoins du moment tout en perturbant le moins possible son mode de vie. Il recevra par la suite des soins plus intensifs s'il ne réalise aucun progrès ou des soins moins intensifs s'il devient capable de s'en tirer avec un soutien moindre.

Conformément à ce principe, on n'intensifiera pas les soins à moins que le processus d'évaluation n'indique que c'est ce dont le client a besoin. Pour avoir accès à une catégorie particulière de services, le client devra répondre aux critères d'admission voulus.



7. **On soumettra les clients à des réévaluations constantes tout au long de leur traitement afin de veiller à ce que les services qu'ils reçoivent continuent de correspondre à leurs besoins.**

À mesure que le traitement se poursuit, les besoins du client évoluent. La démarche échelonnée décrite ci-dessus exige que le client soit régulièrement réévalué et que le plan de traitement soit révisé au besoin. La batterie d'évaluation de base a été conçue de manière à ce que les mêmes outils puissent être utilisés pour effectuer des réévaluations régulières. Toutefois, il ne sera pas forcément nécessaire de réadministrer tous les questionnaires d'évaluation; il suffira d'administrer de nouveau ceux qui permettront d'orienter la décision relative à la nouvelle étape du plan de traitement.

8. **Les clients ne seront dirigés vers des services de traitement médical ou psychiatrique en établissement que s'ils présentent de graves troubles d'ordre psychiatrique ou médical et qu'ils ont besoin de recevoir un traitement spécialisé dans un cadre multidisciplinaire.**

Il y a si peu d'établissements offrant des traitements médicaux ou psychiatriques spécialisés que seules les personnes présentant des troubles graves devraient y être envoyées. Autrement dit, ces établissements devraient être réservés aux personnes qui ont besoin des services spécialisés qui y sont offerts afin d'atteindre leurs objectifs de traitement.

**9. Les services pourront être offerts dans divers cadres (y compris en dehors du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie).**

Une grande partie de nos services peuvent être offerts dans divers cadres. On trouve des personnes aux prises avec l'alcoolisme et la toxicomanie dans tous les milieux. Pour certaines populations (p. ex. les personnes âgées et les jeunes), il est préférable d'offrir des services dans le cadre des activités quotidiennes, et cette pratique est d'ailleurs conforme aux pratiques exemplaires. Nous avons de nombreux partenaires du secteur des services qui offrent des services à notre clientèle et qui seraient heureux d'avoir des programmes dans les domaines de l'alcoolisme et de la toxicomanie (p. ex. services de counseling dans l'unité psychiatrique d'un hôpital).

**10. Les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie seront coordonnés et rationalisés.**

Pour offrir à nos clients les services les mieux intégrés et coordonnés possible et pour que les ressources limitées du réseau soient utilisées au mieux, nous devons travailler de concert et combler, autant que faire se peut, les lacunes au niveau des services. Avec le temps et de la bonne volonté, nous forgerons de nouvelles relations de collaboration et déterminerons à qui il revient d'offrir tel ou tel service pour répondre aux besoins locaux, régionaux et provinciaux.

**11. Les organismes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie élaboreront des protocoles communs et concluront des accords pour permettre aux clients de passer facilement d'une intensité de services à une autre ou d'un niveau de services à un autre.**

En énonçant ce principe, nous reconnaissons que pour garantir l'existence d'un plan de communication précis, il est essentiel que les organismes aient des protocoles détaillés et passent entre eux des ententes de services.

## L'APPLICATION DES CRITÈRES

Les Critères d'admission et de congé ont été conçus pour aider les organismes à déterminer le niveau, l'intensité et le type de services dont les clients ont besoin tout au long de leur traitement. Ces critères garantissent que l'on prendra en compte l'ensemble du réseau pour déterminer le service convenant le mieux à chaque client. Pour chaque point du continuum de soins, une série de critères précis doivent être employés pour l'admission et une autre pour la planification du congé du patient, qu'il s'agisse de diriger le client vers un autre point du continuum de traitement ou de lui donner son congé d'un établissement. Les Critères étant utilisés de façon uniforme dans l'ensemble de la province, il devrait être plus facile de mettre chaque client en contact avec le service qui correspond le mieux à ses besoins du moment; le taux de maintien des clients dans les programmes de traitement devrait s'améliorer et le réseau de traitement dans son ensemble devrait fonctionner de façon plus efficace. Tous ces changements devraient déboucher sur de meilleurs résultats pour les clients.

## UTILISATION DES CRITÈRES POUR L'ÉLABORATION D'UN PLAN DE TRAITEMENT

Les Critères ont une fonction éminemment pratique puisqu'ils servent à élaborer un plan de traitement en collaboration avec le client. Après avoir administré les questionnaires d'évaluation de base, on établit un profil clinique et on fait part au client des résultats de l'évaluation. C'est également à ce moment-là que l'on conseille habituellement le client sur le type de traitement à administrer et le niveau de soins requis. Comment détermine-t-on la place du client dans le réseau en fonction des Critères?

Les résultats de l'évaluation vous aideront à déterminer si le client remplit les critères pour un aiguillage particulier. Bien souvent, l'observation clinique et un entretien avec le patient seront également nécessaires pour déterminer si les critères sont vraiment remplis. Après avoir fait le compte des points et inscrit les résultats dans le formulaire intitulé Profil clinique (présenté en détail au [chapitre 14, Récapitulation](#)), vous aurez probablement une bonne idée du type de service pour lequel examiner les critères d'admission. Vous trouverez au [chapitre 2, Le processus d'évaluation](#), et dans les exemples cliniques qui émaillent la 2<sup>e</sup> partie, un examen détaillé de la façon d'appliquer les Critères.

Par le passé, en Ontario, la pratique clinique n'était pas toujours uniforme d'un organisme à l'autre relativement aux critères utilisés pour admettre les clients ou leur donner leur congé. En outre, ce n'est que récemment que l'état de préparation au changement est devenu un critère d'admission dans notre système. Les Critères veulent que ce soient les clients qui sont prêts à apporter des changements dans leur vie (c.-à-d. ceux qui, dans le processus de changement, en sont au stade de l'action) qui participent à des programmes structurés de traitement. En outre, les clients envoyés en traitement doivent être physiquement et intellectuellement aptes à suivre le programme. Les clients qui sont lucides et prêts à passer à l'action peuvent manifestement bien profiter d'un traitement structuré, et les prestataires de soins peuvent alors les aider à progresser au lieu de devoir les motiver à amorcer le processus de changement.

Cela ne veut pas dire que l'on ne doit pas fournir de services aux clients qui ne sont pas encore parvenus au stade du passage à l'action ou qui présentent des troubles d'ordre physique ou émotionnel. Cela signifie tout simplement que ces clients devraient recevoir des services mieux adaptés à leurs besoins. Les clients qui ne sont pas prêts à prendre part à un traitement structuré ont besoin d'être traités à un niveau différent, avec une intensité de soins différente.

Les Critères d'admission et de congé ont introduit une phase de préparation et de stabilisation qui permet de lever les obstacles susceptibles d'entraver le succès du traitement. Ainsi, un client qui n'en est pas encore au stade de l'action devrait recevoir du counseling motivationnel à l'externe, tandis qu'un client fragile sur le plan physique ou émotionnel pourrait avoir besoin d'une période de stabilisation dans le cadre d'un service de soutien en établissement avant de prendre part à un traitement structuré.

Ces critères permettent également de distinguer les besoins relatifs au traitement de ceux relatifs au logement. Par exemple, un client peut suivre un traitement de jour tout en habitant chez lui, ou bien vivre dans un établissement tout en suivant un traitement à l'externe, plutôt que de suivre automatiquement le traitement offert dans l'établissement.

## QU'EN EST-IL DES PRÉFÉRENCES DES CLIENTS?

Les clients peuvent avoir, dès le départ, des idées bien arrêtées sur le traitement qu'ils souhaitent recevoir. Bien souvent, ce que le client préfère est justement ce qu'il lui faut et l'aiguillage peut se faire sur le champ.

Cependant, il arrive parfois que la préférence du client soit fondée sur des raisons qui n'ont pas grand-chose à voir avec ses véritables besoins. Un client peut ainsi demander d'être dirigé vers un service particulier parce qu'il connaît quelqu'un qui y est allé ou bien parce qu'un service d'orientation extérieur au réseau lui a suggéré un programme particulier vers lequel il dirige tous les clients présentant un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Or, ces « préférences » ne conviennent pas nécessairement au client. En pareil cas, il est utile de donner une interprétation individualisée des résultats de l'évaluation et d'expliquer pourquoi un traitement d'une certaine intensité, administré à un certain niveau sera probablement plus bénéfique que d'autres. Pour établir le plan de traitement individualisé convenant le mieux au client, il importe de tenir compte des renseignements obtenus durant l'évaluation et de les examiner en fonction des Critères.

La règle fondamentale est que les clients peuvent toujours choisir un niveau de traitement inférieur à celui qui leur est recommandé (p. ex. ils peuvent choisir un traitement à l'externe plutôt qu'un traitement en établissement), alors qu'il leur est impossible de choisir un niveau de traitement supérieur (p. ex. ils ne peuvent pas être envoyés dans un traitement en établissement s'ils répondent aux critères pour un traitement à l'externe) à moins qu'en raison de circonstances particulières, le traitement à l'externe ne leur soit pas accessible – comme ce serait le cas, par exemple, si le seul programme offert dans la langue du client était un programme en établissement.

## AVANTAGES DES CRITÈRES POUR LES CLIENTS

1. Quel que soit leur point d'entrée dans le réseau de traitement, les clients recevront des conseils et des instructions analogues sur la manière de bénéficier du système de soins.
2. Les clients seront aiguillés vers le point précis du continuum de soins répondant le mieux à leurs besoins présents.
3. Les Critères permettront de diriger les clients vers le type de traitement le mieux adapté, ce qui devrait permettre de raccourcir les périodes d'attente.
4. Les clients pourront naviguer aisément dans le réseau et profiter des options offertes sans avoir à être réévalués pour être admis dans chaque nouveau programme. Seuls seront réadministrés les questionnaires de la batterie d'évaluation nécessaires à la détermination de l'étape suivante.
5. Plutôt que de diriger les clients vers des programmes standard, on fondera les décisions concernant l'admission et le congé des clients sur leurs besoins particuliers, déterminés à partir de critères uniformes.

## AVANTAGES DES CRITÈRES POUR LES CONSEILLERS

1. Alors qu'il n'existait, par le passé, aucune ligne directrice indiquant comment choisir le traitement le plus approprié pour un client donné, les Critères remédient à cette lacune.
2. Une même terminologie et des critères communs faciliteront la discussion de cas entre collègues dans l'ensemble du réseau.
3. Pour bien employer les outils et les Critères, il est nécessaire d'avoir une formation et un jugement clinique solides. Une excellente occasion, pour les conseillers spécialisés dans les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, de renforcer leurs compétences!
4. Les prestataires de soins des différentes composantes du continuum auront l'occasion de communiquer plus fréquemment entre eux au sujet de la planification du traitement des patients. Ils seront également mieux renseignés sur le réseau de traitement et sur la manière de l'utiliser de façon optimale.
5. Les Critères et outils ont été élaborés par des spécialistes et ils sont fiables. Il sera donc plus facile de justifier la nécessité d'admettre un patient ou de lui donner son congé auprès d'autres secteurs de services.
6. Le cadre fourni par les outils et Critères permettra aux conseillers d'élaborer le plan de traitement le mieux adapté à chacun de leurs clients.
7. À mesure que les différentes composantes du continuum de soins se familiariseront avec les Critères, leurs rôles devraient se préciser et il devrait y avoir une diminution des cas de dédoublement dans la prestation des services.

## AVANTAGES DES CRITÈRES POUR LE RÉSEAU

1. L'application uniforme des Critères dans l'ensemble du réseau devrait inciter les divers services appartenant au continuum du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie à œuvrer de concert plutôt que de façon isolée.
2. Le niveau ou l'intensité de soins fournis aux clients devant correspondre à leurs besoins, toute lacune dans les services sera décelée au niveau local ainsi qu'au niveau provincial.
3. Les Critères devraient permettre d'optimiser le fonctionnement du réseau de façon à fournir plus efficacement et en temps voulu les soins dont les clients ont besoin.
4. Si, après la mise en application des Critères d'admission et de congé dans l'ensemble du réseau, les périodes d'attente ne diminuent pas, les prestataires de services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie auront un argument de poids pour appuyer leurs demandes d'accroissement de financement.
5. Les clients recevront un traitement à l'externe lorsque les résultats de leur évaluation ou leur situation personnelle le permettront. Dans l'élaboration du plan de traitement, on commencera toujours par recourir au niveau de soins le moins perturbateur pour le client. En vertu de ce principe, le traitement en établissement, plus coûteux et plus lourd, sera réservé aux clients présentant des problèmes plus graves ainsi qu'aux clients ayant absolument besoin du soutien offert dans le cadre d'un établissement. Pour être dirigés vers des services de traitement en établissement, les clients devront en être à un stade indiquant qu'ils sont prêts à apporter des changements dans leur vie.

6. L'introduction de l'étape de la stabilisation comme préalable au traitement devrait libérer un certain nombre de lits pour les personnes prêtes à prendre part à un traitement en établissement. Les clients qui ont besoin d'une période de stabilisation devraient recevoir les services nécessaires à moindres frais, dans des établissements où l'encadrement est moins important. Une fois les clients stabilisés (c'est-à-dire une fois les situations susceptibles d'entraver leur participation au traitement résolues), ils seront mieux à même de s'y investir pleinement.

## ÉVOLUTION DE L'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DES CLIENTS EN ONTARIO

### LES PREMIÈRES ANNÉES

Au fil des années, les méthodes d'évaluation ont évolué en Ontario et le processus d'évaluation a été incorporé à tous les secteurs du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie de la province. C'est au milieu des années 1970 que l'Ontario a pour la première fois élaboré un protocole d'évaluation normalisé. La plupart des collectivités ont alors reçu des fonds pour mettre sur pied des organismes ayant pour tâche d'effectuer les évaluations, d'élaborer des plans de traitement et d'aiguiller les patients. À l'époque, l'idée d'établir, dans le continuum de soins, une composante distincte chargée de l'évaluation était nouvelle en Ontario et elle était peu répandue ailleurs. En 1978, la D<sup>re</sup> Joan Marshman, présidente de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (ARF), publiait un rapport recommandant l'établissement, dans chaque collectivité de l'Ontario, d'une source objective d'évaluation et d'aiguillage des clients.

Durant les années 1980 et 1990, un grand nombre d'outils d'évaluation et de protocoles ont été mis au point et appliqués dans l'ensemble du continuum de soins et on s'est écarté de la normalisation. Au cours de cette période, les organismes chargés de l'évaluation disposaient d'une large autonomie quant au choix des outils et de nombreux protocoles furent établis. En conséquence, l'évaluation d'un client pouvait varier d'un organisme à un autre, et ce, dans une même collectivité. Nous avons déjà parlé, dans ce chapitre, des avantages de la normalisation pour les clients, mais nous tenons à souligner que ce sont eux qui sont les premiers bénéficiaires de la réduction des doublons dans le processus d'évaluation.

L'adaptation de l'intervention au client est considérée comme un élément indispensable de la planification du traitement. Dès le début, l'expérience de l'ensemble des prestataires de soins du continuum de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie en Ontario a montré que pour élaborer un plan de traitement avec le client, il fallait prendre en compte de nombreux facteurs. En effet, il s'est avéré que les scores des clients aux questionnaires d'évaluation de la toxicodépendance ne permettaient pas toujours de déterminer le traitement qui leur convenait le mieux. En fait, la motivation d'un client face au changement (Prochaska et coll., 1994; Miller, 1996) et sa perception des « coûts et avantages » de la consommation de drogues (Cunningham et coll., 1997) sont bien plus utiles pour déterminer s'il est prêt à négocier un plan de traitement.

Les recherches de Prochaska et coll. ont transformé notre compréhension du changement comportemental, ce qui a influé sur les protocoles d'évaluation. Les conseillers jugent que le modèle transthéorique de Prochaska et coll., mieux connu sous le nom de « stades du changement », est très utile pour comprendre le changement de comportement chez les clients. Pour garantir que les ressources de traitement en Ontario soient utilisées de manière efficace et efficiente, il est devenu capital de déterminer à quel stade de changement se trouve le client.

C'est d'ailleurs ce modèle qui a inspiré le choix de la batterie d'outils d'évaluation normalisés ainsi que l'élaboration des Critères d'admission et de congé.

La création d'une forme d'évaluation abrégée et son adoption ont été inspirées par Miller et Rollnick (1991), qui ont mis au point des interventions fondées sur les différents stades de changement et qui ont introduit d'autres méthodes innovatrices. L'évaluation abrégée répond au besoin d'efficacité lié à la demande accrue de services et à la pénurie de personnel. Elle est largement utilisée auprès des clients qui en sont au stade de la précontemplation et auprès de clients pour qui une évaluation plus approfondie pourrait ne pas être nécessaire ni même avantageuse.

#### QU'A-T-ON APPRIS DURANT CES ANNÉES?

1. Lorsque le plan de traitement d'un client a besoin d'être réexaminé, il peut être nécessaire de procéder à une nouvelle évaluation, soit à l'aide de certains des outils, soit à l'aide de toute la batterie.
2. La durée de l'évaluation dépend de la situation particulière du client et de ses besoins, ainsi que du stade du changement qui est le sien.
3. Pour répondre aux besoins du client, l'évaluation peut être échelonnée sur plusieurs rendez-vous ou même répartie entre plusieurs organismes.
4. L'étape de l'évaluation est avantageuse pour les clients car elle leur permet de mieux prendre conscience de leurs habitudes de consommation, des normes et habitudes de consommation du lieu où ils vivent et des options de traitement offertes.
5. Les clients ont des atouts et des besoins dont il faut tenir compte dans le plan de traitement.
6. Les clients qui participent à la planification de leur propre traitement se sentent davantage impliqués et responsables de l'atteinte des objectifs fixés.
7. L'évaluation fait partie du processus de traitement. La pratique de l'évaluation reposant sur des mesures objectives et des normes, cela crée un climat de professionnalisme qui met le client en confiance, non seulement à l'égard de l'évaluation elle-même, mais aussi à l'égard du traitement.
8. Les stratégies et techniques de l'entretien motivationnel sont très utiles dans le processus d'évaluation car elles permettent d'aplanir les obstacles au changement.
9. La planification du traitement est une procédure souple et individualisée visant à faire correspondre la situation particulière du client à un certain niveau d'intervention clinique. Les atouts et les besoins du client jouent un rôle prépondérant dans l'élaboration du plan de traitement.
10. En Ontario, il est nécessaire d'avoir de nombreux points d'entrée dans le continuum de soins. De fait, la plupart des centres urbains ont besoin de plusieurs points d'entrée.
11. Le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie doit utiliser des outils et des protocoles communs afin d'assurer l'uniformité d'un service à l'autre, cette uniformité étant nécessaire pour évaluer la prestation des services, contrôler les normes de soins et faire le suivi des résultats obtenus par les clients.

Lorsque le comité a commencé à se mettre en quête des meilleurs outils, les questions suivantes ont été posées :

- Que souhaite-t-on mesurer?
- Que doit-on savoir au sujet d'un client pour élaborer un plan de traitement?
- Quelles sont les caractéristiques du client qu'il importe le plus d'évaluer pour déterminer l'étape suivante du traitement?

Après s'être documenté sur l'état des recherches, les rapports d'évaluation de la province et les modèles de pratiques exemplaires, le comité a établi que sa tâche était de choisir des outils qui apporteraient des informations permettant :

- d'intégrer les principes des Critères d'admission et de congé
- de mettre en correspondance les atouts et les besoins du client avec les Critères
- de mieux personnaliser le plan de traitement
- de tenir compte de la perception qu'a le client de ses besoins
- d'intégrer le modèle des « stades du changement »
- de fournir une rétroaction au client, de manière à renforcer ou à maintenir sa motivation.

## **LES SEPT CATÉGORIES D'ATOUTS ET DE BESOINS DU CLIENT**

Les atouts et les besoins du client, classés en sept catégories, ont été incorporés aux Critères à l'intention des conseillers et des clients. Ces catégories permettent de recueillir des informations précises sur les répercussions de l'alcoolisme ou de la toxicomanie chez un client particulier ainsi que sur les facteurs favorables et défavorables liés à sa situation personnelle.

Ces sept catégories sont les suivantes :

1. Le degré d'intoxication et les besoins en matière de sevrage
2. Les besoins médicaux ou psychiatriques
3. Les besoins émotionnels ou comportementaux
4. La préparation au traitement
5. Le milieu de rétablissement
6. La possibilité de rechute
7. Les obstacles au traitement et les ressources

Le tableau 1 présente les outils correspondant aux sept catégories d'atouts et de besoins. Les outils de la liste A sont ceux qui font partie de la batterie d'évaluation normalisée actuellement en vigueur et qui sont décrits en détail dans le présent manuel. La liste B énumère des outils qui étaient auparavant en usage dans le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie et que les conseillers peuvent utiliser s'ils souhaitent effectuer une évaluation plus poussée dans certains domaines; cependant, l'emploi de ces outils, qui ne font pas partie de la batterie de base, est facultatif. Ajoutons que certains outils présentés dans ce tableau permettent de mesurer plus d'une catégorie à la fois.

Remarque : Le Questionnaire médical ne figure pas au tableau 1.

Tableau 1 : Liens entre les catégories d'atouts et de besoins des clients, les Critères d'admission et de congé, et les outils d'évaluation sélectionnés.

Catégories d'atouts et de besoins	Liste A							Liste B						
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Intoxication et sevrage	X													
Besoins médicaux et psychiatriques		X				X						X		
Besoins émotionnels et comportementaux		X				X							X	
Préparation au traitement			X		X									
Milieu de rétablissement						X	X						X	
Obstacles au traitement et ressources		X				X							X	
Possibilité de rechute	X			X				X	X	X	X			X
Clés de lecture pour la liste A : A. Questionnaire sur la consommation de psychotropes (QCP) B. Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie C. Questionnaire SOCRATES ( <i>Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i> ) d'évaluation des motivations D. Questionnaire de confiance face à la consommation de drogues (QCCD) E. Questionnaire d'admission au traitement (QAT) F. Questionnaire BASIS-32 ( <i>Behaviour and Symptom Identification Scale</i> ) sur le fonctionnement et les symptômes G. Questionnaire SSP sur le soutien social perçu							Clés de lecture pour la liste B : H. Échelle ADS ( <i>Alcohol Dependency Scale</i> ) de dépendance à l'alcool I. Questionnaire DAST ( <i>Drug Abuse Screening Test</i> ) sur la consommation de drogues J. Test MAST (pour <i>Michigan Alcohol Screening Test</i> ) de dépistage de l'alcool-dépendance du Michigan K. Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA) L. Échelle SES ( <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> ) d'estime de soi M. <i>Guided Format for Consulting with Families</i> (Consultation dirigée auprès des familles) N. Questionnaire PESQ ( <i>Personal Experience Screening Questionnaire</i> ) sur la consommation de psychotropes chez les jeunes							

Ces catégories devront être réévaluées au moyen des sept outils tout au long du traitement afin que les progrès accomplis soient mesurés au regard du plan de traitement et que ce plan soit révisé au besoin. Le conseiller pourra réadministrer tout questionnaire d'évaluation qu'il jugera utile à la révision du plan de traitement du client. Cette question est traitée en détail au [chapitre 2, Le processus d'évaluation](#).

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont adopté la batterie d'évaluation normalisée, soit sept outils qui doivent obligatoirement être utilisés par les organismes du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie subventionnés par eux. (Il existe plusieurs exceptions cliniques dont il sera traité en différents endroits du manuel.)

L'usage des Critères d'admission et de congé est également obligatoire pour les organismes du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie subventionnés par les RLISS. Les premières séances de formation ont eu lieu en 2000 et depuis lors, les outils ont été remis à chacun des bureaux des RLISS. De nouvelles définitions, exposées ci-dessous, ont été établies pour les services. Il est important d'employer la nouvelle terminologie et les nouvelles définitions dans les échanges avec les collègues et les autres intervenants.

## DÉFINITIONS DES SERVICES

Afin que la terminologie employée soit la même dans l'ensemble du continuum de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que dans les différentes régions de la province, le gouvernement de l'Ontario a élaboré des définitions pour les services (voir le [tableau 2](#)). Les collectivités offrent à présent des services dont les noms sont les mêmes partout, ce qui présente l'avantage de faciliter l'accès des services à tous.

Le terme de « service » renvoie de façon générale au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et aux activités de soutien. Les services offrent des « programmes », lesquels sont constitués d'« activités » déterminées.

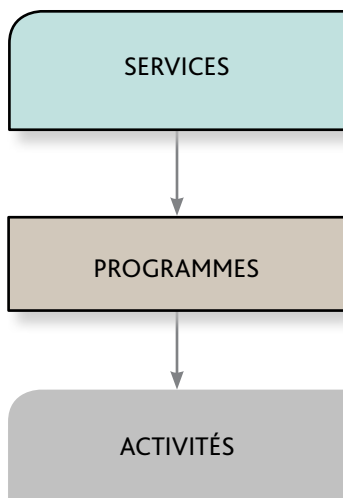


Tableau 2 : Définitions normalisées des services du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie de l'Ontario

Type de service	Définition
Point d'entrée	Ouverture du dossier, recueil de renseignements et évaluation préliminaire. Le point d'entrée fournit des renseignements à d'éventuels clients du réseau.
Évaluation initiale et planification du traitement	Examen et exploration en commun des objectifs, problèmes et solutions possibles. Ceci débouche sur la planification du traitement en fonction des sept catégories d'atouts et de besoins du client. Les résultats de l'évaluation sont examinés en fonction des Critères d'admission et de congé.
Gestion de cas	Processus continu d'évaluation, liaison, planification, suivi, coordination des services et intercession. Désignation d'un prestataire de services principal.
Traitement à l'externe	Séances hebdomadaires de counseling individuel ou de groupe (de une à deux heures), avec activités de sensibilisation, d'éducation et de prévention et activités favorisant le mieux-être.
Traitement médical et psychiatrique à l'externe	Séances comme ci-dessus ou séances plus intensives offertes durant la journée ou en soirée. Programmes destinés aux clients ayant des besoins médicaux ou des troubles concomitants. Le traitement peut être dispensé en hôpital ou tout autre lieu où exercent des professionnels de la santé.
Traitement à l'externe, de jour ou en soirée	Activités de counseling avec un calendrier précis, de jour ou en soirée, pour les clients ne demeurant pas en établissement. Les programmes sont offerts cinq jours par semaine.
Traitement en établissement	Programme structuré avec des activités régulières pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Le client demeure dans l'établissement et a accès à un soutien sur place 24 h sur 24.
Traitement médical et psychiatrique en établissement	Programme structuré avec des activités régulières pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, offert aux clients qui ont des besoins particuliers ou des troubles concomitants. N'y sont admis que les patients qui ont besoin de soins médicaux ou psychiatriques individualisés. Accès à un soutien sur place 24 h sur 24.
Services de soutien en établissement	1 <sup>er</sup> niveau : Hébergement et soutien au rétablissement dans un milieu stable où la sobriété est de rigueur. Encadrement pour les activités de la vie courante et aide à la réinsertion sociale, soit pendant que le client se prépare à suivre un traitement ailleurs ou en suit déjà un, soit durant la période postérieure au traitement. Si le client suit un traitement, il le fait ailleurs. 2 <sup>e</sup> niveau : Hébergement en milieu exempt d'alcool et de drogues. Le traitement de la dépendance n'est pas fourni sur place. Services de stabilisation offerts aux clients avant leur évaluation ou durant la période préalable ou postérieure au traitement.
Gestion du sevrage à l'externe	Aide au sevrage volontaire. Les clients peuvent avoir en même temps accès à des services de soutien en établissement ou vivre en résidence privée ou dans un autre type de logement. Aide fournie avec ou sans pharmacothérapie. Ces services comportent trois niveaux.
Gestion du sevrage en établissement	Aide au sevrage volontaire, avec ou sans pharmacothérapie. Les soins sont dispensés à l'hôpital ou dans le cadre d'un service de gestion du sevrage. Les services de gestion du sevrage comportent trois niveaux.

Les trois niveaux de services suivants s'appliquent tant aux services de gestion du sevrage offerts à l'externe qu'à ceux qui sont offerts en établissement. Peuvent être évalués en vue d'une admission les clients de tous niveaux qui ne prennent aucun médicament.

### 1<sup>ER</sup> NIVEAU

- Les symptômes du client peuvent être surveillés en toute sécurité par du personnel sans formation médicale.
- L'acuité ou la gravité des symptômes peut être gérée, si nécessaire, au moyen d'une consultation en cabinet médical, dans une clinique ou un centre de santé ouverts en permanence, ou bien au service des urgences d'un hôpital.
- La taille du personnel ne permet pas la prise en charge des symptômes aigus.
- En collaboration avec un médecin, si nécessaire, évaluer, en vue de leur admission, les personnes qui prennent les types de médicaments suivants :
  - médicaments pour troubles physiques
  - médicaments pour troubles mentaux diagnostiqués
  - médicaments contre la douleur, mais seulement dans le cas de blessures graves ou d'intervention chirurgicale récente.

### 2<sup>E</sup> NIVEAU

- Les symptômes du client peuvent être pris en charge en toute sécurité par du personnel sans formation médicale.
- L'acuité ou la gravité des symptômes peut être gérée, si nécessaire, au moyen d'une consultation en cabinet médical, dans une clinique ou un centre de santé ouverts en permanence, ou bien au service des urgences d'un hôpital.
- Des consultations médicales régulières et un personnel suffisant permettent d'envisager la gestion des situations suivantes, relatives à la prise de médicaments :
  - clients prenant des médicaments autorisés au 1<sup>er</sup> niveau
  - clients prenant de la méthadone
  - clients prenant des benzodiazépines ou des stupéfiants, en phase de sevrage progressif.

### 3<sup>E</sup> NIVEAU

- Les symptômes du client exigent une supervision par un personnel doté d'une formation médicale.
- Accès constant à des consultations médicales et personnel sur place en permanence pour la surveillance et la prise en charge des situations suivantes, relatives à la prise de médicaments :
  - prise de médicaments autorisés au 1<sup>er</sup> niveau
  - situations prévues au 2<sup>e</sup> niveau
  - sevrage supervisé par un médecin.

Certains types de services énumérés ci-dessus n'existent peut-être pas encore dans toutes les collectivités de l'Ontario. Les collectivités pourraient prévoir de mettre en place des services actuellement manquants soit dans le cadre d'un changement de leur mission, soit au moyen d'une réaffectation de leurs ressources, si cela est faisable.

Les définitions de services ci-dessus présupposent un continuum complet de soins. Les initiatives provinciales de planification appuient l'existence d'un tel continuum, bien qu'en pratique on reconnaisse qu'il reste encore des lacunes. Ce document appuie le principe d'un continuum complet de soins dans chaque collectivité et l'on espère qu'à long terme, toutes les collectivités finiront par offrir tous les types de services. À court terme, cependant, il faudra que les conseillers continuent de faire preuve de créativité dans la planification du traitement afin de répondre aux besoins du client en dépit des lacunes dans les services. Un grand nombre de clients répondront invariablement aux Critères d'admission et de congé, et ces critères devront alors être respectés.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre d'évaluation normalisée, d'une nouvelle terminologie et de critères d'admission et de congé uniformes dans l'ensemble de la province est une entreprise complexe. L'établissement de normes en matière d'évaluation et l'attention particulière qui a été accordée à la mise en place d'un réseau intégré capable de répondre aux besoins variés des clients ont constitué un investissement judicieux.

# Chapitre 2

## LE PROCESSUS D'ÉVALUATION

Le but de l'évaluation .....	20
L'évaluation initiale .....	20
L'évaluation continue .....	20
L'objet de la batterie d'évaluation de base .....	21
Le processus d'évaluation type .....	23
Comment les outils ont-ils été choisis? .....	23
Pourquoi utiliser des outils normalisés? .....	23
Présentation sommaire des outils de base (Liste A) .....	25
Les outils facultatifs (Liste B) .....	28
Le formulaire Profil clinique .....	28
À qui administre-t-on la batterie de base? .....	28
Le cas des jeunes de moins de 18 ans .....	29
À qui n'administre-t-on pas nécessairement la batterie de base? .....	29
Les clients au stade de la précontemplation .....	29
Les clients qui ont besoin d'être stabilisés .....	30
Les clients qui accèdent à des services de gestion du sevrage .....	30
Cas spéciaux : minorités linguistiques et culturelles .....	30
Le rôle de l'évaluateur .....	30
Étapes de l'évaluation initiale et planification du traitement .....	32
La préparation du terrain .....	32
Comment s'y retrouver dans les Critères d'admission et de congé .....	35
Comment naviguer parmi les Critères d'admission et de congé .....	36
Comment utiliser DASIT .....	38

---

## LE BUT DE L'ÉVALUATION

La compréhension qu'a le conseiller du but de l'évaluation et l'idée qu'il s'en fait influent sur la conduite de l'évaluation et son utilisation sur le plan clinique. Certains conseillers considèrent l'évaluation comme le début du traitement, l'occasion d'amener le client à s'engager sur la voie du changement, alors que d'autres y voient une contrainte administrative, dont il faut se débarrasser au plus vite pour pouvoir passer aux choses sérieuses, à savoir au traitement proprement dit.

Dans le cadre des définitions des services adoptées par le Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie, l'évaluation initiale est décrite en ces termes : « ... procédure comportant un examen ou une exploration en commun et fournissant au clinicien des renseignements détaillés qui lui permettront de déterminer les caractéristiques du client : ses besoins précis, ses objectifs, ses problèmes et le stade de changement où il se trouve » (OSAB, 1999. *Traduction libre*).

Le présent chapitre explique comment le processus d'évaluation peut contribuer à amorcer des échanges dynamiques avec le client. Lorsque l'évaluation est considérée comme un processus et non comme une procédure statique qui n'a lieu qu'une fois, les progrès accomplis par le client dans le cadre de son traitement en sont grandement facilités. L'évaluation comporte deux aspects : l'évaluation initiale et l'évaluation continue.

### L'ÉVALUATION INITIALE

Au moment du premier contact avec le réseau, l'évaluation initiale fournit des renseignements essentiels permettant au clinicien et au client de prendre d'importantes décisions de traitement. Ces renseignements servent en outre à établir le niveau de fonctionnement du client en début de traitement, et donc à mesurer ses résultats par la suite.

### L'ÉVALUATION CONTINUE

Certains questionnaires d'évaluation peuvent être réadministrés à plusieurs reprises pour mesurer les progrès accomplis et, s'il y a lieu, apporter des changements au plan de traitement.

L'évaluation initiale et l'évaluation continue sont toutes deux essentielles pour faciliter le cheminement du client dans le continuum de soins, en fonction de ses besoins. Les employés du réseau devraient savoir administrer les questionnaires d'évaluation, faire le compte des résultats et les interpréter en fonction des Critères d'admission et de congé. La raison en est qu'ils auront probablement à assumer des fonctions liées à l'admission ou au congé, ce qui exige, dans une certaine mesure, l'utilisation des outils et des Critères.

Le rapport sur les modèles d'admission et d'évaluation (1997) signale plusieurs fonctions importantes de l'évaluation :

- *Information* : L'évaluation renseigne le client sur le lien qui existe entre sa consommation d'alcool ou de drogues et ses problèmes. En effet, de nombreux clients voient cette consommation comme séparée du

reste de leur vie. L'évaluation aide le client à prendre conscience de la profonde incidence de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sur sa vie.

- *Rétroaction* : Les résultats de l'évaluation permettent d'établir un profil personnalisé et, par là, de fournir au client une rétroaction motivationnelle. L'évaluation fournit donc une excellente occasion d'amener le client à participer à la planification de son traitement.
- *Planification* : L'évaluation facilite la planification du traitement et la détermination du niveau ou de l'intensité de traitement les plus appropriés, en fonction des Critères d'admission et de congé.
- *Suivi* : L'évaluation continue du plan de traitement assure le suivi du client et permet de déterminer s'il devrait continuer à recevoir le même niveau de services ou passer à un niveau différent.
- *Recueil de données de départ* : Le recueil de données sur le fonctionnement du client lors de son premier contact avec le réseau de traitement permet d'effectuer des comparaisons avec son degré de fonctionnement à divers stades de son traitement.
- *Établissement d'une base de données* : La création d'une base de données ou d'un réseau d'information permet à la province de l'Ontario de faire correspondre les outils d'évaluation avec la population de clients, de faire l'évaluation du réseau de traitement et de planifier la mise en place de services appropriés.

## L'OBJET DE LA BATTERIE D'ÉVALUATION DE BASE

Le processus d'évaluation, qui comprend l'évaluation initiale et l'évaluation continue, assure la cohésion des différents éléments du réseau. L'élaboration d'une batterie d'évaluation de base dont l'usage serait généralisé à tous les organismes subventionnés par les RLSS avait pour but d'aider les clients à passer avec plus d'aisance d'un élément à l'autre du réseau, en fonction de l'évolution de leurs besoins. Un autre avantage de la batterie est qu'elle permet aux cliniciens de l'ensemble du continuum de soins de communiquer entre eux en employant une terminologie commune et en se fondant sur des normes semblables.

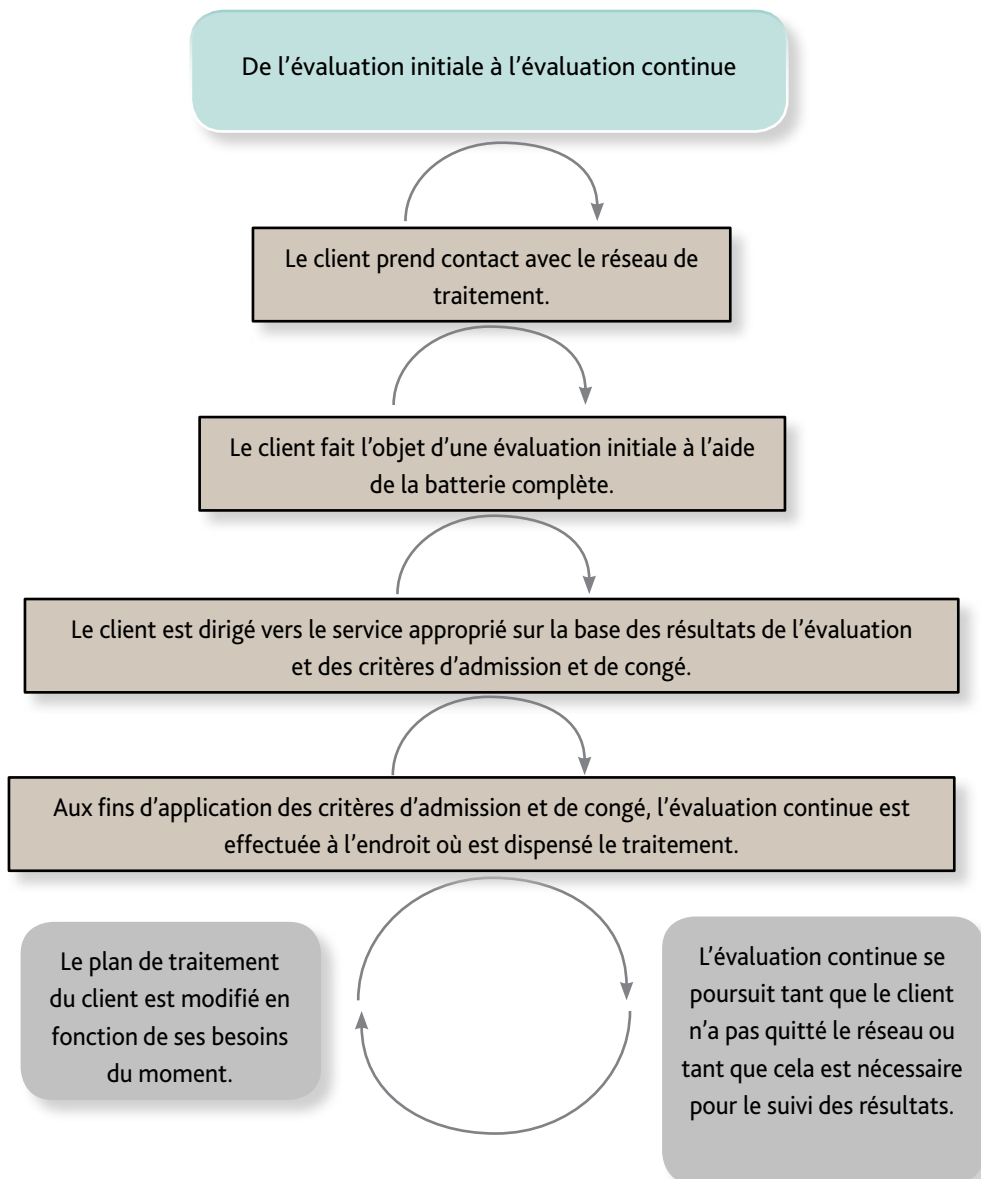
L'objet principal de la batterie d'évaluation de base, c'est-à-dire des outils figurant dans la liste A, est d'aider à déterminer le niveau ou l'intensité de soins qui répondent le mieux aux besoins du client à un moment donné. La batterie d'évaluation de base fournit, sur le niveau de fonctionnement du client, des renseignements essentiels qui permettent aux cliniciens d'utiliser les Critères d'admission et de congé de la manière la plus efficace possible.

La batterie d'évaluation de base n'a pas été conçue pour recueillir tous les renseignements pouvant être utiles dans la détermination de besoins précis en matière de traitement. Elle sert plutôt à obtenir suffisamment de données pour pouvoir situer le client au mieux dans le réseau de traitement. L'évaluation initiale fournit des renseignements de base servant à orienter le clinicien dans la prise de décision.

L'évaluation continue, qui s'effectue à l'endroit où a lieu le traitement, peut inclure le recueil de renseignements facilitant la détermination des besoins personnels des clients en matière de traitement et l'établissement d'objectifs dans le cadre d'un service particulier.

De plus, l'évaluation continue permet de suivre les progrès du client. Si le client y consent, il serait idéal que les résultats obtenus avec la batterie d'évaluation le suivent tout au long de son traitement (ils pourraient être acheminés par messagerie, courrier, télécopieur ou courriel). Certains questionnaires de la batterie doivent être administrés de nouveau au moment où le client reçoit son congé ou à certains tournants de sa vie pour faciliter l'application des critères de congé et la planification de la suite du traitement en collaboration avec lui. Le suivi peut en outre servir à déterminer les résultats du client.

Fig. 1 : Le processus d'évaluation type



## LE PROCESSUS D'ÉVALUATION TYPE

### COMMENT LES OUTILS ONT-ILS ÉTÉ CHOISIS?

Un certain nombre de critères ont motivé le choix des outils d'évaluation :

- Il fallait que les outils fournissent des renseignements sur le fonctionnement du client dans les sept catégories d'atouts et de besoins.
- Les outils devaient pouvoir être utilisés indépendamment les uns des autres pour permettre de suivre les progrès du client tout au long du traitement.
- Les outils devaient avoir des propriétés psychométriques solides.
- L'administration des outils d'évaluation devait être relativement rapide.
- Les outils devaient pouvoir être utilisés tant pour les clients aux prises avec l'alcoolisme que pour ceux aux prises avec la toxicomanie.
- Les outils devaient être peu dispendieux.
- Les outils devaient pouvoir être utilisés aux fins de l'évaluation clinique.

Il existait bien de bons outils multidimensionnels, mais aucun d'entre eux n'a été retenu parce qu'il aurait fallu les administrer en entier pour qu'ils soient valides. On leur a préféré des outils plus courts qui permettaient une plus grande souplesse d'emploi : on pouvait ainsi se servir isolément d'un ou de plusieurs outils à différentes étapes du traitement ou se servir de l'ensemble des outils lors de l'évaluation initiale. Il était important non seulement que la batterie d'évaluation de base tout entière fournisse des renseignements multidimensionnels sur le fonctionnement du client (selon les catégories d'atouts et de besoins) mais aussi que l'on puisse aussi administrer séparément un ou plusieurs questionnaires d'évaluation pour faire le suivi des progrès du client et mesurer ses résultats.

### POURQUOI UTILISER DES OUTILS NORMALISÉS?

L'utilisation d'outils normalisés présente un certain nombre d'avantages pour les clients et les cliniciens ainsi que pour le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

#### Avantages pour les clients

- *Efficiency* : Le processus d'évaluation est plus court puisque l'on ne recueille que les renseignements nécessaires à la prise de décisions en matière de traitement et d'orientation des clients.
- *Uniformité* : Les clients reçoivent la même évaluation quel que soit leur point d'entrée dans le réseau de traitement de la toxicomanie.

- *Évaluation personnalisée* : Le processus d'évaluation et le choix des outils sont adaptés en fonction des besoins de chaque client. En employant plusieurs questionnaires différents plutôt qu'un seul, le clinicien peut structurer l'évaluation pour tenir compte des besoins du client, et ce, sans porter atteinte aux propriétés psychométriques de l'évaluation.
- *Crédibilité* : Les clients considèrent généralement comme crédibles les outils d'évaluation structurés et objectifs.
- *Utilité des renseignements recueillis* : Les résultats permettent de fournir une rétroaction, ce qui est très utile puisque la rétroaction contribuerait à amener le sujet à rechercher activement un traitement (*Institute of Medicine*, 1990); en outre une telle rétroaction jouerait un rôle essentiel dans la négociation du programme de traitement optimal avec le client (Allen et coll., 1991).
- *Réduction des dédoublements* : Les clients peuvent consentir à ce que les résultats de leur évaluation soient transmis à d'autres organismes ou prestataires de service, ce qui leur évite d'être réévalués lorsqu'ils passent d'un service à un autre au sein du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.
- *Mesure des progrès accomplis* : Lorsqu'il y a réévaluation, que ce soit pendant ou après le traitement, tout changement dans les scores obtenus peut fournir des renseignements utiles au client aussi bien qu'au clinicien.

### Avantages pour les cliniciens

- *Efficience* : Une batterie de courts outils d'évaluation permet aux cliniciens de recueillir des renseignements de façon efficiente et aux organismes de répondre aux besoins des clients en temps utile. En outre, les cliniciens peuvent passer plus de temps, si nécessaire, à déterminer les besoins des clients ayant des problèmes plus complexes.
- *Validité* : En employant plusieurs outils distincts au lieu d'un outil multidimensionnel unique, le clinicien peut axer l'évaluation sur les besoins du client sans pour autant compromettre la validité psychométrique de la procédure.
- *Précision* : Les outils normalisés fournissent des renseignements objectifs et précis que les cliniciens peuvent utiliser pour déterminer les besoins des clients et établir des plans de traitement en conséquence.
- *Meilleure communication avec les collègues* : Il est facile de communiquer les résultats à d'autres cliniciens puisque tous utilisent les mêmes outils et savent ce que signifient les résultats.
- *Réduction des dédoublements* : L'utilisation d'outils d'évaluation communs élimine d'importants dédoublements.
- *Lien avec les Critères d'admission et de congé* : Les outils normalisés mesurent les facteurs associés aux catégories d'atouts et de besoins des clients (voir le [tableau 1](#), au chapitre 1, page 14), sur lesquelles reposent les décisions relatives à l'admission, à l'orientation et au congé. Ces outils aident donc les cliniciens à appliquer les Critères d'admission et de congé.

## Avantages pour le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie

- *Uniformité des résultats* : Des outils communs garantissent une plus grande uniformité entre les cliniciens et entre les divers organismes appartenant au continuum. Ceci est particulièrement important car il y aura de plus en plus de points d'entrée dans le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (OSAB, 1999).
- *Meilleure qualité des données* : L'utilisation des mêmes outils d'évaluation par tous les organismes du réseau permettra la constitution d'une importante base de données pour le contrôle des résultats. D'ici quelque temps, l'examen des résultats des évaluations fournira de précieux renseignements sur les tendances de la population cliente et les changements qui pourraient se produire au sein de cette population. Les données obtenues au moyen de ces outils pourront aussi servir à répondre aux exigences des RLISS en matière de mesure des résultats.
- *Meilleures politiques et pratiques* : Les renseignements que le réseau accumulera à partir des résultats des évaluations normalisées contribueront à orienter les politiques et à faire avancer les pratiques exemplaires.
- *Souplesse* : À mesure que de nouveaux outils feront leur apparition, ils pourront remplacer les outils qui auront fait leur temps. La souplesse de ce système permettra ainsi une amélioration continue du processus d'évaluation.

## PRÉSENTATION SOMMAIRE DES OUTILS DE BASE (LISTE A)

### 1. Le Questionnaire sur la consommation de psychotropes (QCP)

- Sert à recueillir des renseignements sur tous les psychotropes consommés au cours des 12 derniers mois ainsi que des renseignements plus détaillés sur la consommation de psychotropes au cours des 90 derniers jours
- Est basé sur la classification des substances intoxicantes de DASIT (Drogue et alcool – système d'information sur le traitement), une base de données ontarienne\*
- Est le seul questionnaire permettant de recueillir des indices sur la quantité de drogues illégales consommée
- Doit être administré par un conseiller.

### 2. Le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie

- Met en lumière les répercussions directes de l'alcoolisme et de la toxicomanie
- Permet de noter les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie sur huit aspects de la vie :
  - la santé physique
  - la santé cognitive

\* Les catégories de substances intoxicantes de DASIT sont les suivantes : alcool, cocaïne, amphétamines et autres stimulants, cannabis, benzodiazépines, barbiturates, héroïne et opioïdes, opioïdes sur ordonnance, préparations en vente libre renfermant de la codéine, hallucinogènes, colle et autres inhalants, tabac, autres psychotropes et stéroïdes.

- la santé émotionnelle
- les relations interpersonnelles
- les mauvais traitements (physiques ou psychologiques) infligés à autrui
- les difficultés au travail / dans les études
- les démêlés avec la justice
- les problèmes d'argent
- Permet de mesurer la gravité du problème
- Doit être administré par un conseiller.

### 3. Le questionnaire de confiance face à la consommation de drogues (QCCD)

- Existe en versions distinctes pour la consommation d'alcool et la consommation de drogues
- Comprend huit énoncés (situations propices à la consommation) à l'égard desquels les clients doivent indiquer leur degré de confiance en leur capacité à résister à la tentation
- Aide à déterminer le risque de rechute dans les situations à risque élevé les plus courantes
- Peut être auto-administré par le client.

### 4. Le questionnaire SOCRATES d'évaluation des motivations

- Existe en versions distinctes pour la consommation d'alcool et la consommation de drogues
- Évalue l'état de préparation générale au changement
- Fournit 3 scores sur les aspects suivants :
  - la prise de conscience du problème
  - l'ambivalence à l'égard du changement
  - la prise de mesures
- Établit des normes de comparaison entre les personnes qui entreprennent un programme de traitement
- Peut être auto-administré par le client, une fois qu'il a reçu des directives à ce sujet.

### 5. Le Questionnaire d'admission au traitement (QAT)

- Évalue les raisons pour lesquelles les clients entreprennent un traitement
- Fournit 3 scores :
  - motivation intrinsèque de nature positive : les valeurs personnelles du client concordent avec les objectifs du traitement
  - motivation intrinsèque de nature négative : la décision d'entreprendre un traitement provient d'un conflit intérieur faisant intervenir des sentiments de culpabilité et de honte

- motivation extrinsèque (coercition) : le client décide d'entreprendre un traitement en raison de pressions externes ou parce qu'il y est contraint
- Peut être auto-administré par le client.

#### 6. Le questionnaire BASIS-32 sur le fonctionnement et les symptômes

- Permet d'évaluer l'état de santé mentale dans cinq grands domaines :
  - la relation à soi-même et à autrui
  - les habiletés de la vie quotidienne / la capacité à assumer son rôle
  - la dépression et l'anxiété
  - l'impulsivité et le comportement de dépendance
  - la psychose
- Sert à déterminer si des carences en matière d'habiletés de la vie quotidienne ou de fonctionnement mental seraient susceptibles de nuire au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie
- Ne mesure que le fonctionnement au cours de la semaine écoulée
- Peut être auto-administré par le client.

#### 7. Le questionnaire SSP sur le soutien social perçu

- Évalue la façon dont le client perçoit le soutien de son entourage
- Comporte des mesures distinctes pour la famille et les amis
- Peut être auto-administré par le client.

#### 8. Le Questionnaire médical

- Il ne s'agit pas d'un questionnaire d'évaluation mais d'un formulaire permettant de consigner les antécédents médicaux du sujet
- Doit être administré par un conseiller.

#### 9. Le Tableau récapitulatif sur les motifs de la décision

- Obligatoire, ce formulaire est utilisé pour noter les scores finals obtenus pour tous les outils d'évaluation fournissant de tels scores (SOCRATES, QAT, QCCD, BASIS-32, SSP) ainsi que pour consigner les commentaires pertinents associés aux autres outils (QCP, Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie, Questionnaire médical).
- Le formulaire est particulièrement utile pour récapituler l'ensemble des résultats obtenus aux différents questionnaires d'évaluation. Il peut servir d'introduction au dossier du client et il peut également servir de formulaire de référence pouvant suivre le client, avec son consentement, lorsqu'il est orienté vers un autre point du réseau. Des exemplaires remplis de ce formulaire illustrent les études de cas figurant au [chapitre 14, Récapitulation](#).

Le [tableau 3](#), qui figure à la page 39, à la fin du présent chapitre, décrit de manière plus détaillée les caractéristiques des outils de la liste A.

## **LES OUTILS FACULTATIFS (LISTE B)**

La liste B a été établie pour proposer aux cliniciens un éventail d'outils de préévaluation et d'évaluation dotés de solides propriétés psychométriques qui peuvent être utilisés pour glaner des renseignements complémentaires auprès des clients. Ces outils peuvent servir à répondre à des besoins individuels ou aux besoins de certains organismes. Le [tableau 4](#), qui figure à la fin du présent chapitre, donne un aperçu des caractéristiques des outils de la liste B.

### **LE FORMULAIRE « PROFIL CLINIQUE »**

Ce formulaire permet au clinicien de noter tous les renseignements recueillis sur le client. L'examen méthodique de chacune des catégories d'atouts et de besoins et les renseignements complémentaires qui sont souvent recueillis au cours du processus d'évaluation peuvent y être consignés. Les sept outils d'évaluation doivent être considérés comme permettant de recueillir le minimum de renseignements nécessaires et ils ont besoin d'être étoffés pour l'élaboration d'un plan de traitement.

Le Profil clinique est utile pour verser au dossier les principaux renseignements recueillis à l'occasion de l'évaluation et il peut aussi servir à transmettre des renseignements lorsque le client est aiguillé vers d'autres points du réseau. Un organisme peut employer ce formulaire s'il ne possède pas de formulaire semblable ou s'il estime que celui-ci est plus utile.

Des exemplaires remplis de ce formulaire, illustrant les études de cas relatives à M. Pothier et Marie, figurent au [chapitre 14, Récapitulation](#).

## **À QUI ADMINISTRE-T-ON LA BATTERIE DE BASE?**

C'est essentiellement aux clients qui sont suffisamment stables pour prendre part à un programme de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et qui sont ouverts au changement (ou qui ont besoin d'aide pour ne pas dévier de leurs objectifs) que la batterie complète doit être administrée.

La batterie d'évaluation de base sert à recueillir les renseignements nécessaires pour déterminer, à partir des Critères d'admission et de congé, le niveau ou l'intensité de traitement qui conviennent le mieux au client.

Il est à noter que si l'application des Critères d'admission et de congé est obligatoire pour tous les clients qui entrent dans le continuum de soins, il n'est pas nécessaire d'administrer les questionnaires d'évaluation de base à tous les sujets; il suffit de les administrer aux clients qui envisagent de changer de comportement face à la

consommation d'alcool ou de drogues (ou qui demandent de l'aide pour maintenir un tel changement) et qui sont suffisamment stables pour prendre une part active à la planification de leur traitement en vue d'accéder à un traitement programmé et structuré. La batterie d'outils de base aide le clinicien à déterminer si le client doit être dirigé vers un traitement à l'externe, un traitement en établissement, des services médicaux ou psychiatriques en établissement ou des services de soutien en établissement.

## LE CAS DES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS

Précisons que les outils de la batterie d'évaluation de base (Liste A) n'ont pas tous été largement utilisés auprès d'adolescents. Il existe trois outils d'évaluation qui conviennent tout particulièrement aux jeunes de moins de 18 ans :

- Le questionnaire QCP
- Le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie
- Le questionnaire BASIS-32

L'administration de ces trois questionnaires d'évaluation et du Questionnaire médical est obligatoire si l'adolescent est stable et envisage de changer de comportement face à sa consommation d'alcool ou de drogues. Il existe en outre, parmi les outils facultatifs (Liste B), un outil bien adapté aux jeunes : l'échelle DASES (*Drug Avoidance Self-Efficacy Scale*) qui permet au sujet d'auto-évaluer son aptitude à l'abstinence dans des situations qui risquent d'entraîner la rechute (efficacité personnelle); cette échelle peut d'ailleurs remplacer le QCCD (Martin, 1992). Toutefois, lorsqu'un adolescent est envoyé en établissement pour y suivre un traitement, la batterie complète des sept outils de base doit être administrée et le Tableau récapitulatif sur les motifs de la décision doit être rempli.

## À QUI N'ADMINISTRE-T-ON PAS NÉCESSAIREMENT LA BATTERIE DE BASE?

### LES CLIENTS AU STADE DE LA PRÉCONTEMPLATION

Il n'est pas nécessaire d'administrer la batterie de base aux clients qui n'ont pas conscience d'avoir un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie ou qui prennent contact avec le réseau parce qu'on les y a forcés, car ils n'ont probablement pas l'intention de suivre un traitement structuré. On sait cependant que la rétroaction personnalisée est extrêmement utile pour faire passer un sujet du stade de précontemplation à un stade ultérieur. De fait, les outils étant très utiles pour fournir une rétroaction personnalisée, de nombreux services administrent la totalité des questionnaires ou au moins une partie d'entre eux auprès des clients qui en sont au stade de la précontemplation. La décision d'utiliser ou non les outils de base auprès des clients qui en sont au stade de la précontemplation appartient à chaque organisme.

## LES CLIENTS QUI ONT BESOIN D'ÊTRE STABILISÉS

Les clients dont l'état de santé physique, cognitive ou émotionnelle est insuffisant pour qu'ils puissent collaborer pleinement à l'administration des questionnaires ne sont pas tenus de se soumettre à toute la batterie d'évaluation de base pour pouvoir recevoir des services de stabilisation. Toutefois, une fois qu'un client stabilisé se montre intéressé à poursuivre le traitement, il devient nécessaire de lui administrer toute la batterie de base.

## LES CLIENTS QUI ACCÈDENT À DES SERVICES DE GESTION DU SEVRAGE

Les clients qui entrent dans un service de gestion du sevrage dans le but d'accéder à des services de traitement structurés – à l'externe ou en établissement – doivent se soumettre à la batterie complète. (Les sujets qui n'ont pas l'intention de passer à un traitement structuré pourraient eux aussi tirer avantage de l'administration de certains questionnaires d'évaluation, mais celle-ci n'est pas obligatoire.) Ainsi, si un client a été orienté vers des services de soutien en établissement dans un but de stabilisation et qu'il exprime le désir d'y demeurer pour acquérir des habiletés de la vie courante, l'administration de la batterie de base devient obligatoire et il faut appliquer les Critères d'admission et de congé.

## CAS SPÉCIAUX : MINORITÉS LINGUISTIQUES ET CULTURELLES

Les clients qui ne parlent ni anglais ni français et qui n'ont accès qu'à un seul programme de traitement dans leur langue et les clients qui n'ont accès qu'à un seul programme de traitement adapté à leur culture n'ont pas besoin d'être soumis à la batterie complète des outils d'évaluation de base, bien qu'une évaluation complète puisse être utile pour établir leur plan de traitement. Parmi ces clients, ceux qui pourraient ensuite souhaiter accéder à d'autres programmes de traitement structurés devront se soumettre à toute la batterie de base – avec l'aide d'un interprète versé dans leur culture, si nécessaire.

## LE RÔLE DE L'ÉVALUATEUR

À titre de conseillers spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, nous avons de nombreux rôles à assumer. En quoi consiste le rôle de l'évaluateur? En quoi diffère-t-il de celui du thérapeute? Qu'est-ce qui aide l'évaluateur à bien remplir son rôle et que doit-il éviter de faire?

Les clients qui se présentent à l'entretien d'évaluation initial peuvent se trouver à n'importe quel stade de changement. Il y a des clients :

- qui ne voient pas du tout leur consommation d'alcool ou de drogue comme un problème
- qui souhaitent se renseigner sur les substances intoxicantes, mais qui souhaitent s'en tenir au statu quo
- qui sont intéressés à réduire les méfaits de l'alcool ou de la drogue, mais pas nécessairement à modifier leurs habitudes de consommation

- qui sont disposés à modifier leurs habitudes de consommation d'une certaine substance, mais non d'une autre
- qui songent à apporter des changements dans leur consommation de drogue ou d'alcool, mais hésitent à faire le pas décisif
- qui sont prêts et déterminés à modifier leurs habitudes de consommation.

Nous devons offrir aux clients des interventions qui correspondent au stade de changement où ils se trouvent et éviter de présumer qu'ils en sont au stade de l'action. En effet, on estime que 20 % seulement des personnes présentant un problème d'alcoolisme de toxicomanie en sont au stade de l'action (Prochaska et coll., 1994).

Les clients qui entrent en contact pour la première fois avec le réseau étant fréquemment au stade de la précontemplation ou de la contemplation, il est essentiel que l'évaluateur intègre des stratégies de counseling motivationnel à l'administration des questionnaires d'évaluation.

Comment l'administration d'une batterie assez lourde de questionnaires d'évaluation peut-elle être utilisée pour inciter le client à modifier ses habitudes? En effet, les conseillers pourraient y voir un obstacle au changement, un monceau de paperasserie risquant de rebuter le client.

L'apprentissage de l'administration des questionnaires d'évaluation, l'établissement d'un profil clinique et l'interprétation des résultats de l'évaluation de manière propice à motiver le client à apporter des changements dans sa vie constituent un défi de taille pour l'évaluateur. Pourtant, avec la formation voulue et de la pratique, on peut y arriver! Si vous avez à vous occuper de l'évaluation, assurez-vous d'avoir une formation suffisante et d'être bien supervisé; vous pourrez ainsi remplir ce rôle avec assurance et fierté.

Il n'entre pas dans les attributions de l'évaluateur de fournir un traitement; son rôle se cantonne à déterminer la partie du continuum de soins correspondant le mieux aux atouts et aux besoins du client. Il s'agit pour l'évaluateur de recueillir juste assez de renseignements pour y parvenir en se servant des outils et en appliquant les Critères d'admission et de congé, puis d'amener le client à l'étape suivante de son rétablissement.

Lors de l'évaluation initiale, le rôle de l'évaluateur, qui requiert un haut niveau d'aptitudes cliniques et d'expertise, s'inscrit dans des limites très précises.

### Conseil clinique

*Il peut arriver que l'évaluateur se sente poussé à offrir immédiatement un traitement au client. Après tout, l'occasion risque de ne plus se représenter car le client pourrait ne pas revenir. Il importe cependant de réaliser que la tâche essentielle, aux étapes initiales, est d'établir une relation de confiance et de s'assurer que le client sait que l'on est déterminé à élaborer le meilleur plan de traitement possible, compte tenu de sa situation particulière et des traitements offerts. Il n'est pas toujours dans l'intérêt du client de précipiter les choses en lui offrant un traitement sur le champ.*

## ÉTAPES DE L'ÉVALUATION INITIALE ET PLANIFICATION DU TRAITEMENT

Le processus d'évaluation et les relations thérapeutiques comportent trois phases distinctes. Il est important de faire ce qui convient au bon moment. Si l'on se concentre trop tôt sur les outils ou la collecte de données, on risque de rebuter le client. L'inverse est également vrai : si l'on accorde trop peu d'attention aux renseignements personnels sur le client, on risque de lui donner l'impression que sa situation particulière est sans importance; le client pourrait alors se demander s'il vaut la peine qu'il se présente à d'autres entretiens.

Les étapes de l'évaluation initiale sont les suivantes :

1. la préparation du terrain
2. l'interaction dirigée
3. la rétroaction.

### LA PRÉPARATION DU TERRAIN

La première fois qu'on rencontre un client, on a l'occasion de donner le ton des rencontres futures. Que l'évaluateur œuvre en milieu communautaire, dans un service de gestion du sevrage ou dans un établissement, il peut créer une impression positive chez le client. Il se peut d'ailleurs que l'impression que le client se fait de lui rejoigne sur le continuum de soins tout entier. L'évaluateur a donc la responsabilité de représenter ce continuum de façon fidèle et objective.

L'entretien initial sert habituellement à obtenir des renseignements ou à confirmer les renseignements démographiques recueillis par téléphone ou au cours d'une évaluation préliminaire. On peut aussi en profiter pour recueillir des renseignements d'ordre médical (étape de sevrage, gestion des symptômes, capacité à passer à l'étape suivante, etc.).

Dans certaines situations ou pour certaines catégories de la population, le premier entretien n'est peut-être pas le bon moment pour administrer toute la batterie d'évaluation ou même l'un quelconque des questionnaires. L'évaluateur doit faire appel à son jugement clinique pour déterminer si le client est en mesure, ce jour-là, de se soumettre à des questionnaires et de bénéficier de cet exercice. Bien que l'utilisation des outils normalisés soit obligatoire pour les organismes subventionnés par les RLIS, il n'existe pas d'obligation d'administrer toute la batterie lors du premier entretien.

Afin de préparer un terrain propice à l'entretien, l'évaluateur doit :

- veiller à ce que la confidentialité et l'anonymat soient respectés
- s'assurer que le milieu est accueillant
- demander au client comment il se sent
- vérifier auprès du client si le moment de l'entretien est opportun
- établir de bons rapports avec le client

---

## Confidentialité et anonymat

- Le client peut-il s'exprimer librement et en toute confidentialité?
- Si le client se sert d'un ordinateur, est-ce que quelqu'un d'autre peut voir l'écran?
- Quelqu'un peut-il entendre la conversation entre le client et l'évaluateur?
- Le client peut-il entendre quelqu'un d'autre?
- Le client a-t-il été informé de son droit à la confidentialité des renseignements et des limites de celle-ci?

## Milieu accueillant

- Le milieu est-il accueillant?
- Les obstacles à l'accès ont-ils été supprimés?
- Le client se sent-il en sûreté lorsqu'il rentre et sort?
- L'espace personnel est-il suffisant pour le client?
- Le client peut-il faire une pause, au besoin?

### **Conseil clinique**

---

*Certains clients se sentent plus à l'aise que d'autres à l'ordinateur. Ne supposez pas d'emblée que le client ne souhaite pas entrer ses renseignements personnels dans un logiciel. De nombreux Ontariens de tous âges se servent régulièrement d'un ordinateur et de l'Internet.*

---

## État physique et mental du client

- Le client se sent-il physiquement apte à répondre aux questionnaires d'évaluation?
- Existe-t-il des circonstances particulières qui pourraient l'empêcher de se concentrer?
- Son état émotionnel lui permet-il de participer au processus d'évaluation?

## Moment opportun pour l'entretien

- Le moment fixé pour l'entretien convient-il au client?
- Le client était-il sur une liste d'attente et en est-il irrité?
- L'entretien a-t-il été fixé trop tôt? (Le client pourrait encore souffrir de symptômes de sevrage.)

## Établissement de liens avec le client

Veillez à :

- vous présenter
- préciser la durée de l'entretien
- expliquer votre rôle
- expliquer son rôle au client
- lui dire qu'il peut interrompre le déroulement de l'entretien pour poser des questions
- lui expliquer qu'il est important qu'il participe du mieux qu'il peut et qu'il pourra toujours rajouter des renseignements la fois suivante
- lui expliquer que vous allez examiner ensemble les problèmes et préoccupations qu'il peut avoir ou que d'autres peuvent avoir
- lui décrire tous les questionnaires d'évaluation qui seront utilisés ainsi que le processus d'administration et lui indiquer que vous lui expliquerez en détail l'interprétation des résultats et le mode de comptage. Donnez au client l'occasion de poser des questions et rassurez-le. Certains clients à qui les tests passés à l'école ont laissé de mauvais souvenirs pourraient éprouver une certaine appréhension.
- bien expliquer au client comment remplir les questionnaires auto-administrés, en lui indiquant ce que chacun d'eux est destiné à mesurer. Prenez le temps de répondre aux questions éventuelles du client et invitez-le à vous faire part de ses commentaires après qu'il a rempli chaque questionnaire.
- montrer au client tous les questionnaires en ligne. Montrez-lui les divers écrans et expliquez-lui le processus et la manière d'entrer les données. Mettez-vous à sa disposition et venez le voir de temps en temps au cas où il aurait des questions à vous poser.

Il est important de veiller à ce que tout soit en place pour que l'entretien se déroule au mieux, en prenant en compte les besoins du client et son état émotionnel et physique du moment. Un bon clinicien sait qu'il doit adapter le style des entretiens en fonction des différences individuelles entre les clients et en fonction des divers groupes démographiques.

Vous avez le loisir de mener des entretiens hors du cadre habituel (c'est-à-dire sur rendez-vous et dans un bureau) si vous jugez que cela peut être plus productif. Vous pouvez ainsi mener des entretiens durant des activités de loisirs – une partie de billard, par exemple. Vous pouvez également mener des entretiens individuels ou de groupe. On a parfois intérêt à écourter un entretien (lorsqu'on a affaire à des personnes âgées, par exemple) ou à faire une pause quand on juge que le client pourra ainsi mieux se concentrer plus tard. Si la tâche assignée semble trop difficile au client, n'hésitez pas à la sauter pour y revenir plus tard.

**Conseil clinique**

*Quand on a affaire à des jeunes, il peut être bon d'aller faire un tour à l'extérieur ou de les amener dans un endroit où ils se sentent à l'aise. Dans certaines situations, il peut être approprié d'aller trouver le client dans son milieu à lui pour mener l'entretien. Assurez-vous cependant qu'il y a suffisamment d'espace et que personne ne peut entendre votre conversation.*

**COMMENT S'Y RETROUVER DANS LES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ**

Les Critères d'admission et de congé constituent, en quelque sorte, la carte routière qui permet de s'orienter dans le réseau de traitement, alors que les outils d'évaluation servent à choisir sa destination. Les Critères d'admission et de congé et les outils d'évaluation reposent sur l'idée qu'une quantité déterminée de renseignements sur le fonctionnement dans sept catégories d'atouts et de besoins permet de prendre des décisions sur la meilleure façon d'orienter le client. Rappelons quelles sont ces catégories :

- le degré d'intoxication et les besoins en matière de sevrage
- les besoins médicaux et psychiatriques
- les besoins émotionnels et comportementaux
- la préparation au traitement
- la possibilité de rechute
- le milieu de rétablissement et le soutien dont dispose le client
- les obstacles au traitement et les ressources.

Les résultats de l'évaluation donnent des renseignements sur le fonctionnement du client dans ces sept catégories et permettent d'orienter les décisions relatives à l'application des Critères d'admission et de congé.

Il est important de rappeler que, s'il y a des exceptions à l'administration de la batterie complète d'outils d'évaluation, les Critères d'admission et de congé s'appliquent impérativement à tous les clients qui entrent en contact pour la première fois avec le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, quel que soit leur point d'entrée dans le continuum de soins.

## COMMENT NAVIGUER PARMIS LES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ

Pour lire ce qui suit, il vous faudra vous reporter aux Critères d'admission et de congé qui figurent à l'annexe A. À cet effet, vous pouvez soit imprimer les pages dont vous aurez besoin, soit ouvrir le document de manière à pouvoir faire le va-et-vient entre les Critères et le présent manuel. Commencez par examiner le premier des 16 arbres de décision, l'arbre de décision pour l'admission. Il donne une vue d'ensemble des Critères d'admission et de congé et illustre le cheminement d'un conseiller s'efforçant de déterminer de quelle manière poursuivre le traitement de son client. À chacune des bulles correspond une page qui décrit les Critères de façon complète.

Au haut de la page figure le titre « Évaluation préliminaire / détermination du problème ». La page suivante des Critères d'admission et de congé vous guide dans le processus d'évaluation initiale en vous aidant à découvrir ce que souhaite le client et à déterminer comment prendre en charge les problèmes importants qui doivent être réglés avant que le client n'entre dans le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Une fois les problèmes immédiats résolus, la première tâche de l'évaluateur est de passer en revue les quatre bulles au centre de l'arbre de décision pour l'admission. Ce sont des domaines qu'il importe d'examiner avant de diriger le client vers un traitement structuré. La première bulle a trait à l'évaluation pour les services de gestion du sevrage. Si la gestion du sevrage concerne votre client, vous passerez à l'arbre à deux branches *Évaluation du niveau ou de l'intensité appropriés pour les services de gestion du sevrage*. La première branche porte sur les troubles physiques complexes. À gauche figure une liste de troubles aigus qui motiveraient une orientation du client vers des services d'urgence et à droite une liste de troubles justifiant une consultation médicale. La deuxième branche indique les critères pour l'orientation vers un service de gestion du sevrage en établissement (critères de gauche) ou à l'externe, si ce service existe (critères de droite).

La deuxième bulle de l'arbre de décision pour l'admission porte sur le besoin de services de stabilisation. Les clients concernés peuvent être traités à l'externe ou en établissement. En outre, une stabilisation temporaire ou initiale peut commencer dans le cadre de services de gestion du sevrage.

Parmi les clients dirigés vers un traitement à l'externe dans un but de stabilisation, on trouve :

1. Les personnes qui ne sont pas prêtes à modifier leurs habitudes de consommation d'alcool ou de drogues et qui bénéficieraient probablement de counseling motivationnel.
2. Les personnes qui ne peuvent pas prendre part à un traitement structuré, soit en raison d'une mauvaise santé, soit en raison de limitations cognitives (une situation qui peut changer au fil du temps grâce à des soins de base) et qui habitent dans un endroit sûr où elles sont soutenues.

Les clients qui ne peuvent pas prendre part à un traitement structuré et qui n'habitent pas dans un endroit sûr où elles sont soutenues pourraient avoir avantage à résider, durant la phase de stabilisation, dans un établissement offrant des soins de base et des services de soutien.

Pour les clients qui pourraient avoir besoin de stabilisation, que ce soit à l'externe ou en établissement, une évaluation s'impose (voir l'arbre *Évaluation des besoins du client en matière de services de stabilisation*). Le questionnaire BASIS-32 et le Questionnaire médical, deux éléments importants de la batterie d'évaluation de base, peuvent être utilisés pour déterminer les domaines à problèmes.

Si, une fois stabilisé, le client désire une admission à un traitement structuré, il devra subir toute la batterie de base.

La troisième bulle de l'arbre de décision pour l'admission concerne le besoin de services médicaux ou psychiatriques. L'arbre [Évaluation des besoins du client en matière de services médicaux et psychiatriques](#) énumère les critères sur lesquels fonder la décision.

Si le client présente l'un quelconque des troubles énumérés, si la gravité du ou des problèmes est suffisante pour entraver le traitement de la toxicodépendance, et si ces problèmes ne font pas l'objet d'un traitement médical ou psychiatrique, il peut être justifié de l'envoyer subir un examen médical ou psychiatrique.

La quatrième bulle de l'arbre de décision pour l'admission porte sur le besoin de services de soutien en établissement. On n'y offre pas de programmes de traitement structurés, mais les clients peuvent suivre de tels programmes à l'externe. Les clients peuvent accéder à des services de soutien en établissement soit avant le traitement (dans un but de stabilisation), soit pendant qu'ils reçoivent un traitement ailleurs (pour pouvoir vivre dans un milieu propice durant leur traitement), soit après le traitement. Dans le premier cas, il n'est pas nécessaire de répondre aux sept questionnaires de base. Toutefois si, une fois stabilisé, un client choisit une admission à un programme de traitement, l'administration de la batterie devient obligatoire. Les deux autres catégories de clients, à savoir ceux qui vivent en établissement et sont traités ailleurs et ceux qui y résident pour obtenir un soutien après traitement) ont déjà subi toute la batterie comme préalable à leur orientation. Bien entendu, le renvoi à des services de soutien en établissement est basé sur les Critères, même si la batterie n'est pas toujours administrée.

Pour déterminer où situer le client de façon optimale dans le réseau, on doit toujours appliquer les Critères d'admission et de congé, mais on n'a pas toujours besoin d'administrer les questionnaires. Il se peut que la batterie d'évaluation n'ait pas encore été administrée à votre client au moment où vous examinez les quatre bulles pour voir s'il répond aux critères énoncés. Le client qui a besoin d'être stabilisé ou traité de façon non structurée peut accéder sans cette évaluation aux services indiqués dans ces bulles. La batterie d'évaluation de base est destinée aux clients souhaitant recevoir un traitement programmé et structuré, à l'externe ou en établissement. Le client qui est dirigé vers des services de gestion du sevrage ou des services de soutien en établissement et qui souhaite recevoir par la suite un traitement structuré doit d'abord se soumettre à toute la batterie.

La boîte au-dessous des bulles de l'arbre de décision pour l'admission indique que de nombreux clients qui ont recours aux services décrits dans ces bulles passent ensuite à des services de traitement structurés. C'est alors que les outils d'évaluation s'avèrent particulièrement utiles (ils sont d'ailleurs obligatoires) pour choisir, en fonction des Critères, le traitement le plus approprié (en établissement ou à l'externe), compte tenu des atouts et des besoins du client. Les autres arbres aident à naviguer les diverses avenues jusqu'à ce qu'on ait déterminé le meilleur traitement possible en fonction des caractéristiques du client, de ses préférences et des considérations d'ordre clinique. Appliqués conformément avec le profil établi grâce aux outils d'évaluation de base et à toute autre procédure de recueil de renseignements essentiels, les Critères d'admission et de congé garantissent à tous les clients l'accès au service le plus approprié du réseau de traitement de la toxicodépendance.

L'[arbre de décision pour le congé](#) renvoie aux critères utilisés pour déterminer si un client est prêt à recevoir son congé du service où il se trouve pour être dirigé soit vers un service d'un autre niveau ou d'une intensité différente, soit vers un service de traitement externe. Pour ce faire, il faut réadministrer certains outils d'évaluation pour effectuer une comparaison avec les scores de l'évaluation initiale. On pourra ainsi mesurer les progrès au niveau du fonctionnement et recueillir des renseignements à mettre en correspondance avec les critères de congé.

## COMMENT UTILISER DASIT

DASIT est une base de données provinciale sur le profil démographique des clients, les indicateurs d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu problématique et les services offerts aux Ontariens. DASIT fournit des renseignements sur les clients qui ont bénéficié de services de traitement subventionnés par les RLISS. Tous les programmes subventionnés par les RLISS leur remettent, deux fois par an, des données sur les clients et sur les activités de leurs services. Cela permet d'établir le profil provincial et celui de chaque organisme.

L'emploi de DASIT est obligatoire pour les organismes subventionnés par les RLISS. Les données saisies sur le logiciel Catalyst portent sur le sexe, l'âge, la substance de choix, les habitudes de consommation et les médicaments repérés comme pouvant faire l'objet d'un usage problématique.

Catalyst offre une prise en charge complète de l'évaluation normalisée ainsi que des Critères d'admission et de congé. On y trouve les outils d'évaluation normalisés et d'autres formulaires obligatoires, et des dispositions peuvent être prises pour que les prestataires de services puissent télécharger et imprimer les formulaires à partir du site de DASIT. Les réponses fournies à l'occasion de l'évaluation ainsi que les courbes et les scores obtenus peuvent être entrés directement dans Catalyst. Pour les outils assortis de scores (QAT, SOCRATES, BASIS 32, QCCD, SSP), Catalyst a été programmé pour calculer automatiquement les scores des clients.

Les renseignements figurant sur le Questionnaire médical sont intégrés à la partie de Catalyst qui porte sur la santé. Catalyst permet aussi de faire suivre certains renseignements concernant les clients orientés vers d'autres organismes participants, sous réserve de l'obtention de leur consentement éclairé, et il contient des rappels sur la nécessité d'obtenir un tel consentement avant de transmettre des renseignements quelconques.

Tableau 3 : Principales caractéristiques des outils d'évaluation de base – Liste A

Mesure	Objectif	Utilité clinique	Âge de la population cible	Existence de normes?	Propriétés psychométriques citées ou documentées	Options	Durée d'administration	Formation nécessaire?	Frais d'utilisation?	Substance(s) particulière(s), le cas échéant
Questionnaire sur la consommation de psychotropes QCP	Obtenir des renseignements détaillés sur la consommation d'alcool / de drogues au cours des 90 derniers jours	Établissement du niveau de traitement et des objectifs	Adultes et adolescents	S/O	Fiabilité test-retest	Entretien semi-dirigé	20 min. (selon la consommation d'alcool ou de drogues durant la période)	Oui	Permission nécessaire	Utilise les catégories de drogues de DASIT
Questionnaire sur les répercussions...	Mesurer la gravité et l'étendue des répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie	Établissement du niveau de traitement et des objectifs	Adultes et adolescents	Non	Aucune	Entretien	10 min.	Minime	Permission nécessaire	Détermine les effets de toutes les substances consommées durant la période visée
SOCRATES	Mesurer l'état de préparation au changement	Établissement du niveau de traitement et des objectifs	Adultes	Oui	Fiabilité test-retest	Auto-administration avec papier et crayon	10 min.	Minime	Non	Version 8A pour l'alcool et 8D pour les drogues
BASIS-32	Mesurer le degré de fonctionnement du client dans divers domaines de la vie quotidienne pour la semaine écoulée	Bilan de la santé mentale	Adultes et adolescents	Oui	Fiabilité, validité (4, 5)	- Auto-administration avec papier et crayon - Entretien dirigé	10 min.	Oui	Le MSSLD détient les droits d'utilisation dans la province	Difficultés aux niveaux de la relation à soi-même et à autrui, des AVQ, et de la capacité à assumer son rôle, ainsi que dépression et anxiété, comportement impulsif ou de dépendance, psychose

Suite en page suivante

Tableau 3 : Principales caractéristiques des outils d'évaluation de base – Liste A (Suite)

Mesure	Objectif	Utilité clinique	Âge de la population cible	Existence de normes?	Propriétés psychométriques citées ou documentées	Options	Durée d'administration	Formation nécessaire?	Frais d'utilisation?	Substance(s) particulière(s), le cas échéant
ssp	Évaluer la qualité des relations avec la famille et les amis	Indications sur le milieu où le rétablissement s'effectuerait	Adultes	Oui	Rice et Longabaugh, 1996	Auto-administration avec papier et crayon	2 min.	Non	Non	S/O
occd	Le client évalue sa capacité à éviter de trop boire ou de prendre de la drogue en diverses situations	Suivi des progrès du client en traitement, avec prise en compte de la possibilité de rechute	Adultes	Oui, par âge et par sexe	Fiabilité (2, 3), validité	Auto-administration avec papier et crayon	3 min.	Minime	Permission requise	Les réponses du client ne concernent qu'une seule substance problématique (alcool inclus)
QAT	Mesurer le degré de motivation	Mesure de la motivation intrinsèque, extérieure et introjectée	Adultes		Fiabilité, validité	Auto-administration avec papier et crayon	10 min.	Minime	Non	S/O

Tableau 4 : Principales caractéristiques des outils complémentaires – Liste B

Mesure	Objectif	Utilité clinique	Âge de la population cible	Existence de normes?	Propriétés psychométriques citées ou documentées	Options	Durée d'administration	Formation nécessaire?	Frais pour droit d'usage	Substance(s) particulière(s), le cas échéant
ADS	Mesurer le degré de dépendance à l'alcool, en fonction du syndrome de dépendance	Dépistage, détermination du niveau de traitement et établissement des objectifs	Adultes	Oui, pour plusieurs populations	Fiabilité, validité (6, 7)	- Auto-administration avec papier et crayon - Entretien - Auto-administration avec ordinateur	5 min.	Oui	Oui	Alcool
DAST	Mesurer la gravité des problèmes engendrés par la consommation de drogues	Dépistage, détermination du niveau et des objectifs de traitement	Adultes	Oui	Fiabilité, validité (8, 9)	Auto-administration avec papier et crayon	5 min.	Formation de base	Oui	Substances autres que l'alcool et le tabac
DASES	Mesurer la capacité de résister à la tentation de consommer de l'alcool ou de la drogue (efficacité personnelle)	Évaluation des possibilités de rechute; planification du traitement et détermination des objectifs	Jeunes	Oui, jeunes poly-toxicomanes	Validité prédictive, fiabilité	- Auto-administration avec papier et crayon - Entretien	10 min.	Non	Non	Les questions portent sur la consommation de drogues ou d'alcool
MAST	Dépistage rapide et efficace des problèmes d'alcoolisme sur toute la vie	Dépistage de l'alcoolisme dans diverses populations	Adultes	Non	Fiabilité, validité	Auto-administration avec papier et crayon	10 min.	Non	Non	Alcool seulement. Pour la drogue, voir DAST (l'équivalent)

Suite en page suivante

Tableau 4 : Principales caractéristiques des outils complémentaires – Liste B (Suite)

Mesure	Objectif	Utilité clinique	Âge de la population cible	Existence de normes?	Propriétés psychométriques citées ou documentées	Options	Durée d'administration	Formation nécessaire?	Frais pour droit d'usage	Substance(s) particulière(s), le cas échéant
QBDA	Mesurer la dépendance à l'alcool	Détermination du niveau et des objectifs de traitement	Adultes	Oui, jeunes contrevenants de sexe masculin	Fiabilité, validité	Auto-administration avec papier et crayon	2 à 5 min.	Non	Non	Alcool
PESQ	Dépistage de l'alcoolisme et de la toxicomanie	Dépistage des adolescents qui devraient faire l'objet d'un renvoi pour une évaluation plus approfondie de leur toxico-dépendance	Adolescents	Oui, pour plusieurs populations	Cohérence interne. Validité du contenu, des critères et de la conception	Auto-administration avec papier et crayon	5 min.	Non	Oui	Alcool et drogues
<i>Guided Format for Consultation with Families</i> (Consultation dirigée auprès des familles)	Déterminer la consommation problématique d'alcool et de drogues chez l'ensemble des membres de la famille et ses répercussions sur la vie courante	Planification du traitement et détermination des objectifs	Familles	Non	S/O	Entretien	S/O	Oui	Non	Alcool et drogues

Suite en page suivante

Tableau 4 : Principales caractéristiques des outils complémentaires – Liste B (Suite)

Mesure	Objectif	Utilité clinique	Âge de la population cible	Existence de normes?	Propriétés psychométriques citées ou documentées	Options	Durée d'administration	Formation nécessaire?	Frais pour droit d'usage	Substance(s) particulière(s), le cas échéant
Mesures ne portant pas sur l'emploi d'alcool ou de drogues										
Échelle Rosenberg d'estime de soi	Mesurer l'estime de soi		Adultes	Oui, population générale	Fiabilité, validité	Auto-administration avec papier et crayon	5 min.	Formation de base	Non	S/O



# Chapitre 3

## LA CONDUITE DE L'ENTRETIEN

Les éléments essentiels d'un entretien réussi .....	46
L'interaction dirigée .....	48
La rétroaction auprès du client .....	49

## LES ÉLÉMENTS ESSENTIELS D'UN ENTRETIEN RÉUSSI

Le [chapitre 2](#) présentait les éléments constitutifs d'un bon processus d'évaluation. Le présent chapitre traite des éléments essentiels d'un entretien réussi. Ce faisant, nous examinons certains problèmes auxquels se heurtent souvent les conseillers et nous offrons certains conseils utiles pour la pratique clinique.

Pour un entretien réussi, il convient :

### 1. *D'appliquer les principes de l'entretien motivationnel :*

- Employer des stratégies de counseling permettant d'établir de bons rapports avec le client
- Employer des stratégies de counseling propres à affaiblir la résistance du client
- Employer des stratégies de counseling axées sur le client

### 2. *De faire ce qu'il faut au bon moment :*

- Faire appel à son jugement clinique pour déterminer à quel moment se servir des outils au cours de l'entretien
- Recourir à des interventions conçues en fonction de l'étape de changement où se trouve le client

### 3. *De poser au client des questions ouvertes, de le guider et de recueillir des renseignements à son sujet, en sachant faire à chacune de ces activités la part qui lui revient.*

### 4. *De faire appel à son jugement clinique :*

- Convient-il d'utiliser les outils pour ce client particulier?
- Convient-il d'utiliser les outils lors du présent entretien?
- Les outils peuvent-ils être utilisés dans le cadre de l'entretien? Est-il préférable de les utiliser dans un autre cadre? Vaut-il mieux laisser le client répondre aux questions chez lui?

### 5. *De s'appuyer sur les pratiques exemplaires :*

- Utiliser des normes cliniques qui respectent la diversité
- Utiliser des normes cliniques fondées sur la recherche et présentant une utilité pratique

Au chapitre 2, nous avons offert un certain nombre de conseils sur la manière d'aider le client à se sentir en confiance dans le cadre de la relation thérapeutique. Le client a besoin de comprendre le rôle du conseiller – ce qu'il peut et ne peut pas faire – et les relations qu'il entretient avec les autres sources d'orientation. Il doit aussi comprendre son propre rôle dans l'équation.

Tous les facteurs ci-dessus sont essentiels pour assurer le succès de l'entretien. Le succès dépend aussi du style et de la forme de l'entretien et de son but ainsi que d'autres éléments, comme la situation dans laquelle se trouve le client.

« Le style d'interaction du thérapeute avec le client semble être presque aussi important, sinon plus, que ses vues personnelles ou celles de l'école de pensée à laquelle il se rattache. Cela semble indiquer que le style du thérapeute, une variable souvent négligée dans la recherche sur les résultats, joue un rôle déterminant dans le succès du traitement. » (Miller et Rollnick, 1991, p. 4).

Ce manuel vous aidera à cultiver un style d'entretien qui suscite l'intérêt du client et qui l'incite à venir à d'autres rendez-vous, si cela entre dans vos attributions. C'est tout un art que d'intégrer les outils structurés à l'entretien. Le conseiller a une tâche complexe puisque, dans le cadre de l'entretien, il doit à la fois établir de bons rapports avec le client, recueillir des renseignements auprès de lui et lui offrir des renseignements utiles.

### Problème clinique

*Question* : Que dois-je faire si mon client est sous l'emprise de la drogue ou ivre?

*Examen de la question* : Si le client est sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool, l'impression qu'il aura de vous risque d'en être affectée ainsi que celle que vous aurez de lui! Le premier entretien ne devrait pas avoir lieu alors que cette emprise est trop forte. Que doit-on entendre par « trop forte »? Quand doit-on reporter un entretien et quelles sont les conséquences possibles d'une telle décision? Pour répondre à ces questions, il faut considérer plusieurs facteurs.

1. *Le milieu de soins* : Certains organismes ont une politique sur ce qu'il y a lieu de faire lorsque le client est sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue. Il devrait y avoir des politiques pour toutes les substances. Par ailleurs, il existe des cours portant sur l'état d'intoxication et sur la façon de déterminer si un client est trop intoxiqué pour participer à un entretien. La réponse à la question est donc fonction des politiques de votre organisme et de la tâche à accomplir.

Certains établissements disposent d'un éthylomètre et leurs clients doivent se soumettre à un alcootest. Le taux d'alcoolémie permet alors de déterminer si l'entretien peut avoir lieu ou s'il faut fixer un autre rendez-vous.

Le degré d'intoxication du client permet de déterminer si l'administration des questionnaires sera utile ou non. Plutôt que de demander à leurs clients de ne pas être sous l'influence de l'alcool ou de la drogue ou de ne pas avoir consommé ces substances au cours des 24 heures précédentes, les organismes devraient établir un niveau seuil d'intoxication.

2. *La drogue consommée* : Il existe des différences entre établissements au sujet de la consommation de substances particulières. Ainsi, un organisme pourrait avoir une politique dictant que les clients doivent s'abstenir de prendre certaines drogues avant l'entretien, mais pas toutes. À titre d'exemple, les clients seraient autorisés à prendre les médicaments qui leur ont été prescrits, mais pas ceux qu'ils se sont procurés de façon détournée. Soulignons qu'il n'est pas toujours possible pour le clinicien de se rendre compte qu'un client a pris un psychotrope, si cela n'est pas manifeste dans son comportement ou son apparence.

3. *La tâche à accomplir pendant l'entretien* : Si l'entretien d'admission ou d'évaluation préliminaire a lieu dans un service de gestion du sevrage, on y admettra normalement le client, à moins qu'on ne craigne des complications médicales liées au sevrage. Pour les services de traitement ou de soutien en établissement, l'entretien servant à recueillir des renseignements divers sera le plus souvent reporté. Pour tout service exigeant l'abstinence, l'entretien d'admission n'aura normalement pas lieu et le client sera orienté vers un service de gestion du sevrage ou un autre service approprié.

Si le client sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool n'est pas en état de participer à l'entretien, il importe de veiller à sa sécurité ainsi qu'à celle des personnes avec qui il pourrait entrer en contact. Il faudra peut-être alors orienter le client vers un service de gestion du sevrage ou vers un service d'urgence.

4. *La capacité du client à s'abstenir d'alcool ou de drogue ou à en faire un usage modéré* : Il peut arriver qu'un client ne soit pas capable de venir à un rendez-vous sans être sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool, auquel cas on devra s'entendre avec lui sur certaines conditions pour qu'il puisse quand même se présenter au centre et accéder aux services qu'il offre. Il existe des stratégies pour aider les clients à réduire graduellement leur consommation de sorte qu'à un moment donné ou à une date fixée, ils puissent se présenter à leurs rendez-vous sans être sous l'emprise de substances intoxicantes.
- 

## L'INTERACTION DIRIGÉE

Il se peut que l'entretien initial ait plusieurs objectifs. Il faut parfois tenir compte des besoins immédiats du client tout en s'efforçant d'établir un bon rapport avec lui. On doit en outre effectuer une évaluation afin de pouvoir aiguiller le client en fonction de ses résultats. L'entretien doit être structuré et utile du point de vue du client. Dans un organisme donné, le clinicien devrait appliquer à tous les clients la même structure d'entretien afin d'acquérir les habiletés nécessaires pour les amener – en faisant preuve d'empathie à leur égard – à lui communiquer des renseignements personnels. Le clinicien et le client doivent avoir une idée précise de l'objet de l'entretien. Celui-ci vise à :

- faire une évaluation objective de la consommation d'alcool ou de drogue par le client
- recueillir des données de base afin de permettre la rétroaction
- analyser les répercussions de la consommation d'alcool ou de drogue sur divers aspects de la vie du client
- examiner la perception qu'a le client des risques associés à cette consommation
- lui donner l'occasion de comparer ses habitudes de consommation et leurs conséquences à celles d'autres clients et à celles de l'ensemble de la population (taux de référence), l'objet de cette comparaison étant de mieux renseigner le client sur la consommation responsable.

L'entretien d'évaluation structuré permet au clinicien de recueillir toutes les données nécessaires pour pouvoir cerner des objectifs en collaboration avec le client et déterminer la nouvelle étape du traitement.

### Problème clinique

*Question* : L'utilisation des outils constitue-t-elle une entrave à l'établissement de bons rapports entre le conseiller et son client?

*Examen de la question* : Les outils doivent être employés en temps utile et dans le cadre approprié. Une fois que vous vous serez familiarisé avec leur administration, vous verrez qu'il est possible de maintenir de bons rapports avec le client durant la conduite de l'évaluation à l'aide des outils.

Veillez à :

- présenter chaque outil
- en expliquer l'objet
- expliquer ce qu'il mesure et la manière dont vous et le client utiliserez cette information.

Assurez-vous d'avoir suffisamment de place pour étaler tous les documents nécessaires à l'administration de la batterie. Il est utile d'avoir une petite table à cet effet. De cette manière, on peut examiner les documents en même temps que le client; on peut aussi l'y faire asseoir pour qu'il remplisse les questionnaires par lui-même.

### Conseil clinique

*Il est bon de pratiquer l'administration des outils avec un collègue ou avec son superviseur pour acquérir une certaine aisance. Savoir utiliser les questionnaires et les expliquer de façon simple, faire le compte des résultats et les interpréter, ça ne s'improvise pas. Rappelons l'importance de bien expliquer les outils au client, notamment leur raison d'être, en lui faisant comprendre que le temps qu'il consacrerà à l'évaluation sera utile à la planification de son traitement.*

Si vous n'en êtes pas vous-même convaincu, vous ne pourrez pas convaincre le client de la valeur des outils. Un bon évaluateur maîtrise le processus d'évaluation, il y croit et il sait persuader le client de son utilité.

## LA RÉTROACTION AUPRÈS DU CLIENT

Les résultats de l'évaluation permettent de fournir au client une rétroaction individualisée. En apportant ses commentaires, le conseiller appliquera les principes de l'entretien motivationnel et des stratégies de counseling adaptées au stade de changement où se trouve le client afin de l'impliquer dans la décision relative au traitement.

Le fait pour le client de recevoir une rétroaction personnalisée, de voir ses scores et de découvrir l'interprétation de ses résultats peut fortement le motiver. On peut offrir une rétroaction personnalisée soit immédiatement après l'évaluation, soit lors d'une séance ultérieure, en fonction des impératifs liés au milieu de soins.

Lorsque la rétroaction est personnalisée, elle est plus pertinente pour le client et elle suscite chez lui une prise de conscience au sujet de ses habitudes de consommation. Il faut savoir que certains clients n'envisagent pas leurs habitudes de consommation ainsi. Il se peut qu'ils soient surpris de voir leurs scores finals. Aux différents stades de changement, les clients profitent différemment de la rétroaction personnalisée.

---

Sur la façon de développer un style personnel d'entretien à l'aide des principes de l'entretien motivationnel et d'aider le client à chaque étape grâce à une rétroaction personnalisée, voir l'[annexe B, L'importance de l'entretien motivationnel](#).

---

### **Conseil clinique**

---

*Durant l'entretien :*

- *Prenez le temps nécessaire pour faire part au client de vos commentaires.*
- *Exprimez-vous clairement, sans utiliser de jargon.*
- *Remettez au client une copie des commentaires ou des résultats pour qu'il puisse suivre et expliquez-lui comment se déroulera l'entretien.*
- *Dites-lui qu'il peut vous interrompre en tout temps pour poser des questions.*
- *Ne vous posez pas en expert. Après avoir expliqué chaque outil, demandez au client s'il comprend, s'il a des questions ou s'il souhaite faire une pause pour réfléchir.*
- *Observez la gestuelle du client et les autres signes de résistance, d'anxiété ou de soulagement. Employez des techniques motivationnelles – questions ouvertes, écoute réflexive et reflet amplifié – pour amener le client à réagir.*
- *Sachez que votre interprétation des résultats ne comptera pas autant, pour le client, que la sienne propre!*

*Les renseignements abstraits sur d'autres consommateurs de psychotropes, sur les données de recherche ou sur l'expérience clinique du conseiller ne sont pas suffisants pour amener le client à prendre une décision. Il importe également de faire le rapprochement entre la situation du client et ses scores et des données pertinentes sur d'autres consommateurs qui n'éprouvent pas de problèmes, sur la population desservie par votre organisme ou sur des personnes qui ont altéré leurs habitudes de consommation grâce aux services offerts par le réseau. Dire au client qu'il boit trop n'a pas le même impact que le fait de lui dire que sa consommation totale d'alcool par semaine est proche de la consommation moyenne des autres clients du réseau, car cela indique au client qu'il est au bon endroit pour obtenir de l'aide.*

---

### Problème clinique

Il se peut que vous vous demandiez « Comment être certain que mon client dit bien la vérité? »

Lorsqu'ils se sentent en sécurité, les clients communiquent des renseignements dignes de foi. Il se peut qu'un client ne veuille pas donner « tous » les renseignements tout de suite, mais il pourrait décider de s'ouvrir davantage par la suite. Au début d'un entretien d'évaluation, il est bon de mentionner cette possibilité en disant « J'espère que vous répondrez aux questions avec franchise. Cette évaluation est faite pour vous aider et plus vous donnerez de renseignements, plus elle sera utile. Je sais qu'il faut du temps pour se sentir en confiance et vous avez peut-être le sentiment que tout révéler tout de suite pourrait vous rendre vulnérable. Si vous désirez modifier ou ajouter quoi que ce soit plus tard, n'hésitez pas à le faire. »

Les recherches montrent que la description du client par lui-même est généralement fiable en autant que son taux d'alcoolémie n'est pas supérieur à la limite au moment de l'entrevue et en autant qu'il n'a rien à perdre en disant la vérité.

### Problème clinique

*Question* : Comment inciter les clients soumis à un traitement obligatoire à dire la vérité quand cela pourrait se traduire par la perte de leurs enfants, de leur liberté, de leur emploi ou de leurs prestations d'aide sociale?\*

*Examen de la question* : Informez bien les clients de votre obligation de faire rapport de certains renseignements aux Services à l'enfance et à la famille. Informez-les de leurs droits à la confidentialité – dans la mesure permise par la loi – et de leurs droits relatifs au consentement éclairé et à la protection ou à la défense de leurs intérêts.

Il peut être utile de dresser un tableau décisionnel pour bien faire voir au client les avantages et les inconvénients qu'il y a à dire toute la vérité plutôt que des bribes afin de le laisser décider en toute connaissance de cause.

En dressant – en collaboration avec le client – une liste des arguments pour et contre un choix particulier, vous parviendrez à une décision éclairée.

Il faut expliquer au client que sa participation est importante et qu'elle influera sur ses résultats et leur interprétation. Certains clients trouveront encourageant d'apprendre qu'une évaluation fidèle pourrait montrer que leur consommation d'alcool se situe dans des limites acceptables ou qu'elle dépasse de peu les normes de consommation responsable. L'évaluation pourrait révéler que leur problème n'est pas si grave! Il arrive que des clients soient aiguillés à tort, au motif qu'ils sont alcooliques ou toxicomanes. En effet, lorsqu'un client a un passé marqué par de mauvaises décisions ou des choix de vie inappropriés (alcoolisme ou toxicomanie), on en tire parfois la conclusion qu'il a toujours les mêmes problèmes.

Vous parviendrez peut-être à convaincre le client qu'à long terme, sa pleine participation est dans son intérêt. Essayez de faire comprendre au client que vous ne pouvez pas défendre ses intérêts si vous n'êtes pas parfaitement au courant de sa situation.

\* Il importe de mentionner que les clients doivent être bien informés des limites relatives à la confidentialité des renseignements.



# Chapitre 4

## LES PROBLÈMES CLINIQUES ASSOCIÉS AUX OUTILS NORMALISÉS

Introduction.....	54
Les problèmes particuliers des différents contextes de traitement .....	54
Services de gestion du sevrage .....	54
Services de traitement communautaires .....	57
Services de soutien en établissement .....	57
Services de traitement en établissement .....	58
Modèles pour l'administration des questionnaires d'évaluation .....	60
La gestion du temps .....	61
La gestion de la résistance.....	64
Stratégies de counseling.....	65
Considérations particulières .....	66
Les préférences du client et ses options.....	67
Exemple de rétroaction .....	69

---

## INTRODUCTION

Le présent chapitre traite des problèmes liés à l'application des outils d'évaluation normalisés, l'initiative la plus ambitieuse en matière de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie à ce jour en Ontario. Il y est question, en particulier, de certains secteurs qui auront le plus de défis à relever à cet égard, nommément :

- les services de gestion du sevrage
- les services de traitement communautaires
- les services de soutien en établissement
- les services de traitement en établissement.

Ce chapitre traite des points suivants :

- modèles novateurs de services et de traitement
- gestion du temps.

## LES PROBLÈMES PARTICULIERS DES DIFFÉRENTS CONTEXTES DE TRAITEMENT

### SERVICES DE GESTION DU SEVRAGE

Jusqu'ici, faute de moyens, les services de gestion du sevrage (*Withdrawal Management Services* ou wms) ne faisaient pas l'évaluation de leurs clients, mais nombre d'entre eux avaient établi des protocoles pour que des prestataires d'autres services de traitement viennent évaluer leurs résidents sur place. Par le passé, c'était le milieu de traitement où le client avait des chances d'être admis qui se chargeait de l'évaluation. À présent, les responsables locaux de la planification devront déterminer s'il est judicieux de continuer dans cette voie ou s'il existe de meilleurs moyens d'effectuer l'évaluation des résidents des wms.

Les collectivités peuvent décider que l'évaluation normalisée sera effectuée par :

- les prestataires de wms
- les prestataires de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie à l'externe
- les prestataires de traitement en établissement
- les points d'entrée dans le réseau les plus utilisés.

Dans chaque collectivité, un comité de mise en œuvre est chargé de prendre des décisions sur la meilleure façon d'organiser l'administration des questionnaires d'évaluation, et ce, du triple point de vue du réseau, des clients et des prestataires de services et de soins. Pour ce faire, les comités de mise en œuvre doivent tenir compte de l'effet des protocoles envisagés sur les ressources existantes. Par ailleurs, ces protocoles doivent s'appuyer sur l'existence de prestataires de soins bien formés et expérimentés, ce qui suppose :

- que ces prestataires reçoivent une formation sur le mode d'administration et d'interprétation des questionnaires
- qu'ils reçoivent une formation relative aux Critères d'admission et de congé et qu'ils s'engagent à les appliquer
- que les services des prestataires de soins soient utilisés de façon optimale dans tous les contextes cliniques.

### Questions fréquemment posées

Quels outils doit-on administrer dans un service de gestion du sevrage?

Tous les clients considérés comme prêts à prendre part à un traitement structuré doivent subir une évaluation à l'aide des sept outils pour pouvoir être aiguillés vers un traitement approprié.

La batterie peut être administrée soit au WMS soit dans le cadre d'une collaboration du WMS avec d'autres prestataires de services. Un client pourrait ainsi se voir administrer une partie de la batterie au WMS et le reste à l'externe. Ce qui compte, c'est que les sept questionnaires soient administrés avant l'admission au traitement, et non où ils sont administrés ni par qui.

La formule adoptée dépendra des décisions locales en matière de planification ainsi que des ressources du WMS (à savoir le personnel qualifié pour fournir des services d'évaluation). La batterie sera administrée sur place si les conditions s'y prêtent. Par ailleurs, le WMS pourrait choisir de n'administrer que certains questionnaires pour déterminer comment faire passer le client à l'étape suivante.

Supposons qu'un client déclare qu'il aimerait parler à quelqu'un de son intention de changer ses habitudes de consommation. Une personne du WMS pourrait alors lui administrer le SOCRATES, le QAT et le Questionnaire médical pour déterminer si le stade de changement où il en est permet de planifier un traitement. Si le client est sans abri, on le dirigera vers un refuge et on lui fixera un rendez-vous au centre de traitement communautaire local pour un entretien d'évaluation. Ses scores et résultats seront alors entrés dans DASIT et ils pourront être transmis à ce centre.

Si l'on a des doutes sur la motivation du client et sa préparation au traitement, une personne du WMS pourrait lui administrer les questionnaires SOCRATES et QAT. Les scores obtenus aux sous-échelles indiqueront s'il est véritablement prêt à recevoir un traitement et quelles raisons le poussent à vouloir poursuivre le traitement. Le profil du client ainsi établi à partir des outils pourrait clairement indiquer qu'il n'est pas intéressé à passer à une nouvelle phase du traitement. Les chapitres qui suivent expliquent comment les outils peuvent aider à déterminer l'étape à laquelle faire passer le client.

Si, avant de donner son congé à un client, le conseiller n'est pas certain de l'étendue du soutien sur lequel celui-ci estime pouvoir compter, il lui administrera le SSP. Les réponses au questionnaire renseigneront le clinicien sur la façon dont le client perçoit le soutien offert par sa famille et ses amis et elles l'aideront à déterminer si une période de stabilisation s'impose ou si des services de soutien en établissement pourraient aider le client pendant qu'il terminera son évaluation.

Tous les résidents des établissements offrant des services de gestion du stress sont-ils évalués?

Non. Comme dans les autres contextes de traitement, certains clients des WMS ne font l'objet d'aucune évaluation, à savoir les clients au stade de la précontemplation et ceux qui ont besoin d'une période de stabilisation (pour connaître le pourcentage de leur clientèle qui a, par le passé, été orientée vers des programmes de traitement, les WMS devraient consulter leurs statistiques annuelles sur DASIT). Cependant, tous les clients qui font l'objet d'une orientation en vue d'un traitement doivent se soumettre à une évaluation complète avant d'y être admis.

Il est prévu qu'une partie des personnes admises n'auront pas à se soumettre à des évaluations. C'est une situation à suivre de près; il serait utile d'avoir des estimations précises sur le pourcentage des personnes admises qui sont prêtes à être traitées. Les recherches indiquent qu'environ 20 % des clients en seraient au stade de l'action; or, le pourcentage réel des clients qui sont prêts à recevoir un traitement aura des répercussions sur la charge de travail. D'ici un certain temps, grâce à la collecte des renseignements issus des évaluations ainsi qu'aux données de DASIT, on disposera de renseignements précis sur le pourcentage des clients prêts à commencer un traitement dans chaque type de services.

Que faire si un client veut rentrer chez lui?

On peut lui administrer les questionnaires SOCRATES, QAT et SSP ainsi que le Questionnaire médical afin de déterminer ce qu'il y a lieu de faire. Si le client en est au stade de la précontemplation ou qu'il souhaite quitter l'établissement en dépit de l'avis des responsables du programme, on l'aidera à obtenir son congé dans le respect des politiques et procédures applicables.

Si le client désire quitter l'établissement avant d'avoir terminé son sevrage, on n'aura pas à employer les outils d'évaluation puisqu'on ne peut pas évaluer un client sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue. Des mesures de soutien appropriées pourraient être recommandées, en fonction des politiques de l'organisme sur le congé.

Y a-t-il certains outils qui devraient toujours être administrés?

Il est toujours bon d'obtenir des renseignements sur les besoins d'ordre médical, de sorte que le Questionnaire médical devrait être administré dans tous les cas. Les WMS pourraient aussi avoir intérêt à administrer systématiquement les questionnaires SOCRATES et QAT afin de découvrir les valeurs personnelles des clients et de déterminer leur degré global de motivation vis-à-vis du changement du comportement problématique. Les WMS effectuent le suivi des besoins et des symptômes en matière de sevrage et ils entrent des renseignements dans DASIT pour chaque client admis. Cette pratique doit évidemment être poursuivie.

Comment décide-t-on des questionnaires à administrer?

Il est recommandé de consulter à ce sujet des spécialistes en gestion du sevrage ainsi que nos organismes de planification provinciale.

## SERVICES DE TRAITEMENT COMMUNAUTAIRES

Dans les centres de traitement communautaires (CTC), on emploie déjà des outils d'évaluation et il ne devrait donc pas y avoir de problèmes sur le plan de l'évaluation en tant que telle. (Ces centres appliquent d'ailleurs aussi le principe consistant à commencer par l'intervention la moins perturbatrice pour le client.) Cependant, si la pratique de l'évaluation n'est pas nouvelle pour les CTC, l'emploi de nouveaux outils risque de créer des difficultés. Auparavant, certains CTC utilisaient des protocoles relativement courts et des outils très différents. Or, on a signalé que l'administration des nouveaux questionnaires prenait plus de temps.

Le comité de mise en œuvre devra se pencher sur la prestation externe de services par les CTC. Dans certaines collectivités, il pourrait être judicieux que des personnes appartenant à des CTC soient envoyées dans d'autres services – des WMS par exemple – pour y effectuer toutes les évaluations. Les CTC devraient peut-être adopter un modèle de prestation de services davantage axé sur l'action sociale; quant aux services qui n'ont pas à faire face à une demande croissante, il faudra peut-être qu'ils trouvent des modèles de prestation de services plus efficaces afin d'aider leurs collègues à répondre au surcroît de demandes de services. Chaque collectivité doit établir des stratégies réfléchies et voir comment elles fonctionnent en vue de parvenir à efficacité optimale.

### Questions fréquemment posées

Tous les outils doivent-ils être administrés à un client du CTC qui est dirigé vers un programme offert par le même centre, même s'il a déjà fait l'objet d'une évaluation?

Oui.

Et dans le cas d'une réadmission?

La décision dépend en grande partie du temps écoulé depuis la dernière admission. Il convient d'utiliser tous les outils nécessaires pour pouvoir mettre à jour le dossier du client. Si un questionnaire peut permettre de recueillir des renseignements utiles sur le plan clinique, il devra être administré.

## SERVICES DE SOUTIEN EN ÉTABLISSEMENT

Ces services permettent aux clients qui en ont besoin de bénéficier d'une période de stabilisation. Aucun outil n'est obligatoire pour diriger des clients vers ce type de services. Durant un entretien avec un client, il pourrait s'avérer qu'il a besoin d'une période de stabilisation. Certains clients ont besoin d'une période de stabilisation dans un milieu structuré où la consommation d'alcool ou de drogue est interdite, soit pendant la durée du processus d'évaluation, soit avant qu'un plan de traitement puisse être élaboré.

Une personne pourrait avoir besoin de services de soutien en établissement pour l'une des raisons suivantes :

- mauvais état de santé
- instabilité émotionnelle

- absence de domicile fixe
- personnes insensibles à ses besoins, voire dangereuses, vivant sous le même toit
- nécessité d'établissement d'un diagnostic psychiatrique.

Il ne s'agit là que d'une liste partielle, destinée à donner une idée des situations ou des complications qui pourraient justifier l'orientation d'un client vers un milieu propice à son rétablissement. On peut aussi orienter les clients vers des refuges – notamment des refuges où la sécurité des femmes et des enfants est assurée – ou vers tout autre établissement désigné par le comité local de planification du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie pour la période de stabilisation.

Si un client a besoin de stabilisation avant d'être soumis à la batterie de base, il doit être dirigé vers un service de soutien en établissement. En outre, pour répondre aux besoins du client, le processus d'évaluation pourrait s'échelonner sur une période plus longue qu'à l'accoutumée. Les Critères d'admission et de congé prévoient d'ailleurs qu'une période de stabilisation puisse interrompre le processus d'évaluation ou en retarder l'administration. L'évaluation pourra se poursuivre ou être amorcée une fois que le client sera à même d'y participer.

Dès que le client et le conseiller décident de poursuivre ou d'entamer le processus structuré menant à la planification d'un traitement, toute la batterie doit être administrée au client.

## SERVICES DE TRAITEMENT EN ÉTABLISSEMENT

Il est fréquent que des clients soient dirigés vers des services de traitement en établissement après avoir déjà été évalués ailleurs. Un fort pourcentage de clients se présenteront sans doute à l'entretien d'admission après s'être fait administrer toute la batterie. Mieux encore, l'évaluateur pourrait avoir reçu au préalable les outils eux-mêmes ou le Tableau récapitulatif et les formulaires de consentement, expédiés par le service à l'origine de l'orientation. En outre, on peut souvent trouver des renseignements sur les clients en consultant DASIT.

Certains programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie prévoient que plus de 50 % de leurs nouveaux clients auront déjà fait l'objet d'une évaluation à l'aide de la batterie normalisée, de sorte que, malgré les nouvelles exigences en matière d'évaluation, les admissions n'alourdiront pas la charge de travail. Quant aux programmes de traitement en établissement qui ne sont pas reconnus comme points d'entrée dans le continuum des soins – dans le cadre du plan de mise en œuvre pour le secteur – il se pourrait même que le pourcentage soit encore plus élevé.

Quoi qu'il en soit, toutes les personnes chargées de l'admission ou de l'évaluation doivent savoir administrer les outils, faire le compte des résultats et les interpréter et appliquer les Critères d'admission et de congé.

Certains programmes en établissement peuvent être désignés par le comité local de mise en œuvre comme points d'entrée dans le continuum de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Dans le cadre de ces programmes, il faudra donc administrer toute la batterie d'évaluation normalisée et appliquer les Critères d'admission et de congé. On y évaluera les clients pour déterminer où les aiguiller au sein du réseau.

Certains organismes ou professionnels (p. ex. services correctionnels, agents de probation et médecins) qui renvoient régulièrement des personnes à des services de traitement en établissement n'utiliseront pas les outils d'évaluation normalisés. Il appartient aux organismes subventionnés par les RLISS de déterminer l'admissibilité des personnes dirigées vers le traitement en établissement sur la base des Critères d'admission et de congé, et ce, sans égard à la source du renvoi. Tous les clients doivent répondre aux Critères pour être admis à ce type de traitement et il est obligatoire d'administrer la batterie d'évaluation normalisée *avant* toute admission. Tous les services de traitement en établissement doivent veiller à ce que cette obligation soit respectée.

Comme pour les services de traitement communautaires, on prévoit que chaque service de traitement en établissement voudra déterminer si son programme convient bien au client. Il existe en effet des différences entre les programmes offerts en établissement, que ce soit au plan de la structure ou du personnel, de sorte qu'il est important de veiller à ce que le client soit envoyé au bon endroit. Il faudra aussi déterminer si le client risque de porter atteinte à la sécurité des autres clients ou du personnel de l'établissement, puisque les établissements sont responsables de la sécurité. Nous supposons donc qu'il y aura un entretien d'admission pour garantir une bonne adéquation, autant du point de vue du client que de celui du programme.

En Ontario, certains programmes de traitement en établissement ont leurs propres formulaires d'admission, qui doivent être remplis par les personnes ou organismes qui leur envoient des clients. Ce sont souvent les services de traitement en établissement qui offrent des programmes uniques en leur genre qui se servent de ces formulaires. Or, les outils d'évaluation de base sont à présent les seuls que les programmes subventionnés par les RLISS soient tenus d'employer pour respecter les Critères d'admission et de congé. Si un programme de traitement fait usage de formulaires (d'admissibilité ou autres) et d'outils d'évaluation complémentaires, c'est au point d'entrée à ce programme qu'ils devront être utilisés. Ce n'est pas aux personnes qui aiguillent des clients vers le programme à remplir ces formulaires. Il peut cependant y avoir des exceptions : fiches d'antécédents médicaux, attestations que doivent signer les médecins et autres formulaires du même type.

Les établissements pourraient avoir intérêt à créer un formulaire d'admission commun, leur permettant de recueillir des renseignements sur les points suivants :

- antécédents de comportements violents, dirigés contre soi ou autrui
- antécédents de traumatismes
- troubles concomitants
- obstacles connus au traitement
- besoins spéciaux
- problèmes liés à un manque de littératie ou à une maîtrise insuffisante de la langue
- questions d'appartenance (p. ex. culturelle ou religieuse)
- appel à comparaître et accusation en instance.

Au moment du congé, les programmes en établissement peuvent employer tous les outils ou seulement certains d'entre eux pour déterminer comment orienter les clients qui abandonnent ou terminent leurs programmes. La batterie d'outils d'évaluation normalisée est conçue pour être utilisée à la fois avant et après le traitement.

## MODÈLES POUR L'ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION

Il y a plusieurs façons d'administrer les questionnaires d'évaluation. Les questionnaires peuvent être remplis :

- au cours d'un entretien privé
- en groupe
- par le client lui-même, dans les locaux de l'organisme
- par le client lui-même, chez lui, entre ses rendez-vous.

Le choix de la façon de procéder dépend de divers facteurs, notamment :

- l'expérience du clinicien en matière de travail de groupe (présélection et évaluation)
- le lieu où les questionnaires d'évaluation doivent être administrés
- le temps imparti
- l'ampleur de la demande de services et la taille du personnel
- les vues de la direction et des prestataires de services à la clientèle au sujet des pratiques exemplaires pour l'admission et l'évaluation.

Dans certains organismes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, l'entretien d'admission, l'évaluation préliminaire et l'évaluation proprement dite se font habituellement en groupe. C'est une façon rapide et efficace de remplir tous les papiers nécessaires. C'est aussi un très bon moyen de susciter la participation des clients. Dans d'autres organismes, en revanche, l'évaluation se fait toujours de manière individuelle.

La batterie d'évaluation normalisée peut être administrée de diverses manières. Les conseils d'administration, les cadres de direction, les membres de commissions ou de conseils consultatifs et les prestataires de services à la clientèle devront réfléchir à la façon d'utiliser les ressources et au modèle qui convient le mieux au milieu de soins. La décision d'effectuer les évaluations en groupe est souvent motivée par un manque de personnel et une demande importante de services. Pour l'admission, l'évaluation préliminaire et l'évaluation proprement dite, la structure de groupe est également appréciée pour son efficacité. Les questionnaires d'évaluation qui sont remplis à la fin du processus d'évaluation indiquent que les clients sont satisfaits de l'expérience de groupe.

Des renseignements détaillés sur les outils d'évaluation obligatoires sont fournis au [tableau 3 \(Liste A\)](#), qui figure au chapitre 2. Ce tableau indique que certains des questionnaires d'évaluation (QCCD-8; SOCRATES; QAT et SSP) peuvent être auto-administrés, ce qui peut se faire individuellement ou en groupe. Certains outils d'évaluation se prêtent mieux que d'autres à des séances de groupe car ils sont faciles à expliquer à de petits groupes (de cinq à huit personnes), le clinicien étant là pour répondre aux questions éventuelles des participants et dissiper leurs inquiétudes éventuelles. En Ontario, plusieurs organismes administrent les questionnaires QAT, SOCRATES et SSP dans le cadre de séances de groupe. On peut aussi donner ces trois questionnaires à remplir chez soi, en fonction des clients à qui l'on a affaire.

Le tableau 3 précise que plusieurs des questionnaires (QCP, BASIS-32 et Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie) doivent être administrés par un conseiller formé à cet effet; ils ne doivent pas être auto-administrés en l'absence d'accès à une personne qualifiée.

Étant donné la charge affective de certaines questions, le Questionnaire médical ne doit pas non plus être auto-administré en l'absence d'accès à un conseiller.

Compte tenu de ce qui précède, il importe de concevoir un processus d'évaluation qui réponde aux besoins des clients, de l'organisme et de ses employés. Les changements d'ordre administratif (comme l'obligation d'entrer des données dans DASIT) et les améliorations au niveau de la prestation des soins (comme la présente initiative provinciale, d'une envergure exceptionnelle) peuvent se traduire par des listes d'attentes. Or, celles-ci risquent d'avoir des répercussions négatives sur l'assiduité des clients et leur motivation. Les organismes devraient donc envisager de travailler avec des groupes si la demande de services excède leurs capacités. En conjuguant rencontres individuelles et séances de groupe, on devrait pouvoir répondre aux besoins de tous les intéressés. Il faudra faire preuve d'ouverture et de créativité pour s'adapter aux changements.

Plusieurs organismes ontariens administrent toute la batterie en groupe une ou deux fois par semaine et les clients se rendent à une rencontre individuelle dans la semaine qui suit pour une rétroaction personnalisée sur les résultats de leur évaluation. Les organismes qui appliquent ce système trouvent que les rencontres hebdomadaires de groupe répondent aux besoins en matière de services et diminuent les périodes d'attente.

D'autres organismes utilisent un modèle hybride : les clients participent à une séance d'admission en groupe et ils remplissent les questionnaires SOCRATES, QAT et SSP. On leur donne ensuite rendez-vous pour une rencontre individuelle au cours de laquelle on leur administre les questionnaires QCP, BASIS-32, QCCD-8 et le Questionnaire médical afin de terminer l'étape de l'évaluation initiale.

Le modèle d'évaluation choisi sera donc fonction de nombreux facteurs. Les intéressés ont là une excellente occasion d'échanger leurs points de vue et de trouver des façons novatrices d'offrir leurs services.

## LA GESTION DU TEMPS

L'évaluation est la base d'un traitement bien planifié et d'un aiguillage du client en fonction de ses besoins véritables. Il faut du temps pour effectuer une évaluation de qualité, mais les questionnaires normalisés fournissent une mine de renseignements sur les atouts et les besoins du client, ce qui est fort utile pour le conseiller et, par là, pour son client. Le temps passé à effectuer des évaluations ne sera pas du temps perdu s'il permet d'améliorer la qualité des soins fournis aux Ontariens en quête d'assistance.

L'administration de tous les questionnaires de la batterie d'évaluation normalisée peut prendre une bonne heure, ou même davantage au commencement, et cela sans compter le temps passé à établir les scores pour tous les outils, à éveiller l'intérêt du client et à établir des rapports fondés sur la confiance. En outre, l'évaluation pourrait prendre encore plus de temps aux organismes qui tiennent à recueillir des renseignements supplémentaires. Pour que la durée de l'entretien d'évaluation reste dans des limites raisonnables, il faudra que les organismes examinent leurs exigences en matière d'informations supplémentaires en vue de modifier leurs pratiques.

Précisons que le temps d'évaluation n'est donné qu'à titre indicatif, pour aider à la planification. Il s'agit simplement d'un point de référence et non pas d'une norme à respecter.

Il se peut que les conseillers trouvent que le compte des résultats prend trop de temps. Il faudrait alors faire appel à une aide extérieure de manière à pouvoir donner une rétroaction immédiate aux participants. Il est également envisageable de convoquer les clients à un entretien de rétroaction ultérieur.

Plusieurs facteurs peuvent rallonger la durée des entretiens. Pour pouvoir remplir ses autres tâches en matière d'admission et d'évaluation, le clinicien doit apprendre à bien gérer son temps. Au début, l'administration de toute la batterie prendra plus de temps, la courbe d'apprentissage pouvant être assez raide, surtout pour les cliniciens qui n'ont pas l'habitude d'administrer des questionnaires d'évaluation.

La première chose à faire pour acquérir les aptitudes nécessaires à l'emploi des outils est de lire tous les manuels qui les accompagnent ainsi que les données de recherche. Le conseiller sera ainsi à même d'expliquer la valeur de chaque outil, la raison pour laquelle il a choisi de l'administrer, les renseignements que le questionnaire lui permettra de recueillir et la manière dont l'outil a été validé. Ces renseignements pourraient intéresser certains clients et le conseiller se sentira à l'aise pour leur fournir les explications requises. Dans la plupart des cas, il n'est pas recommandé d'employer un jargon spécialisé pour décrire les outils et leur fonction. Il vaut mieux s'exprimer simplement, avec des mots ordinaires.

Le conseiller qui a besoin de se familiariser avec les outils peut pratiquer avec un collègue ou avec l'ensemble de l'équipe. Quand il saura bien se servir des outils, il se sentira sûr de lui et il lui sera plus facile d'inspirer confiance au client.

Veillez à avoir tout le nécessaire pour administrer les questionnaires. (Il pourrait être utile de faire laminier certaines pages des manuels ou des documents pour les montrer aux clients.) Pour l'administration du QCP, par exemple, il vous faudra :

- le calendrier où indiquer la « fenêtre » de 90 jours (voir le chapitre 6)
- le manuel accompagnant le QCP (à titre de référence, pour consulter les catégories de drogues)
- les taux de consommation des diverses substances dans la population générale.

La gestion du temps peut être compliquée par divers facteurs, notamment le milieu de travail, l'ampleur de la demande de services, la taille du personnel et les autres responsabilités qui incombent aux conseillers :

1. Le milieu de travail détermine le temps que l'on peut consacrer à un entretien d'évaluation. Les services de traitement communautaire prévoyant actuellement de une à deux heures pour l'évaluation, ils n'auront pas de gros changements à faire pour la mise en application de la batterie d'outils normalisés. Ce sont surtout les services de gestion du sevrage qui auront de la difficulté à trouver le temps nécessaire pour l'administration des questionnaires, les changements de quart venant se surajouter aux contraintes de temps.
2. La demande de services conjuguée au temps nécessaire pour effectuer les évaluations peut accroître les pressions liées aux contraintes de temps pour les conseillers. De nombreux services rapportent qu'ils manquent de ressources et qu'ils ont des listes d'attente. Pourtant, une pratique clinique de qualité comprend une évaluation approfondie et les outils normalisés font partie intégrante de ce processus.

3. Le problème des répercussions du processus d'évaluation normalisé sur la charge de travail concerne tous les organismes, surtout ceux qui, jusqu'à présent, ne fournissaient pas de services d'évaluation. En effet, un entretien d'admission ne prend pas autant de temps que le processus d'évaluation normalisé. En outre, certains organismes n'ont aucune expérience de ce processus, ce qui risque d'alourdir encore la charge de travail des conseillers. Ces questions devront être examinées à l'échelle locale, dans le cadre des comités de planification.
4. Le temps consacré à un entretien dépend de l'objet de la rencontre. Si l'on effectue un entretien d'admission pour un client aiguillé par un organisme appartenant lui aussi au continuum de traitement, les questionnaires auront déjà été administrés. Toutefois si, pour une raison quelconque une partie de la batterie n'a pas été administrée, le conseiller devra terminer l'évaluation, à moins qu'il n'y ait une raison clinique de ne pas le faire.
5. Le modèle choisi par l'organisme pour l'admission et l'évaluation a un impact sur la longueur des procédures et la charge de travail des conseillers. Certains questionnaires peuvent être remplis par les clients eux-mêmes, en groupe ou de façon individuelle. Pour accroître l'efficacité du processus, il faudra réexaminer la conduite de l'admission, de l'entretien préliminaire et de l'évaluation.
6. Les renseignements supplémentaires que recueille un organisme peuvent intensifier les pressions liées aux contraintes de temps. Chaque organisme devra réexaminer ses procédures de façon à éliminer tout dédoublement dans la collecte des renseignements en modifiant, au besoin, formulaires et protocoles.
7. La diversité de la population peut avoir un impact sur le temps requis pour les entretiens. Lorsqu'on a des clients qui ont besoin d'interprètes ou qu'il faut sensibiliser aux problèmes liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, l'administration des questionnaires d'évaluation prend plus de temps. Au besoin, l'évaluation pourra être fractionnée en plusieurs entretiens de courte durée. Le conseiller devra prévoir ce supplément de temps et obtenir l'approbation de l'organisme pour lequel il travaille et le soutien du réseau afin de ne pas limiter l'accès des autres clients aux services.
8. L'état émotionnel du client peut affecter la durée de l'entretien ou de l'administration des questionnaires. Il est parfois sage de fixer un autre rendez-vous au client perturbé de façon à lui administrer toute la batterie de questionnaires ou les questionnaires restants lorsqu'il sera plus stable. En pareil cas, le conseiller devra peut-être évaluer les besoins du client en matière de stabilisation médicale ou psychiatrique et l'orienter en conséquence.
9. Lorsque les conseillers commenceront à administrer la batterie complète ou même une partie de celle-ci, il faudra revoir les attentes en matière de « services directs », c'est-à-dire d'entretiens en face-à-face avec les clients. En effet, on s'attend généralement à ce que les services directs représentent entre 50 et 60 % du temps de travail des conseillers. Or cette situation pourrait être génératrice de stress pour les conseillers qui essaient de fournir des services conformes aux normes alors qu'ils ne disposent pas de temps suffisant pour y parvenir.

Les services qui emploient un outil quelconque pour la première fois pourraient avoir besoin de modifier les attentes à l'égard du personnel de première ligne pour lui laisser le temps de se familiariser avec cet outil.

Les services qui ont déjà l'habitude de faire des évaluations devront également modifier la charge de travail des conseillers, quoique de façon beaucoup moins importante, pour leur laisser le temps de s'habituer à administrer la batterie. Toute répercussion sérieuse sur la liste d'attente d'un organisme devrait faire l'objet d'un examen par le comité de planification; ce comité décidera des changements à apporter aux plans de dotation, protocoles, etc.

## LA GESTION DE LA RÉSISTANCE

Lorsqu'un client manifeste de la résistance, cela crée une situation inconfortable tant pour le clinicien que pour le client. Ce n'est pas la « faute » du client s'il éprouve de la résistance : celle-ci est la résultante de l'interaction entre le conseiller et le client, de la situation elle-même et de l'expérience antérieure du client. Il incombe au conseiller d'examiner la source de cette résistance et d'éviter de jeter de l'huile sur le feu!

Il existe différents types de résistance ainsi que des stratégies adaptées pour y faire face dans le cadre du counseling. Dans cette partie, nous examinons brièvement certains moyens de minimiser la résistance et nous montrons comment éviter de la provoquer.

---

*L'annexe B, L'importance de l'entretien motivationnel, traite du rôle de l'entretien motivationnel (EM) dans la diminution de la résistance. De nombreux cours sur l'EM sont offerts à l'échelle locale et il est recommandé d'en suivre au moins un car cette technique, validée par la recherche, est une aide précieuse dans le travail du conseiller en lui permettant d'établir de bons rapports avec le client.*

---

On rencontre plus de résistance à certains stades qu'à d'autres, et le stade qui vient tout de suite à l'esprit est celui de la précontemplation puisque les clients ne perçoivent pas le problème. Or, ils se trouvent contre leur gré dans un centre de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie pour un entretien dont ils ne voient pas l'utilité!

Pas étonnant, dans ces conditions, qu'ils manifestent de la résistance!

De gros buveurs, à qui on avait attribué de façon aléatoire des séances de counseling marquées par la confrontation ont manifesté une résistance bien plus forte (argumentation, changements de sujet, interruptions, déni) que ceux qui avaient bénéficié d'une démarche motivationnelle axée sur le client...

Il a été démontré que ce style (la confrontation) chez les thérapeutes est prédictif de l'échec du traitement, tandis que l'empathie adéquate – qui est pratiquement l'opposé de la confrontation hostile – est associée au succès.

Les deux citations ci-dessus sont tirées d'un ouvrage de William Miller et coll., des chercheurs qui ont mis au point une méthode pour faire face à la résistance. Il faut d'abord réaliser qu'un client peut opposer de la résistance quand il a l'impression qu'on l'accuse de quelque chose. Certains qualifient cette réaction de « déni » et tentent d'y opposer les faits tels que le clinicien ou la famille les perçoit. Pourtant la confrontation crée ou exacerbe la résistance, tout comme le fait de « coller » une étiquette à quelqu'un. Un client qui admet avoir des problèmes quand il boit réagira avec force si on le traite d'alcoolique.

Miller a formulé les principes de l'entretien motivationnel. L'un de ces principes consiste à « surfer avec la résistance », ce qui veut dire que le conseiller ne cherche pas à vaincre la résistance : il ne lui fait pas front, il ne l'appelle pas par son nom et il n'essaie pas de la rectifier! Il l'observe et il s'en sert pour explorer ce que signifie le changement pour le client et les craintes qu'il éprouve à ce sujet. Quelle peut être la cause de la résistance?

- Est-ce de la colère ou du ressentiment?
- Le client a-t-il été marqué par des traitements injustes?
- Est-ce de la peur?
- Est-ce de la gêne?
- Est-ce la crainte d'un échec?
- Dans quel contexte la résistance s'est-elle manifestée?
- Quelle était la nature de l'interaction entre le client et le conseiller au moment de l'apparition de la résistance?
- Qu'est-ce que le client cherche à protéger?
- Le conseiller a-t-il contribué en quoi que ce soit à susciter ou à renforcer cette résistance?

Comme le dit Mark Twain, « Une habitude est une habitude et on ne s'en débarrasse pas en la jetant par la fenêtre; il faut plutôt la pousser tout doucement vers la porte ».

### Conseil clinique

*Sachez que l'interprétation des faits par des personnes autres que le client a très peu de poids pour celui-ci, quant il éprouve de la résistance au cours d'un entretien. La résistance a une fonction adaptative; elle répond à un besoin du client, et le conseiller doit s'efforcer de comprendre ce besoin.*

## STRATÉGIES DE COUNSELING

Les recherches de Miller lui ont permis de découvrir plusieurs stratégies de counseling très efficaces pour minimiser la résistance. En voici des exemples :

Le client dit : « Là, je crois que vous avez tort! »

### 1. *Reffet simple*

Le conseiller ne riposte pas. Il dit simplement : « Chacun a ses opinions et je respecte la vôtre ».

2. *Reffet amplifié*

Le conseiller répond en exagérant légèrement ce que le client vient de dire : « Vous pensez que je dois être malade pour vous faire une suggestion pareille ».

3. *Double reflet*

Le conseiller relève l'ambivalence du client : « Vous êtes d'accord que vous auriez besoin d'un changement présentement, mais vous n'êtes pas d'accord avec les conseils que je vous donne ».

### Conseil clinique

---

*Il est entendu qu'avant de commencer l'évaluation et le counseling, le conseiller aura expliqué au client le type de comportement qu'on attend de lui et qu'il lui aura fait savoir que les comportements menaçants ou hostiles ne sont pas tolérés dans l'établissement de traitement. Les organismes doivent avoir des politiques très claires à ce sujet et ces politiques doivent être expliquées aux clients avant même d'aborder l'entretien initial. Dans les établissements de gestion du sevrage, une telle explication sera reportée jusqu'à ce que le client ait cessé d'être sous l'effet de la boisson ou qu'il soit capable de comprendre ce qu'on lui dit.*

---

## CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Le conseiller qui administre la batterie d'évaluation peut modifier le déroulement de l'entretien s'il le juge utile. Si un client manifeste de la résistance, le conseiller pourra faire une pause ou passer à un autre sujet ou à une autre tâche. Il est bon de demander au client s'il souhaite poursuivre. Sa résistance peut être due à divers facteurs : contraintes de temps, désir d'abrégé l'entretien, etc. Il se peut que le client ait dû se dégager de ses obligations à la maison, au travail ou à l'école pour pouvoir venir au rendez-vous ou qu'il soit fatigué. Il se peut aussi que des problèmes d'ordre physique ou émotionnel l'empêchent de participer pleinement. Il est conseillé d'éliminer les causes externes de résistance (soucis, crevaison, problème de stationnement, peur de rater le bus, etc.) avant de supposer que c'est l'administration des outils d'évaluation qui est à l'origine de la résistance.

Si le client refuse de participer pleinement ou si sa résistance perturbe la discussion, le conseiller mettra fin à l'entretien et lui fixera éventuellement un autre rendez-vous, selon la politique applicable.

Normalement, l'orientation du client vers un traitement ne peut pas avoir lieu tant que la batterie au complet n'a pas été administrée et ses résultats analysés en fonction des Critères d'admission et de congé.

Il peut arriver que le conseiller estime que certains outils ne devraient pas être employés ou qu'aucun d'eux ne devrait l'être. En ce cas, il pourra tout de même orienter le client vers un traitement. Les raisons cliniques de la décision et les outils non utilisés seront indiqués sur le Tableau récapitulatif portant sur les motifs de la décision (voir le [chapitre 14](#)).

## LES PRÉFÉRENCES DU CLIENT ET SES OPTIONS

Les conseillers pourraient se poser la question suivante : « Comment puis-je élaborer et mettre en œuvre un plan de traitement individualisé qui tienne compte des préférences du client, alors que les Critères d'admission et de congé semblent particulièrement contraignants et que j'ai sept questionnaires obligatoires à administrer? »

En réalité, ces deux exigences ne sont pas aussi divergentes qu'il n'y paraît!

La batterie d'outils normalisés est enracinée dans les préférences du client. C'est la perception qu'a le client de son fonctionnement que l'on cherche à découvrir avec les outils BASIS-32, SSP, SOCRATES et QAT ainsi qu'avec le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Et le QCP est lui aussi fondé sur l'auto-évaluation.

En Ontario, on considère qu'il est important de tenir compte des préférences du client; c'est d'ailleurs une manière de susciter ou de renforcer sa motivation et cela fait partie des pratiques exemplaires adoptées par la province. Dans le choix de ces meilleures pratiques, les travaux d'Annis, de Sanchez-Craig (1993), de Miller et Rollnick (1991) et de Hester (1995, 1989), pour ne citer que ceux-là, ont joué un rôle clé. D'ailleurs, Santé Canada reconnaît aussi, dans ses publications, l'importance de donner au client voix au chapitre.

Il convient toutefois de préciser que les résultats de l'évaluation ne vont pas toujours dans le sens des préférences du client. Il revient au conseiller de réconcilier les divergences éventuelles entre les préférences du client en matière d'orientation et l'orientation prévue par les Critères d'admission et de congé. Pour ce faire, le conseiller devra passer en revue un certain nombre de facteurs. Cette situation est illustrée ci-dessous, sous la forme d'une conversation fictive entre un conseiller et son client.

Les Critères d'admission et de congé ont été élaborés pour déterminer la motivation générale du client et connaître les raisons initiales qu'il a de vouloir entamer un traitement. En s'appuyant sur la perception qu'a le client de ses atouts et de ses besoins ainsi que sur les arbres de décision, le conseiller établit un plan de traitement fondé sur les atouts du client tout en reconnaissant que la perception qu'a le client de ses besoins est un excellent point de départ. Le conseiller commencera par demander au client s'il y a quoique ce soit dans sa vie qui pourrait affecter l'étape initiale de la prise de décision. Dans les Critères d'admission et de congé, on recommande de poser les questions suivantes :

- Que veut le client?
- Le client est-il en situation de crise?
- Le client souhaite-t-il obtenir une aide matérielle (logement, nourriture, soins médicaux, etc.)?
- Le client est-il en état d'intoxication ou risque-t-il de connaître des complications liées au sevrage?
- Le client risque-t-il de rechuter?

Le conseiller devrait faire preuve de prudence et commencer par trouver une solution aux questions de santé et de sécurité. Les besoins essentiels du client, tels le logement et la nourriture, devront aussi avoir préséance sur l'évaluation et la planification du traitement.

Et si, une fois l'évaluation terminée, le conseiller et le client ne s'entendent pas sur les besoins de ce dernier?

Le conseiller se demande parfois s'il doit donner au client ce qu'il veut ou ce dont il a besoin. En fait, il doit lui donner les deux, mais pas nécessairement en même temps. Il y a des chances qu'un des deux points de vue constitue un bon point de départ, l'autre représentant le point d'arrivée.

L'opposition souhaits/besoins présuppose que le client n'est pas à même de savoir ce qu'il doit faire ou ce qui doit changer dans sa vie. Or il est dangereux que le conseiller se pose en expert. Cela reflète une façon de considérer le client qui ne peut que nuire à la relation thérapeutique.

Il serait plus utile de considérer le conseiller comme quelqu'un qui aide le client à découvrir ce dont il a besoin ou ce qui lui est offert. Il y a malheureusement des clients qui ignorent les ressources à leur disposition.

Lorsqu'un conseiller se sent tiraillé entre les besoins et les désirs de son client, il devrait s'interroger : « Est-ce que je ne serais pas en train d'imposer ma volonté au client? Qui est le plus intéressé par le changement, le client ou moi? Qui le changement affectera-t-il? » Les réponses ne font aucun doute et le plan d'action repose sur ces réponses. Si le client élabore son propre plan d'action, le conseiller peut le guider dans ses choix grâce aux techniques de l'entretien motivationnel et à sa connaissance de la planification individualisée du traitement; il peut aussi inviter le client à accepter ce qu'il sait sur lui-même. Il importe de laisser suffisamment de temps au client pour qu'il découvre ses propres besoins et il faut absolument éviter de le bousculer!

Le conseiller a certainement une bonne idée de ce que le client pourrait faire pour venir à bout de ses problèmes liés à la toxicodépendance – il a été formé pour cela et il a de l'expérience en la matière – mais il n'a pas besoin d'imposer sa vision des choses au client pour que ce dernier réalise le besoin de changement. Cependant, il importe que le conseiller guide le client dans ses choix ou, en certains cas, qu'il l'aide à réorienter ses choix. Cela peut arriver lorsqu'un client demande un certain type de traitement auquel il n'a pas accès puisqu'il ne remplit pas les Critères d'admission et de congé voulus. Le conseiller devra alors aider le client à s'adapter à la situation.

Pour prendre une métaphore nautique, le conseiller a de l'expérience à la barre et il montre au client comment maintenir le cap en tout temps. Une fois le client parvenu à bon port, il aura acquis la confiance nécessaire pour pouvoir réembarquer pour la nouvelle étape de son voyage.

Les préférences du client ne sont peut-être pas aussi judicieuses que le conseiller le souhaiterait, mais il se doit de tenir compte de l'opinion du client et de l'amener graduellement à réaliser qu'il a besoin de changer de comportement. L'un des objectifs de l'adoption des Critères d'admission et de congé est de tirer le meilleur parti des ressources les plus coûteuses du continuum de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Il ne faut pas perdre de vue que les Critères d'admission et de congé ont été conçus pour aider le conseiller à commencer par diriger le client vers l'intervention qui entraînera le moins de bouleversements possible dans sa vie, à moins que des raisons cliniques ou la situation particulière du client ne justifient le recours à un traitement plus énergique. En pareille circonstance, le conseiller peut faire une exception. Toute exception de ce type doit être indiquée sur le tableau récapitulatif portant sur les motifs de la décision. L'organisme fera un contrôle de ces tableaux, de même que le comité local de planification. Dans le cadre d'un contrôle de la qualité, il serait d'ailleurs idéal que les comités locaux de planification comparent leurs taux d'exceptions.

Si le conseiller informe le client qu'il remplit les critères d'accès à un traitement structuré (traitement en établissement) mais que le client indique sa préférence pour un encadrement moindre (traitement de jour à l'externe), le conseiller respectera le choix du client. En revanche, si le client préfère recevoir un traitement en établissement alors qu'il ne remplit pas les critères voulus, *il ne sera pas possible de passer outre aux Critères* et le client ne pourra pas être dirigé vers un tel établissement.

Un service ne peut admettre un client que s'il remplit les critères d'admission. Si ce n'est pas le cas, le client devra être redirigé vers un service plus approprié.

En résumé, l'évaluation révèle les atouts et les besoins du client, et ses préférences peuvent être intégrées à son plan de traitement, en autant qu'elles s'inscrivent dans le cadre des Critères d'admission et de congé.

## EXEMPLE DE RÉTROACTION

Le client, Jacques, se présente à un entretien personnalisé de rétroaction après son entrevue d'évaluation. Il a des idées bien arrêtées sur l'endroit de son traitement. Sa décision est appuyée par l'agent qui l'a aiguillé, puisqu'il lui a laissé entendre qu'il avait besoin d'un traitement en établissement.

### Renseignements cliniques

- Jacques a été aiguillé par les Services à l'enfance et à la famille.
- Il a indiqué qu'il consommait quotidiennement une grosse quantité d'alcool.
- Cela fait dix ans qu'il boit excessivement (au moins 12 consommations ordinaires par jour).
- Il a pris la décision d'arrêter de boire.
- Les résultats de l'évaluation indiquent que l'alcool a de graves conséquences sur sa santé physique et mentale et qu'il perturbe sa vie de famille, ce que Jacques confirme.
- Il n'est pas violent envers sa femme ou ses enfants.
- Il n'a jamais reçu de traitement pour l'alcoolisme.
- Il a un emploi stable et une famille qui le soutient et les personnes avec qui il vit n'ont pas de problème de boisson.
- Il est en congé de maladie pour une nouvelle semaine, avec l'appui de son médecin et de son employeur.
- Il s'est inscrit au service local de gestion du sevrage (wms). Au moment où se déroule l'entretien, il y a deux semaines qu'il n'a pas bu.
- Il assiste aux réunions d'un groupe local d'entraide et il s'en dit assez satisfait.
- Une partie de la batterie d'évaluation lui a été administrée par le wms. Jacques a reçu son congé du wms, qui l'a envoyé se faire évaluer en vue de la planification d'un traitement. L'entretien d'évaluation a déjà eu lieu et l'échange qui suit porte sur la planification du traitement et sur le choix du programme vers lequel il sera dirigé.

- Jacques a entendu parler d'un service local de traitement en établissement et il demande à y être envoyé. Cependant, il ne remplit pas les critères d'admissibilité pour le soutien ou le traitement en établissement. Il devrait plutôt être orienté vers un traitement à l'externe.

**Le conseiller :** *Bonjour Jacques, je te remercie d'être venu pour discuter de ce que tu devrais faire à présent. Tu pourrais commencer par me dire comment tu vas depuis notre dernière rencontre, puis on parlera des services de jour qui sont offerts. Qu'est-ce que tu en dis?*

**Jacques :** *D'accord. Ben, je vais bien depuis la dernière fois. J'ai bien été tenté de boire, mais j'ai résisté et à la place, je suis allé à une réunion. Je veux faire les choses comme il faut et j'aimerais aller à l'un des programmes que tu m'as indiqués.*

**Le conseiller :** *J'ai examiné tous les résultats de l'évaluation et je voudrais en discuter avec toi pour savoir ce que tu en penses et te parler des options que tu as.*

**Jacques :** *Je pense que ce qui serait le mieux pour moi, ça serait le programme XYZ. Je connais des gens, au travail, qui y sont allés, et mon travailleur social des services à la famille et à l'enfance dit qu'il est très bien. Ils envoient beaucoup de monde là-bas.*

**Le conseiller :** *Le programme XYZ a une très bonne réputation, mais le choix du programme dépend de ce qu'il te faut vraiment en ce moment. Depuis que tu as décidé d'arrêter de boire, ça a bien marché pour toi. Et en Ontario, les programmes en établissement sont réservés aux gens qui n'arrivent pas à atteindre leurs objectifs autrement.*

*Tu sais, tu n'as peut-être pas besoin d'employer les grands moyens dans ton plan de traitement! D'après ce que je vois et d'après ce que tu as dit dans ton évaluation, tu sembles avoir beaucoup de soutien présentement.*

**Jacques :** *Mais j'ai entendu dire que ça sera plus facile après si je fais les choses comme il faut depuis le début, si je « toughe » et que j'y vais maintenant. Je suis pas mal porté sur la boisson et d'après ce que j'entends dire, je finirai par m'y retrouver un de ces quatre matins de toute façon.*

**Le conseiller :** *Tu sais, on dit ça, mais c'est un préjugé. La plupart des gens ne connaissent que deux ou trois programmes, alors qu'il y a des tas de groupes très différents et beaucoup d'autres possibilités. Un programme qui réponde aux besoins de tout le monde, ça n'existe pas.*

*Maintenant, en Ontario, avec les nouveaux programmes de traitement de l'alcoolisme, on examine tous les aspects de la vie de quelqu'un pour établir un plan de traitement. On regarde les points forts de la personne et là où elle a besoin d'aide. Ensuite, on choisit avec elle un ou plusieurs programmes qui l'aideront à atteindre ses objectifs. Le choix doit être basé sur les atouts de la personne, pas juste sur ses besoins.*

*Dans ton cas, ça fait maintenant deux semaines que tu n'as pas bu une goutte d'alcool et même si tu dis que tu as été tenté, tu as su résister. Ta famille te soutient et personne ne boit chez toi. Il y a des clients qui vivent avec de gros buveurs et tous les gens qu'ils fréquentent sont portés sur la boisson.*

*Toi, tu as plein de choses qui jouent en ta faveur, donc tu as de meilleures chances d'atteindre tes objectifs sans avoir besoin de services 24 heures par jour, comme qui ceux qui sont offerts en résidence.*

**Jacques :** *Est-ce que tu insinues que je n'ai pas besoin de traitement? Parce que si c'est ce que tu veux dire, je ne suis pas du tout d'accord!*

**Le conseiller :** *Merci de ta franchise. Non, ce n'est pas ce que je voulais dire, que tu n'as pas besoin de traitement ou que tu n'as pas besoin d'être suivi. Tu estimes que tu as besoin d'aide et je suis d'accord avec toi. Tout ce que je dis, c'est que d'après moi tu peux arriver à changer tes habitudes sans avoir à vivre en dehors de chez toi.*

*L'autre chose qu'on regarde, quand on fait une évaluation, c'est si le client a déjà suivi un traitement et toi, c'est la première fois. Ça veut dire qu'on devrait essayer de trouver une solution qui réponde à tes besoins sans trop chambarder ta vie. Tu n'as pas besoin de vivre ailleurs que chez toi, et peut-être même que tu pourrais retourner au travail tout en continuant à suivre ton traitement.*

*Alors, voilà tout ce qui joue en ta faveur : tu as un emploi, tu as une famille qui te soutient, tu vis avec des non buveurs et tu n'as jamais été traité pour l'alcoolisme. En plus de ça, tu as réussi à t'abstenir de boisson pendant les deux premières semaines, ce qui est très bon signe! Tu participes déjà aux réunions d'un groupe d'entraide et il existe d'autres groupes qui se réunissent le soir et les fins de semaine; il y a aussi des réunions auxquelles tu pourrais participer.*

*Je ne dis pas que tu n'as pas de besoins. Tu dois continuer à aller aux réunions de ton groupe d'entraide et je peux te parler d'autres traitements qui te conviendraient, ensuite tu pourras faire un choix. Tu pourrais participer à des séances pour la prévention de la rechute et à d'autres groupes d'entraide. Tu pourrais aussi parler avec un conseiller expérimenté qui pourrait t'aider à examiner ce qui te pousse vraiment à vouloir arrêter de boire et qui pourrait suivre tes progrès. À ce moment-là, si tu as des difficultés, on sera toujours à temps de changer de plan de traitement.*

*Écoute, si tu avais des problèmes cardiaques qui pouvaient s'arranger avec un régime alimentaire et de l'exercice, est-ce que ce serait une bonne idée de recommander que tu te fasses opérer? Est-ce qu'il ne faut pas plutôt réserver la chirurgie aux gens qui en ont vraiment besoin?*

**Jacques :** *Euh! Je pensais que c'était une bonne idée que j'aie dans un établissement. Bon, alors on peut peut-être discuter de ton autre proposition. Je ne savais pas que je serais capable de retourner au travail. Et mon travailleur social des Services à l'enfance et à la famille, alors?*

**Le conseiller :** *Je m'en charge. Je lui parlerai de ce qu'il te faut vraiment et s'il y a le moindre problème, j'intercéderai en ta faveur. D'accord?*

**Jacques :** *D'accord.*

**Le conseiller :** *Alors, dis-moi un peu ce que tu penses à propos de tout ce dont nous avons discuté. Par quoi aimerais-tu commencer?*



# Chapitre 5

## EXEMPLES CLINIQUES

Introduction.....	74
Étude de cas : Gaëtan Pothier.....	74
Étude de cas : Marie Simard .....	76

## INTRODUCTION

Nous allons maintenant vous présenter deux clients fictifs, Gaëtan Pothier et Marie Simard. Leurs dossiers fournissent des renseignements précis sur les substances qu'ils utilisent ainsi que sur les objectifs qu'ils se sont fixés.

Ces histoires de cas n'ont pas été rédigées avec l'intention de tendre des pièges au lecteur. Elles ne comportent aucun indice à découvrir, aucun mystère à éclaircir. (Si ces personnes étaient des clients à vous, vous auriez peut-être besoin de recueillir des renseignements supplémentaires à leur sujet pour pouvoir déterminer comment procéder.) Les renseignements ci-dessous vous aideront à interpréter leurs résultats aux divers questionnaires, que vous découvrirez tout au long de la [Partie 2](#) du présent manuel. Au [chapitre 14](#), *Récapitulation*, les renseignements recueillis à partir de l'ensemble des outils seront analysés en vue de l'élaboration d'un plan de traitement pour chacun de ces deux clients.

### ÉTUDE DE CAS : GAËTAN POTHIER

**Âge :** 65 ans

**Sexe :** masculin

**État civil :** veuf depuis sept ans

**Profession :** fonctionnaire fédéral à la retraite

**Personnes à charge :** un fils dans les Forces armées canadiennes, en poste à l'étranger, avec qui il a peu de contacts; pas d'autre parents en vie

**Logement :** vit dans une pension

**Démêlés avec la justice :** aucun problème présent ou passé

**Date de l'évaluation :** 13 septembre [année en cours]

#### Situation actuelle

M. Pothier a été transporté aux urgences en raison d'une crise convulsive causée par l'alcool. Il a été hospitalisé pendant trois jours et on lui a donné du Valium. À sa sortie de l'hôpital, il est retourné à la pension où il demeure, avec un rendez-vous, une semaine plus tard, dans un centre de traitement communautaire pour y subir une évaluation. Lors de l'évaluation, M. Pothier a déclaré qu'il n'avait pas bu depuis sa sortie de l'hôpital.

M. Pothier n'aime pas la pension où il demeure, car les résidents boivent beaucoup et ils n'arrêtent pas de se quereller. Il a des antécédents de troubles de santé divers et il prend actuellement les médicaments suivants :

- Timbre Nitro-Dur 0.8 (0,8 mg/h; nitroglycérine, pour traiter ses douleurs angineuses)
- Losec : 20 mg deux fois par jour (oméprazole, pour combattre l'acidité gastrique)

M. Pothier signale qu'il a vomi du sang et qu'il a des selles sanglantes; il semble souffrir d'indigestion après chaque repas. Il prend de l'Énsure trois fois par jour, comme complément d'alimentation.

### Antécédents de consommation de substances intoxicantes

- Avant l'âge de 58 ans, M. Pothier buvait deux ou trois verres par semaine; il a commencé à boire en excès à la suite d'un grave accident de voiture où il a subi des brûlures importantes.
- Sa femme est morte dans l'accident.
- Un ami lui a suggéré de prendre de l'alcool pour retrouver le sommeil.
- Consomme 750 mL (26 onces) de vodka par jour (l'équivalent de 17 consommations standard)
- Boit dans un bar pour avoir des gens autour de lui
- A connu des étourdissements au cours des deux dernières années
- Première hospitalisation pour crise convulsive
- Ne fume pas

Suite à son accident, alors que M. Pothier était traité à l'hôpital pour les graves brûlures qu'il avait subies, il a acquis une dépendance à la morphine. On lui a prescrit des médicaments contre la douleur, mais il ne les a pas pris. Il explique qu'après avoir quitté l'hôpital, 16 mois après son admission, il a connu des tremblements, des troubles du sommeil et des terreurs nocturnes.

M. Pothier n'a jamais été très proche de son fils, mais depuis qu'il est sorti de l'hôpital et qu'il s'est mis à boire, il n'a guère eu de contacts avec lui.

### Traitement antérieur

- A commencé un programme en établissement de 21 jours fondé sur l'abstinence, mais ne l'a pas terminé
- A été admis à trois reprises dans un service de gestion du sevrage au cours des trois dernières années
- Voit régulièrement un médecin en clinique externe pour du counseling relativement à la perte de sa femme et aux suites de ses blessures dans l'accident
- Subit actuellement une série de tests médicaux en raison des graves séquelles de ses blessures et de troubles gastriques

### Préoccupations et intentions exprimées par le client

- M. Pothier s'inquiète de son état de santé et il est insatisfait de ses conditions de logement.

## ÉTUDE DE CAS : MARIE SIMARD

**Âge :** 31 ans

**Sexe :** féminin

**État civil :** séparée depuis cinq ans

**Profession :** ne travaille pas à l'extérieur de la maison; recevait des prestations du programme Ontario au travail (aide sociale) avant son admission dans un service de gestion du sevrage

**Personnes à charge :** deux enfants, en foyer d'accueil depuis 30 jours

**Logement :** aucun

**Démêlés avec la justice :** aucun chef d'inculpation ou condamnation récents; n'est ni en probation ni en libération conditionnelle

**Date de l'évaluation :** 13 septembre [année en cours]

### Situation actuelle

La cliente s'est présentée d'elle-même au service de gestion du sevrage et s'y trouve en résidence depuis cinq jours. Elle n'a pas encore terminé sa cure de désintoxication. Toute la batterie d'évaluation lui a été administrée au WMS. La cliente souhaite poursuivre le traitement et être dirigée ailleurs.

Marie vient de renoncer à son appartement et n'a plus d'adresse fixe. Ses effets sont entreposés dans le sous-sol d'une amie.

Les résultats de l'évaluation qu'elle a subie au WMS sont les suivants :

### Antécédents de consommation de substances intoxicantes

- A consommé de l'alcool tous les jours au cours des cinq dernières années avant son admission au WMS (de 3 à 5 consommations par jour en semaine et de 10 à 12 par jour les fins de semaines).
- L'alcool est la substance intoxicante de prédilection de Marie, qui boit surtout du vin.
- Fume un gros paquet de cigarettes par jour.
- A essayé diverses drogues dans sa jeunesse (marijuana, LSD, champignons), mais n'a touché à aucune de ces drogues depuis 10 ans. Toutefois, Marie signale que cela fait un an qu'elle prend de la cocaïne le vendredi et le samedi soir, et ce, au moins trois fois par soir.
- La dernière fois que Marie a pris de la cocaïne, c'était il y a quatre jours, et elle avait consommé de l'alcool la veille du jour où elle s'y est présentée au WMS.

### Traitement antérieur

- A suivi un traitement à l'externe il y a six ans pour problèmes liés à la consommation d'alcool et de cocaïne et a été abstinente un certain temps une fois le programme terminé, mais s'est remise à boire trois mois plus tard; a recommencé à prendre de la cocaïne un an après.

- Marie a déjà participé à des réunions de groupes d'entraide utilisant les douze étapes et elle a aimé le côté social des réunions.

#### Autres problèmes

- A été victime d'agression sexuelle à l'adolescence, mais n'a jamais reçu de counseling à ce sujet.
- Se sent déprimée et impuissante.
- Une voisine ayant téléphoné à la Société de l'aide à l'enfance parce que Marie était en état d'intoxication, ses enfants ont été pris en charge par les Services à l'enfance et à la famille et ils ont été temporairement placés dans un foyer d'accueil.

#### Préoccupations et intentions exprimées par la cliente

- Affirme qu'elle désire cesser de consommer de l'alcool et de la drogue.
- Souhaite récupérer ses enfants, mais craint de ne pas pouvoir rester sobre.
- Recommencera, après son traitement, à toucher les prestations du programme Ontario au travail (aide sociale).
- Veut trouver un logement convenable pour elle et ses enfants.
- Est intéressée à retourner à l'école pour faire sa 12<sup>e</sup> année.
- A parfois des accès de colère et s'interroge sur la source de cette colère.
- Très inquiète de la possibilité de rechute.
- N'aime pas les groupes d'entraide mixtes.
- Connaît des ennuis digestifs et des troubles intestinaux depuis peu de temps.
- A vu son médecin il y a deux mois. Le médecin ne sait pas qu'elle boit. Il lui a prescrit un antidépresseur et elle prend ce médicament conformément à l'ordonnance.



## 2<sup>e</sup> partie

# Utilisation des outils et des formulaires

---

Chapitre 6 : Le Questionnaire sur la consommation de psychotropes (QCP) .....	81
Chapitre 7 : Le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomane .....	103
Chapitre 8 : Le questionnaire SOCRATES ( <i>Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i> ) d'évaluation des motivations .....	121
Chapitre 9 : Le Questionnaire d'admission au traitement (QAT) .....	145
Chapitre 10 : Le Questionnaire de confiance face à la consommation de drogues (QCCD) .....	155
Chapitre 11 : Le questionnaire BASIS-32 ( <i>Behaviour and Symptom Identification Scale</i> ) sur le fonctionnement et les symptômes .....	171
Chapitre 12 : Le Questionnaire sur le soutien social perçu .....	187
Chapitre 13 : Le Questionnaire médical .....	195
Chapitre 14 : Récapitulation .....	203

---



# Chapitre 6

## LE QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES (QCP)

Description et objet .....	82
Population visée .....	83
Administration .....	83
Préparation pour l'administration du QCP .....	83
La « fenêtre » de 90 jours .....	84
Détermination de points de repère.....	85
Examen des habitudes de consommation.....	86
Quantification de la consommation .....	88
Comment établir les équivalences en termes de consommations standard ....	90
Interprétation des scores en fonction des Critères d'admission et de congé .....	91
Problèmes cliniques .....	92
Exemples cliniques.....	94
La vie de M. Pothier .....	94
La vie de Marie .....	97
Exemplaires remplis du questionnaire.....	99

---

## DESCRIPTION ET OBJET

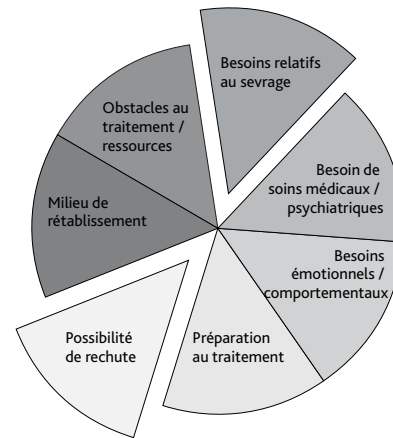
Le Questionnaire sur la consommation de psychotropes (QCP) a pour but de fournir des renseignements sur la quantité et la fréquence de consommation des substances intoxicantes, classées par catégories. Il mesure uniquement les habitudes de consommation et la fréquence de consommation des psychotropes. La consommation de médicaments non psychotropes est indiquée sur le Questionnaire médical (présenté au [chapitre 13](#)) et non sur le QCP.

Le conseiller peut se servir du QCP pour recueillir des renseignements sur la consommation de ses clients par catégories de psychotropes, à l'aide des 13 catégories de DASIT (alcool, cannabis, hallucinogènes, etc.). Le formulaire a été conçu pour que l'on puisse noter, pour chaque catégorie de substances, la quantité exacte consommée au cours de deux périodes :

- les 12 derniers mois
- les 90 derniers jours.

Le QCP porte sur les atouts et besoins suivants :

- le degré d'intoxication et les besoins en matière de sevrage
- la possibilité de rechute.



### Conseil clinique

*Tout au long de l'entretien d'évaluation, conformément à l'approche thérapeutique graduelle, le conseiller se posera la question suivante : « De combien de renseignements ai-je besoin pour déterminer la nouvelle phase du traitement? ». Il est possible que l'administration du premier questionnaire permette au conseiller de recueillir suffisamment de renseignements, mais il se peut aussi qu'il ait besoin d'administrer toute la batterie à cet effet.*

*Le QCP ne renseigne que sur les comportements présents et récents du client. C'est une mesure de la quantité et de la fréquence de consommation qui ne permet de remonter que jusqu'à un an. Pour les clients alcooliques ou toxicomanes de longue date, le conseiller devra peut-être recueillir des données plus anciennes afin d'examiner les répercussions de l'alcoolisme ou de la toxicomanie au cours du temps. En effet, on ne pourra pas apprendre qu'un client a modifié ses habitudes de consommation durant les dernières années si on lui pose uniquement des questions sur les 12 derniers mois. Le conseiller pourrait notamment se renseigner sur l'âge où le client a commencé à consommer de l'alcool ou de la drogue, les premières drogues qu'il a consommées et ses drogues de prédilection. Le conseiller pourrait noter ces données à plus long terme sur un autre formulaire (formulaire d'admission ou de collecte de données, par exemple, s'il en a un à sa disposition).*

## POPULATION VISÉE

Les recherches sur ce questionnaire indiquent qu'il peut être utilisé chez les deux sexes, tant auprès des adultes que des jeunes.

## ADMINISTRATION

Ce questionnaire n'est pas fait pour être rempli à la maison. Il doit être administré, en groupe ou de façon individuelle, avec l'aide d'un conseiller formé à cet effet. Certains clients pourront répondre à plus de questions que d'autres sans aide, mais un conseiller doit être à la disposition des clients pour répondre à leurs questions et les aider à cerner leurs habitudes de consommation. Parmi les questions nécessitant une explication figurent la définition d'une consommation standard ainsi que les différentes catégories de drogues, leurs noms de rue et leurs caractéristiques, pour pouvoir permettre au client de dire ce qu'il prend ou ce qu'il a pris par le passé. Ainsi, le client peut prendre un médicament pour les « nerfs », sans se souvenir de son nom (p. ex. le Valium).

Durant l'administration des questionnaires, le conseiller doit toujours être à l'affût des messages non verbaux et du langage corporel qui peuvent trahir les préoccupations du client, afin de revenir plus tard sur certaines questions. L'entretien est aussi une occasion d'éduquer le client sur certaines questions, notamment :

- la tolérance aux substances psychotropes
- la réduction des méfaits
- le continuum de l'usage, du mésusage, de l'abus et de la dépendance
- les symptômes de sevrage
- les dangers que présente l'intoxication pour la santé.

L'entretien fournit également l'occasion d'encourager le client qui a réduit sa consommation ou effectué d'autres changements positifs. Il y a possibilité d'évaluer séparément la consommation de chaque drogue. Il se peut que le client fasse un usage détourné d'une ou de plusieurs drogues, mais qu'il en prenne une autre de la façon prescrite ou dans des limites plus acceptables.

## PRÉPARATION POUR L'ADMINISTRATION DU QCP

Pour administrer ce questionnaire, il vous faudra avoir sous la main :

- un calendrier sur lequel vous surlignerez la « fenêtre » de 90 jours de manière à ce que le client et vous-même puissiez vous y reporter
- l'annexe E : Les classes de psychotropes (à utiliser pour l'administration du QCP)
- l'annexe F : La consommation d'alcool et de cocaïne ou de crack au Canada d'après un sondage mené auprès d'adultes

- l'annexe G : Instructions pour mesurer la consommation moyenne d'alcool ou de drogue par journée de consommation
- une calculatrice pour calculer la quantité moyenne d'alcool consommée en termes de nombre de consommations standard.

---

Pour lire ce qui suit, vous pourriez avoir intérêt à vous référer au formulaire du QCP. Des exemplaires remplis du formulaire, pour M. Pothier et Marie, figurent à la fin du chapitre. Par ailleurs, les participants à ce cours ont accès aux formulaires vierges pour les outils ADAT à : [http://www.camh.net/Publications/Resources\\_for\\_Professionals/ADAT/](http://www.camh.net/Publications/Resources_for_Professionals/ADAT/)

---

Le formulaire du QCP comporte 14 rangées, chacune portant sur une catégorie de drogue particulière. Le conseiller passe méthodiquement en revue chaque catégorie pour explorer les habitudes de consommation particulières du client.

Le conseiller peut commencer par remplir les deux premières colonnes (la consommation au cours des 12 derniers mois et au cours des 90 derniers jours) pour chaque catégorie. Ensuite, il pourra revenir aux catégories de drogues que le client dit avoir consommées et remplir les trois colonnes restantes, en indiquant la prise la plus récente et la dose ou quantité médiane consommée au cours des 90 derniers jours. À cela, il ajoutera ses commentaires cliniques, y compris sur les habitudes de consommation antérieures du client.

### **Conseil clinique**

---

*Pour pouvoir administrer le QCP, le conseiller doit être bien préparé. Il est essentiel qu'il ait une bonne connaissance des différentes catégories de drogues et qu'il sache expliquer leurs effets respectifs sur le système nerveux central. Il doit aussi connaître les effets secondaires possibles, les symptômes de sevrage et les effets de l'intoxication sur le plan physique. Des cours de pharmacologie sont offerts dans toute la province et il est vivement recommandé aux conseillers d'en prendre pour se tenir à jour dans ce domaine; cela fait partie des pratiques exemplaires!*

---

### LA « FENÊTRE » DE 90 JOURS

Le QCP établit la consommation récente à l'aide d'une période (« fenêtre ») de 90 jours. Cette période débute 90 jours avant la veille de l'entretien. Ainsi, si l'entretien a lieu un lundi, la fenêtre de 90 jours prend fin le dimanche. La raison pour laquelle le jour de l'entretien ne fait pas partie de la fenêtre est qu'il n'est pas fini et que le client pourrait consommer de nouveau plus tard dans la journée.

On peut aussi utiliser une période de 90 jours pour faire le suivi et l'évaluation des résultats. Une fois le programme de traitement terminé, on communiquera alors avec le client pour l'interroger sur ses habitudes de consommation ou sur son abstinence « au cours des 90 derniers jours ». Si on se contente de demander au client « Avez-vous pris de la drogue? », on appelle une réponse par oui ou par non, ce qui ne permet pas de comparer la consommation récente avec la consommation prétraitement. Or, en prenant la période de 90 jours comme cadre de référence,

on devrait obtenir une représentation plus précise des résultats du client : réduction de la consommation, usage problématique ou période d'abstinence.

Servez-vous du calendrier pour trouver les jours de début et de fin de la fenêtre de 90 jours et surlignez cette période à l'intention du client, puis inscrivez cette information au bas du questionnaire QCP, dans l'espace prévu à cet effet.

---

Vous trouverez des calendriers gratuits à imprimer pour vos entretiens à [www.timeanddate.com](http://www.timeanddate.com). Vous pouvez faire laminer les calendriers et y surligner la fenêtre de 90 jours à l'aide d'un feutre effaçable à sec de manière à pouvoir les réutiliser ultérieurement.

---

## DÉTERMINATION DE POINTS DE REPÈRE

En montrant le calendrier au client, le conseiller attirera son attention sur cette période. Le client peut-il penser à des événements particuliers qui ont eu lieu au cours de cette période, comme par exemple :

- un événement scolaire?
- un congé scolaire?
- des jours où les enfants ont été à la maison?
- des jours fériés?
- les vacances d'été?
- un voyage?
- des fêtes de famille?
- des fêtes culturelles?

La liste ci-dessus contient des exemples de temps forts de la vie, ou points de repère, qui stimulent la mémoire. Les conseillers savent par expérience que leurs clients peuvent se souvenir de bien plus de choses qu'ils ne l'auraient cru lorsqu'ils ont des points de repère. Certains protocoles d'évaluation, tel le questionnaire TLFB (*Timeline Follow-Back Method*), font aussi appel à un calendrier d'un an et à un calendrier de 90 jours. Au cours de l'évaluation, le client et le conseiller examinent la période dont il est question et l'associent à des points de repère qui stimulent la mémoire.

Voici d'autres exemples de points de repère qui pourraient inciter le client à fournir une description plus précise de ses habitudes de consommation :

- la consommation les jours de paie
- les jours d'abstinence les plus courants
- une comparaison des habitudes en semaine et en fin de semaine
- les mariages, les parties entre amis
- les longues fins de semaine

- les jours fériés
- les événements sportifs marquants
- les manifestations sportives auxquelles le client a assisté.

## EXAMEN DES HABITUDES DE CONSOMMATION

Avant d'examiner les habitudes de consommation au cours des 90 derniers jours, il est utile de commencer par passer en revue toutes les drogues, rangée par rangée, pour découvrir celles qui ont été consommées au cours des 12 derniers mois ou à un moment quelconque de la vie du client (c.-à-d. avant les 12 derniers mois). En procédant ainsi, on commence par déterminer quelles sont les drogues que consomme actuellement le client ou celles qu'il a consommées par le passé, puis on revient aux catégories qui comportent des réponses affirmatives pour pouvoir recueillir le reste des renseignements sur la consommation au cours de la période de 90 jours.

Pour donner à l'entretien un tour plus interactif (par exemple lorsqu'on a affaire à des jeunes), et pour donner au client quelque chose à faire afin de lui faire oublier son stress ou sa nervosité, vous pouvez employer des fiches cartonnées. Inscrivez le nom de chaque catégorie de drogue sur une fiche séparée, avec des exemples de drogues appartenant aux catégories respectives ainsi que leurs noms de rue (p. ex. hallucinogène = LSD = acide).

Nommez chaque catégorie de drogues et commencez par demander au client s'il en a consommé, en lui indiquant de répondre simplement par oui ou par non et notez ses réponses au fur et à mesure. Incitez le client à poser des questions sur les noms de drogues (autres noms, notamment noms argotiques) afin de vous assurer qu'il comprend bien les catégories de drogues que vous citez ou qui figurent sur les fiches.

Si vous utilisez des fiches, demandez au client de les trier en en faisant deux piles : l'une pour les drogues qu'il a consommées au cours des 12 derniers mois et l'autre pour celles qu'il n'a pas consommées au cours de cette période.

Vous pourriez aussi demander au client de faire une pile pour les drogues qu'il a consommées antérieurement à la période de 12 mois et une autre pile pour celles qu'il n'a *jamais* prises.

Passez ensuite à la colonne qui porte sur la consommation de drogues au cours des 90 derniers jours. Demandez au client de se reporter à la fenêtre de 90 jours qui a été surlignée sur le calendrier, de façon à ce qu'il sache exactement de quelle période il s'agit.

Vous pourriez à nouveau demander au client de trier les fiches en deux piles, dont l'une pour les drogues qu'il a consommées au cours de cette période.

La manière dont les colonnes seront remplies ou les cartes triées vous fournira des renseignements intéressants. Il se peut que les colonnes ou piles soient exactement les mêmes pour les deux périodes. Il se peut au contraire qu'elles soient très différentes, ce qui pourrait indiquer la progression d'une drogue à une autre, signe que la situation s'est aggravée ou est devenue plus dangereuse; à l'inverse, un changement dans les habitudes de consommation peut indiquer une amélioration, signe de la volonté du client de changer ses habitudes pour réduire les méfaits de sa consommation de drogue.

**Conseil clinique**

*L'emploi de fiches cartonnées pour faire le tri parmi les diverses catégories de drogues ainsi que l'inscription des noms de drogues dans chaque catégorie ajoute une dimension interactive à l'entretien. C'est une méthode particulièrement bien adaptée à certains clients, comme les jeunes et les personnes atteintes de troubles de l'attention. Les piles peuvent en outre représenter la consommation du client de manière bien plus imagée que des cases à cocher sur un formulaire. Songez à l'effet produit lorsqu'un client vous remet deux cartes avec les noms des drogues qu'il a consommées au cours de la semaine et une épaisse pile pour les drogues qu'il a consommées durant l'année écoulée.*

---

Si certains clients consomment diverses drogues de diverses manières (p. ex. ils sont dépendants de certaines drogues mais prennent les autres de façon sporadique), d'autres peuvent consommer toutes les drogues exactement de la même manière. Un client peut avoir une préférence particulière pour une substance d'une catégorie particulière (p. ex. le « crack ») ou pour les drogues d'une catégorie particulière (p. ex. les amphétamines, la cocaïne et le « crack »), ou bien il peut prendre diverses substances intoxicantes appartenant à plusieurs catégories (p. ex. la cocaïne, l'alcool et les hallucinogènes). À mesure que le conseiller et le client passent en revue les catégories de substances, puis les différentes drogues au sein de ces catégories, le profil des habitudes de consommation du client et de ses préférences se dessinera.

Le QCP permet de quantifier la consommation de chaque substance intoxicante et la fréquence à laquelle cette substance est administrée ou prise par le client. Ce questionnaire fait appel à des mesures normalisées exprimées en « équivalences » (nombre de consommations standard, de comprimés, de lignes ou d'injections). Ces équivalences seront utilisées dans les échanges entre le conseiller et le client. La partie « Quantification de la consommation » ci-dessous traite de la question en détail.

En outre, le conseiller et le client parleront des questions suivantes :

- le laps de temps écoulé depuis que le client a consommé pour la dernière fois des substances intoxicantes dans chacune des catégories
- le nombre de fois, en moyenne, où le client consomme chaque substance
- les modifications des habitudes de consommation du client au cours des 12 derniers mois et des 90 derniers jours
- le mode d'administration de chaque drogue, avec la quantité (ou la dose exacte) utilisée, exprimée en équivalences normalisées
- les drogues que le client a arrêté de consommer et celles qu'il n'a jamais prises
- les psychotropes qui ont été prescrits au client, et qu'il prend conformément à son ordonnance.

Pour consigner la réponse à la question portant sur le laps de temps écoulé depuis que le client a consommé des substances intoxicantes, le conseiller se sert de codes. Ces codes, indiqués au bas du questionnaire, sont les suivants :

- 1 = < 24 heures (le client a consommé la substance intoxicante au cours des 24 heures précédentes)
- 2 = 1 à 3 jours (il a consommé la substance au cours des trois derniers jours)
- 3 = une semaine (il a consommé la substance au cours des sept derniers jours)
- 4 = un mois (il a consommé la substance au cours des 30 ou 31 derniers jours)
- 5 = plus d'un mois (il a consommé la substance il y a plus de 30 ou 31 jours).

Tous ces renseignements aident le conseiller à déterminer approximativement le degré d'intoxication maximum atteint par le client et le nombre de fois où il l'atteint; ils lui permettent aussi de juger si le sevrage peut présenter un risque pour le client (voir les sept catégories d'atouts et de besoins du client). Cet outil permet aussi d'évaluer le risque de rechute. Si le client est physiquement dépendant d'une substance, il pourrait en consommer de nouveau pour réduire les symptômes de sevrage ou les éviter.

### **Conseil clinique**

---

*Lorsqu'on quantifie la consommation d'une substance, certains renseignements peuvent être plus utiles que d'autres pour faire ressortir les atouts et les besoins du client. Ainsi, il peut être plus utile de calculer le temps que le client passe à consommer la substance ou ce qu'elle lui coûte que d'en quantifier le poids ou la dose.*

*Pour plus de renseignements sur la façon de conduire une évaluation et de dégager des constantes à partir des renseignements recueillis durant l'entretien lié à l'administration du QCP, voir les rubriques du présent chapitre intitulées « Quantification de la consommation » et « Problèmes cliniques » (ci-dessous).*

---

## QUANTIFICATION DE LA CONSOMMATION

Le QCP fait usage de mesures standardisées et d'équivalences (p. ex. nombre de consommations standard ou nombre de fois où le client consomme de la drogue).

Ce mode de quantification représente un changement important en Ontario, où les conseillers avaient coutume de demander aux clients combien ils consommaient en termes de poids (grammes, onces ou livres) ou de coût en dollars. Or, ce mode de quantification n'est peut-être pas particulièrement efficace.

Le problème, quand on interroge un client sur ce que lui coûtent les substances intoxicantes qu'il prend, est que cela ne permet pas au conseiller ni, par là-même, au client de déterminer s'il y a usage problématique. Cela peut permettre au conseiller de se faire une bonne idée de la situation financière d'un client particulier (Le client dépense-t-il plus que ses moyens ne le lui permettent? Revend-il de la drogue pour réduire ses dépenses?) Mais qu'en est-il des clients qui ont les moyens de se payer des substances intoxicantes? En outre, ce genre de renseignements n'est pas très utile pour établir s'il y a consommation excessive. Le prix d'une substance peut être

élevé en raison de la loi économique de l'offre et de la demande, et il se pourrait qu'au cours du dernier mois, le client ait dépensé plus d'argent tout en ayant moins consommé! L'argent dépensé n'est donc pas un bon indicateur des habitudes de consommation.

En outre, quand on pose des questions sur la quantité consommée en termes de grammes ou d'onces par jour ou par semaine, on risque de ne pas savoir ce que cela représente. À quoi correspond un gramme de hachisch par exemple? Combien de fois peut-on connaître un état d'euphorie avec un gramme de hachisch?

- Est-ce beaucoup?
- Cette quantité est-elle suffisante pour une journée ou une semaine?
- Pourrait-elle durer un mois?

Le QCP quantifie la consommation d'une substance psychotrope en fonction du nombre de prises par unité de temps. Donc, si un client déclare fumer de 10 à 12 joints par jour, cela permet au conseiller de savoir assez précisément le temps journalier moyen passé par le client à fumer de la marijuana. Il saura ainsi combien de temps le client « plane » au cours d'une même journée. Cela lui en apprendra davantage que de savoir que le client fume une demi-once par jour – ce qui lui permettra de mieux aider ce dernier.

En quantifiant la consommation, le conseiller devra s'habituer à penser en ces termes :

- nombre de joints (marijuana, hachisch, huile de hachisch)
- nombre de comprimés (le conseiller notera la dose dans la partie réservée aux commentaires)
- nombre de lignes (pour la cocaïne)
- nombre de pipes (pour le hachisch ou le crack)
- nombre d'injections par jour (pour l'héroïne ou la cocaïne)
- nombre de consommations standard.

Lorsqu'on mesure la consommation d'alcool, il faut considérer le degré. Ainsi, une caisse de 24 bières ne comptera pas comme 24 consommations s'il s'agit d'une bière légère. Une bière à 4 degrés équivaut à environ 80 % d'une bière standard. De la même manière, une caisse de 24 bières à 10 degrés n'est pas l'équivalent de 24, mais de 48 bières standard. Il faut préciser que bien que le système métrique soit le système officiel au Canada, les gens ont tendance à parler d'alcool en onces. Vous pourriez donc avoir à utiliser les deux systèmes! Une table de conversion pourra vous aider à établir les équivalences.

### Conseil clinique

*Sachez que pour déterminer le nombre de consommations standard, il faut tenir compte à la fois du volume et du degré d'alcool. Voici un exemple d'équivalences :*

*12 onces de bière à 5 degrés = 5 onces de vin à 12 degrés = 1,5 once d'alcool à 40 degrés*

- *Si le volume de la boisson est plus important, elle comptera pour plus d'une consommation standard.*
  - *Si la teneur en alcool de la boisson est plus forte, elle comptera pour plus d'une consommation standard.*
- 

### COMMENT ÉTABLIR LES ÉQUIVALENCES EN TERMES DE CONSOMMATIONS STANDARD

Si la notion d'équivalence en termes de consommations standard ne vous est pas familière, vous pourrez utiliser la formule indiquée dans le Conseil clinique ci-dessus pour faire l'exercice qui suit. Répondez aux cinq questions ci-dessous puis vérifiez que vous avez bien établi les équivalences en vous reportant à la note en bas de page.

1. Trois onces d'alcool à 40 degrés équivalent à :

- 1 consommation standard
- 2 consommations standard
- 3 consommations standard

2. Dix onces de vin à 12 degrés équivalent à :

- 1 consommation standard
- 2 consommations standard
- 3 consommations standard

3. Douze bières (de 12 onces) à 10 degrés équivalent à :

- 12 consommations standard
- 18 consommations standard
- 24 consommations standard

4. À combien de consommations standard (approximativement) une grosse bouteille de bière (25 onces) à 5 degrés équivaut-elle?

- 1 consommation
- 2 consommations
- 3 consommations

5. À combien de consommations standard une grosse bouteille de bière (25 onces) à 10 degrés équivaut-elle?
- 2 consommations
  - 3 consommations
  - 4 consommations\*

## INTERPRÉTATION DES SCORES EN FONCTION DES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ

Comment interpréter tous les renseignements recueillis grâce au QCP? Comment établit-on un profil clinique à partir des récentes habitudes de consommation? Comme il en va des autres outils ADAT, il faudra éviter de sauter aux conclusions avant d'avoir recueilli tous les renseignements nécessaires, et cela s'applique aussi bien à vous-même qu'au client. Qu'avez-vous appris sur le client qui puisse vous aider, en collaboration avec ce dernier, à déterminer la nouvelle phase de son traitement?

Le QCP permet de mesurer deux des sept atouts et besoins du client :

### 1. Son degré d'intoxication et ses besoins en matière de sevrage

- Quel degré d'intoxication le client atteint-il?
- Le client a-t-il besoin d'être surveillé pour un sevrage sans risque?
- Quel degré de surveillance lui faut-il?
- Le client a-t-il, de son propre chef, diminué sa consommation pour en réduire les méfaits?
- Le client a-t-il eu des périodes d'abstinence ou de consommation réduite?
- Y a-t-il des substances que le client aurait arrêté de prendre par le passé?
- Si tel est le cas, a-t-il connu des symptômes de sevrage?

### 2. Risque de rechute

- Le client a-t-il des antécédents de rechute?
- Dans l'affirmative, a-t-il fait quelque chose pour se ressaisir?
- Sait-il reconnaître les signes et symptômes de la rechute?
- A-t-il besoin d'un traitement structuré pour éviter la rechute? Lui faut-il un encadrement très rigide?
- Au cours des 12 derniers mois, quel est le nombre de jours où le client a consommé une substance intoxicante? Et au cours des 90 derniers jours? (Un usage quotidien est lié à un risque de rechute plus élevé.)

Examinez la première bulle des Critères d'admission et de congé. On vous demande d'évaluer les besoins du client en matière de gestion du sevrage, en termes de niveau ou d'intensité.

---

\* Réponses: 1: b, 2: b, 3: c, 4: b, 5: c.

Que savez-vous à présent du client quant à ses besoins en matière de gestion du sevrage? Les réponses aux questions suivantes vous aideront dans votre évaluation.

*Évaluation  
du niveau  
ou de l'intensité  
appropriés pour  
la gestion du  
sevrage*

- Quand le client a-t-il consommé un psychotrope pour la dernière fois?
- Quelle quantité (ou dose) a-t-il consommée?
- La ou les substances consommées par le client justifieraient-elles une supervision médicale en cas de retrait?
- Le client a-t-il connu des symptômes de sevrage par le passé? Si oui, lesquels?
- Le client a-t-il déjà connu des complications liées au sevrage?
- Le client a-t-il une santé fragile? Le sevrage présente-t-il des risques de complications?
- Le client doit-il consulter un médecin à ce sujet?

Dans la bulle suivante, on vous demande de chercher des renseignements sur le degré d'intoxication du client et ses besoins en matière de sevrage. Il s'agit donc de déterminer si le client a besoin de services de stabilisation.

Les réponses aux questions suivantes vous aideront à répondre à cette question.

- Le client a-t-il un endroit sûr où aller lorsqu'il aura terminé sa période de sevrage?
- Si le client est actuellement abstinente ou s'il est parvenu à réduire sa consommation comme il le souhaite, le milieu dans lequel il retournera sera-t-il propice à la réalisation de ses objectifs?

*Évaluation  
du besoin  
de services de  
stabilisation*

Le QCP vous permettra de recueillir les renseignements nécessaires pour répondre aux questions contenues dans les bulles.

Si nécessaire, vous pourrez demander des renseignements supplémentaires. Il est essentiel de connaître le point de vue du client sur ses propres besoins. Le profil du client se précisera sans doute à mesure que vous recueillerez des renseignements pertinents à son sujet grâce à l'administration des autres questionnaires. Il peut cependant y avoir des exceptions car on rencontre parfois des cas très compliqués. Le conseiller usera alors de son pouvoir discrétionnaire afin de prendre en compte les besoins du client, qui ont préséance sur les Critères d'admission et de congé.

## **PROBLÈMES CLINIQUES**

Il faut savoir que les jeunes clients ne connaissent peut-être que le nom de rue d'une drogue. On devra alors leur apprendre son appellation correcte, avec la catégorie à laquelle elle appartient. En administrant le questionnaire, on a ainsi l'occasion de faire l'éducation du client. Si un client apporte un comprimé aux fins d'identification, le conseiller pourra consulter le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* (CPS). Il peut aussi arriver qu'un

client puisse décrire l'effet d'une drogue sans pouvoir la nommer; or, il est particulièrement dangereux de prendre une drogue sans savoir ce qu'on prend et le conseiller devrait le noter. Si vous connaissez le nom de la drogue, vous inscrirez l'appellation correcte tandis que si vous en ignorez le nom, vous indiquerez la drogue dans la dernière catégorie « Autres psychotropes » et vous préciserez que le client prend une drogue dont il ne connaît pas le nom.

Les clients qui prennent une drogue qui leur a été prescrite par un médecin pourraient ne pas se souvenir du dosage. Dans ce cas, le conseiller leur demandera d'apporter le médicament au prochain rendez-vous pour pouvoir copier le nom du médicament et son dosage. Il devra peut-être rassurer le client en lui expliquant bien qu'il ne lui confisquera pas la drogue. Si le client refuse d'obtempérer, le conseiller pourrait lui demander de lui communiquer ces renseignements par téléphone.

Prenez note des changements éventuels intervenus dans les habitudes de consommation du client au cours des 12 derniers mois et des 90 derniers jours. Cette consommation a-t-elle augmenté ou diminué ou s'est-elle maintenue? La consommation de certaines substances a-t-elle augmenté et celle d'autres substances diminué? La consommation de toutes les substances a-t-elle augmenté au cours des 90 derniers jours ou bien a-t-elle diminué? Y a-t-il certaines substances que le client n'a pas consommées au cours des 90 derniers jours? Comment a-t-il fait pour s'en passer? Tous ces renseignements donneront au client et au conseiller une idée des atouts du client. Quel qu'ait été le moyen qui a permis au client de modifier son comportement, il pourra s'en servir pour pouvoir atteindre ses objectifs de traitement à l'égard d'autres substances.

Réfléchissez aux exemples suivants :

- Un client a bu de l'alcool tous les jours au cours des neuf premiers mois de la période de douze mois dont il est question. Par contre, au cours des trois derniers mois, il a bu de l'alcool deux jours par semaine (soit 2 jours sur 7, ce qui représente une réduction de consommation importante). Qu'en concluriez-vous? Quelles questions supplémentaires poseriez-vous au client?
- Un client déclare qu'il ne prend de l'héroïne que depuis deux mois mais il explique qu'il prenait auparavant plusieurs autres substances par jour. Que voudriez-vous savoir au sujet de ce changement dans ses habitudes de consommation?

Pour établir le plan de traitement, il pourrait être important de recueillir des renseignements datant de plus d'un an (p. ex. âge où le client a pris la substance pour la première fois, première substance consommée et périodes d'abstinence); le conseiller consignera ces renseignements ailleurs dans le dossier du client. De longues périodes d'abstinence et d'autres réussites dans l'atteinte des objectifs de traitement mériteront d'être notées. Il faudra également tenir compte des rechutes pour la planification du traitement. Le [chapitre 14](#), Récapitulation, contient un formulaire facultatif appelé Profil clinique. Certains organismes se servent de ce formulaire pour y dresser le profil du client et consigner l'ensemble des renseignements importants, de façon à les avoir tous au même endroit, ce qui facilite la lecture du dossier. Ce formulaire pourrait vous être utile durant votre apprentissage.

L'administration du QCP est une excellente occasion de faire l'éducation du client en comparant sa consommation d'alcool avec celle d'autres personnes. Vous pouvez ainsi comparer sa consommation à celle des autres usagers qui viennent demander de l'aide auprès de votre organisme, ainsi qu'à celle des usagers qui n'ont pas de problèmes. « L'évaluation normative » des habitudes de consommation d'alcool du client peut lui être très utile pour déterminer la nouvelle phase de son traitement.

Les faits suivants, parmi d'autres, pourraient intéresser le client :

- Il boit peut-être comme ses amis, ni plus ni moins, mais sa consommation est tout de même excessive car elle représente un danger pour sa santé.
- De façon générale, il boit davantage que la plupart des consommateurs d'alcool.
- De 15 à 20 % de la population ne consomme jamais d'alcool. C'est donc une impression fautive que « tout le monde boit »; en outre, les taux d'abstinence sont bien plus élevés pour les autres substances. Cela peut vous aider à convaincre le client qu'il y a beaucoup de gens qui ne boivent pas et ne consomment pas de drogues et qu'il n'aura pas de mal à se faire de nouveaux amis abstinents.

Les clients souhaitent savoir comment ils se comparent aux autres et ils n'hésiteront pas à vous manifester leur intérêt à ce sujet. Donc, si vous leur communiquez ces renseignements de façon objective, sans porter de jugement, cela pourra avoir une grande influence sur les décisions qu'ils prendront.

- Les recherches semblent indiquer qu'un simple conseil peut induire un changement de comportement et que les conseils sont peut-être plus efficaces pour les personnes qui essaient d'arrêter de fumer ou de boire en excès que pour celles qui essaient d'apporter des changements à leur alimentation ou de se mettre à faire de l'exercice.
- Pour déterminer s'il est indiqué de fixer un objectif de réduction des méfaits, on ne peut pas se contenter d'analyser les réponses à un seul questionnaire. Il faut aussi tenir compte de l'histoire du client, de ses habitudes de consommation, de la progression de cette consommation et d'autres renseignements de ce type. Pour cela, plusieurs outils sont nécessaires.

## EXEMPLES CLINIQUES

### LA VIE DE M. POTHIER

Les réponses de M. Pothier au QCP montrent qu'il dispose de certains atouts qui faciliteront la planification du traitement. Quant un conseiller attire l'attention d'un client sur ses atouts, le client se sent appuyé et valorisé.

M. Pothier a une expérience assez limitée des drogues, ce qui n'est pas surprenant, compte tenu de son âge. Il a un problème de boisson et il signale avoir bu tous les jours au cours des deux périodes visées par le questionnaire. M. Pothier boit à peu près la même quantité d'alcool tous les jours et il n'a cessé de boire que parce qu'il avait fait une crise convulsive et qu'il s'est retrouvé aux urgences. Depuis son hospitalisation, il n'a pas bu une goutte d'alcool.

La possibilité que M. Pothier connaisse des symptômes de sevrage ressort de façon évidente de ses réponses au questionnaire. En outre, son potentiel de rechute est élevé, puisqu'après être sorti de l'hôpital à la suite de son accident de voiture, M. Pothier s'est mis à boire et que depuis, il consomme tous les jours la même quantité d'alcool. En revanche, il est encourageant qu'il n'ait pas touché à l'alcool depuis qu'il a été hospitalisé pour crise convulsive.

Le QCP peut donner certaines indications sur les avantages de la consommation d'un psychotrope pour le client (p. ex. M. Pothier affirme que ça l'aide à dormir). Le questionnaire permet d'établir les facteurs à l'origine de la consommation problématique, mais le principal intérêt des renseignements recueillis est qu'ils permettent de déterminer les besoins de sevrage du client et son risque de rechute. Le degré de dépendance physique à l'alcool ou à d'autres substances indique au conseiller le degré de soutien médical et émotionnel dont le client aura besoin durant la période de sevrage.

M. Pothier prend 17 consommations standard par jour depuis des années. Il va donc connaître des symptômes de sevrage une fois sobre. Il se pourrait aussi qu'il ressent pendant quelque temps des symptômes de post-sevrage aigus et qu'il lui faille un certain temps pour se sentir mieux.

Le seul autre psychotrope que M. Pothier signale avoir pris au cours des 90 derniers jours est le Valium, qui lui a été administré à l'hôpital pour traiter la crise convulsive et pour apaiser ses symptômes de retrait. Le conseiller doit l'indiquer dans la catégorie correspondante, même si le médicament a été pris comme prescrit et que M. Pothier en a pris pendant très peu de temps.

Il est à noter que lorsque M. Pothier a été hospitalisé à la suite de son accident de voiture, qui lui a occasionné de graves brûlures, on lui a administré de la morphine contre la douleur et qu'il a développé une dépendance physique à ce médicament. Pourtant, il n'a pas fait remplir l'ordonnance qu'on lui avait donnée à sa sortie de l'hôpital. Sur le questionnaire, il faudra donc cocher « Non » dans les deux colonnes sur l'usage d'opioïdes, soit celle relative aux 12 derniers mois et celle relative aux trois derniers mois, mais il faudra toutefois indiquer que M. Pothier a déjà pris un opioïde. Le QCP permet ainsi de recueillir plusieurs « niveaux » de renseignements. L'expérience de M. Pothier quant à son sevrage morphinique pourra être abordée au cours de séances ultérieures pour voir comment il pourrait la mettre à profit pour arrêter de boire.

D'après le QCP, M. Pothier présente un risque élevé de rechute, étant donné que ce n'est que depuis très récemment qu'il a arrêté de boire, qu'il ne va pas bien et qu'il est physiquement dépendant de l'alcool.

Avant l'accident, M. Pothier ne buvait d'alcool que lorsqu'il était en compagnie, ce qui peut être interprété comme un autre atout, puisque durant la majeure partie de sa vie, sa consommation d'alcool n'a pas été problématique. Il se peut qu'il ait utilisé des stratégies auxquelles il pourrait de nouveau faire appel pour atteindre ses objectifs de traitement pendant que l'évaluation se poursuivra et qu'un plan de traitement sera développé.

Par ailleurs, M. Pothier n'a pas pris une goutte d'alcool depuis sa sortie de l'hôpital, et compte tenu du degré de dépendance qui doit être le sien d'après son profil de consommation, cette nouvelle période d'abstinence est un signe très positif. Par la suite, avec l'administration des autres questionnaires, le conseiller recueillera d'autres renseignements qui lui permettront de se faire une meilleure idée du risque de rechute chez M. Pothier.

Le conseiller commence à avoir un aperçu des raisons qui ont pu pousser M. Pothier à se mettre à boire après son accident : la mort de sa femme, les blessures qu'il a subies... À mesure que les autres questionnaires seront administrés à M. Pothier et que les résultats feront l'objet de discussions, le profil clinique se précisera.

Les renseignements qui figurent au dossier de M. Pothier et ses scores illustrent les facteurs qui peuvent être liés à la consommation de substances intoxicantes chez les personnes âgées ainsi que les besoins spécifiques de cette population. L'annexe C, Ressources renvoie à des sources d'information sur l'usage de l'alcool et des drogues chez les personnes âgées.

---

### Exemple de rétroaction

Voici ce que le conseiller pourrait dire à M. Pothier à propos des résultats de son évaluation :

*Eh bien, M. Pothier, la raison pour laquelle on fait remplir ce questionnaire, c'est qu'il permet d'obtenir des renseignements précis sur la quantité d'alcool ou de drogues qui sont consommées. En ce qui vous concerne, c'est la consommation d'alcool qui est problématique puisque vous n'avez jamais pris de drogues, sauf sur ordonnance d'un médecin. Voulez-vous qu'on examine les résultats?*

*Alors, d'après vos réponses au questionnaire, vous buvez environ 17 consommations standard par jour [le conseiller explique brièvement la notion de consommation standard et le principe des équivalences]. Je dois vous dire que 17 consommations par jour, ça fait beaucoup d'alcool pour votre organisme. Avec le temps, ça ne doit pas arranger votre santé. Qu'est-ce que vous avez remarqué?*

*Vous dites que vous vous inquiétez au sujet de votre santé, et je dois vous dire que vous avez peut-être raison d'être inquiet. Dix-sept verres par jour, c'est dur pour l'organisme. Il me semble que vous avez dit que vous aviez des problèmes de digestion [le conseiller attend que le client confirme]? Ça vient peut-être de tout cet alcool que vous consommez tous les jours. Vous avez bien fait de vous faire faire des tests. Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez savoir?*

*Écoutez, je voudrais attirer votre attention sur deux ou trois choses qui me paraissent extrêmement positives. D'après vos réponses au questionnaire, vous ne fumez pas et je vous en félicite! En plus, ça ne fait que sept ans que vous buvez. Durant la majeure partie de votre vie vous n'avez consommé d'alcool que quand vous étiez en compagnie et votre consommation d'alcool n'était donc pas problématique. Vous n'avez pas toujours bu autant d'alcool que vous le faites présentement.*

*L'autre point positif, c'est que quand vous êtes sorti de l'hôpital après votre accident, ça faisait un moment que vous preniez de la morphine et vous avez arrêté d'en prendre le jour même où vous êtes rentré chez vous. C'est donc que vous êtes capable d'atteindre vos objectifs quand vous vous y mettez. Dites-moi, qu'est-ce que vous avez fait au sujet des symptômes que vous avez eus quand vous avez arrêté de prendre de la morphine?*

## LA VIE DE MARIE

Marie a indiqué avoir consommé de l'alcool et de la cocaïne au cours des 12 derniers mois ainsi qu'au cours des 90 derniers jours. Elle signale aussi qu'elle consommait ces substances au moment où elle a été traitée pour la première fois. Elle ajoute qu'elle fume la cigarette et qu'elle prend un antidépresseur de la manière indiquée par son médecin.

**Conseil clinique**

*Pour calculer le nombre de consommations standard, il faudra interroger la cliente pour déterminer le nombre précis de consommations prises en semaine et durant les fins de semaine. Si la cliente déclare « je prends de trois à cinq consommations », ne vous contentez pas de faire la moyenne entre ces deux chiffres. Interrogez-la pour savoir si c'est plus souvent trois ou cinq. Pour pouvoir établir l'équivalence en consommations ordinaires, il faudra décider d'un chiffre entier représentant le nombre de consommations pour chaque jour de la semaine, les additionner, puis diviser le résultat par le nombre de jours où la cliente a bu de l'alcool. Si donc la cliente ne boit jamais le jeudi, vous diviserez le total par six et non par sept!*

Marie déclare prendre cinq consommations par jour en semaine ( $5 \times 5 = 25$  consommations) et 12 consommations le samedi et le dimanche ( $12 \times 2 = 24$  consommations). Elle consomme donc 49 consommations sur sept jours, ce qui donne une moyenne de sept consommations standard par jour.

Il est important de noter, dans la colonne des observations, le nombre exact de consommations prises, les habitudes de consommation, etc. Dans les colonnes correspondant aux quantités types consommées pour chaque jour, il faut inscrire des chiffres entiers.

Marie déclare que sa consommation est plus élevée durant les fins de semaines, et le conseiller devra lui demander si c'est un choix délibéré ou non. Marie planifie-t-elle sa consommation? Essaie-t-elle de moins boire en semaine et, dans l'affirmative, pour quelles raisons? Comment fait-elle, éventuellement, pour moins boire?

Marie pourrait répondre à ces questions de plusieurs manières et sa réponse contribuera à l'établissement de son profil clinique – habitudes de consommation et potentiel de rechute. Le conseiller pourrait ainsi découvrir :

- que Marie achète délibérément moins d'alcool en semaine.
- qu'elle ne veut pas trop s'enivrer parce que ses enfants sont à la maison.
- qu'elle se met à boire après avoir mis les enfants au lit, de sorte qu'elle ne peut pas boire autant.
- qu'elle commence à boire plus tôt les fins de semaine.
- qu'elle ne peut pas se permettre de boire autant durant la semaine et qu'elle boirait plus si elle en avait les moyens.

La réponse à ces questions fournira au conseiller beaucoup de renseignements utiles qui l'aideront à établir le plan de traitement. Ainsi, si c'est de façon délibérée que Marie boit moins durant la semaine, le conseiller en déduira qu'elle est capable de planifier à l'avance une réduction de sa consommation et de s'en tenir à son objectif.

Par contre, il se pourrait que Marie indique que ses habitudes de consommation s'expliquent par son manque de moyens. Il se pourrait aussi qu'elle boive ses cinq consommations en deux heures et qu'elle se mette à boire dès le matin. Le conseiller a besoin de tels renseignements pour bien comprendre la situation de Marie.

Marie dit qu'elle prend de la cocaïne en fin de semaine. Là encore, le conseiller aura besoin de renseignements complémentaires sur les habitudes de consommation de Marie et ses préférences. Il ressort des déclarations de Marie que sa consommation de cocaïne et sa rechute après son traitement ont contribué à briser son mariage.

Le fait que Marie fume la cigarette peut être abordé dans le cadre de ses objectifs à court et à long terme. Certains clients veulent arrêter, dès le départ, de consommation de toutes les substances intoxicantes, alors que d'autres préfèrent ne pas tenter d'arrêter de fumer en même temps.

Marie dit prendre des antidépresseurs comme son médecin les lui a prescrits. Le conseiller lui fera remarquer que ce n'est pas le cas puisqu'il ne faut pas boire d'alcool quand on prend des antidépresseurs. Elle a bien pris la quantité prescrite, mais elle n'a pas pris son médicament comme prescrit! Il faudra aussi noter la posologie et depuis combien de temps Marie prend ce médicament.

Le dossier de Marie nous apprend qu'elle a eu une période d'abstinence après son dernier traitement, mais qu'au cours des 12 derniers mois, elle a fait une large consommation de ses substances de prédilection. Ce n'est pas surprenant, compte tenu de ses habitudes de consommation, et cela pourrait indiquer un risque de rechute très élevé. D'ailleurs, certaines déclarations faites par Marie durant l'entrevue ou consignées dans son dossier indiquent qu'elle a des doutes quant à sa capacité de rester abstinent.

Bien que Marie n'ait pas consommé d'autres drogues au cours des 12 derniers mois, il y a lieu d'indiquer qu'elle a pris d'autres drogues quand elle était plus jeune.

### Exemple de rétroaction

Voici ce que le conseiller pourrait dire à Marie :

*Eh bien, Marie, d'après le questionnaire, vous avez pris de l'alcool ou de la cocaïne ou les deux pratiquement tous les jours au cours des douze derniers mois. Vous avez bien fait de venir ici pour parler des changements que vous aimeriez apporter à vos habitudes de consommation. Dites-moi comment vous en êtes arrivée à cette décision.*

*Vos habitudes de consommation m'indiquent que vous devez avoir éprouvé beaucoup de symptômes physiques quand vous vous êtes arrêtée. Dites-moi, qu'est-ce que vous faites pour y faire face? Qu'est-ce qui vous aide à surmonter ces difficultés?*

*Quand nous avons discuté de vos habitudes de consommation, vous m'avez dit que vous craigniez de faire des rechutes et que vous vous demandiez si vous seriez capable d'atteindre vos objectifs de traitement. Dites-moi comment vous avez réussi à rester abstinent après votre dernier traitement. Avez-vous tiré des leçons de cette expérience, au sujet de choses que vous pourriez faire ou éviter de faire cette fois-ci?*

QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES (QCP) : EXEMPLAIRES REMPLIS



**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES (QCP)**

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan Pothier Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date 13 septembre [indiquer l'année]

TYPE DE SUBSTANCE	Consommée au cours des 12 derniers mois?			Nbre de jours de consommation au cours des 90 derniers jours	Temps écoulé depuis la dernière consommation (voir les codes ci-dessous)	Quantité typique prise chaque jour au cours des 90 derniers jours*	Commentaires (p. ex. nom de la substance, quantité consommée, habitudes de consommation, périodes d'abstinence, drogue utilisée telle que prescrite, durée d'usage, âge lors de la première prise, etc.)
	Oui	Non	Réponse de réponse manquante				
	1	2	8	9			
(1) AUCUNE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	17	N'a bu qu'en compagnie jusqu'à 57 ans. S'est mis à boire excessivement après un accident de voiture dans lequel sa femme a été tuée. Prend 17 consommations standard par jour depuis 5 ans et demi. Première de crise convulsive liée à l'alcool il y a une semaine.
(2) ALCOOL : bière / spiritueux / vin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(3) COCAÏNE / CRACK : coke	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(4) AMPHÉTAMINES / AUTRES STIMULANTS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(5) CANNABIS : hach, pot, marijuana	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(6) BENZODIAZÉPINES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4	Traité par benzodiazépines à l'hôpital pendant 3 jours la semaine dernière en raison de crises convulsives.
(7) BARBITURIQUES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(8) HÉROÏNE / OPIUM	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(9) OPIOÏDES D'ORDONNANCE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A reçu de la morphine à 58 ans pour douleur liée à de graves brûlures (à la suite de l'accident de voiture). A développé une dépendance, mais n'a pas continué la morphine à sa sortie de l'hôpital.
À quand remonte la dernière consommation? 1 = < 24 heures 2 = 1 à 3 jours 3 = à la semaine écoulée 4 = au mois écoulé 5 = à plus d'un mois							



## QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES (QCP) (SUITE)

N<sup>o</sup> du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan Pothier Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date 13 septembre [indiquer l'année]

TYPE DE SUBSTANCE	Consommée au cours des 12 derniers mois?				Nbre de jours de consommation au cours des 90 derniers jours	Temps écoulé depuis la dernière consommation (voir les codes ci-dessous)	Quantité typique prise chaque jour au cours des 90 derniers jours*	Commentaires (p. ex. nom de la substance, quantité consommée, habitudes de consommation, périodes d'abstinence, drogue utilisée telle que prescrite, durée d'usage, âge lors de la première prise, etc.)
	Oui	Non	Refus de réponse	Réponse manquante				
	1	2	8	9				
(10) MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE CONTENANT DE LA CODÉINE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(11) HALLUCINOGENES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(12) COLLE / AUTRES INHALANTS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(13) TABAC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(14) AUTRES PSYCHOTROPES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
À quand remonte la dernière consommation? 1 = < 24 heures 2 = 1 à 3 jours 3 = à la semaine écoulée 4 = au mois écoulé 5 = à plus d'un mois								

\* Voir les modalités applicables pour l'indication de la quantité de chaque substance consommée

FENÊTRE DE 90 jours: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> JOUR (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ DERNIER JOUR (hier) (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_



**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES (QCP)**

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie Simard Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date 13 septembre [indiquer l'année]

TYPE DE SUBSTANCE	Consommée au cours des 12 derniers mois?				Nbre de jours de consommation au cours des 90 derniers jours	Temps écoulé depuis la dernière consommation (voir les codes ci-dessous)	Quantité typique prise chaque jour au cours des 90 derniers jours*	Commentaires (p. ex. nom de la substance, quantité consommée, habitudes de consommation, périodes d'abstinence, drogue utilisée telle que prescrite, durée d'usage, âge lors de la première prise, etc.)
	Oui	Non	Refus de réponse	Réponse manquante				
(1) AUCUNE	1	2	8	9				
(2) ALCOOL : bière / spiritueux / vin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	3	7	Prend 5 consommations standard (CS) tous les soirs en semaine et 12 CS par jour durant les fins de semaine. Consommation journalière moyenne : 7 CS. Préfère le vin. Abstinente depuis 5 jours. A suivi un traitement il y a six mois et s'est abstenue de consommer de l'alcool et de la drogue pendant 3 mois par la suite.
(3) COCAÏNE / CRACK : coke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	3	3	Sniffe 3 lignes de cocaïne toutes les fins de semaine (vendredi et samedi soirs). A suivi un traitement il y a six ans pour arrêter la prise de cocaïne et s'est abstenue d'en consommer durant un an après le traitement.
(4) AMPHÉTAMINES / AUTRES STIMULANTS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(5) CANNABIS : hach, pot, marijuana	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(6) BENZODIAZÉPINES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(7) BARBITURIQUES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(8) HEROÏNE / OPIUM	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
À quand remonte la dernière consommation? 1 = < 24 heures 2 = 1 à 3 jours 3 = à la semaine écoulée 4 = au mois écoulé 5 = à plus d'un mois								

## QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES (QCP) (SUITE)

 N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie Simard Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date 13 septembre [indiquer l'année]

TYPE DE SUBSTANCE	Consommée au cours des 12 derniers mois?			Nbre de jours de consommation au cours des 90 derniers jours	Temps écoulé depuis la dernière consommation (voir les codes ci-dessous)	Quantité typique prise chaque jour au cours des 90 derniers jours*	Commentaires (p. ex. nom de la substance, quantité consommée, habitudes de consommation, périodes d'abstinence, drogue utilisée telle que prescrite, durée d'usage, âge lors de la première prise, etc.)
	Oui	Non	Refus de réponse				
	1	2	8	9			
(9) OPIOÏDES D'ORDONNANCE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(10) MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE CONTENANT DE LA CODÉINE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(11) HALLUCINOGENES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(12) COLLE / AUTRES INHALANTS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(13) TABAC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	25	Fume un gros paquet par jour
(14) AUTRES PSYCHOTROPES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	1	Effexor (antidépresseur). Prise des comprimés de la manière prescrite. 225 mg / jour. A pris plusieurs drogues dans sa jeunesse (marijuana, LSD, champignons), mais n'a consommé aucune de ces substances au cours des dix dernières années.

À quand remonte la dernière consommation? 1 = &lt; 24 heures 2 = 1 à 3 jours 3 = à la semaine écoulée 4 = au mois écoulé 5 = à plus d'un mois

\* Voir les modalités applicables pour l'indication de la quantité de chaque substance consommée

FENÊTRE DE 90 jours:

 1<sup>er</sup> JOUR (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

DERNIER JOUR (hier) (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

# Chapitre 7

## LE QUESTIONNAIRE SUR LES RÉPERCUSSIONS DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE

Description et objet .....	104
Population visée .....	104
Administration .....	104
Examen des huit aspects de la vie .....	105
Établissement du score et interprétation en fonction des Critères d'admission et de congé .....	108
Les atouts et les besoins du client .....	108
L'entretien motivationnel .....	108
La planification du traitement .....	109
Exemples cliniques .....	111
La vie de M. Pothier .....	111
La vie de Marie .....	114
Exemplaires remplis du questionnaire .....	117

---

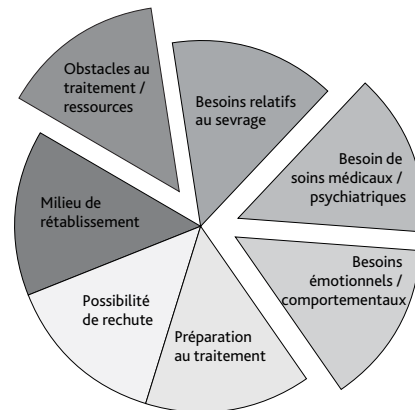
## DESCRIPTION ET OBJET

Ce Questionnaire vise à mesurer les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie sur divers aspects de la vie. Il permet d'isoler les problèmes attribuables à l'alcoolisme et à la toxicomanie des autres problèmes que le client peut avoir dans sa vie.

Les clients ont souvent du mal à faire le lien entre les problèmes auxquels ils sont confrontés et leur consommation d'alcool ou de drogue. Cet outil les aide à examiner les problèmes auxquels ils sont en butte et à reconnaître eux-mêmes ceux qui sont directement associés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie.

Le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie permet de recueillir des renseignements liés à trois catégories d'atouts et de besoins du client :

- besoins de soins médicaux ou psychiatriques
- besoins émotionnels ou comportementaux
- obstacles au traitement et ressources.



## POPULATION VISÉE

Cet outil s'adresse à tous les clients (adultes et adolescents) capables de participer au processus d'évaluation.

## ADMINISTRATION

Il est souhaitable que ce questionnaire soit administré par le clinicien dans le cadre de l'entrevue.

Cet outil permet de faire le lien entre huit catégories de problèmes et la consommation d'alcool ou de drogue :

- a. troubles de santé
- b. troubles de mémoire, « trous noirs »
- c. sautes d'humeur, changements de personnalité
- d. troubles relationnels
- e. mauvais traitements (physiques ou psychologiques) infligés à autrui
- f. difficultés dans les études ou au travail
- g. démêlés avec la justice
- h. problèmes d'argent.

Commencez par expliquer l'objet du questionnaire au client, en insistant sur le fait que seules les difficultés directement liées à la consommation d'alcool ou de drogue doivent être indiquées.

À chaque type de difficultés de la vie est associé un degré de gravité allant de 0 à 2 ou de 0 à 3, sans qu'il y ait de score global. Chacune de ces catégories est examinée séparément et il est demandé de répondre à la question suivante : « Votre consommation d'alcool ou de drogue vous a-t-elle occasionné... » (Cette question figure au-dessus du questionnaire).

Présentez la question de manière à déterminer si le client a connu ces problèmes à un moment quelconque de sa vie et, plus précisément, si ces problèmes se sont posés au cours des « 90 derniers jours ». Si vous avez déjà administré le QCP au client, celui-ci sera déjà familiarisé avec la « fenêtre » des 90 derniers jours.

Lisez au client une question à la fois et amorcez la conversation sur les problèmes rencontrés. À titre d'exemple, vous pourriez demander au client quand le problème s'est produit, l'impact qu'il a eu sur sa vie, s'il juge qu'il s'agit d'un problème grave et comment il a fait face au problème.

Le client détermine le degré de gravité des problèmes à l'aide des codes indiqués. Sur le formulaire, vous indiquerez uniquement *le score le plus élevé* pour chaque catégorie. Ainsi, il ne devrait y avoir que deux chiffres en regard de chaque catégorie : l'un dans la colonne intitulée « à un moment quelconque de votre vie » et l'autre dans la colonne intitulée « au cours des 90 derniers jours ». Vous pourrez indiquer des degrés de gravité *différents* pour les deux périodes. En effet, il est possible qu'un problème ait été très grave il y a quelques années, mais que la personne n'ait pas connu ce problème au cours des 90 derniers jours.

Si le client refuse de répondre à une question particulière, inscrivez le code 8. Le code 9 sert à indiquer que le renseignement est manquant (soit que vous ayez oublié de poser la question, soit que le client n'ait pas été en mesure d'y répondre).

La case « Observations cliniques » vous permet de consigner des renseignements complémentaires.

## EXAMEN DES HUIT ASPECTS DE LA VIE

Nous allons maintenant passer en revue les huit aspects de la vie en donnant des indications sur la manière d'administrer le questionnaire.

### A. Troubles de santé

Tous les troubles de santé physique directement liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie doivent être consignés ici. Il est parfois difficile pour le client de savoir si ses troubles de santé sont liés à sa consommation d'alcool ou de drogue. Demandez donc au client si un professionnel de la santé lui a dit que cela avait contribué à ses problèmes de santé. Faites appel à votre jugement clinique. S'il est vrai que l'alcoolisme et la toxicomanie affectent la plupart des organes et des fonctions organiques, il n'y a pas lieu de consigner tous les problèmes de santé. En effet, si le client présente un dérèglement thyroïdien ou souffre d'arthrite, il y a peu de chances qu'il y ait un rapport. En

revanche, les maladies du foie, certains types de cancers (p. ex. cancer de la bouche, de la langue ou de l'œsophage), les troubles circulatoires ou respiratoires et les accidents (p. ex. chutes ou brûlures) devraient vous alerter.

Le texte figurant entre parenthèses précise qu'il faut inclure les surdoses et les *lésions* neurologiques, mais exclure les *troubles* neurologiques (« trous noirs », troubles de mémoire et confusion) puisque ces troubles appartiennent à la partie « B ».

Il vous faudra ensuite déterminer la gravité du problème. Si le problème a été détecté par le client lui-même ou par une personne qui s'inquiète au sujet de sa santé, indiquez-le par le chiffre 1; si un professionnel de la santé a mis le client en garde au sujet de sa consommation d'alcool ou de drogue, indiquez-le par le chiffre 2; si le client a reçu un traitement médical pour cette pathologie, indiquez-le par le chiffre 3.

### **B. « Trous noirs » et troubles de mémoire**

Cette partie examine les répercussions de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sur les facultés cognitives. Elle porte tout particulièrement sur les « trous noirs », les troubles de mémoire, les oublis, la confusion mentale et la difficulté à penser clairement. Là encore, ces problèmes doivent être directement liés à la consommation d'alcool ou de drogue. Pour pouvoir établir un lien de cause à effet, demandez au client si ces troubles se sont surtout manifestés en association avec la consommation de drogue ou d'alcool.

Le nombre de fois où ces événements ont eu lieu servira à établir le degré de gravité.

### **C. Sautes d'humeur et changements de personnalité**

Cette partie examine l'impact de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sur l'humeur et la personnalité. Pour que les sautes d'humeur et les changements de personnalité soient considérés comme significatifs, il faut qu'ils soient très marqués. Un changement mineur associé au début du sevrage (p. ex. l'irritabilité) ne serait pas pertinent ici. Vous pourriez poser la question de la façon suivante : « Est-ce que vous-même ou des gens de votre entourage avez remarqué que vous semblez être une personne différente après avoir bu / consommé de la drogue? ».

Pour déterminer le degré de gravité du problème, il faut déterminer si son impact est mineur (il n'entrave pas sérieusement le fonctionnement quotidien) ou *majeur* (il a de sérieuses conséquences sur le fonctionnement quotidien : absentéisme au travail ou incapacité du client à s'occuper de ses affaires).

### **D. Troubles relationnels**

Cette partie examine l'impact de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sur les relations interpersonnelles. Demandez au client si ses relations avec les membres de sa famille ou ses amis en ont été affectées. Demandez-lui aussi si des membres de sa famille ou des amis lui ont fait des réflexions sur sa consommation d'alcool ou de drogue et s'ils se sont mis à le traiter différemment.

Pour évaluer les troubles relationnels, il est souvent nécessaire de distinguer entre différents groupes au sein de l'entourage. En effet, beaucoup de clients entretiennent des relations très différentes avec leur famille d'origine, d'une part et leur conjoint et enfants, d'autre part; leur consommation d'alcool ou de drogue a donc des répercussions différentes sur ces deux groupes familiaux. De même, les réactions de la famille du client et celles des amis peuvent diverger grandement. La consommation d'alcool ou de drogue du client pourrait ainsi avoir des effets

très fâcheux auprès de sa famille, mais pas auprès de ses amis, qui, ayant les mêmes habitudes de consommation, n'y voient aucun problème. Si la consommation d'alcool ou de drogue par le client a des répercussions très différentes auprès de la famille dont il est issu, de la famille qu'il a fondée (conjoint et enfants) et de ses amis, vous ajouterez une ou plusieurs colonnes à côté de celles qui figurent sur le formulaire et vous indiquerez pour chaque colonne le nom du groupe concerné.

Le degré de gravité est indiqué comme étant mineur ou important.

#### **E. Mauvais traitements (physiques ou psychologiques) infligés à autrui**

Cette partie du questionnaire permet d'indiquer si le client devient verbalement ou physiquement agressif lorsqu'il est sous l'emprise de la drogue ou de la boisson. Remarquez la consigne au haut du formulaire : « Veuillez n'indiquer que le degré le plus élevé de répercussions... ». Aux fins du présent questionnaire, l'agression physique est considérée comme plus grave que l'agression verbale, même s'il est reconnu que l'agression verbale peut, elle aussi, être très préjudiciable. Ainsi donc, si le client s'est livré à des agressions verbales et physiques, vous inscrirez le chiffre 2, qui est le code de l'agression physique. Vous consignerez la nature du comportement agressif et son ampleur dans la colonne réservée aux commentaires.

#### **F. Difficultés dans les études ou au travail**

Certains clients et cliniciens préfèrent examiner séparément les problèmes rencontrés dans les études et au travail car ils peuvent être assez différents. En un tel cas, vous ajouterez une colonne et vous indiquerez à quoi correspond chacune des deux colonnes.

Veillez noter le code 7, destiné à indiquer que la question est sans objet, c'est-à-dire que le client ne fait pas d'études et ne travaille pas. Si vous avez affaire à un tel client, vous inscrirez le chiffre 7 dans la colonne « Au cours des 90 derniers jours ». Pour la plupart des clients, il sera possible d'indiquer un score utile dans la colonne « À un moment quelconque de votre vie ».

#### **G. Démêlés avec la justice**

Les démêlés avec la justice qui sont liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie sont codés de deux manières : « accusation seulement » et « condamnation ». Il peut s'agir d'actes criminels commis sous l'influence de substances intoxicantes ou d'actes criminels perpétrés pour obtenir l'argent nécessaire à l'achat de drogue. Il convient donc de demander au client s'il était sous l'emprise de la drogue lorsque les accusations ont été portées.

#### **H. Problèmes d'argent**

Les problèmes d'argent directement attribuables à l'alcoolisme ou à la toxicomanie sont consignés comme étant mineurs ou importants. Ces problèmes ne sont pas uniquement liés au coût des substances intoxicantes elles-mêmes. En effet, la consommation de substances intoxicantes peut donner lieu à des amendes, à des frais médicaux, à des frais de réparation pour dégâts matériels et à de l'absentéisme au travail.

## ÉTABLISSEMENT DU SCORE ET INTERPRÉTATION EN FONCTION DES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ

Cet outil, qui permet de recueillir des renseignements sur trois catégories d'atouts et de besoins du client – les besoins médicaux ou psychiatriques, les besoins émotionnels ou comportementaux, les obstacles au traitement et les ressources – indique au conseiller si le client perçoit bien le lien entre sa consommation d'alcool ou de drogue et les circonstances qui l'ont amené à se soumettre à une évaluation. À la fin du présent chapitre, une analyse des renseignements recueillis pour M. Pothier et Marie illustre l'utilité de l'instrument pour l'examen de ces trois catégories d'atouts et de besoins.

Les renseignements recueillis au fur et à mesure de l'administration des questionnaires élargissent la connaissance que le conseiller a de la situation du client. Mais qu'il soit administré séparément ou en conjonction avec d'autres outils, le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie aide le conseiller à appliquer les Critères d'admission et de congé et à déterminer comment orienter le client en fonction du traitement le plus approprié à son cas.

### LES ATOUTS ET LES BESOINS DU CLIENT

Les renseignements recueillis à l'aide de ce questionnaire permettent au conseiller d'explorer en détail les conséquences de la consommation d'alcool ou de drogue du point de vue du client. Le conseiller et le client seront ainsi mieux placés pour déterminer, en collaboration, le niveau de services requis. Si le client parvient à faire le lien entre sa consommation d'alcool ou de drogue et ses répercussions sur différents aspects de sa vie, cela le préparera à recevoir un traitement et il sera alors facile d'appliquer les Critères d'admission et de congé. Si le client n'a pas encore fait le lien entre son comportement et ses conséquences ou s'il ne voit pas que sa consommation d'alcool ou de drogue a des répercussions sur sa vie, il pourra être orienté vers un traitement à l'externe et des entretiens motivationnels pourront l'aider à y voir plus clair. L'entretien motivationnel peut aider le client à acquérir l'état d'esprit voulu pour recevoir un traitement. À la fin de ce chapitre, les cas cliniques de M. Pothier et de Marie illustrent le type de renseignements que l'on peut recueillir à l'aide du Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie et comment décider, en collaboration avec le client, de l'orientation à donner au traitement.

### L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Étant donné que cet outil met clairement l'accent sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie et qu'il examine d'importants aspects de la vie qui pourraient être affectés, il constitue un outil de choix pour l'entretien motivationnel.

Après l'administration du questionnaire, il sera utile que le conseiller fournisse au client un résumé de ce qu'il a noté. C'est un bon moyen – tant pour le conseiller que pour le client – de clarifier certaines choses ou de demander un complément d'information.

La récapitulation est un bon outil motivationnel car elle permet de présenter l'ensemble des répercussions de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sur plusieurs aspects de la vie et de comparer les problèmes déjà rencontrés (« à un moment quelconque de votre vie ») à ceux que le client connaît actuellement (« au cours des 90 derniers jours »).

C'est peut-être la première fois que le client voit les choses de cette façon et il se peut qu'il se sente accablé. Les réactions émotives suscitées par le type, le nombre ou la répétition des conséquences fâcheuses – que ces réactions soient exprimées verbalement, par des pleurs ou par la gestuelle ou la posture – sont un moteur de changement. Une réaction émotive montre que le client reconnaît qu'il n'est pas satisfait de la situation. Ce malaise ou conflit intérieur engendré par l'exploration des répercussions constitue un mécanisme propre à faire basculer la perspective du client; en effet, le client réalise enfin que les conséquences fâcheuses de la consommation d'alcool ou de drogue l'emportent sur ses aspects gratifiants.

### **Conseil clinique**

*L'entretien sur les répercussions de l'alcoolisme ou de la toxicomanie est le moyen idéal pour faire basculer la perspective du client. Il fournit au clinicien une méthode qui lui permet de passer en revue d'importants aspects de la vie du client. Ce dernier répond aux questions posées par le conseiller, qui l'interroge plus avant pour l'amener à clarifier ses réponses. Le fait que le client soit amené à indiquer de lui-même les répercussions de sa consommation d'alcool ou de drogue lui permet de prendre véritablement conscience de leur ampleur. En effet, les clients se souviennent bien mieux de ce qu'ils ont dit au cours de l'entretien que de ce que le conseiller leur a dit.*

---

## LA PLANIFICATION DU TRAITEMENT

Cet instrument est très utile pour la planification du traitement. Il fait ressortir les aspects de la vie qui doivent être examinés de manière plus approfondie et il permet d'amorcer avec le client une discussion sur les aiguillages possibles.

Il permet aussi de se faire une idée précise des obstacles au traitement et des ressources dont dispose le client, ce qui est également très utile pour la planification du traitement. Ainsi, il se pourrait que le client ait des problèmes à résoudre ou des responsabilités à assumer dans certains aspects de sa vie (p. ex. sur le plan familial ou juridique) avant de pouvoir entamer un traitement.

### Conseil clinique

---

*Quand on s'abstient de porter un jugement, on contribue grandement à mettre le client à l'aise pour parler des répercussions de sa consommation de drogue ou d'alcool. Par ailleurs, quand le conseiller est convaincu que le client peut faire preuve de franchise dans ses réponses, le client est porté à répondre à ses attentes. En évitant de manifester une quelconque réaction face à la gravité de certaines conséquences, le conseiller met le client en confiance et l'incite à s'étendre sur ces conséquences.*

*Veillez à ce que le client comprenne bien, dès le début, que la discussion portera uniquement sur les problèmes directement liés à la consommation d'alcool ou de drogue. Donnez-lui un exemple pour illustrer la différence. Il est nettement préférable de clarifier les choses dès le début que de reprendre le client à plusieurs reprises au cours de l'entretien.*

*Lorsqu'on a affaire à des clients au stade de la précontemplation ou de la contemplation, il est important d'essayer de les faire changer de point de vue (pour des renseignements supplémentaires et des conseils cliniques, voir l'annexe B, L'importance de l'entretien motivationnel. Il s'agit là d'une excellente technique de motivation pour faire passer le client au stade de changement suivant.*

*Si, pour une raison quelconque, le client ne souhaite pas parler d'un certain aspect de sa vie, n'insistez pas. Le client ne sera peut-être pas disposé à révéler toutes les répercussions en une seule séance.*

*Surveillez attentivement les réactions du client au cours de l'entretien. Si le client est accablé par tout ce qui ressort de l'évaluation, il est important de ne pas simplement passer au questionnaire suivant. Prenez le temps nécessaire pour demander au client de vous faire part de ses réflexions et de ses sentiments et faites preuve d'empathie. Rassurez le client en lui disant que vous réalisez combien le processus doit être difficile pour lui.*

*En appliquant les Critères d'admission et de congé, ne manquez pas de vous reporter aux notes que vous aurez consignées dans la partie « Commentaires » du formulaire et aux aspects de la vie affectés pour confirmer la décision clinique.*

---

## EXEMPLES CLINIQUES

### LA VIE DE M. POTHIER

#### Administration

M. Pothier ne se rendant pas compte du lien existant entre bon nombre de ses problèmes et l'abus de boisson, il a fallu que le conseiller lui pose des questions ouvertes et l'incite à se pencher sur chaque aspect de sa vie pour voir en quoi il avait pu être affecté par l'abus de boisson. Il importe de comprendre que M. Pothier s'est mis à boire sur le tard; durant la majeure partie de sa vie, sa consommation d'alcool n'a pas été problématique et il n'est donc pas accoutumé à l'envisager ainsi.

Examinons tour à tour les réponses de M. Pothier pour chacun des aspects de sa vie.

#### A. Santé

Il y a sept ans, à la suite d'un grave accident de voiture qui a entraîné la mort de sa femme et dans lequel il a lui-même été grièvement brûlé, M. Pothier a été hospitalisé pendant une longue période et il reçoit des soins médicaux intensifs depuis. Il estime donc que ses ennuis de santé actuels découlent de l'accident. Ce n'est que lorsqu'il s'est retrouvé à l'hôpital à la suite d'une crise convulsive causée par l'alcool qu'il a commencé à réaliser que sa consommation d'alcool constituait une menace pour sa santé. En effet, bien qu'il ait eu des saignements gastro-intestinaux au cours des dernières années et bien que le spécialiste qui l'a examiné lui ait conseillé de réduire sa consommation d'alcool, il n'avait pas compris le lien entre cette consommation et ses troubles de santé. Il demeure d'ailleurs ambivalent à ce sujet; il a du mal à y croire. Pour bien faire comprendre à M. Pothier le lien entre sa consommation d'alcool et ses troubles de santé, le conseiller a dû lui fournir des renseignements sur les troubles qui peuvent être liés à l'alcoolisme. En apprenant que l'abus d'alcool peut endommager la muqueuse gastrique et causer des hémorragies internes, M. Pothier commence à réaliser que ses troubles gastro-intestinaux pourraient être causés par sa consommation d'alcool, bien qu'il ait encore du mal à le reconnaître. Les deux troubles de santé attribuables à l'abus d'alcool sont les crises convulsives (M. Pothier reconnaît qu'elles ont été causées par l'alcool) et la présence de saignements gastro-intestinaux depuis plusieurs années (M. Pothier commence vaguement à se rendre compte que l'abus d'alcool peut nuire à son système digestif). Il est évident qu'il y a lieu d'indiquer un niveau de gravité de 3, autant dans la colonne indiquant « à un moment quelconque de votre vie » que dans celle indiquant « au cours des 90 derniers jours ».

#### B. Mémoire

Lorsque le conseiller l'a interrogé sur sa mémoire et sa capacité à penser clairement, M. Pothier a répondu qu'il avait une mauvaise mémoire et que cela faisait un certain temps qu'il n'avait plus les idées très claires. Il a toutefois attribué ces difficultés à l'âge. M. Pothier a signalé que la plupart des gens avec qui il buvait avaient la même expérience. Le conseiller a évoqué le problème des « trous noirs » (en demandant à M. Pothier s'il lui était arrivé de ne pas se rappeler ce qui s'était passé quand il était sous l'influence de la boisson) et il a indiqué que l'alcool pouvait sérieusement affecter la capacité d'une personne à penser clairement. Il a ainsi aidé M. Pothier à prendre conscience qu'au cours des deux dernières années, les troubles de mémoire et la confusion mentale étaient devenus courants pour lui. M. Pothier a admis avoir eu des « trous noirs » à plus de cinq reprises.

### C. Humeur et personnalité

M. Pothier n'a signalé aucun problème de ce côté-là.

### D. Relations interpersonnelles

M. Pothier a déclaré avoir perdu la plupart de ses amis à la suite de son accident de voiture. Il a ajouté qu'au début, ils l'avaient beaucoup aidé, mais qu'ils avaient peu à peu cessé de venir le voir. Quant à lui, il était si affligé par la mort de sa femme et par ses propres blessures qu'il ne les appelait jamais.

M. Pothier n'avait jamais été très proche de son fils, mais quand il a commencé à boire, qu'il a basculé dans la pauvreté et qu'il a pris une chambre dans une pension délabrée, son fils a carrément coupé les ponts. M. Pothier n'a plus eu de ses nouvelles depuis et il ne sait même pas si son fils a son adresse ou son numéro de téléphone. Comme c'est en partie à cause de son alcoolisme que M. Pothier a perdu tout contact avec son fils, le conseiller a indiqué que le problème était « grave ».

### E. Agressivité

M. Pothier a affirmé qu'il ne se livrait à aucune forme d'agression, physique ou verbale.

### F. Études / travail

M. Pothier ne travaille pas et il n'étudie pas non plus. Le conseiller a donc inscrit « S/O » (sans objet) dans la colonne des 90 derniers jours. Comme M. Pothier ne buvait pas lorsqu'il travaillait et qu'il ne buvait ni ne se droguait lorsqu'il était étudiant, la colonne « à un moment quelconque de votre vie » porte le code 0 (aucun problème dans les études ou au travail).

### G. Démêlés avec la justice

M. Pothier n'a signalé aucun problème dans cette catégorie.

### H. Finances

Cette partie du questionnaire a été difficile à remplir car M. Pothier considère que ses problèmes d'argent découlent de son accident de voiture puisqu'il a dû quitter son emploi au gouvernement fédéral. Il a bien reçu une pension d'invalidité, mais il estime que la baisse de ses revenus a entraîné une détérioration progressive de sa situation financière qui l'a contraint à vendre sa maison. Il l'a vendue à un prix très inférieur à sa valeur car après l'accident, la maison s'était délabrée et l'intérieur était sale et mal entretenu. En outre, il avait négligé de payer ses impôts. Il a indiqué approximativement combien il dépensait par semaine en alcool, au bar et au magasin, et il a accepté de consigner le problème comme mineur. Il n'arrive pas à voir, pour le moment, que le manque à gagner sur la vente de sa maison et d'autres revers financiers qu'il a subis sont en partie attribuables à son alcoolisme qui a affecté sa capacité à s'occuper de ses affaires.

## Exemple de rétroaction

Après avoir administré le questionnaire au client, le conseiller pourrait lui dire ce qui suit :

*Eh bien, M. Pothier, vous avez vécu des choses très pénibles depuis sept ans. Je comprends que vous ayez suivi le conseil de votre ami et que vous vous soyez mis à boire pour oublier tout ce qui vous était arrivé. En remplissant ce questionnaire, vous avez été amené progressivement à faire la part des choses et à reconnaître que certains de vos problèmes sont dus, dans une certaine mesure, à votre consommation d'alcool. Il se peut qu'il y ait certaines choses que vous réalisiez pour la première fois. Vous êtes peut-être surpris de constater à quel point l'alcool a affecté votre vie. Si vous le voulez bien, je vais résumer les aspects de votre vie qui ont été touchés par votre consommation d'alcool.*

*Tout d'abord, votre santé en a pris un coup; vous venez de passer trois jours à l'hôpital à cause d'une crise convulsive causée par l'alcool et vous avez, depuis plusieurs années, des saignements gastro-intestinaux. Or, avant notre conversation d'aujourd'hui, vous ne vous rendiez pas compte que ces saignements pouvaient être causés par la boisson.*

*Votre capacité de réflexion et votre mémoire ont aussi été sérieusement affectées. Vous avez été étonné, en y réfléchissant, du nombre de fois où vous aviez eu des « trous noirs » au cours des deux dernières années. Vous avez aussi perdu complètement le contact avec votre fils, là encore en partie à cause de votre abus de boisson. En plus, vous n'avez plus non plus d'amis proches alors que vous en aviez avant l'accident. Et vous avez déclaré que votre consommation d'alcool avait un impact sur votre situation financière, même si vous ne pensez pas que ce soit la cause majeure de vos problèmes d'argent.*

*Tout ça, ça fait beaucoup. Ça vous fait quoi la façon dont l'alcool a affecté votre vie? Ça ne doit pas être facile, pour vous, de penser à tout ça.*

Il se pourrait que M. Pothier réagisse de façon très émotive et qu'il se défende en disant que l'alcool était sa seule planche de salut après son accident de voiture; qu'il n'avait pas réalisé toutes les conséquences et qu'il est catastrophé de voir le tour qu'ont pris les choses. À ce stade-ci, le conseiller ne doit pas se précipiter pour administrer le questionnaire suivant. Il importe de donner à M. Pothier le temps d'intégrer ce qu'il vient d'apprendre, car cela pourrait bien marquer un point tournant et l'amener à voir les choses sous un autre angle. De fait, le conseiller pourrait même passer le reste du temps prévu pour le rendez-vous à discuter des conclusions du questionnaire et des effets que l'alcool a eu sur la vie de M. Pothier. Ce dernier aura sans doute besoin d'un certain temps pour assimiler ce que le conseiller lui a dit et ce qu'il a appris sur lui-même. Le conseiller doit donner à M. Pothier le temps nécessaire pour qu'il puisse exprimer ce qu'il ressent.

## LA VIE DE MARIE

### Administration

Marie est très consciente du fait que son alcoolisme et sa toxicomanie ont eu de graves répercussions sur d'autres aspects de sa vie. Elle s'est d'ailleurs présentée d'elle-même au service de gestion du sevrage. Donc, plutôt que d'utiliser ce questionnaire pour la faire changer d'état d'esprit, on peut s'en servir pour affirmer sa décision de suivre un traitement.

Voyons comment Marie a répondu aux questions posées.

### A. Santé

Marie a signalé qu'elle avait commencé à éprouver des troubles digestifs, qu'elle attribue à sa consommation de substances intoxicantes. L'administration du présent questionnaire ou celle du Questionnaire médical sont de bonnes occasions de lui demander si son médecin de famille sait qu'elle boit et qu'elle prend de la drogue, et si elle se sentirait à l'aise pour lui parler de ses troubles gastro-intestinaux en lui confiant ses soupçons. Étant donné que Marie a reconnu elle-même ses troubles de santé, le conseiller a inscrit le chiffre 1 tant dans la colonne portant sur un moment quelconque que dans celle portant sur les 90 derniers jours.

### B. Mémoire

Marie n'a fait état d'aucun trouble de la cognition.

### C. Humeur et personnalité

Marie a dit qu'elle était déprimée la plupart du temps, qu'elle avait parfois des accès de colère et qu'elle était d'humeur instable. Elle a ajouté qu'elle prenait, depuis deux mois, des antidépresseurs prescrits par son médecin de famille. Comme Marie est constamment sous l'effet de substances intoxicantes, il est difficile de savoir si ses sautes d'humeur leur sont associées. Elle se débrouille pour les activités de la vie courante et l'incidence de la boisson et de la drogue sur son humeur et sa personnalité a donc été indiquée comme étant mineure.

### D. Relations interpersonnelles

L'alcool et la drogue ont joué un rôle important dans la rupture entre Marie et son compagnon et ces substances sont aussi responsables de la perte de ses enfants, qui ont été pris en charge par la Société de l'aide à l'enfance (SAE). En effet, une voisine l'a dénoncée à la SAE alors qu'elle était en état d'intoxication, un week-end. Interrogée plus avant, Marie a aussi fini par avouer avoir perdu plusieurs amis de cette manière. Le conseiller a dû lui poser pas mal de questions pour découvrir pourquoi elle avait perdu le contact avec ses amis intimes. À ce chapitre, il faudrait indiquer des répercussions « graves », puisque Marie a perdu à la fois de bons amis et son compagnon en raison de son alcoolisme et de sa toxicomanie.

## E. Agressivité

Marie a déclaré qu'elle proférait des propos offensants quand elle était sous l'emprise de la boisson ou de la cocaïne. C'est ainsi qu'elle a dit à son compagnon « exactement ce [qu'elle pensait] de lui ». Elle a signalé en outre qu'elle avait très peu de patience avec ses enfants et qu'elle leur criait après, à tel point qu'ils se réfugiaient dans leur chambre. Marie a ajouté qu'elle était très réservée et incapable de s'affirmer quand elle était sobre. Le conseiller a donc inscrit le chiffre 1, qui correspond à l'agression verbale.

## F. Études / travail

Marie a essayé plusieurs types de drogues à l'adolescence. Elle se rend compte que c'est ce qui explique ses mauvaises notes et son décrochage. Elle aimerait retourner à l'école pour faire sa 12<sup>e</sup> année. Le conseiller a donc noté le chiffre 1 dans la colonne « à un moment quelconque... » et le chiffre 7 dans la colonne « 90 derniers jours », puisqu'elle est actuellement sans travail et qu'elle ne suit pas d'études.

## G. Démêlés avec la justice

Marie n'a signalé aucun problème de ce côté-là.

## H. Finances

Marie a déclaré qu'elle avait de graves difficultés financières et qu'elle se sentait très coupable de dépenser son argent en alcool et en drogue alors qu'elle devrait consacrer cet argent à ses enfants. Elle a d'ailleurs dû renoncer à son appartement faute d'argent. En raison de son incapacité à conserver son logement, le conseiller a indiqué qu'il s'agissait d'un problème grave.

La perte de ses enfants a fait prendre clairement conscience à Marie des répercussions de l'alcool et de la boisson sur sa vie.

## Exemple de rétroaction

Marie n'a pas besoin d'une aussi longue rétroaction que M. Pothier puisqu'elle en est déjà à l'étape de préparation au changement ou même à l'étape de l'action. En fait, ce serait maladroit de la part du conseiller de trop s'appesantir sur les répercussions des habitudes de Marie, car elle pourrait se sentir dépassée par les événements et incapable d'apporter des changements dans sa vie. Dans son cas, il serait utile de simplement passer en revue ce qui a été dit. Le conseiller pourrait s'exprimer en ces termes :

*Eh bien, Marie, vous avez dit que l'alcoolisme et la drogue ont affecté un certain nombre d'aspects de votre vie.*

*Il y a eu la rupture avec votre compagnon et le retrait de vos enfants; vous avez perdu des amis; vous dites des choses blessantes quand vous êtes sous l'influence de l'alcool ou de la drogue et vous avez des sautes d'humeur; vous vous ruinez en alcool et en drogues alors que vous pourriez dépenser cet argent pour vos besoins essentiels et vous avez même dû renoncer à votre appartement. En plus, vous commencez à vous demander si l'alcool et la drogue ne sont pas en train de vous occasionner des ennuis de santé.*

*Vous avez aussi dit que vos mauvaises notes et votre décrochage de l'école secondaire avaient été causés par les drogues.*

*Vous êtes très consciente du fait que l'alcool et les drogues ont eu des répercussions dans beaucoup d'aspects de votre vie. Vous en êtes arrivée à une prise de conscience difficile et courageuse et je vous félicite de vouloir mettre fin à cette situation.*

QUESTIONNAIRE SUR LES RÉPERCUSSIONS DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE : EXEMPLAIRES REMPLIS



**RÉPERCUSSIONS DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE**

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan Pothier

Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

(Remarque pour l'évaluateur / l'évaluatrice : Pour chaque problème, n'indiquez que le degré le plus grave de répercussions.)

Est-ce qu'en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue vous avez eu les problèmes suivants?

8 = refus de répondre 9 = réponse manquante	à un moment quelconque de votre vie	au cours des 90 derniers jours	Observations cliniques
<p>a. Des problèmes de santé, surdoses y comprises (les troubles neurologiques sont exclus à moins que des lésions neurologiques n'aient été diagnostiquées)</p> <p>0 aucuns 1 problèmes décelés par le patient / la patiente ou par quelqu'un de son entourage 2 mise en garde d'un professionnel de la santé 3 traitement médical pour troubles physiques (pathologie ou accident) liés à la consommation d'alcool ou de drogue</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>- Saignements gastro-intestinaux depuis plusieurs années - Récemment : première crise convulsive induite par l'alcool - Hospitalisation de 3 jours pour crises convulsives - Premier traitement médical pour crises convulsives</p>
<p>b. Des « trous noirs », des troubles de mémoire ou un état de confusion mentale</p> <p>0 aucuns 1 5 fois ou moins 2 plus de 5 fois</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>- Au cours des deux dernières années</p>
<p>c. Des sautes d'humeur, des changements de personnalité; des états psychotiques ou des flashbacks induits par l'alcool ou la drogue</p> <p>0 aucuns 1 sans gravité (pas de répercussions importantes sur les activités de la vie quotidienne) 2 graves (répercussions importantes sur les activités de la vie quotidienne)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p>

Suite en page suivante

**RÉPERCUSSIONS DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE (SUITE)**

Est-ce qu'en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue vous avez eu les problèmes suivants?

8 = refus de répondre 9 = réponse manquante	à un moment quelconque de votre vie	au cours des 90 derniers jours	Observations cliniques
<b>d. Troubles relationnels (avec les amis, les parents, les frères et sœurs, le conjoint, etc.)</b> 0 aucuns 1 sans gravité (frictions et disputes) 2 graves (rupture effective ou imminente des relations)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	Le cas échéant, quand cela s'est-il produit? - Aucun contact avec son fils depuis plusieurs années
<b>e. Agression physique ou verbale à l'égard d'autrui (induite par l'alcool ou la drogue)</b> 0 aucune 1 agression verbale 2 agression physique	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	Le cas échéant, quand cela s'est-il produit? S/O
<b>f. Problèmes dans les études ou au travail</b> 0 aucuns 1 absentéisme au travail ou à l'école, qualité du travail ayant donné lieu à des semonces du superviseur ou de l'enseignant (devoirs remis en retard ou pas du tout ou devoirs médiocres) 2 menace de congédiement ou congédiement effectif / menace d'expulsion de l'école ou expulsion effective 7 s/o – ne travaille pas et ne fréquente pas l'école	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	Le cas échéant, quand cela s'est-il produit? - Aucun contact avec son fils depuis plusieurs années
<b>g. Démêlés avec la justice (accusations liées à l'alcoolisme ou la toxicomanie)</b> 0 aucuns 1 accusation seulement (affaire en instance ou accusation retirée) 2 condamnation	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	Le cas échéant, quand cela s'est-il produit? S/O
<b>h. Problèmes d'argent (DUS À L'ALCOOLISME OU À LA TOXICOMANIE)</b> 0 aucuns 1 mineurs (dépenses exagérées en alcool ou en drogues) 2 graves (alcoolisme ou toxicomanie ayant une importante incidence sur le revenu disponible)	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	Le cas échéant, quand cela s'est-il produit? - En raison de ses problèmes financiers et de la façon dont il dépense son argent, M. Pothier vit dans une pension

© 1997, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Reproduction interdite sans autorisation écrite.



## RÉPERCUSSIONS DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie Simard

Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

(Remarque pour l'évaluateur / l'évaluatrice : Pour chaque problème, n'indiquez que le degré le plus grave de répercussions.)

Est-ce qu'en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue vous avez eu les problèmes suivants?

8 = refus de répondre 9 = réponse manquante	à un moment quelconque de votre vie	au cours des 90 derniers jours	Observations cliniques
<p>a. Des problèmes de santé, surdoses y comprises (les troubles neurologiques sont exclus à moins que des lésions neurologiques n'aient été diagnostiquées)</p> <p>0 aucuns 1 problèmes décelés par le patient / la patiente ou par quelqu'un de son entourage 2 mise en garde par un professionnel de la santé 3 traitement médical pour troubles physiques (pathologie ou accident) liés à la consommation d'alcool ou de drogue</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3  <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3  <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>Marie ne signale pas de graves troubles de santé, mais elle pense que ses problèmes digestifs pourraient avoir un rapport avec sa consommation de substances intoxicantes.</p>
<p>b. Des « trous noirs », des troubles de mémoire ou un état de confusion mentale</p> <p>0 aucuns 1 5 fois ou moins 2 plus de 5 fois</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>Marie ne signale ni « trous noirs » ni troubles de mémoire.</p>
<p>c. Des sautes d'humeur, des changements de personnalité; des états psychotiques ou des flashbacks induits par l'alcool ou la drogue</p> <p>0 aucuns 1 sans gravité (pas de répercussions importantes sur les activités de la vie quotidienne) 2 graves (répercussions importantes sur les activités de la vie quotidienne)</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>Marie éprouve parfois des accès de colère; elle est irritable avec ses enfants, elle est sujette aux sautes d'humeur et à la dépression (elle prend un antidépresseur).</p>

*Suite en page suivante*

**RÉPERCUSSIONS DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE (SUITE)**

Est-ce qu'en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue vous avez eu les problèmes suivants?

8 = refus de répondre 9 = réponse manquante	à un moment quelconque de votre vie	au cours des 90 derniers jours	Observations cliniques
<p>d. Troubles relationnels (avec les amis, les parents, les frères et sœurs, le conjoint, etc.)</p> <p>0 aucuns</p> <p>1 sans gravité (frictions et disputes)</p> <p>2 graves (rupture effective ou imminente des relations)</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>Marie a perdu plusieurs amis et son compagnon en raison de sa dépendance à la cocaïne. Elle s'inquiète de ce que sera la nature des relations qu'elle aura avec ses enfants une fois qu'elle en aura retrouvé la garde.</p> <p>Alcoolisme/toxicomanie directement responsables du retrait de la garde de ses enfants.</p>
<p>e. Agression physique ou verbale à l'égard d'autrui (induite par l'alcool ou la drogue)</p> <p>0 aucune</p> <p>1 agression verbale</p> <p>2 agression physique</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>Lorsqu'elle vivait avec son compagnon, sa consommation d'alcool ou de drogue entraînait des disputes. Se montre impatiente avec les enfants et leur crie après lorsqu'elle est sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue.</p>
<p>f. Problèmes dans les études ou au travail</p> <p>0 aucuns</p> <p>1 absentéisme au travail ou à l'école, qualité du travail ayant donné lieu à des semonces du superviseur ou de l'enseignant (devoirs remis en retard ou pas du tout ou devoirs médiocres)</p> <p>2 menace de congédiement ou congédiement effectif / menace d'expulsion de l'école ou expulsion effective</p> <p>7 s/o – ne travaille pas et ne fréquente pas l'école</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>Marie n'a pas terminé l'école secondaire et attribue son décrochage au fait qu'elle prenait de la drogue quand elle était adolescente. Elle souhaite faire sa 12<sup>e</sup> année. Pour le moment, elle n'a pas d'emploi et elle ne fréquente pas l'école.</p>
<p>g. Démêlés avec la justice (accusations liées à l'alcoolisme ou la toxicomanie)</p> <p>0 aucuns</p> <p>1 accusation seulement (affaire en instance ou accusation retirée)</p> <p>2 condamnation</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>S/O</p>
<p>h. Problèmes d'argent (DUS À L'ALCOOLISME OU À LA TOXICOMANIE)</p> <p>0 aucuns</p> <p>1 mineurs (dépenses exagérées en alcool ou en drogues)</p> <p>2 graves (alcoolisme ou toxicomanie ayant une importante incidence sur le revenu disponible)</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>Le cas échéant, quand cela s'est-il produit?</p> <p>Marie sait qu'elle dépense trop d'argent en alcool et en drogue. Elle a dû renoncer à son appartement à cause de ses problèmes d'argent.</p>

© 1997, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Reproduction interdite sans autorisation écrite.

# Chapitre 8

## LE QUESTIONNAIRE SOCRATES

Description et objet .....	122
Population visée .....	123
Administration .....	123
Établissement des scores et interprétation .....	124
Qu'est-ce que l'ambivalence? .....	125
Et s'il y a absence d'ambivalence? .....	126
Le questionnaire SOCRATES et les Critères d'admission et de congé .....	127
Signification des scores .....	128
Prise de conscience .....	128
Ambivalence .....	128
Prise de mesures .....	129
Exemples cliniques .....	130
La vie de M. Pothier .....	130
La vie de Marie .....	132
Exemplaires remplis du questionnaire .....	134

---

## DESCRIPTION ET OBJET

Le questionnaire SOCRATES renseigne sur les atouts et les besoins du client en ce qui concerne la préparation au traitement. SOCRATES est l'acronyme de *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*. Il s'agit d'une échelle mesurant l'état de préparation au changement et la volonté de suivre un traitement.

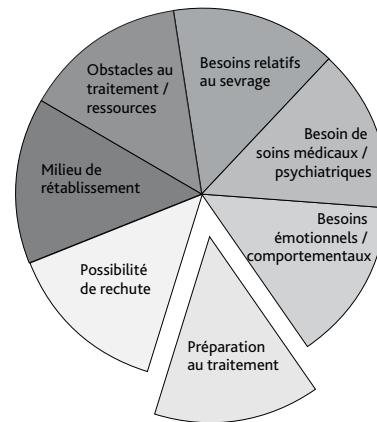
Ce questionnaire a été conçu pour fournir une mesure générale de la motivation des buveurs et usagers de drogues à entreprendre un traitement.

Au départ, le nombre de questions posées dans ce questionnaire était plus important et le succès des premières études de validation a été à l'origine de la création d'une version abrégée à 19 questions.

C'est cette version à 19 questions qui fait partie de la batterie d'outils d'évaluation normalisée en vigueur en Ontario.

Pour le traitement de la toxicomanie, la détermination du « stade de changement » où se trouve le client est toujours considérée comme essentielle. Dans leur modèle des stades du changement (1994), Prochaska, Norcross et DiClemente font état de six stades, qui s'appliquent à de nombreux comportements, soit :

1. La précontemplation
2. La contemplation
3. La préparation
4. L'action
5. Le maintien
6. L'aboutissement



Ces stades sont examinés plus en détail à l'annexe B, *L'importance de l'entretien motivationnel*.

La version à 19 questions du SOCRATES ne sert pas à déterminer le stade de changement précis où se trouve le client, mais elle permet d'établir des scores pour trois sous-échelles – *prise de conscience, ambivalence et prise de mesures* – et de mesurer ainsi le degré général de motivation du client :

1. *Prise de conscience* : Cette sous-échelle indique la mesure dans laquelle le client est conscient du lien existant entre sa consommation d'alcool ou de drogue et ses problèmes du moment.
2. *Ambivalence* : Cette sous-échelle permet de jauger si le client est certain ou pas d'avoir un problème ou de ne pas en avoir un. Les scores obtenus ne sont ni positifs ni négatifs; ils indiquent simplement si le client passe du temps à réfléchir au processus de changement ou aux avantages et inconvénients du changement.
3. *Prise de mesures* : Cette sous-échelle permet de vérifier si un client commence à prendre certaines mesures pour modifier son comportement ou s'il a déjà pris de telles mesures.

Le conseiller se sert du SOCRATES pour aborder la discussion avec le client au sujet de sa motivation à l'égard du changement et de ses options de traitement. Le questionnaire permet aussi de guider les décisions sur les mesures à prendre et les options de traitement. Le SOCRATES guide aussi les décisions relatives à l'aiguillage thérapeutique.

Une fois le client en traitement, des administrations subséquentes du questionnaire montreront l'effet des interventions cliniques sous la forme de changements de scores aux trois sous-échelles.

## POPULATION VISÉE

Les alcooliques sont devenus la population visée par le SOCRATES même si, à l'origine, ce questionnaire avait été conçu pour les « gros buveurs ». Cet instrument a été testé aux États-Unis chez des hommes et des femmes appartenant à des groupes culturels divers, notamment des Hispaniques, des Blancs, des Noirs et des Autochtones.

Le questionnaire est destiné aux adultes âgés de 19 ans et plus, son administration n'étant pas appropriée pour les moins de 19 ans.

La présente version du SOCRATES a été utilisée en 1993 aux États-Unis dans le cadre du projet MATCH, une étude visant à établir l'efficacité de différents traitements chez 1 726 adultes alcoololo-dépendants des deux sexes; le questionnaire était intégré à la batterie d'évaluation préalable au traitement. Cet outil compare les scores bruts obtenus par les clients aux scores obtenus par les participants au projet MATCH. Il convient de noter que les scores individuels sont indiqués comme étant bas, moyens ou élevés *comparativement aux scores de personnes en début de traitement*.

## ADMINISTRATION

Il y a deux formulaires : un pour l'alcool (8A) et un autre pour les drogues (8D). Si le client consomme à la fois de l'alcool et de la drogue, il faut remplir le formulaire 8A et au moins un exemplaire du formulaire 8D. Aux fins de l'administration de la batterie d'évaluation normalisée, il est recommandé de faire une évaluation séparée pour les trois drogues les plus préoccupantes (à partir des catégories de drogues définies par DASIT; catégories figurant sur le QCP ainsi que dans DASIT). Bien entendu, tout dépend de la pertinence de la consommation de ces substances pour l'évaluation et du temps dont dispose le conseiller.

Chaque drogue consommée doit faire l'objet d'une mesure séparée afin que le conseiller puisse déterminer le degré de motivation au traitement à l'égard de chacune d'entre elles ainsi que les interactions entre ces drogues.

Ce questionnaire peut être auto-administré par le client, si le conseiller le juge approprié compte tenu de considérations touchant à la diversité telles que la culture, la langue et le degré de littératie. Il est possible de donner les formulaires au client pour qu'il les remplisse chez lui et l'on peut aussi administrer le questionnaire lors de séances de groupe ou de séances individuelles.

Vous devrez veiller à :

- Expliquer l'objet de l'outil et l'importance de la rétroaction et de l'exploration commune de la signification des trois sous-échelles.
- Préciser qu'il existe deux versions du questionnaire, l'une pour l'alcool et l'autre pour les drogues.
- Donner au client une copie du questionnaire et passer les instructions en revue.
- Expliquer que les questions portent sur le moment présent et demander au client de faire usage de toute la gamme des réponses possibles entre les extrêmes « entièrement d'accord » et « pas du tout d'accord » pour bien exprimer sa pensée. Vous demanderez au client de lire attentivement chaque question et vous l'inciterez à poser toutes les questions nécessaires et à demander de l'aide au besoin. En outre, vous insisterez sur le fait qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

## ÉTABLISSEMENT DES SCORES ET INTERPRÉTATION

Une fois que le client aura fini de remplir les formulaires 8A et 8D, vous reporterez sur la feuille de comptage les réponses encadrées pour les deux formulaires, puis vous ferez le total des colonnes de manière à obtenir un seul chiffre pour chacune des trois sous-échelles. Chaque score doit se situer dans une certaine fourchette. Ainsi, le score du client pour la prise de conscience sera compris entre 7 et 35. Ces scores aux sous-échelles sont appelés « scores bruts ».

Les scores bruts pour chaque sous-échelle pourront alors être inscrits sur la feuille de profil qui porte, à des fins de comparaison, les scores du projet MATCH exprimés en rangs déciles. De cette manière, vous serez en mesure de situer chaque score brut obtenu par le client par rapport aux rangs déciles des participants qui se préparaient à suivre un traitement.

Encerclez le rang décile correspondant au score brut. À titre d'exemple, sur la sous-échelle de la prise de conscience, un score brut de 29 est égal au rang décile de « 30 ou bas ». Cela signifie que le score du client correspond à ce qui a été évalué comme étant un bas niveau de prise de conscience pour les participants au projet MATCH. Il est bien évident que, parmi les clients qui entreprennent un traitement, le degré de conscience à l'égard du lien existant entre les problèmes de la vie et la consommation d'alcool ou de drogue varient grandement.

Il est important d'examiner la situation du client dans son ensemble plutôt que de s'en tenir strictement aux scores. Si les scores ne semblent pas correspondre à cette situation, vous pourriez demander au client si quelque chose l'a dérangé dans le questionnaire ou si des facteurs extérieurs ou une cause quelconque de stress ont pu l'empêcher de se concentrer. Vous pourriez dire « Que pensez-vous de ces résultats? Est-ce qu'ils vous semblent refléter votre situation? ». Ces questions pourraient être un bon moyen d'engager le client à en dire davantage. Vous pourriez aussi aborder la question d'une autre manière en demandant « Comment est-ce que vous vous sentez en voyant ces scores? ».

Il importe également d'examiner individuellement chacune des réponses et pas seulement les totaux. En effet, il se pourrait, par exemple, qu'un client ait un score bas pour la prise de conscience, mais qu'il ait répondu « entièrement d'accord » à l'énoncé « Je me demande parfois si je suis alcoolique ».

Chaque questionnaire rempli doit permettre d'établir un score pour la *Prise de conscience*, un pour *l'Ambivalence* et un pour la *Prise de mesures*.

Une fois les scores en main, vous devriez avoir une bonne idée du degré général de motivation du client et être à même de juger si celui-ci est prêt à apporter des changements dans sa vie et à prendre les mesures qui s'imposent. Les renseignements complémentaires recueillis au cours de l'entretien vous aideront à déterminer si le client est prêt à être traité. En effet, des facteurs extérieurs tels que le stress éprouvé au travail et le fait d'avoir des personnes à charge ainsi que d'autres facteurs comme la peur du changement et l'échec de tentatives antérieures de traitement peuvent affecter la préparation au traitement. Le chapitre 9 présente le Questionnaire d'admission au traitement (QAT), qui, lui, évalue aussi les raisons intrinsèques ou extrinsèques qui poussent le client à vouloir se faire traiter. Les scores obtenus au SOCRATES et au QAT se complètent parfaitement.

### QU'EST-CE QUE L'AMBIVALENCE?

N'ayez pas peur de l'ambivalence! L'ambivalence ne signifie pas que le client n'est pas prêt à effectuer des changements ou qu'il ne changera pas. C'est plutôt la preuve de l'existence d'une lutte intérieure face aux avantages et aux inconvénients du changement. Au cours du traitement, l'ambivalence est plus ou moins présente et elle peut refaire surface en cas de revers ou lors du passage d'une étape à une autre, alors que le changement s'accroît.

L'ambivalence que l'on peut mesurer est encourageante sur le plan clinique car elle indique que le client est conscient des avantages du changement aussi bien que de son prix. De nombreux clients qui commencent un traitement l'abandonnent prématurément lorsqu'ils perçoivent pour la première fois le prix du changement! Il faut éliminer le sentiment d'ambivalence avant d'amorcer le traitement faute de quoi le client risque de remettre les choses à plus tard ou même carrément d'abandonner s'il prend peur ou s'il se décourage.

De nombreux chercheurs et cliniciens font état des facteurs qui, dans le processus décisionnel, pèsent en faveur du changement et de ceux qui pèsent en faveur du statu quo. Le Tableau décisionnel est un outil clinique pratique pour illustrer les espoirs et les craintes qui coexistent chez toute personne qui envisage d'apporter des changements à son comportement. À l'aide d'un tableau comme celui qui figure ci-dessous, le conseiller et le client établissent ensemble une liste des coûts et avantages du changement ainsi qu'une liste des avantages et des inconvénients du statu quo.

Tableau décisionnel

	Statu quo	Changement
Coûts	Dans cette case, le client énumère les coûts liés au refus de réduire sa consommation d'alcool ou de drogues ou de mettre fin à cette consommation.	Dans cette case, le client énumère les coûts du changement de comportement.
Avantages	Dans cette case, le client énumère les avantages que lui apporte le fait de continuer à boire ou à prendre des drogues.	Dans cette case, le client énumère les avantages que lui apporterait le fait de changer ses habitudes de consommation d'alcool ou de drogues.

On peut établir un tableau décisionnel pour amorcer la réflexion sur la manière de faire avancer le traitement ou pour mettre en évidence les difficultés éprouvées par le client à réduire sa consommation ou à y mettre fin. On peut aussi dresser un tableau décisionnel pour mesurer les progrès accomplis par le client dans sa façon d'envisager les coûts et avantages.

Il est à noter que les avantages de l'arrêt de la consommation d'alcool ou de drogues ou de sa réduction demeurent constants entre le stade de préparation et celui de l'action. Le client a probablement toujours su quels étaient les avantages du changement. Ce qui facilite la discussion sur le changement ainsi que le passage à l'action, c'est la réduction du prix du changement qui intervient avec le temps.

### ET S'IL Y A ABSENCE D'AMBIVALENCE?

Un score bas au chapitre de l'ambivalence peut signifier que le client a déjà réfléchi aux avantages et aux inconvénients que présente le changement et qu'il est prêt à aller de l'avant; cela peut aussi signifier que le client a décidé de ne pas changer et qu'il n'a donc aucune ambivalence à ce sujet! Dans le premier cas, le client pourrait être au stade de la préparation ou à celui de l'action, tandis que dans le second cas, il en est au stade de la précontemplation. Un score bas peut aussi traduire le fait que le client comprend clairement la nécessité du changement, mais qu'il se sent dépassé et ne sait pas par où commencer.

En ce qui concerne le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, on ne voit plus du tout la question de l'ambivalence comme on la voyait par le passé. Pour le client qui change d'avis de séance en séance ou même au cours d'une seule et même séance, il n'y a pas lieu de planifier un traitement ou d'envisager un aiguillage; ce dont ce client a besoin, c'est d'entretiens motivationnels.

Si, une fois le traitement amorcé, les anciens sentiments d'ambivalence refont surface, on pourra aussi les prendre en charge au moyen d'entretiens motivationnels. Voir l'annexe B, *L'importance de l'entretien motivationnel*, à ce sujet.

Les clients chez qui l'ambivalence revient constamment pourraient avoir besoin de plus de temps pour régler les questions auxquelles ils sont confrontés. C'est peut-être leur façon de dire que les choses vont trop vite pour eux ou que les objectifs de traitement ne leur conviennent pas. Il se peut qu'ils aient pris une décision trop hâtive lorsqu'ils ont décidé de réduire leur consommation ou d'opter pour l'abstinence. Le conseiller et le client ignorent souvent les avantages de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Or, il est important de bien examiner les effets positifs des psychotropes sur la santé mentale ou émotionnelle du client. Il convient d'éviter de mettre prématurément l'accent sur les avantages du changement de comportement car on risque ainsi de se priver de renseignements essentiels.

Dans un article publié en 2000 et intitulé *The Health-Oriented Substance Use Interview*, Eugene Tinelli, titulaire d'un doctorat en médecine, émet l'idée suivante : « nos évaluations sur la consommation d'alcool et de drogues sont de plus en plus pointues, mais la plupart d'entre nous ne retenons que l'aspect pathologique, une idée préconçue qui nous prive de renseignements essentiels et de l'occasion d'établir de meilleures relations avec nos clients ». E. Tinelli ajoute que s'il existe des modèles sur les stades du changement ainsi que des techniques destinées à motiver les clients et à renforcer leurs habiletés pour les aider à progresser dans le processus de changement, « on pose rarement la question fondamentale – à savoir en quoi la consommation de psychotropes contribue à la santé... ». On peut poser la question ainsi : « Qu'est-ce que... votre substance... de choix vous apporte de positif sur le plan de votre santé mentale? ». Poser cette question c'est reconnaître, selon l'auteur, que l'alcoolisme et la toxicomanie ne reposent pas sur des raisons pathologiques, mais sur des besoins liés à la santé psychique (ils aident le sujet à surmonter sa timidité ou à faire face à la dépression ou au stress, par exemple).

Bien entendu, si les avantages de la consommation de psychotropes sont attirants au départ, leurs répercussions néfastes finissent par conduire les usagers à rechercher les services de programmes de lutte contre l'abus de boisson et de drogues ou contre l'assuétude.

## LE QUESTIONNAIRE SOCRATES ET LES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ

Les Critères d'admission et de congé tiennent compte des différents stades de changement. Ainsi, les clients qui manifestent une certaine ambivalence ou résistance – c'est-à-dire les clients qui en sont au stade de la précontemplation ou de la contemplation et qui ne sont pas encore prêts à commencer un traitement – ne devraient pas entrer dans le réseau de traitement *sauf pour recevoir du counseling destiné à renforcer leur motivation*. Chaque comité local de mise en œuvre devra décider des organismes chargés d'assurer ce service.

Les Critères imposent au conseiller d'établir une distinction entre le traitement et l'hébergement ainsi qu'entre la gestion d'une situation de crise et la préparation au traitement. Si le client traverse une crise et a besoin d'un toit ou de nourriture ou s'il a besoin de vivre dans un milieu où il soit en sécurité, le conseiller devra commencer par s'occuper de ces besoins ou par envoyer le client dans un organisme qui s'en occupera. Si le client traverse une crise de sevrage, le conseiller l'orientera vers le service approprié; par la suite, on administrera au client la batterie d'évaluation normalisée afin de déterminer les nouvelles mesures à prendre. Les programmes de traitement doivent être réservés aux clients qui sont prêts à suivre un traitement!

Le client est-il prêt à amorcer un traitement? Le SOCRATES donne au conseiller et au client un début de réponse à cette question. Les autres renseignements fournis par la batterie d'évaluation faciliteront la prise de décisions relativement à la planification du traitement.

## SIGNIFICATION DES SCORES

Les scores obtenus par les clients sont classés comme bas, moyens ou élevés comparativement aux scores de clients prêts à amorcer un traitement pour changer leurs habitudes de consommation d'alcool ou de drogues. L'interprétation fournie par les chercheurs pour les scores obtenus aux questionnaires **SOCRATES 8A et 8D** est la suivante :

### PRISE DE CONSCIENCE

Les personnes qui ont un score élevé reconnaissent sans hésitation qu'elles ont des problèmes liés à leur consommation d'alcool ou de drogue. Elles expriment généralement un désir de changement et sont conscientes des risques auxquels elles s'exposent si elles ne changent pas.

Les personnes qui ont un score bas nient que l'alcool ou la drogue leur causent de gros problèmes. Elles rejettent les diagnostics d'« alcoolique », de « gros buveur » ou de « toxicomane » et n'expriment aucun désir de changement.

### AMBIVALENCE

Dans le **SOCRATES**, le client est appelé à répondre à certaines questions visant à déterminer s'il « se demande » :

- s'il est gros buveur ou s'il fait un usage problématique de drogues
- s'il est alcoolique ou toxicomane.

Ces questions sont conçues pour évaluer l'ambivalence. Les clients qui répondent par l'affirmative seront considérés comme étant ambivalents pour le moment. Quant aux clients qui ne se posent pas la question, c'est soit parce qu'ils pensent déjà qu'ils sont gros buveurs, toxicomanes, etc., soit parce qu'ils pensent que ces étiquettes ne s'appliquent tout simplement pas à eux.

Les personnes qui ont un score élevé signalent qu'elles « se demandent » parfois si elles ont un contrôle sur leur consommation, si elles boivent trop ou prennent trop de drogues, si elles sont alcooliques ou droguées ou si elles causent du tort à d'autres personnes. Les scores élevés traduisent l'incertitude. Ils peuvent aussi indiquer une certaine ouverture à la réflexion, typique du stade de la contemplation.

Les personnes qui ont un score bas disent qu'elles « ne se demandent pas » si elles boivent trop, si elles prennent trop de drogues, si elles maîtrisent leur consommation, si elles sont alcooliques ou droguées ou si elles causent du tort à d'autres personnes. Une personne peut avoir un score bas au chapitre de l'ambivalence parce qu'elle est convaincue que sa consommation d'alcool ou de drogues cause des problèmes (on peut alors s'attendre à un score élevé pour la prise de conscience) ou parce qu'elle est convaincue que sa consommation d'alcool ou de drogues ne pose aucun problème (cela devrait être corrélé avec un score bas au niveau de la prise de conscience).

Ainsi, un score bas au chapitre de l'*Ambivalence* doit être interprété par rapport au score obtenu pour la *Prise de conscience*.

## PRISE DE MESURES

Les personnes qui ont des scores élevés signalent qu'elles ont déjà pris des mesures pour modifier leurs habitudes de consommation et il se peut qu'elles aient obtenu certains résultats positifs. Un score élevé est prédictif de succès.

Les personnes qui ont des scores bas signalent qu'elles n'ont pas apporté de changement récent à leurs habitudes de consommation. Il est important de faire remarquer aux clients qui ont des scores bas qu'ils ont déjà pris la première mesure en venant à l'entretien ou en participant à l'administration de certains questionnaires. Le conseiller doit se montrer positif et encourageant de manière à aider les clients à passer au stade de changement suivant.

### Conseils cliniques

*Certains conseillers se plaignent du fait que le SOCRATES ne permette pas de situer le client à un stade de changement précis. Il faut savoir que les scores obtenus pour les trois sous-échelles et la mise en rapport de ces trois sous-échelles donnent un profil individualisé pour chaque client. C'est le Questionnaire d'admission au traitement (QAT) qui renseigne sur les raisons intrinsèques et extrinsèques qui motivent les clients à rechercher de l'aide.*

*Les scores sur l'ambivalence doivent toujours être interprétés à la lumière des scores obtenus pour la prise de conscience. En effet, il convient de se souvenir qu'un score d'ambivalence faible peut être associé :*

- *soit à une faible prise de conscience*
- *soit à une forte prise de conscience.*

*Les termes employés dans le SOCRATES peuvent être difficiles à comprendre. Le conseiller doit expliquer au client que les mots « alcoolique » et « gros buveur » utilisés dans ces questionnaires sont parfois considérés comme trop limitatifs ou trop vagues! Si le client est membre d'un groupe utilisant une méthode en 12 étapes comme Alcooliques Anonymes, il préférera peut-être employer le mot « alcoolique » et cette préférence de vocabulaire devra être reconnue et validée. De même, si le client préfère employer un autre terme, dites-lui que ce choix vous convient et utilisez ce terme.*

*Les deux questionnaires emploient chacun les mots « Je me demande » dans une de leurs questions : « Je me demande parfois si je ne serais pas alcoolique » et « Je me demande parfois si je ne serais pas toxicomane ». Le client répondra par la négative s'il a cessé de se poser la question et s'il est à présent convaincu d'être alcoolique ou toxicomane. Expliquez bien au client que c'est sur les mots « Je me demande parfois » qu'il doit se prononcer.*

*Si le formulaire a été imprimé recto-verso, le conseiller devra indiquer au client de ne pas oublier de remplir l'autre côté de la feuille.*

*Certains clients sont capables de transférer leurs propres scores. Il appartient au conseiller de juger si ce type de participation est approprié en fonction des clients. Les séances de groupe peuvent faciliter cette tâche car les participants peuvent s'entraider et l'animateur peut les guider pas à pas.*

*Rappelons que la séance de rétroaction est très importante pour accroître la motivation. Elle fournit au conseiller l'occasion de féliciter le client des mesures qu'il a prises et de sa prise de conscience, quel qu'en soit le degré. Si les scores du client sont plus bas que souhaitable pour planifier un traitement, le conseiller doit rassurer le client en lui expliquant que c'est son rôle de l'aider à progresser. Le conseiller se sert des renseignements recueillis lors de l'évaluation afin d'inciter le client à prendre les mesures appropriées pour aller de l'avant.*

---

## **EXEMPLES CLINIQUES**

### LA VIE DE M. POTHIER

#### **8A – Alcool**

La seule substance consommée par M. Pothier étant l'alcool, il n'a eu à répondre qu'au questionnaire 8A. Le conseiller doit intégrer les trois sous-échelles au profil du client. Chaque sous-échelle apporte des renseignements utiles, mais dans le cas de M. Pothier, les réponses aux différentes questions du SOCRATES sont également très révélatrices. Bien que les scores de M. Pothier aux trois sous-échelles aillent de « assez bas » à « moyen » (prise de conscience = 23; ambivalence = 15; prise de mesures = 9), M. Pothier est inquiet, comme l'indiquent certaines de ses réponses (cf. questions 2, 3, 7, 10 and 12). En examinant ses réponses, on constate qu'il a pris conscience de certains problèmes et qu'il réfléchit aux changements qu'il est en train d'apporter à ses habitudes, même s'ils sont très récents.

M. Pothier entame à peine son traitement et il n'est donc pas étonnant qu'il n'ait pas encore apporté beaucoup de changements à sa consommation d'alcool et que son score de prise de conscience soit bas. Après plusieurs autres séances avec son conseiller, M. Pothier devrait commencer à faire le lien entre son alcoolisme et un certain nombre d'aspects problématiques de sa vie. Le rapport de cause à effet entre son alcoolisme et ses problèmes devrait se clarifier lorsqu'il aura une expérience plus longue de la sobriété. Le conseiller s'efforcera d'aider M. Pothier à prendre conscience du lien entre ses problèmes et sa consommation d'alcool.

Il est normal que M. Pothier déclare ne pas avoir encore apporté de changement à sa consommation d'alcool : il vient tout juste d'être hospitalisé et il n'a eu qu'un seul rendez-vous avec le conseiller, une semaine plus tard! Il fait peut-être simplement preuve de réalisme en s'abstenant de déformer la réalité actuelle.

---

Il existe un grand nombre de publications et de sites Web touchant aux aspects spécifiques de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Les protocoles conformes aux pratiques exemplaires reconnaissent par exemple que les personnes âgées pourraient ne pas se considérer comme « alcooliques » ou « gros buveurs ». Voir l'[annexe C, Ressources](#), à ce sujet.

---

Examinons chacune des sous-échelles.

### Prise de conscience

Le score obtenu par M. Pothier pour la prise de conscience est de 23. Son degré de prise de conscience relativement au lien entre sa consommation d'alcool et un certain nombre de ses problèmes est donc très bas comparativement à celui de personnes sur le point d'entamer un traitement. Rappelons que ce n'est que très récemment que M. Pothier a été hospitalisé et qu'il n'a donc pas eu beaucoup de temps pour réfléchir à la question. M. Pothier admet cependant qu'il s'inquiète de sa santé et qu'il craint que ses problèmes n'empirent s'il ne fait pas quelque chose (question no 3). Ceci est de très bon augure. Il y a d'ailleurs plusieurs raisons d'être optimiste au vu des réponses fournies par M. Pothier au SOCRATES. Le conseiller pourra l'aider à comprendre les répercussions de son alcoolisme sur d'autres domaines de sa vie et à déterminer des objectifs de traitement.

### Ambivalence

Le score pour l'ambivalence est de 15 et s'inscrit donc dans la moyenne des scores obtenus par des personnes sur le point d'entamer un traitement. On sait que M. Pothier a peur pour sa santé et que ce sont peut-être ses récentes crises convulsives qui ont tiré la sonnette d'alarme. Il semble être sûr d'avoir des problèmes. Ses craintes au sujet de sa santé pourraient l'avoir amené à se faire une bonne idée des répercussions de son alcoolisme. M. Pothier semble toutefois éprouver une certaine ambivalence quant à ce qu'il doit faire. N'oublions pas qu'il n'en est qu'au début de son rétablissement. Les scores obtenus pour l'ambivalence doivent toujours être interprétés à la lumière des scores pour la prise de conscience.

Un score bas au chapitre de l'ambivalence peut indiquer que le client est conscient d'avoir des problèmes ou, au contraire, qu'il refuse d'admettre qu'il en a!

### Prise de mesures

Le score pour la prise de mesures est de 9, ce qui est bas. Il n'y a pas lieu de s'en étonner puisque l'entretien d'évaluation suit de près le récent congé de l'hôpital de M. Pothier. Ce n'est que très récemment qu'il a pris la décision de s'arrêter de boire et ses réponses reflètent bien cette situation. Le score à cette sous-échelle sera plus élevé après que M. Pothier se sera abstenu de boire pendant plus longtemps.

### Exemples de rétroaction

Voici ce que le conseiller pourrait dire à M. Pothier à propos de ses scores :

*Eh bien, M. Pothier, vos scores indiquent que vous commencez tout juste à réaliser les répercussions de l'alcool sur votre état de santé. Je pense que vous avez eu une grosse frayeur, mais vous êtes encore en train d'essayer de démêler ce que vous pensez et ce que vous ressentez à ce sujet. Ai-je bien raison?*

*Il y a très peu de temps que vous avez arrêté de boire et je tiens à vous tirer mon chapeau! C'est peut-être parce que le changement est tellement récent que vous avez obtenu un score assez bas. Ça fait très peu de temps que vous avez arrêté de boire. Comment est-ce que vous voyez les choses?*

*Je tiens à vous féliciter d'avoir respecté cette période d'abstinence. Vos scores indiquent que vous êtes en début de parcours, mais j'aimerais que vous me disiez ce que vous avez fait depuis une semaine pour résister à la tentation de boire. Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous y êtes arrivé?*

## LA VIE DE MARIE

### 8A – Alcool

Puisque Marie prend à la fois de l'alcool et de la drogue, elle a rempli les formulaires 8A et 8D.

#### Prise de conscience

Le degré de prise de conscience de Marie est moyen (33) pour sa consommation d'alcool. Elle perçoit le lien qui existe entre cette consommation et les problèmes qu'elle a dans sa vie et il est intéressant de noter ses réponses aux questions 1, 3, 7, 12, 15 et 17.

#### Ambivalence

Le score de Marie à cette sous-échelle est de 19, ce qui indique une forte ambivalence face au changement. Cela ne signifie pas nécessairement que Marie ne veut pas arrêter de boire. En fait, il est probable qu'elle est en train de se débattre avec ce qu'elle perçoit comme le prix du changement et ses avantages. Il s'agit d'un dilemme bien réel pour les clients, un dilemme que reflète le SOCRATES. Il n'est pas rare que les clients qui sont sur le point d'entamer un traitement ou qui viennent d'en commencer un éprouvent un fort sentiment d'ambivalence. Cela ne signifie pas que le plan de traitement devrait être abandonné. Cela signifie simplement que ces clients ont besoin de mieux définir leurs objectifs et leur plan de traitement et de parler ouvertement de leur résistance et de leurs craintes. L'ambivalence peut être causée par des tentatives antérieures de renoncement à l'alcool qui, de l'avis du client, se sont soldées par des échecs. Le client peut alors se sentir battu d'avance et avoir peur de décevoir sa famille et ses amis.

#### Prise de mesures

Marie a un score très bas (24) à ce chapitre. Il n'y a que cinq jours qu'elle réside dans un centre de gestion du sevrage et son abstinence est donc d'origine très récente. Son score traduit fidèlement sa situation. En examinant ses réponses aux questions 4, 5, 8 et 9, on s'aperçoit que Marie sait pertinemment qu'il lui reste beaucoup de chemin à faire. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'elle n'en est pas à sa première tentative. Marie fait donc preuve de lucidité en évaluant ce qu'elle a accompli.

### 8D – Cocaïne

Les scores de Marie aux trois sous-échelles du questionnaire sur les drogues sont très semblables. Son score de prise de conscience est un peu plus élevé pour la cocaïne, ce qui est peut-être lié à la nature de la substance elle-même et à la façon dont les clients – et l'ensemble de la population – voient les drogues illicites. Marie peut avoir le sentiment que cette drogue n'est pas étrangère à bon nombre de ses problèmes. Elle a d'ailleurs déjà signalé que sa dépendance à la cocaïne avait été en partie responsable de sa rupture avec son compagnon. Le SOCRATES complète de manière intéressante les renseignements que le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie a déjà permis de recueillir.

Pour mieux prendre conscience des répercussions des substances psychotropes sur leur vie, les clients peuvent avoir besoin d'être mieux informés et il faut donc prendre le temps de leur expliquer les effets de chaque drogue. Il est également important d'examiner les réponses de Marie une à une et le conseiller pourra lui demander de les commenter lors de séances à venir.

De façon générale, Marie semble avoir la motivation nécessaire et elle a bien conscience des problèmes qu'elle s'est attirés en raison de sa consommation de drogue. Ce n'est pas étonnant puisqu'on vient de lui retirer ses enfants à cause de ça. C'est une situation à forte charge émotionnelle pour elle et il se peut qu'elle soit très appréhensive pour le moment. Il se peut aussi qu'elle ait des difficultés à aller de l'avant puisqu'elle n'a reçu aucun counseling au sujet des abus sexuels dont elle a été victime.

### Exemple de rétroaction

Voici comment le conseiller pourrait présenter les scores de Marie :

*Marie, nous allons parler un peu de la signification de ces scores. Vous avez un certain avantage ici puisque vous avez déjà suivi un traitement et que vous savez donc à quoi vous attendre. Ce n'est pas facile de prendre une décision comme celle-ci et de s'y tenir, n'est-ce pas?*

*Marie, vos scores pour la prise de conscience se situent dans la moyenne. En fait, vous avez probablement une petite longueur d'avance puisque vous avez déjà réfléchi aux problèmes créés par l'alcool et la drogue. Qu'est-ce que vous en dites?*

*Marie, vous souhaitez changer vos habitudes de consommation d'alcool et de drogue, mais il semble que vous n'ayez pas les idées très claires à ce sujet. Votre score pour l'ambivalence pourrait signifier plusieurs choses. Dans votre cas, ça pourrait vouloir dire que bien que vous ayez décidé de changer vos habitudes, vous avez peur que ce soit très difficile et vous vous demandez peut-être si vous y arriverez. Est-ce que je me trompe? Est-ce que vous pourriez m'expliquer un peu ce que vous ressentez?*

**SOCRATES : EXEMPLAIRES REMPLIS ET AUTRES FORMULAIRES**

## SOCRATES 8A – QUESTIONNAIRE POUR GAËTAN POTHIER

**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL (SOCRATES 8A)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Veuillez lire attentivement les énoncés suivants, qui décrivent ce qu'une personne peut ressentir au sujet de sa consommation d'alcool. Encerclez un chiffre entre 1 et 5 pour indiquer dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à vous à l'heure actuelle. Veuillez n'encercler qu'un seul chiffre par énoncé

	NON! pas du tout d'accord	Non pas d'accord	? Indécis(e)	Oui d'accord	OUI! entièrement d'accord
1. J'ai vraiment l'intention de changer mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
2. Je me demande parfois si je ne serais pas alcoolique.	1	2	3	4	5
3. Si je ne fais pas quelque chose pour changer mes habitudes de consommation, mes problèmes vont empirer.	1	2	3	4	5
4. J'ai déjà commencé à faire quelque chose pour rompre avec mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
5. Avant, je buvais trop, mais j'ai réussi à changer mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
6. Je me demande parfois si ma consommation d'alcool ne cause pas du tort à d'autres personnes.	1	2	3	4	5
7. Je suis un gros buveur / une grosse buveuse.	1	2	3	4	5
8. Je ne fais pas qu'envisager de changer mes habitudes de consommation : je fais déjà quelque chose de concret à ce sujet.	1	2	3	4	5
9. J'ai déjà changé mes habitudes de consommation et je cherche des moyens de ne pas retomber dans mes anciennes habitudes.	1	2	3	4	5

*Suite en page suivante*

## SOCRATES 8A – QUESTIONNAIRE POUR GAËTAN POTHIER (SUITE)

**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL (SOCRATES 8A) (SUITE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Veuillez lire attentivement les énoncés suivants, qui décrivent ce qu'une personne peut ressentir au sujet de sa consommation d'alcool. Encercler un chiffre entre 1 et 5 pour indiquer dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à vous à l'heure actuelle. Veuillez n'encercler qu'un seul chiffre par énoncé

	NON! pas du tout d'accord	Non pas d'accord	? Indécis(e)	Oui d'accord	OUI! entièrement d'accord
10. J'ai un gros problème de boisson.	1	2	3	4	5
11. Je me demande parfois si j'ai vraiment le contrôle de ma consommation d'alcool.	1	2	3	4	5
12. Je cause beaucoup de tort à mon entourage en buvant.	1	2	3	4	5
13. À l'heure actuelle, je prends des mesures concrètes pour réduire ma consommation d'alcool ou arrêter complètement de boire.	1	2	3	4	5
14. Je souhaite qu'on m'aide à ne pas retomber dans les problèmes de boisson que j'avais avant.	1	2	3	4	5
15. Je suis conscient(e) que j'ai un problème de boisson.	1	2	3	4	5
16. Il y a des moments où je me demande si je ne bois pas trop.	1	2	3	4	5
17. Je suis alcoolique.	1	2	3	4	5
18. Je fais de gros efforts pour changer mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
19. J'ai apporté certains changements à mes habitudes de consommation et j'aimerais qu'on m'aide à ne pas recommencer à boire comme avant.	1	2	3	4	5

## SOCRATES 8A – FEUILLE DE COMPTAGE ET FEUILLE DE PROFIL POUR GAËTAN POTHIER

**FEUILLE DE COMPTAGE SOCRATES 8A – VERSION À 19 QUESTIONS**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

Transférez ici les réponses apportées par le client / la cliente au questionnaire.

Prise de conscience	Ambivalence	Prise de mesures
1. 2		
	2. 4	
3. 4		
		4. 1
		5. 1
	6. 3	
7. 4		
		8. 1
		9. 1
10. 4		
	11. 4	
12. 4		
		13. 1
		14. 1
15. 3		
	16. 4	
17. 2		
		18. 2
		19. 1
Totaux : PC 23	Amb. 15	PM 9
Fourchette 7–35	4–20	8–40

## SOCRATES 8A – FEUILLE DE COMPTAGE ET FEUILLE DE PROFIL POUR GAËTAN POTHIER (SUITE)

**FEUILLE DE PROFIL SOCRATES 8.0 – VERSION À 19 QUESTIONS**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Transférez les scores totaux de la feuille de comptage SOCRATES (version à 19 questions) dans les cases vides au bas de la feuille de profil. Pour chaque échelle, encerclez ensuite la valeur (ou fourchette de valeurs) correspondante pour déterminer le rang décile.

Rangs déciles	Prise de conscience	Ambivalence	Prise de mesures
90 Très élevé		19–20	39–40
80		18	37–38
70 Élevé	35	17	36
60	34	16	34–35
50 Moyen	32–33	15	33
40	31	14	31–32
30 Bas	29–30	12–13	30
20	27–28	9–11	26–29
10 Très bas	7–26	4–8	8–25
Scores bruts (indiqués sur la feuille de comptage)	PC = 23	Amb. = 15	PM = 9

## SOCRATES 8A ET 8D – QUESTIONNAIRES POUR MARIE SIMARD

**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL (SOCRATES 8A)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Veuillez lire attentivement les énoncés suivants, qui décrivent ce qu'une personne peut ressentir au sujet de sa consommation d'alcool. Encercler un chiffre entre 1 et 5 pour indiquer dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à vous à l'heure actuelle. Veuillez n'encercler qu'un seul chiffre par énoncé

	NON! pas du tout d'accord	Non pas d'accord	? Indécis(e)	Oui d'accord	OUI! entièrement d'accord
1. J'ai vraiment l'intention de changer mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
2. Je me demande parfois si je ne serais pas alcoolique.	1	2	3	4	5
3. Si je ne fais pas quelque chose pour changer mes habitudes de consommation, mes problèmes vont empirer.	1	2	3	4	5
4. J'ai déjà commencé à faire quelque chose pour rompre avec mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
5. Avant, je buvais trop, mais j'ai réussi à changer mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
6. Je me demande parfois si ma consommation d'alcool ne cause pas du tort à d'autres personnes.	1	2	3	4	5
7. Je suis un gros buveur / une grosse buveuse.	1	2	3	4	5
8. Je ne fais pas qu'envisager de changer mes habitudes de consommation : je fais déjà quelque chose de concret à ce sujet.	1	2	3	4	5
9. J'ai déjà changé mes habitudes de consommation et je cherche des moyens de ne pas retomber dans mes anciennes habitudes.	1	2	3	4	5

*Suite en page suivante*

## SOCRATES 8A ET 8D – QUESTIONNAIRES POUR MARIE SIMARD (SUITE)

**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL (SOCRATES 8A) (SUITE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Veuillez lire attentivement les énoncés suivants, qui décrivent ce qu'une personne peut ressentir au sujet de sa consommation d'alcool. Encercler un chiffre entre 1 et 5 pour indiquer dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à vous à l'heure actuelle. Veuillez n'encercler qu'un seul chiffre par énoncé

	NON! pas du tout d'accord	Non pas d'accord	? Indécis(e)	Oui d'accord	OUI! entièrement d'accord
10. J'ai un gros problème de boisson.	1	2	3	4	5
11. Je me demande parfois si j'ai vraiment le contrôle de ma consommation d'alcool.	1	2	3	4	5
12. Je cause beaucoup de tort à mon entourage en buvant.	1	2	3	4	5
13. À l'heure actuelle, je prends des mesures concrètes pour réduire ma consommation d'alcool ou arrêter complètement de boire.	1	2	3	4	5
14. Je souhaite qu'on m'aide à ne pas retomber dans les problèmes de boisson que j'avais avant.	1	2	3	4	5
15. Je suis conscient(e) que j'ai un problème de boisson.	1	2	3	4	5
16. Il y a des moments où je me demande si je ne bois pas trop.	1	2	3	4	5
17. Je suis alcoolique.	1	2	3	4	5
18. Je fais de gros efforts pour changer mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
19. J'ai apporté certains changements à mes habitudes de consommation et j'aimerais qu'on m'aide à ne pas recommencer à boire comme avant.	1	2	3	4	5

## SOCRATES 8A ET 8D – QUESTIONNAIRES POUR MARIE SIMARD (SUITE)

**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES (SOCRATES 8D)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Veuillez lire attentivement les énoncés suivants, qui décrivent ce qu'une personne peut ressentir au sujet de sa consommation de drogues. Encercler un chiffre entre 1 et 5 pour indiquer dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à vous à l'heure actuelle. Veuillez n'encercler qu'un seul chiffre par énoncé.

	NON! pas du tout d'accord	Non pas d'accord	? Indécis(e)	Oui d'accord	OUI! entièrement d'accord
1. J'ai vraiment l'intention de changer mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
2. Je me demande parfois si je ne serais pas toxicomane.	1	2	3	4	5
3. Si je ne fais pas quelque chose pour changer mes habitudes de consommation, mes problèmes vont empirer.	1	2	3	4	5
4. J'ai déjà commencé à faire quelque chose pour rompre avec mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
5. Avant, je prenais trop de drogue(s), mais j'ai réussi à changer mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
6. Je me demande parfois si ma consommation de drogue ne cause pas du tort à d'autres personnes.	1	2	3	4	5
7. Je prends trop de drogue(s).	1	2	3	4	5
8. Je ne fais pas qu'envisager de changer mes habitudes de consommation : je fais déjà quelque chose de concret à ce sujet.	1	2	3	4	5
9. J'ai déjà changé mes habitudes de consommation et je cherche des moyens de ne pas retomber dans mes anciennes habitudes.	1	2	3	4	5

*Suite en page suivante*

## SOCRATES 8A ET 8D – QUESTIONNAIRES POUR MARIE SIMARD (SUITE)

**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES (SOCRATES 8D) (SUITE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Veuillez lire attentivement les énoncés suivants, qui décrivent ce qu'une personne peut ressentir au sujet de sa consommation de drogues. Encercliez un chiffre entre 1 et 5 pour indiquer dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à vous à l'heure actuelle. Veuillez n'encercler qu'un seul chiffre par énoncé.

	NON! pas du tout d'accord	Non pas d'accord	? Indécis(e)	Oui d'accord	OUI! entièrement d'accord
10. J'ai un gros problème de drogue.	1	2	3	4	5
11. Je me demande parfois si j'ai vraiment le contrôle de ma consommation de drogue(s).	1	2	3	4	5
12. Je cause beaucoup de tort à mon entourage en consommant de la drogue.	1	2	3	4	5
13. À l'heure actuelle, je prends des mesures concrètes pour réduire ma consommation de drogue(s) ou arrêter complètement d'en prendre.	1	2	3	4	5
14. Je souhaite qu'on m'aide à ne pas retomber dans les problèmes de drogue(s) que j'avais avant.	1	2	3	4	5
15. Je suis conscient(e) que j'ai un problème de drogue.	1	2	3	4	5
16. Il y a des moments où je me demande si je ne prends pas trop de drogue(s).	1	2	3	4	5
17. Je suis toxicomane.	1	2	3	4	5
18. Je fais de gros efforts pour changer mes habitudes de consommation.	1	2	3	4	5
19. J'ai apporté certains changements à mes habitudes de consommation et j'aimerais qu'on m'aide à ne pas recommencer à me droguer comme avant.	1	2	3	4	5

## SOCRATES 8A ET SOCRATES 8D – FEUILLE DE COMPTAGE ET FEUILLE DE PROFIL POUR MARIE SIMARD\*

**FEUILLE DE COMPTAGE SOCRATES 8.0 – VERSION À 19 QUESTIONS**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]Transférez ici les réponses apportées par le client / la cliente au questionnaire **8D – drogue concernée** : Cocaïne

Prise de conscience 8A	Prise de conscience 8D	Ambivalence 8A	Ambivalence 8D	Prise de mesures 8A	Prise de mesures 8D
1. 5	1. 5				
		2. 4	2. 5		
3. 4	3. 5				
				4. 3	4. 3
				5. 2	5. 1
		6. 5	6. 5		
7. 5	7. 5				
				8. 3	8. 2
				9. 1	9. 1
10. 5	10. 5				
		11. 5	11. 4		
12. 5	12. 5				
				13. 2	13. 2
				14. 5	14. 5
15. 5	15. 5				
		16. 5	16. 5		
17. 4	17. 5				
				18. 5	18. 4
				19. 3	19. 3
<b>Totaux :</b> PC 33	PC 35	Amb. 19	Amb. 19	PM 24	PM 21
<b>Fourchette :</b> 7–35	7–35	4–20	4–20	8–40	8–40

\* Pour chaque questionnaire rempli par le client / la cliente, remplissez une feuille de comptage et une feuille de profil. À titre d'exemple, si un client a rempli le formulaire 8A et deux formulaires 8D, remplissez trois feuilles de comptage et trois feuilles de profil, en veillant à indiquer, pour les questionnaires 8D, de quelles drogues il s'agit. Dans la présente étude de cas, Marie Simard a rempli le formulaire 8A et un formulaire 8D pour la cocaïne; son conseiller a donc rempli deux feuilles de comptage et deux feuilles de profil. Si vous le souhaitez, vous pouvez ajouter, pour chaque drogue concernée, une colonne sur la feuille de comptage et une sur la feuille de profil, comme nous l'avons fait ici.

## SOCRATES 8A ET SOCRATES 8D – FEUILLE DE COMPTAGE ET FEUILLE DE PROFIL POUR MARIE SIMARD (SUITE)

**FEUILLE DE PROFIL SOCRATES – VERSION 8.0 À 19 QUESTIONS**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes** : Transférez les scores totaux de la feuille de comptage SOCRATES (version à 19 questions) dans les cases vides au bas de la feuille de profil. Pour chaque échelle, encerclez ensuite la valeur (ou fourchette de valeurs) correspondante pour déterminer le rang décile

Rangs déciles	Prise de conscience		Ambivalence		Prise de mesures	
	8A	8D	8A	8D	8A	8D
90 Très élevé			19-20	19-20	39-40	39-40
80			18	18	37-38	37-38
70 Élevé	35	35	17	17	36	36
60	34	34	16	16	34-35	34-35
50 Moyen	32-33	32-33	15	15	33	33
40	31	31	14	14	31-32	31-32
30 Bas	29-30	29-30	12-13	12-13	30	30
20	27-28	27-28	9-11	9-11	26-29	26-29
10 Très bas	7-26	7-26	4-8	4-8	8-25	8-25
Scores bruts (indiqués sur la feuille de comptage)	PC = 33	PC = 35	Amb. = 19	Amb. = 19	PM = 24	PM = 21



# Chapitre 9

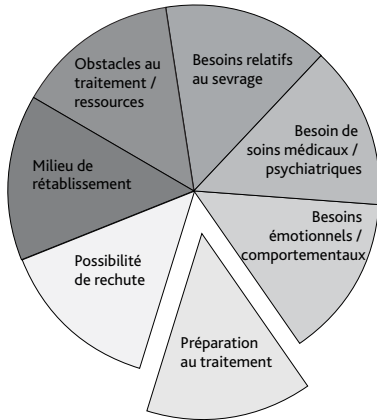
## LE QUESTIONNAIRE D'ADMISSION AU TRAITEMENT (QAT)

Description et objet .....	146
Population visée .....	147
Administration .....	147
Établissement des scores .....	147
Interprétation des scores en fonction des Critères d'admission et de congé .....	147
Problèmes cliniques .....	148
Exemples cliniques .....	150
La vie de M. Pothier .....	150
La vie de Marie .....	151
Exemplaires remplis du questionnaire .....	153

---

## DESCRIPTION ET OBJET

Le Questionnaire d'admission au traitement (QAT) est un outil très simple qui fournit une mine de renseignements permettant d'évaluer, parmi les catégories d'atouts et de besoins, celle qui concerne la préparation au traitement.



Cet instrument a été conçu pour mesurer un aspect de la motivation différent de celui mesuré par le SOCRATES et les autres outils d'évaluation, car si les autres instruments mesurent le *degré de motivation du client* qui décide d'entreprendre un traitement, le QAT, conçu par Cameron Wild (1995), examine les *raisons pour lesquelles le client décide d'entreprendre un traitement*. En effet, des clients peuvent avoir le même degré de motivation, mais rechercher un traitement pour des raisons très différentes. Ainsi, la décision de se faire traiter peut venir du client lui-même, qui reconnaît la relation entre sa consommation d'alcool ou de drogue et ses problèmes, mais le client peut tout aussi bien être motivé par le désir de conserver son travail, son employeur l'ayant mis au pied du mur.

Le QAT est fondé sur la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1987), qui définit la motivation en fonction des raisons pour lesquelles les gens entreprennent une activité plutôt qu'en fonction de la force de leur engagement, du stade de changement auquel ils se trouvent ou de leur sentiment de confiance quant à leur capacité de résister à la tentation (efficacité personnelle).

Le QAT examine les trois mesures de motivation ci-dessous :

1. *Motivation intrinsèque positive* : La mesure dans laquelle le client souscrit aux avantages du changement de comportement.
2. *Motivation intrinsèque négative* : La mesure dans laquelle le client admet que s'il ne change pas de comportement, cela entraînera des conséquences négatives.
3. *Coercition* : La mesure dans laquelle la présence du client est attribuable à une source de renvoi, à des pressions reconnues, voire à un ultimatum.

« La théorie de l'autodétermination définit la motivation en fonction des raisons pour lesquelles les gens entreprennent une activité plutôt qu'en fonction de la force de leur engagement, du stade de changement auquel ils se trouvent ou de leur confiance quant à leur capacité de réussite (efficacité personnelle). De nombreux travaux de recherche montrent que, comparativement aux clients dont le comportement est motivé par des raisons externes et introjectées, les clients qui adhèrent aux avantages inhérents au changement de comportement ont de meilleures chances de réussir. » (Wild, 1995)

## POPULATION VISÉE

Cet outil peut être auto-administré par des clients de plus de 18 ans. Cependant, le conseiller peut administrer le QAT en cas de besoin (par exemple, si le client a des besoins spéciaux ou s'il demande de l'aide). Le conseiller peut également donner le questionnaire au client pour qu'il le remplisse chez lui.

## ADMINISTRATION

Le client indique la mesure de son accord ou de son désaccord à l'égard de 12 énoncés. Il faut l'inciter à faire le plus large usage des sept réponses possibles, qui vont de « pas du tout d'accord » (1) à « entièrement d'accord » (7). Veillez à rassurer le client en lui disant qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

## ÉTABLISSEMENT DES SCORES

Une fois le questionnaire rempli, on fait le total des réponses en les regroupant en trois sous-échelles, comme indiqué ci-dessus :

4. *Motivation intrinsèque positive* : Additionner les réponses aux énoncés 1, 4, 8 et 10 (max. : 28).
5. *Motivation intrinsèque négative* : Additionner les réponses aux énoncés 5, 7 et 11 (max. : 21).
6. *Coercition* : Additionner les réponses aux énoncés 3, 6, 9 et 12 (max. : 28).

Veillez noter que *l'énoncé n° 2 a été omis*; en effet, cet énoncé relève de plus d'une sous-échelle et il ne peut donc pas être comptabilisé pour une échelle particulière (Wild, 1995).

Les totaux obtenus à chacune des sous-échelles doivent être reportés à l'endroit approprié sur la feuille de comptage et les résultats doivent être interprétés pour le client dans le cadre d'une séance de rétroaction individuelle.

## INTERPRÉTATION DES SCORES EN FONCTION DES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ

Pour chacun des 12 énoncés, on demande au client d'indiquer s'il est d'accord ou non, et dans quelle mesure. Le client doit indiquer comment il se sentirait s'il changeait de comportement ou si, à l'inverse, il n'en changeait pas. Il doit aussi indiquer sa vision des choses, ses choix et son système de valeurs en ce qui concerne le traitement.

Il est important de rassurer les clients en leur disant qu'on ne leur refusera pas le traitement sous prétexte que les raisons pour lesquelles ils sont là ne sont pas les bonnes. La distinction entre « bonnes » et « mauvaises » raisons n'est pas justifiée. Si un client souhaite entreprendre un traitement pour éviter d'avoir maille à partir avec la justice ou pour retrouver la garde de personnes à charge, il s'agit là d'un point de départ valable pour le soumettre à une évaluation initiale et lui offrir un traitement.

Il se peut que ce soient des raisons extrinsèques qui aient incité le client à prendre l'initiative d'entrer en contact avec les services d'évaluation et de traitement, mais votre rôle sera d'aider le client, dans la mesure du possible, à internaliser sa motivation de manière à ce qu'il termine le traitement sur une note plus positive.

Les gens réussissent à changer de comportement pour de nombreuses raisons. Quand on leur pose la question, certains clients disent savoir exactement pourquoi ils ont pris cette décision, tandis que d'autres déclarent l'avoir prise sans trop savoir pourquoi. Certains clients expliquent qu'au départ ils l'ont fait par obligation mais que par la suite ils ont vu les bénéfices du changement et aimé la façon dont ils se sentaient. D'autres encore avouent qu'ils ne voulaient pas s'attirer davantage d'ennuis ou perdre leur emploi.

Le QAT permet d'avoir une discussion franche sur la raison initiale de l'engagement du client. Les pressions venant de l'extérieur peuvent avoir un effet très positif sur la motivation, au moins au départ! Il est indéniable qu'un changement de comportement durable exige un solide engagement et beaucoup de volonté, mais les recherches indiquent que les taux de rechute sont plus bas chez les clients qui ont suivi un traitement. D'ailleurs, il semblerait même que pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, le taux de rechute soit plus bas qu'on ne le pensait (McLellan et coll., 2000, p. 1693). Il faudra continuer d'effectuer des recherches au sujet de la rechute afin de réduire la stigmatisation associée à la rechute chez les alcooliques et toxicomanes.

Lorsque vous ferez l'interprétation des scores, sachez qu'il arrive que les clients ne soient pas soumis à toute la batterie d'évaluation. En effet, dans certains établissements, on n'administre que le QAT et le SOCRATES pour déterminer les raisons intrinsèques poussant le client à demander de l'aide ainsi que son niveau général de motivation. C'est donc sur la base de ces scores que le conseiller et le client discutent des mesures à prendre. Dans un tel établissement, si la raison première qui pousse un client à demander un traitement est la coercition (comme indiqué par ses scores au QAT) et si les scores du client au SOCRATES sont bas aux deux sous-échelles de la prise de conscience et de l'ambivalence, il n'y aura pas lieu de lui administrer le reste de la batterie d'évaluation normalisée. Le client qui affiche ces scores pourrait être menacé de sanctions pénales, de mesures disciplinaires au travail ou de la perte de son emploi, et il est important que chaque collectivité procure à ce type de client des services appropriés. Vous pourriez orienter le client vers un traitement à l'externe, vers des services de soutien en établissement où il pourra bénéficier d'une ou de plusieurs séances de counseling motivationnel sur place ou vers un autre programme; là, une décision pourra être prise sur l'étape de traitement suivante.

### **Conseil clinique**

---

*Sachez que le désir de changer, d'où qu'il vienne, est un bon point de départ. Le conseiller a pour tâche d'apporter son soutien au client et de conforter toute volonté de changement, même la plus ténue. Dites-vous que chacun a des raisons différentes de vouloir changer et que toutes les raisons méritent le respect.*

---

## **PROBLÈMES CLINIQUES**

Il peut être très difficile de travailler avec des clients qui sont venus contraints et forcés, qui n'ont manifestement pas l'intention de changer ou de participer à la planification de leur traitement et dont la seule motivation est

d'éviter les fâcheuses conséquences dont on les a menacés. Les comités de planification locale devraient examiner le mandat de chaque organisme afin de déterminer vers quels organismes ces clients devraient être orientés. Une façon appropriée de fournir des services à ces clients est de leur offrir des séances de groupe. Ces groupes pourraient offrir de brèves interventions ou des séances éducatives sans toutefois encombrer le réseau en offrant des services à des personnes qui n'ont pas de réelle volonté de changement.

Les Critères d'admission et de congé permettent au conseiller et au client dont la source de motivation est la coercition de choisir les services et le niveau de service qui conviennent. Ces services seront essentiellement offerts à l'externe. On aidera ainsi le client à prendre des décisions appropriées, et ce, à moindres frais.

Il est généralement bon d'offrir le plus de choix possibles aux clients qui sont forcés de suivre un traitement, puisque ces clients ont l'impression de n'avoir aucun choix! Lorsque la source de leur renvoi est extérieure au réseau, les clients peuvent aussi manifester leur aversion envers cette situation en affichant de la résistance ou de l'hostilité. Les recherches de William Miller sur la motivation montrent que l'une des façons d'affaiblir la résistance est d'offrir un éventail de possibilités. Ces possibilités dépendent des résultats obtenus aux questionnaires d'évaluation. Ainsi, on pourrait donner aux clients qui sont prêts à être traités la possibilité de choisir entre différents programmes.

Pour leur prochain rendez-vous, on peut offrir aux clients plusieurs possibilités. À titre d'exemple, après une séance d'admission de groupe, les clients qui en sont au stade de la précontemplation et qui sont en probation ou en liberté conditionnelle pourraient se voir offrir les choix suivants :

- prendre immédiatement un nouveau rendez-vous
- choisir une heure ou un jour de rendez-vous qui leur convienne
- appeler plus tard pour prendre rendez-vous
- prendre le temps de réfléchir et reprendre contact plus tard
- demander à leur source de renvoi s'ils doivent vraiment continuer.

Il se peut que certains clients aient des scores élevés à deux échelles différentes, comme dans les exemples suivants :

- *Coercition et motivation intrinsèque positive* : ces clients sont forcés d'être là, mais ils savent aussi, au fond d'eux-mêmes, qu'ils ont besoin de changer et il se peut qu'ils souhaitent le changement! Autrement dit, une part d'eux-mêmes souhaite être là, même si la décision semble avoir été hors de leur contrôle. Ces clients pourraient déclarer qu'ils ont toujours su qu'ils devaient changer.
- *Motivation intrinsèque positive et motivation intrinsèque négative* : ces clients sont conscients des coûts et avantages du changement et de ceux de l'absence de changement.
- *Motivation intrinsèque négative et coercition* : ces clients, soumis à la coercition, ont peur de ce qui leur arrivera s'ils ne vont pas jusqu'au bout. Le fait que leur score au chapitre de la motivation *intrinsèque positive* soit bas indique qu'ils n'ont pas intériorisé la valeur du changement. Sans vraiment participer de leur plein gré, ces clients ne manqueront jamais une séance!

Les clients qui affichent un score élevé à l'échelle de la coercition mais dont les scores aux échelles de la motivation *intrinsèque positive* et de la motivation *intrinsèque négative* sont bas sont des clients qui sont là contre leur gré. Ces clients ont tendance à prendre des rendez-vous, à ne pas s'y présenter, et à en prendre de nouveau. S'ils prennent bien leurs rendez-vous, ils s'arrangent pour ne jamais y aller.

## EXEMPLES CLINIQUES

### LA VIE DE M. POTHIER

#### 1. Motivation intrinsèque positive

Au chapitre de la motivation intrinsèque, M. Pothier affiche un score bas (8/28), ce qui veut dire qu'il n'a pas encore bien intégré les avantages du changement. Ce sont d'autres raisons qui l'ont poussé à se rendre aux entrevues en vue de se faire traiter, comme on le verra plus loin. En examinant chacune des réponses données par M. Pothier au QAT, on s'aperçoit qu'il est préoccupé par sa consommation d'alcool. Pourtant, sa réaction à l'égard du premier énoncé indique qu'il est fortement opposé à l'idée d'obtenir de l'aide. Il déclare ne pas souhaiter changer de mode de vie (n° 4) tout en affirmant qu'il n'a subi aucune pression pour rechercher un traitement (n° 6).

#### 2. Motivation intrinsèque négative

Le score de M. Pothier est élevé (17/21) à cette échelle, ce qui signifie que sa décision de se faire traiter est motivée par la crainte. Il a peur de ce qui pourrait lui arriver s'il ne change pas ses habitudes de consommation! M. Pothier est très inquiet au sujet de sa santé. L'anamnèse nous apprend qu'il a de graves problèmes de santé, dont il a d'ailleurs parlé ouvertement. M. Pothier a connu des crises convulsives induites par l'alcool, ce qui a dû l'effrayer. Il a aussi des troubles digestifs. Il doit en outre se sentir sérieusement mal en point puisqu'il n'y a que très récemment qu'il a arrêté de boire.

Ce sont des facteurs intrinsèques de nature négative qui ont sans doute poussé M. Pothier à se rendre à ses rendez-vous et à s'engager à l'égard d'un plan de traitement. Ce sont de bonnes raisons et le conseiller doit partir des préoccupations présentes du client. Par la suite, M. Pothier pourrait intégrer d'autres valeurs et adhérer à l'aspect positif d'un changement de comportement.

Préoccupé comme il l'est par sa santé, il y a fort à parier que M. Pothier ira jusqu'au bout. Lorsque ce sont des raisons de santé qui motivent le client, le conseiller peut tabler sur ces préoccupations pour renforcer les autres sources de motivation ou pour les introduire.

#### 3. Coercition

Le score de M. Pothier (6/28) indique que la coercition n'est pas sa source de motivation. Sa prise de conscience est restreinte, comme l'a montré son score au SOCRATES, mais il a été amené à rechercher un traitement parce qu'il est inquiet pour sa santé. Depuis une semaine que M. Pothier est sorti de l'hôpital, il n'a pas bu une goutte d'alcool; en outre, il n'a pas manqué de rendez-vous. Toujours au SOCRATES, M. Pothier a affiché un score moyen sur le plan de l'ambivalence. Les scores de M. Pothier au QAT sont utiles pour comprendre les raisons qui le poussent à aller de l'avant.

## Exemples de rétroaction

Voici certains commentaires que le conseiller pourrait faire :

*Eh bien M. Pothier, vos scores semblent indiquer que vous vous inquiétez des problèmes de santé que vous pourriez avoir si vous ne changez pas vos habitudes de consommation. Êtes-vous d'accord? Pouvez-vous me dire ce qui vous inquiète?*

*Nous savons que vous êtes ici de votre plein gré et que personne ne vous a forcé à venir. Voilà pourquoi ce score est si bas [le conseiller montre le score pour la coercition]. Vous êtes bien d'accord que la décision vient de vous?*

*Ce score indique que vous vous inquiétez de ce qui pourrait arriver si vous ne changez pas. Êtes-vous d'accord? Pourriez-vous m'en dire davantage?*

## LA VIE DE MARIE

### 1. Motivation intrinsèque positive

Les scores de Marie au QAT indiquent qu'elle adhère davantage aux aspects positifs du changement de comportement qu'aux aspects négatifs. Son score pour la motivation intrinsèque positive est de 26/28, ce qui est révélateur d'une forte motivation personnelle à l'égard du changement et d'une claire prise de conscience de ses aspects positifs.

### 2. Motivation intrinsèque négative

À l'échelle de la motivation intrinsèque de nature négative, le score de Marie est de 8/21. En examinant les énoncés qui se rapportent à ce score en fonction des réponses de Marie, on s'aperçoit que les n<sup>os</sup> 5, 7 et 11 concernent la honte et la culpabilité. Certains cliniciens expérimentés ont remarqué qu'en situation de traitement ou de counseling, les femmes avaient tendance à éprouver des sentiments de honte et de culpabilité bien plus forts que les hommes, et ils affirment qu'il est important de comprendre ces sentiments en les mettant en relation avec les expériences de ces femmes. Ainsi, Marie pourrait se sentir terriblement coupable en raison de la perte de ses enfants. Marie a également déjà essayé d'être abstinente mais elle n'a pas pu le rester et cela pourrait avoir engendré encore plus de culpabilité car les clients s'en veulent souvent d'avoir rechuté.

Marie souffre également de dépression, ce qui pourrait avoir une influence sur la façon dont elle envisage les changements qu'elle doit effectuer. Notons à ce sujet qu'en raison de sa consommation d'alcool et de drogue, les antidépresseurs qu'elle prend ne lui font peut-être pas autant d'effet qu'ils le devraient.

### 3. Coercition

En raison de ses démêlés avec la Société de l'aide à l'enfance, Marie doit se sentir poussée à prendre une décision au sujet de sa consommation d'alcool et de drogue, mais il semblerait que la coercition ne soit pas la raison principale qui la motive à rechercher un traitement, puisque son score à ce chapitre n'est que de 6/28.

## Exemples de rétroaction

Voici certains commentaires que le conseiller pourrait faire :

*Eh bien, Marie, vos scores à ce questionnaire confirment ce que vous avez dit à l'entrevue. Vous savez qu'il est temps que vous changiez vos habitudes de consommation d'alcool et de cocaïne et vous estimez d'ailleurs que si vous le faites, votre vie prendra une meilleure tournure. Vous voyez, ici [le conseiller montre le score de motivation intrinsèque positive] votre score est très élevé. C'est une façon très positive de commencer un traitement!*

*Il est clair que vous subissez actuellement des pressions de la part de la SAE. Vous souhaitez aussi que les choses soient différentes pour vous et vos enfants. Pourtant, ce score [le conseiller montre le score de coercition] montre que ce n'est pas seulement à cause des pressions de la SAE que vous venez de prendre la décision de changer les choses. Pouvez-vous m'expliquer comment vous voyez les choses?*

## QUESTIONNAIRE D'ADMISSION AU TRAITEMENT (QAT) : QUESTIONNAIRES REMPLIS ET FEUILLES DE COMPTAGE

**QUESTIONNAIRE D'ADMISSION AU TRAITEMENT**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Veuillez indiquer votre accord ou désaccord avec chacun des énoncés suivants en inscrivant le chiffre qui reflète le plus fidèlement votre situation dans la colonne prévue à cet effet. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réponses et que vos réponses resteront entièrement confidentielles.

Utilisez l'échelle suivante :		
		1 2 3 4 5 6 7
		Pas du tout d'accord Entièrement d'accord
Énoncés		Scores
1. J'ai décidé de m'inscrire à un programme parce que je souhaitais obtenir de l'aide.		2
2. J'ai décidé de m'inscrire à un programme parce que je n'aurai pas beaucoup d'estime pour moi-même si je n'arrive pas à avoir le contrôle de ma consommation d'alcool / de drogue.		5
3. Si je continue le traitement, ce sera probablement parce qu'autrement on sera fâché contre moi.		1
4. J'ai décidé de m'inscrire à un programme parce que je veux vraiment changer la façon dont je vis.		2
5. J'ai l'intention d'aller jusqu'au bout du traitement parce que j'aurai honte de moi si je ne le fais pas.		6
6. C'est parce qu'on m'y a poussé(e) que je suis ici.		1
7. Si je continue le traitement, ce sera probablement parce que si je ne le fais pas, je vivrai cela comme un échec.		5
8. J'ai décidé de m'inscrire à un programme parce que je trouve qu'il est important que je fasse quelque chose au sujet de ma consommation d'alcool / de drogues.		2
9. J'ai accepté de suivre un traitement parce que si je ne le fais pas, j'aurai des ennuis avec ma famille et mes amis.		2
10. J'ai l'intention de suivre un traitement jusqu'au bout parce que je suis vraiment déterminé(e) à arrêter de boire en excès / de me droguer.		2
11. Si je continue le traitement, ce sera probablement parce que si je ne le fais pas j'aurai une piètre opinion de moi-même.		6
12. J'ai accepté de suivre un traitement parce qu'on m'y a poussé(e).		2

Feuille de comptage			
I	Motivation intrinsèque positive	8/28	Total des questions 1, 4, 8 et 10.
II	Motivation intrinsèque négative	17/21	Total des questions 5, 7 et 11.
III	Coercition	6/28	Total des questions 3, 6, 9 et 12.



Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

## QUESTIONNAIRE D'ADMISSION AU TRAITEMENT

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie Simard

Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Veuillez indiquer votre accord ou désaccord avec chacun des énoncés suivants en inscrivant le chiffre qui reflète le plus fidèlement votre situation dans la colonne prévue à cet effet. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réponses et que vos réponses resteront entièrement confidentielles.

Utilisez l'échelle suivante :		
1    2    3    4    5    6    7		
Pas du tout d'accord		Entièrement d'accord
Énoncés		Scores
1. J'ai décidé de m'inscrire à un programme parce que je souhaitais obtenir de l'aide.		7
2. J'ai décidé de m'inscrire à un programme parce que je n'aurai pas beaucoup d'estime pour moi-même si je n'arrive pas à avoir le contrôle de ma consommation d'alcool / de drogue.		6
3. Si je continue le traitement, ce sera probablement parce qu'autrement on sera fâché contre moi.		1
4. J'ai décidé de m'inscrire à un programme parce que je veux vraiment changer la façon dont je vis.		7
5. J'ai l'intention d'aller jusqu'au bout du traitement parce que j'aurai honte de moi si je ne le fais pas.		3
6. C'est parce qu'on m'y a poussé(e) que je suis ici.		1
7. Si je continue le traitement, ce sera probablement parce que si je ne le fais pas, je vivrai cela comme un échec.		2
8. J'ai décidé de m'inscrire à un programme parce que je trouve qu'il est important que je fasse quelque chose au sujet de ma consommation d'alcool / de drogues.		6
9. J'ai accepté de suivre un traitement parce que si je ne le fais pas, j'aurai des ennuis avec ma famille et mes amis.		2
10. J'ai l'intention de suivre un traitement jusqu'au bout parce que je suis vraiment déterminé(e) à arrêter de boire en excès / de me droguer.		6
11. Si je continue le traitement, ce sera probablement parce que si je ne le fais pas j'aurai une piètre opinion de moi-même.		3
12. J'ai accepté de suivre un traitement parce qu'on m'y a poussé(e).		2

Feuille de comptage			
I	Motivation intrinsèque positive	26/28	Total des questions 1, 4, 8 et 10.
II	Motivation intrinsèque négative	8/21	Total des questions 5, 7 et 11.
III	Coercition	6/28	Total des questions 3, 6, 9 et 12.

© 1997, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Utilisation sous licence.

# Chapitre 10

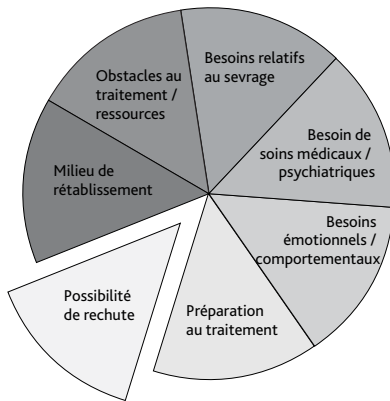
## LE QUESTIONNAIRE DE CONFIANCE FACE À LA CONSOMMATION DE DROGUES (QCCD)

Description et objet .....	156
Historique.....	156
Les huit catégories de risques .....	156
Population visée .....	157
Administration .....	157
Établissement des scores .....	158
Interprétation des scores en fonction des Critères d'admission et de congé .....	159
Scores bas pour la plupart des situations.....	159
Scores élevés pour la plupart des situations.....	160
Scores bas essentiellement dans la classe des états émotionnels propres au sujet.....	160
Scores bas essentiellement dans les situations émotionnelles faisant intervenir des tiers .....	161
Scores bas essentiellement dans les situations négatives.....	161
Scores bas essentiellement dans les situations positives .....	161
Application des résultats du QCCD-8 à la planification du traitement .....	162
Exemples cliniques.....	163
La vie de M. Pothier .....	163
La vie de Marie .....	163
Exemplaires remplis du QCCD-8 .....	164

---

## DESCRIPTION ET OBJET

Pour les comportements de dépendance, la manière dont une personne envisage sa capacité à résister à l'envie de consommer de l'alcool ou de la drogue dans des situations très chargées constitue un élément important de « l'efficacité personnelle ». Le Questionnaire de confiance face à la consommation de drogues ou QCCD-8 (qui porte aussi sur la consommation d'alcool) évalue la confiance du client quant à sa capacité de résister à la tentation dans des situations à risque élevé. Il permet de recueillir des renseignements sur les atouts et les besoins des clients en ce qui a trait à la *possibilité de rechute*.



Cet outil, qui porte sur la possibilité de rechute, va au-delà de la simple détermination des situations à risque élevé puisqu'il examine aussi le degré de confiance du client dans sa capacité de résister à la tentation en de telles situations.

## HISTORIQUE

Le QCCD-8 (Sklar et Turner, 1999) est basé sur les travaux de Bandura (1977, 1995), auteur de la notion d'« efficacité personnelle » – la conviction qu'à une personne de pouvoir réussir dans une situation particulière – et sur les travaux de Marlatt et Gordon (1985). Ces derniers, qui ont interrogé des alcooliques et toxicomanes adultes qui avaient suivi un traitement et rechuté, ont découvert que pratiquement tous les cas de rechute appartenaient à l'une quelconque de huit catégories de risque.

Le questionnaire original (*DTCQ* ou *Drug-Taking Confidence Questionnaire*) comportait 50 questions conçues pour évaluer la confiance des clients quant à leur capacité de résister à la tentation dans des situations à risque élevé (Annis et Martin, 1985; Annis et coll., 1987). Un autre outil, le *Situational Confidence Questionnaire* (Annis et Graham, 1988), un questionnaire à 39 questions, permettait d'évaluer le degré de confiance des clients quant à leur capacité de résister à la tentation de boire dans les huit situations à risque mises en lumière par Marlatt et Gordon.

Le QCCD-8 est une version abrégée mais fiable du DTCQ. Il a été conçu pour mesurer le sentiment d'efficacité personnelle des alcooliques et toxicomanes en quête de traitement et répondre ainsi aux besoins des cliniciens et des chercheurs qui souhaitent mesurer de façon globale la confiance de ces personnes dans les situations à risque élevé (Sklar et Turner, 1999). Chacune des huit questions de ce questionnaire correspond à l'une des situations à risque élevé définies par Marlatt et Gordon (si l'une de ces situations requiert un examen plus approfondi, il est recommandé au conseiller d'administrer le questionnaire détaillé.) Le QCCD-8 comporte deux questionnaires distincts, l'un pour l'alcool et l'autre pour les drogues.

## LES HUIT CATÉGORIES DE RISQUES

Les huit situations liées à un risque élevé de rechute qui ont été mises en évidence par Marlatt et Gordon appartiennent à deux grandes classes :

- états émotionnels propres au sujet.
- situations émotionnelles faisant intervenir des tiers

La classe « états émotionnels propres au sujet », qui englobe les états physiques et émotionnels (pensées et sentiments), comprend cinq situations différentes :

1. émotions désagréables
2. malaises physiques
3. émotions agréables
4. mise à l'épreuve de la maîtrise de soi
5. envies irrésistibles ou tentations.

L'autre classe fait intervenir des tiers dans diverses situations :

1. conflits interpersonnels
2. incitations à boire de la part de l'entourage
3. moments agréables passés en compagnie.

Notons que certaines personnes trouvent l'une de ces deux classes plus difficile que l'autre.

## **POPULATION VISÉE**

Cet outil d'évaluation convient aux adultes.

## **ADMINISTRATION**

Il existe deux questionnaires distincts : l'un pour l'alcool et l'autre pour les drogues. Le conseiller a la possibilité d'évaluer jusqu'à trois types de drogues, chaque drogue étant évaluée à l'aide d'un formulaire distinct. Les types de drogues sont les suivants :

- alcool
- cannabis
- cocaïne
- hallucinogènes
- héroïne
- sédatifs
- hypnotiques

- solvants
- stimulants
- tranquillisants
- autres narcotiques.

Le QCCD-8 destiné à évaluer la consommation de drogues contient une ligne où le conseiller note de quelle(s) drogue(s) il s'agit.

Les consignes au haut de la page indiquent qu'il faut dire au client : « Imaginez que vous vous trouviez maintenant dans chacune des situations suivantes ».

La phrase qui précède chacun des énoncés figure juste au-dessus de la colonne des valeurs. Le client se dit : « Je serais capable de résister à la tentation de boire en excès si [j'étais dans telle ou telle situation] », puis il choisit la valeur qui correspond le mieux à son degré de conviction. C'est le client qui détermine ce que signifie « boire en excès ». Le formulaire pour les drogues demande au client d'indiquer son degré de conviction à l'égard de l'énoncé suivant : « Je serais capable de résister à la tentation de prendre [nom de la drogue, tel qu'indiqué par le conseiller] ».

L'échelle va de 0 %, qui signifie que le client n'a « aucune confiance » dans sa capacité à résister à la tentation de boire ou de prendre de la drogue, à 100 %, qui signifie qu'il a « entière confiance » dans sa capacité à résister à cette tentation. Entre ces extrêmes se trouvent les valeurs de 20 %, 40 %, 60 % et 80 %, de sorte que le client a le choix entre six valeurs.

Les formulaires contiennent des consignes précises qui aident le client à déterminer son degré de confiance. En voici une, à titre d'exemple : « Si vous penchez plutôt du côté du manque de confiance, encerclez le chiffre 40 pour indiquer que votre confiance dans votre capacité de résister à la tentation n'est que de 40 % ». Il faut passer en revue ces directives avec le client avant de commencer.

## ÉTABLISSEMENT DES SCORES

Une fois que le client a fini de remplir le questionnaire, on calcule le score d'*efficacité personnelle globale*. Pour ce faire, on additionne les pourcentages obtenus pour les huit situations, puis on divise le total par huit, ce qui indique le degré de confiance moyen du client. On inscrit alors ce score global au bas du questionnaire, sur la ligne prévue à cet effet. Il est à noter que si le degré de confiance lié à un énoncé particulier est beaucoup plus élevé ou beaucoup bas que pour les autres énoncés, cela peut produire une distorsion de la moyenne et donner l'impression d'un niveau de confiance excessivement élevé ou bas.

On crée ensuite un tableau à barres avec les scores représentant le degré de confiance du client à l'égard des huit énoncés. Chaque barre représente une question. Ainsi, le score correspondant à la question n° 1 « Émotions désagréables » constitue la première barre, etc. Quant à la question n° 9, elle correspond au score d'efficacité personnelle globale.

Pour chaque question, on dessine une barre en ombrant l'espace compris entre 0 et le score du client. Les scores n'ayant pas de lien entre eux, il faut veiller à ne pas relier les questions l'une à l'autre en dessinant les barres du graphique. Chaque question doit être considérée séparément et non de façon séquentielle.

## **INTERPRÉTATION DES SCORES EN FONCTION DES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ**

Plus le score est élevé, plus la confiance du client est grande. Ainsi donc, un score dans la tranche supérieure (80 et 100 %) indique que le client est convaincu qu'il pourra résister à la tentation dans ces situations. En revanche, un score dans la tranche inférieure (0 et 20 %) indique que le client est convaincu que la situation entraînerait probablement une rechute.

Les scores d'efficacité personnelle élevés sont associés à des résultats positifs, c'est-à-dire que plus une personne a confiance dans sa faculté de résister à la tentation dans une situation à risque élevé, plus elle a de chances de réussir à éviter une rechute, avec toutes les conséquences qu'elle entraînerait. Une amélioration de l'efficacité personnelle est d'ailleurs considérée comme un résultat positif du traitement.

Cet outil fournit au clinicien une excellente occasion de discuter du risque de rechute avec le client, et ce, d'une manière qui s'applique à son cas. De nombreux clients n'ont jamais fait le lien entre le risque de rechute ou la rechute et une situation particulière ou un ensemble de circonstances. Ils pensent que la rechute s'est produite (ou se produit) de façon fortuite. Cet outil est précieux car il permet à beaucoup de clients de voir qu'ils sont relativement à l'abri de la rechute dans certaines situations alors que dans d'autres, le risque de rechute est élevé.

Cet outil est d'une grande utilité pour le clinicien, surtout s'il a affaire à des clients qui n'ont pas cultivé la faculté d'analyser ce qu'ils pensent, ce qu'ils ressentent et la manière dont ils agissent. En effet, il peut être très difficile pour un client qui n'a jamais réfléchi à la relation entre la rechute et un type particulier de situation de répondre à une question ouverte du genre « À quels moments est-ce que vous avez le plus de chances de rechuter? » Or le QCCD-8 contient une liste de situations à haut risque, révélées par des recherches auprès de clients qui ont rechuté. Ainsi le client n'est pas obligé de partir de zéro en essayant de déterminer les situations où il est personnellement à risque.

Outre qu'il permet aux cliniciens d'établir le profil des situations à risque élevé pour un client particulier, le QCCD-8 les renseigne sur le degré de confiance du client vis-à-vis de chaque situation à risque. En fournissant de précieux renseignements sur le risque de rechute, ce questionnaire constitue une excellente base de discussions.

Voyons à présent comment interpréter différents profils à partir des graphiques.

### **SCORES BAS POUR LA PLUPART DES SITUATIONS**

Ce profil indique que l'alcoolisme ou la toxicomanie occupe un rôle central dans la vie du client. Il n'y a pratiquement aucune situation où le client se sente à l'abri de la possibilité de rechute. Ce client est constamment sur le point de rechuter et ce n'est qu'au prix d'efforts incessants qu'il peut parvenir à rester sobre.

En présentant les résultats du questionnaire à un client qui a ce profil, il faut bien se garder d'être alarmiste. En effet, la plupart des clients éprouvent un certain soulagement en constatant que le profil est fidèle à leur vécu et qu'il présente leurs habitudes de consommation d'un point de vue qu'ils comprennent bien.

En termes de planification du traitement, ce profil indique que le client a besoin de beaucoup de soutien et d'encadrement. À cet égard, il est utile d'examiner ses scores au Questionnaire sur le soutien social perçu ([chapitre 12](#)) ainsi que ses scores au QCP ([chapitre 6](#)) pour voir s'il y a des stratégies que le client a déjà utilisées avec succès pour arriver à maîtriser ses habitudes, soit en restant abstinant pendant un certain temps, soit en diminuant sa consommation ou en exerçant un certain contrôle sur celle-ci.

Un programme de traitement à l'externe offert dans la journée ou en soirée peut convenir à un tel client, mais seulement à condition qu'il dispose d'un soutien et d'un encadrement suffisant – que ce soit dans le cadre d'un groupe d'entraide, au sein de sa famille ou parmi ses amis. Autrement, il aura besoin de suivre un traitement en établissement.

Bien entendu, vous devrez examiner les renseignements recueillis à l'aide de l'ensemble des outils en fonction des Critères d'admission et de congé avant de formuler un plan de traitement quelconque.

## SCORES ÉLEVÉS POUR LA PLUPART DES SITUATIONS

Le client dont les scores à la plupart des questions sont de 80 ou de 100 % a une grande confiance dans sa capacité à résister à la tentation dans pratiquement toutes les situations. On peut bien entendu rencontrer ce profil chez les clients qui ont suivi un plan de traitement du début à la fin et qui ont développé les habiletés nécessaires pour pouvoir gérer avec aisance les situations à risque élevé. Un tel résultat peut être extrêmement gratifiant pour quelqu'un qui a fait de gros efforts pour se soigner. C'est la preuve concrète que sa vie a changé et que ses efforts n'ont pas été vains.

Il faut cependant être prudent lorsqu'on rencontre ce type de profil chez un client qui vient de terminer un traitement intensif. À l'issue du traitement, il peut arriver que le client se sente si fier de lui qu'il soit porté à croire qu'il lui sera facile de retourner à sa vie quotidienne une fois privé du soutien du traitement intensif. Il importe de mettre le client en garde contre un optimisme exagéré et de lui recommander la prudence dans les situations à haut risque.

## SCORES BAS ESSENTIELLEMENT DANS LA CLASSE DES ÉTATS ÉMOTIONNELS PROPRES AU SUJET

Lorsque les scores bas sont essentiellement concentrés dans les cinq premières questions, cela signifie que le client est aux prises avec des difficultés personnelles d'ordre physique et émotionnel. Il est donc capital qu'il ait des heures de sommeil régulières et une bonne hygiène alimentaire, qu'il fasse de l'exercice et qu'il se ménage des moments de relaxation afin de minimiser la souffrance physique et le stress. Le conseiller devrait suggérer au client des stratégies pour résister à la tentation durant son traitement. Il importe par ailleurs d'interroger le client pour mettre en lumière, à l'intérieur de ces catégories, les situations à haut risque qui lui sont propres et d'établir avec lui des plans d'action possibles.

## SCORES BAS ESSENTIELLEMENT DANS LES SITUATIONS FAISANT INTERVENIR DES TIERS

Lorsque les scores bas sont essentiellement concentrés dans les trois dernières questions, cela signifie que le client est aux prises avec des difficultés d'ordre relationnel. Les personnes qui présentent ce type de profil disent généralement qu'elles vont bien tant qu'on les laisse tranquilles, mais que la présence d'autres personnes leur fait courir un risque de rechute.

Si un client qui a ce profil participe à un traitement à l'externe, il importe d'examiner avec lui comment il pourrait faire face à de telles situations pour pouvoir amorcer son traitement avec succès. Toutefois, un tel profil indique qu'il serait dans l'intérêt du client d'être traité en établissement en raison du sérieux risque de rechute lié à ses relations avec les personnes de son entourage.

La connaissance de ce profil présente aussi une grande utilité pour le centre de soins qui peut s'en servir pour mieux cibler les mesures de prévention de la rechute.

## SCORES BAS ESSENTIELLEMENT DANS LES SITUATIONS NÉGATIVES

Les questions 1 (émotions désagréables), 2 (malaises physiques), 5 (envies irrésistibles ou tentations) et 6 (conflits interpersonnels) portent toutes sur des situations négatives. Vous vous apercevrez que certains clients s'en sortent bien quand ils ont une vie stable et que tout va pour le mieux, mais qu'ils ne peuvent pas se passer de substances intoxicantes lorsqu'ils sont confrontés à des circonstances négatives. Ce sont souvent des personnes qui ont pris l'habitude de trouver une échappatoire dans l'alcool ou la drogue et qui ne connaissent pas de stratégies plus efficaces pour faire face aux situations négatives. Là encore, le profil fournit des informations très utiles au centre de soins qui peut ainsi prévoir des mesures adaptées pour prévenir la rechute.

## SCORES BAS ESSENTIELLEMENT DANS LES SITUATIONS POSITIVES

Les questions 3 (émotions agréables), 4 (mise à l'épreuve de la maîtrise de soi), 7 (incitations à boire de la part de l'entourage) et 8 (moments agréables passés en compagnie) portent toutes sur des situations positives. Certains clients affichent surtout des scores bas dans les situations positives. Il s'agit souvent de personnes qui ont du mal à réaliser qu'elles ont un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Elles font de gros efforts pour maîtriser leurs habitudes de consommation, reconnaître les situations négatives et les gérer, mais que des événements positifs surviennent et elles sont incapables de résister à la tentation de boire en excès ou de prendre de la drogue. Il faut savoir que de nombreux événements marquants de la vie à caractère positif (p. ex., le fait de commencer une vie à deux, la naissance d'un enfant ou une promotion au travail) peuvent aussi comporter une part de stress. Vu de l'extérieur, ces événements semblent être des occasions de réjouissance, mais la personne qui les vit peut se sentir dépassée par ces événements. Le changement, qu'il soit négatif ou positif, est générateur de stress.

Lorsque les scores bas d'un client concernent surtout les situations positives, vous devriez aussi essayer de voir s'il ne s'agit pas d'une personne qui aime faire la fête, qui passe une grande partie de son temps avec du monde et qui fait une consommation excessive d'alcool ou de drogues. Au cours des années, il est possible que cette personne

ait graduellement acquis un niveau de tolérance élevé à l'alcool ou aux drogues en raison de l'usage fréquent qu'elle en fait lorsqu'elle est en compagnie. Lorsqu'on a affaire à des clients qui ont ce type de profil, il est essentiel de bien leur expliquer la notion de « tolérance » en comparant leur consommation d'il y a des années avec leur consommation actuelle; il faut aussi leur expliquer le risque de surdose une fois le seuil de tolérance abaissé.

## APPLICATION DES RÉSULTATS DU QCCD-8 À LA PLANIFICATION DU TRAITEMENT

### L'évaluation initiale

Il faut bien expliquer au client et aux autres membres de l'équipe de traitement la signification des résultats obtenus au QCCD-8 afin que ces renseignements puissent servir à élaborer le meilleur plan de traitement possible.

Il suffit parfois d'expliquer la signification du score d'efficacité personnelle global pour que les clients comprennent leur risque de rechute. En pareil cas, vous n'aurez qu'à mettre ce score global en correspondance avec les Critères d'admission et de congé spécifiant que le risque de rechute constitue un facteur déterminant.

Pour d'autres clients, le fait de considérer le risque de rechute comme un phénomène lié à des situations précises représente une nouvelle façon de voir les choses. Lorsqu'on a affaire à de tels clients, il est bon d'expliquer de façon plus détaillée la signification des résultats au QCCD-8. C'est sans doute la première fois que ces clients envisagent la rechute comme un processus intelligible qu'ils parviendront peut-être à maîtriser à l'occasion de leur traitement. Lorsqu'un client a une idée plus claire des situations qui représentent un risque élevé pour lui, cela peut le motiver à amorcer un traitement.

### Le centre de traitement

Les résultats au QCCD-8 peuvent également être mis à profit par le centre de traitement qui peut ainsi élaborer un plan de traitement plus précis pour le client. Les interprétations détaillées des profils cliniques sont utiles à la prise de mesures de prévention de la rechute axées sur les risques particuliers pour le client.

### Conseils cliniques

---

- *Présentez l'outil au client en faisant l'historique de sa création. Vous pourriez dire par exemple « Cet outil d'évaluation permet de déterminer dans quelles situations un client particulier risque de boire ou de consommer de la drogue en excès. Pour mettre au point cet outil, des chercheurs ont demandé à un grand nombre de personnes qui avaient des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie de décrire les situations dans lesquelles elles avaient rechuté et ils ont constaté que quasiment toutes les situations pouvaient être classées en huit catégories. Dans ce questionnaire, on vous demande dans quelle mesure vous pensez pouvoir résister à la tentation de boire à l'excès dans ces huit situations ».*
  - *Assurez-vous que le client comprend bien que les scores élevés indiquent qu'il est très confiant dans sa capacité à faire face à la situation sans avoir recours à la boisson ou à la drogue.*
-

## EXEMPLES CLINIQUES

### LA VIE DE M. POTHIER

Pour aucune des huit questions, le score de M. Pothier ne dépasse 20 % et son score d'efficacité personnelle global est de 10 %. M. Pothier affiche un « profil uniformément bas », ce qui indique que l'alcool joue un rôle de premier plan dans sa vie et qu'il risque de rechuter à tout instant.

Cela n'a rien d'étonnant compte tenu de la situation dans laquelle il se trouve. Il vit dans une pension où tous les résidents boivent en excès et il boit lui-même dans des bars pour pouvoir rencontrer des gens et bavarder avec eux. Par ailleurs, il a dit qu'il n'avait pas d'amis et qu'il n'avait plus de contacts avec son fils unique.

En interprétant ce profil, le conseiller doit veiller à ne pas dresser un tableau pessimiste de sa situation. Il s'efforcera plutôt de présenter les choses de façon objective tout en faisant preuve d'empathie. Il expliquera à M. Pothier que ces résultats, tout comme les résultats au Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Chapitre 7), confirment que l'alcool joue un rôle de premier plan dans sa vie, qu'il l'a d'ailleurs presque entièrement envahie. En fait, le risque de rechute de M. Pothier est élevé dans pratiquement toutes les situations. Si cela a peu de chances de surprendre M. Pothier, l'interprétation de ses résultats l'aidera toutefois à comprendre pourquoi la tentation de boire est si forte chez lui et à quel point sa vie est axée sur la boisson. Les renseignements recueillis pourront être intégrés à la planification du traitement. Les résultats indiquent qu'il faudra veiller à ce que M. Pothier ait un encadrement et un soutien suffisant pour pouvoir surmonter son alcoolisme, si c'est ce qu'il souhaite.

### LA VIE DE MARIE

Marie a rempli deux questionnaires QCCD-8, l'un pour l'alcool et l'autre pour la cocaïne.

Pour la consommation d'alcool, le score d'efficacité personnelle global de Marie est de 33 %, ce qui signifie que, dans l'ensemble, elle pense que c'est seulement une fois sur trois qu'elle serait capable de ne pas boire en excès dans ces situations à risque. Ses scores les plus bas se trouvent dans les cinq premières situations, qui se rapportent aux « états émotionnels propres au sujet ». Cela n'a rien de surprenant, compte tenu des circonstances de la vie de Marie, puisque c'est une mère seule, qu'elle ne travaille pas et que ses revenus sont limités. Elle a perdu la garde de ses enfants en raison de sa toxicomanie et elle se sent déprimée et désespérée. Sa confiance en elle-même est un peu plus élevée pour ce qui est de résister à la tentation quand elle est en compagnie d'amis, mais elle n'a un fort degré de confiance que pour une seule situation : fêter avec un(e) ami(e).

Ses scores au QCCD-8 pour la consommation de cocaïne indiquent que son risque de rechute est très élevé, puisque son score d'efficacité personnelle global est de 10 %. En fait, ce risque est élevé dans les huit situations.

Consciente du fait qu'elle risquait fort de rechuter, Marie s'est fait admettre dans un établissement de gestion du sevrage. Le fait qu'elle reconnaisse son risque de rechute et la décision qu'elle a prise d'entrer dans un établissement de gestion du sevrage sont des atouts que le conseiller doit souligner.

## QUESTIONNAIRE DE CONFIANCE FACE À LA CONSOMMATION DE DROGUES (QCCD-8) : QUESTIONNAIRES REMPLIS ET FEUILLES DE COMPTAGE

Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale**QCCD-8 – ALCOOL\***

## VERSION ABRÉGÉE DU DTCQ-50

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

Le questionnaire ci-dessous énumère des situations qui poussent certaines personnes à boire en excès.

*Imaginez que vous vous trouviez maintenant dans chacune des situations suivantes et indiquez, à l'aide de l'échelle fournie, la confiance que vous avez dans votre capacité de résister à la capacité de boire en excès.*

Encerclez le chiffre 100 si vous êtes maintenant entièrement confiant(e) de pouvoir résister à la tentation de boire en excès, le chiffre 80 pour indiquer que votre confiance est de 80 % et le chiffre 60 pour indiquer que votre confiance est de 60 %. Si vous penchez plutôt du côté du manque de confiance, encerclez le chiffre 40 pour indiquer que votre confiance dans votre capacité de résister à la tentation de boire en excès n'est que de 40 %, le chiffre 20 pour indiquer que votre confiance n'est que de 20 % et le chiffre 0 si vous estimez que vous ne seriez pas capable de résister à la tentation.

	Je serais capable de résister à la tentation de boire en excès					
	Aucune confiance			Entière confiance		
1. Si j'étais exaspéré(e) par la tournure prise par un certain événement.	0	20	40	60	80	100
2. Si j'avais de la difficulté à trouver le sommeil.	0	20	40	60	80	100
3. Si je me rappelais un bon souvenir.	0	20	40	60	80	100
4. Si je voulais vérifier que je peux boire un verre à l'occasion sans redevenir dépendant(e).	0	20	40	60	80	100
5. Si par hasard je trouvais une bouteille d'alcool ou si je voyais quelque chose qui me faisait penser à la boisson.	0	20	40	60	80	100
6. Si on me traitait de façon injuste ou si on me mettait des bâtons dans les roues.	0	20	40	60	80	100
7. Si j'étais de sortie avec des amis et qu'ils n'arrêtaient pas de proposer qu'on aille prendre un verre quelque part.	0	20	40	60	80	100
8. Si je voulais fêter avec un(e) ami(e).	0	20	40	60	80	100

Réservé à l'administration : Score d'efficacité personnelle global : 80 soit 10 %

© 1997, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Utilisation sous licence.

\* On administrera deux questionnaires séparés : pour la substance problématique principale et pour la substance problématique qui vient en seconde place.



Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale**QCCD-8 – ALCOOL\***

## VERSION ABRÉGÉE DU DTCQ-50

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

Le questionnaire ci-dessous énumère des situations qui poussent certaines personnes à boire en excès.

*Imaginez que vous vous trouviez maintenant dans chacune des situations suivantes et indiquez, à l'aide de l'échelle fournie, la confiance que vous avez dans votre capacité de résister à la capacité de boire en excès.*

Encerclez le chiffre 100 si vous êtes maintenant entièrement confiant(e) de pouvoir résister à la tentation de boire en excès, le chiffre 80 pour indiquer que votre confiance est de 80 % et le chiffre 60 pour indiquer que votre confiance est de 60 %. Si vous penchez plutôt du côté du manque de confiance, encerclez le chiffre 40 pour indiquer que votre confiance dans votre capacité de résister à la tentation de boire en excès n'est que de 40 %, le chiffre 20 pour indiquer que votre confiance n'est que de 20 % et le chiffre 0 si vous estimez que vous ne seriez pas capable de résister à la tentation.

	Je serais capable de résister à la tentation de boire en excès					
	Aucune confiance			Entière confiance		
1. Si j'étais exaspéré(e) par la tournure prise par un certain événement.	0	(20)	40	60	80	100
2. Si j'avais de la difficulté à trouver le sommeil.	0	(20)	40	60	80	100
3. Si je me rappelais un bon souvenir.	0	(20)	40	60	80	100
4. Si je voulais vérifier que je peux boire un verre à l'occasion sans redevenir dépendant(e).	(0)	20	40	60	80	100
5. Si par hasard je trouvais une bouteille d'alcool ou si je voyais quelque chose qui me faisait penser à la boisson.	0	(20)	40	60	80	100
6. Si on me traitait de façon injuste ou si on me mettait des bâtons dans les roues.	0	20	(40)	60	80	100
7. Si j'étais de sortie avec des amis et qu'ils n'arrêtaient pas de proposer qu'on aille prendre un verre quelque part.	0	20	40	(60)	80	100
8. Si je voulais fêter avec un(e) ami(e).	0	20	40	60	(80)	100

Réservé à l'administration : Score d'efficacité personnelle global : 260 soit 32,5 % (arrondir à 33 %)

© 1997, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Utilisation sous licence.

\* On administrera deux questionnaires séparés : pour la substance problématique principale et pour la substance problématique qui vient en seconde place.



**QCCD-8 – DROGUES\***

## VERSION ABRÉGÉE DU DTCQ

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

Le questionnaire ci-dessous énumère des situations qui poussent certaines personnes à prendre de la drogue.

**Imaginez vous tel(le) que vous êtes maintenant** dans chacune des situations suivantes et indiquez, à l'aide de l'échelle fournie, la confiance que vous avez dans votre capacité de résister à la tentation de prendre de la cocaïne.Encerclez le chiffre 100 si vous êtes maintenant entièrement confiant(e) de pouvoir résister à la tentation de prendre de la cocaïne, le chiffre 80 pour indiquer que votre confiance est de 80 % et le chiffre 60 pour indiquer que votre confiance est de 60 %. Si vous penchez plutôt du côté du manque de confiance, encerclez le chiffre 40 pour indiquer que votre confiance dans votre capacité de résister à la tentation de prendre de la cocaïne n'est que de 40 %, le chiffre 20 pour indiquer que votre confiance n'est que de 20 % et le chiffre 0 si vous estimez que vous ne seriez pas capable de résister à la tentation.

	Je serais capable de résister à la tentation de consommer <u>de la cocaïne</u>					
	Aucune confiance			Entière confiance		
1. Si j'étais exaspéré(e) par la tournure d'un certain événement.	<u>0</u>	20	40	60	80	100
2. Si j'avais de la difficulté à trouver le sommeil.	0	<u>20</u>	40	60	80	100
3. Si je me rappelais un bon souvenir.	0	<u>20</u>	40	60	80	100
4. Si je voulais vérifier que je peux prendre <u>de la cocaïne</u> à l'occasion sans redevenir dépendant(e).	<u>0</u>	20	40	60	80	100
5. Si par hasard je trouvais <u>de la cocaïne</u> ou si je voyais quelque chose qui m'y faisait penser.	<u>0</u>	20	40	60	80	100
6. Si on me traitait de façon injuste ou si on me mettait des bâtons dans les roues.	<u>0</u>	20	40	60	80	100
7. Si j'étais de sortie avec des amis et qu'ils n'arrêtaient pas de proposer qu'on aille prendre <u>de la cocaïne</u> quelque part.	0	<u>20</u>	40	60	80	100
8. Si je voulais fêter avec un(e) ami(e).	0	<u>20</u>	40	60	80	100

Réservé à l'administration : Score d'efficacité personnelle global : 80 soit 10 %

© 1997, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Utilisation sous licence.

\* On administrera deux questionnaires séparés : pour la substance problématique principale et pour la substance problématique qui vient en seconde place.





# Chapitre 11

## LE QUESTIONNAIRE BASIS-32 (*BEHAVIOUR AND SYMPTOM IDENTIFICATION SCALE*) SUR LE FONCTIONNEMENT ET LES SYMPTÔMES

Description et objet .....	172
Population visée .....	172
Administration .....	172
Établissement des scores.....	173
Interprétation des scores en fonction des Critères d'admission et de congé .....	175
Interprétation des scores .....	175
Rétroaction au sujet des sous-échelles .....	175
Élaboration d'un plan de traitement.....	176
Exemples cliniques .....	177
La vie de M. Pothier .....	177
La vie de Marie .....	178
BASIS-32 : Questionnaires remplis et feuilles de comptage .....	179

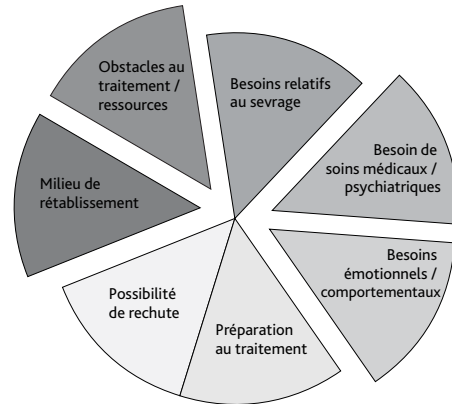
---

## DESCRIPTION ET OBJET

Le BASIS-32 est un questionnaire à 32 questions dans lequel il est demandé au client d'indiquer le degré de difficulté qu'il a éprouvé à gérer ses symptômes de santé mentale et ses activités quotidiennes au cours des sept derniers jours. Ce questionnaire mesure les difficultés quotidiennes rencontrées par le client au niveau de ses symptômes et de son fonctionnement telles qu'il les perçoit lui-même.

Le BASIS-32 fournit une mine de renseignements relativement aux atouts et aux besoins du client, puisqu'il porte sur quatre d'entre eux :

- les besoins médicaux ou psychiatriques
- les besoins émotionnels ou comportementaux
- le milieu de rétablissement
- les obstacles au traitement et les ressources.



Ce questionnaire sert à déterminer si des troubles mentaux ou des problèmes affectant les activités de la vie quotidienne pourraient constituer des obstacles à l'entrée du client dans le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Il permet de cerner les troubles mentaux qui auront besoin d'être pris en compte dans l'élaboration d'un plan de traitement.

---

Le manuel intitulé McLean BASIS-32 Instruction Manual (Eisen & Cahill) [en anglais] donne une description détaillée de cet outil. Pour des renseignements sur ce manuel, veuillez communiquer directement avec l'hôpital McLean (<http://www.basissurvey.org/contact/>).

---

## POPULATION VISÉE

Le BASIS-32 a été mis au point à partir d'observations faites chez des patients psychiatriques hospitalisés (Eisen et coll., 1994) et validé par la suite auprès de patients externes en traitement pour troubles mentaux (Eisen, Wilcox et coll., 1999). Il convient à la fois aux adultes et aux adolescents. C'est un outil qui est très largement utilisé pour évaluer les résultats des traitements des troubles mentaux (Eisen, Leff et coll., 1999).

## ADMINISTRATION

Le questionnaire peut être rempli par le client (à condition qu'on lui donne certaines consignes) ou administré lors d'une entrevue d'évaluation. Eisen (1995) a interrogé des clients sur ces deux modes d'administration et il a

découvert que même si la plupart des clients avaient été capables de remplir le questionnaire par eux-mêmes, ils auraient préféré qu'il leur soit administré dans le cadre d'un entretien d'évaluation.

Pour administrer le BASIS-32, commencez par commenter les consignes qui figurent au haut du questionnaire, en expliquant au client que celui-ci énumère des situations de la vie courante dans lesquelles certaines personnes éprouvent des difficultés.

Demandez ensuite au client de répondre à chaque question à l'aide de l'échelle fournie. Il est conseillé de recopier sur une fiche, à l'intention du client, les valeurs et leur signification. Faites remarquer au client que l'échelle va de 0, pour l'absence de toute difficulté, à 4, chiffre qui indique d'énormes difficultés.

Dites au client d'inscrire dans la colonne « Score » la réponse qui correspond le mieux au degré de difficulté qu'il a éprouvé dans chaque domaine au cours de la semaine écoulée. Insistez bien sur le fait que la période visée est *seulement la dernière* semaine.

Expliquez bien au client que s'il n'a eu aucune difficulté, il doit inscrire un zéro. Il doit également inscrire un zéro si la question ne s'applique pas à lui. Demandez-lui de ne laisser aucune case blanche.

Passez en revue les deux ou trois premières questions avec le client. Introduisez chaque question par la première ligne. Ainsi, pour la première question, vous lui demanderez : « Au cours de la semaine dernière, quel degré de difficulté avez-vous éprouvé au sujet des responsabilités de la vie quotidienne », puis lisez-lui les exemples illustrant la question. Pour la question 1, ces exemples sont « ponctualité, gestion des dépenses et prise de décisions courantes ».

Dites au client de s'adresser à vous s'il ne comprend pas certains mots ou énoncés.

---

L'annexe D, BASIS-32 : *Précisions et commentaires sur les questions*, comporte des explications plus détaillées pour chaque question, assorties d'exemples. Ne manquez pas de lire ces explications. Cela vous permettra d'avoir une meilleure compréhension de la signification de ces catégories et vous serez ainsi à même de répondre à toutes les questions que les clients pourraient vous poser.

---

Si vous avez l'intention d'établir le score plus tard, jetez un coup d'œil, avant de laisser partir le client, à la réponse qu'il a donnée à la question 18 : « Idées ou comportements suicidaires ». Les questions portant sur les idées, sentiments et comportements de la semaine écoulée, il importe de s'assurer que le client n'est pas en danger.

## ÉTABLISSEMENT DES SCORES

Vous établirez d'abord les scores aux cinq sous-échelles suivantes :

1. relation à soi-même et à autrui
2. vie quotidienne et fonctionnement lié au rôle
3. dépression et angoisse

4. impulsivité et comportement de dépendance
5. psychose.

Vous déterminerez ensuite le score global.

Avant de commencer à établir le score, vérifiez que le client a bien répondu à toutes les questions. S'il manque plus de cinq réponses, la validité de l'instrument sera compromise et il ne pourra pas être utilisé. Attirez l'attention du client sur les réponses manquantes et voyez s'il a besoin d'information ou d'aide.

L'établissement du score est assez compliqué. Si vous trouvez la procédure frustrante, songez à tous les renseignements qu'elle vous permettra d'obtenir. Si les chiffres ne sont pas votre fort, vous pourriez demander à quelqu'un de vous aider.

Servez-vous de la feuille de comptage qui accompagne le BASIS-32 et reportez le score de chaque question à l'endroit indiqué. Ainsi, la sous-échelle « Relation avec soi et autrui » est constituée des questions 7, 8, 10, 11, 12, 14 et 15.

Les scores à toutes les questions sont directement reportés sur la feuille de comptage à l'exception de la deuxième question de la rubrique « Vie quotidienne et fonctionnement lié au rôle ». On établit le score pour l'item « Rôle » à partir des réponses aux questions 2, 3 et 4, en choisissant le score le plus élevé des trois. Ces questions portent sur le fonctionnement du sujet à l'égard de ses responsabilités au foyer, au travail et à l'école. Le score le plus élevé donne la mesure dans laquelle le sujet assume ces responsabilités.

Une fois que vous aurez fini de reporter tous les scores, additionnez les scores à chacune des cinq sous-échelles (en laissant de côté pour le moment la moyenne BASIS-32) et inscrivez les totaux au bas de ces colonnes. La rubrique « Nombre d'items » se rapporte au nombre d'items que vous venez d'additionner. Ainsi, si le client a répondu à toutes les questions de la colonne « Relation à soi-même et à autrui », vous inscrivez le chiffre 7, et si une question a été laissée en blanc, vous inscrivez le chiffre 6. Si le client n'a rien laissé en blanc, vous aurez 7 questions pour les deux premières colonnes, 6 pour les deux suivantes et 4 pour la dernière.

Calculez la moyenne des scores de chaque sous-échelle en divisant le total des scores par le nombre d'items et arrondissez au dixième près. Les scores obtenus se situeront entre 0 et 4. Si vous obtenez un score supérieur à 4 ou inférieur à 0, refaites vos calculs ou demandez à quelqu'un de les vérifier.

Vous pouvez à présent calculer le score moyen. Il pourrait sembler logique d'additionner les totaux des cinq sous-échelles, mais ce n'est pas la bonne manière de procéder. En effet, les cinq sous-échelles n'incluent que 30 questions puisque deux questions ont été omises dans le calcul du score pour la rubrique « Rôle ». Retournez donc au questionnaire rempli par le client et additionnez tous ses scores, puis divisez le total par 32 s'il a répondu à toutes les questions.

Le moment est venu d'établir le graphique à barres à partir des moyennes. Créez une barre pour chaque question en ombrant l'espace compris entre 0 et le score du client. Ne reliez pas les scores l'un à l'autre. Les questions doivent être considérées séparément et non de façon séquentielle.

Le score global BASIS-32 donne une idée générale des troubles mentaux du client.

## INTERPRÉTATION DES SCORES EN FONCTION DES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ

### INTERPRÉTATION DES SCORES

Le BASIS-32 fournit une mine de renseignements sur les atouts et les besoins du client, mais il ne faut pas oublier que ces renseignements sur son fonctionnement ne s'appliquent qu'à la semaine écoulée.

Si un client a un score de 2 (difficultés moyennes) ou plus à une sous-échelle, il sera bon d'explorer plus à fond le domaine en question avec lui. Si le questionnaire a été administré juste après une cure de désintoxication, il faudra lui réadministrer le questionnaire une semaine plus tard, car le changement pourrait être important.

### RÉTROACTION AU SUJET DES SOUS-ÉCHELLES

#### Relation à soi-même et à autrui

Cette sous-échelle mesure le degré de difficulté éprouvé par le client à se prendre en charge et à savoir ce qu'il veut faire dans sa vie. Elle mesure également le degré de difficulté qu'il éprouve dans ses relations avec les autres et les difficultés qu'il a à s'entendre avec eux. En faisant part des résultats au client, vous pourriez lui dire, par exemple : « Votre score indique que vous avez une certaine difficulté à savoir qui vous êtes exactement et ce que vous voulez faire dans la vie et vous avez aussi du mal à avoir des rapports avec les personnes de votre entourage ». Vous pourriez ensuite lui donner des exemples tirés de ses réponses aux questions pour cette sous-échelle, en choisissant celles qui ont les scores les plus élevés. Ainsi, vous pourriez ajouter « Par exemple, à la question 14, vous avez dit que vous aviez eu des difficultés importantes sur le plan des projets ou de la direction que vous voulez donner à votre vie. Est-ce que vous pourriez m'en dire un peu plus? ».

#### Vie quotidienne et fonctionnement lié au rôle

Cette sous-échelle mesure le degré de difficulté éprouvé par le client dans les activités de la vie quotidienne. On y aborde diverses questions : décisions à prendre au jour le jour, responsabilités au foyer, à l'école et au travail, ce que le sujet fait de son temps libre, son degré d'autonomie et son degré de satisfaction à l'égard de sa vie, etc. Pour parler de ce domaine au client, vous pourriez lui dire « Votre score dans ce domaine semble indiquer que vous avez des difficultés à gérer votre vie quotidienne, à prendre soin de vous et à vous occuper des tâches courantes. Vous avez dit, par exemple, que vous aviez eu des difficultés importantes à... [citez les réponses applicables]. Est-ce que vous pourriez m'expliquer ça? ».

#### Dépression et angoisse

Cette sous-échelle mesure le degré de difficulté que le client éprouve à faire face à la dépression et à l'angoisse. Au besoin, définissez le sens des termes « dépression » et « angoisse » en présentant ces états comme des expériences courantes pour éviter d'effrayer le client. Profitez-en pour lui demander s'il a déjà souffert de dépression ou d'angoisse, s'il en a parlé à quelqu'un et s'il a déjà pris ou prend actuellement des médicaments pour ce problème. S'il prend actuellement de tels médicaments, demandez-lui s'il lui arrive de sauter des doses en raison de sa consommation d'alcool ou de drogue. Accordez une attention particulière à la réponse du client à la question 18 afin de vous assurer qu'il n'est pas en danger.

Le score à cette sous-échelle peut être anormalement élevé en raison des symptômes de sevrage. Si le client a un score élevé à cette sous-échelle, administrez-lui de nouveau le questionnaire une semaine plus tard pour voir si la situation s'est améliorée.

Si le client a des antécédents de dépression ou d'anxiété ou s'il éprouve de tels symptômes depuis un certain temps, demandez-lui de prendre rendez-vous avec son médecin de famille ou un professionnel en santé mentale pour qu'il puisse subir un test de dépistage de la dépression ou de l'anxiété clinique.

### Impulsivité et comportement de dépendance

Cette sous-échelle mesure le degré de difficulté que causent au client ses sautes d'humeur, ses comportements compulsifs, sa consommation d'alcool ou de drogue, ses sentiments de colère, ses impulsions ou ses actes irréfléchis. Choisissez soigneusement vos mots pour bien vous faire comprendre du client et éviter de l'inquiéter. Cette sous-échelle ne mesure pas la dépendance comme telle, mais les comportements qui relèvent d'un manque de contrôle de l'impulsivité. Pour donner au client des explications sur son score, vous pourriez lui dire « Ce score semble indiquer que vous agissez de façon impulsive, que vous avez des sautes d'humeur, que vous éprouvez des sentiments de colère, etc. [selon ce qui s'applique] et que cela vous cause des difficultés. » Si les deux seuls scores élevés à cette sous-échelle se rapportent aux questions sur la consommation de substances intoxicantes, parlez au client de ses difficultés dans ce domaine plutôt que de son impulsivité.

### Psychose

Cette sous-échelle mesure le degré de difficulté que le client éprouve à faire face à des symptômes psychotiques (pensées troublantes, hallucinations visuelles et auditives et comportements bizarres).

Des réactions psychotiques peuvent accompagner le sevrage de certaines drogues, comme les amphétamines. Si le client souffre de symptômes psychotiques, essayez de déterminer depuis combien de temps le client connaît ces symptômes ou si ses états psychiques et ce comportement sont principalement liés à sa dépendance.

Demandez au client s'il a déjà fait l'objet d'un diagnostic de troubles mentaux ou s'il a déjà été hospitalisé pour de tels troubles. Vous pourriez vous procurer les coordonnées de spécialistes en santé mentale à consulter, avec la permission du client.

Lorsqu'un client a des scores élevés à cette sous-échelle, il importe – avec son consentement – de communiquer avec son médecin de famille, un psychiatre ou un professionnel en santé mentale.

## ÉLABORATION D'UN PLAN DE TRAITEMENT

Les clients qui ne sont pas déjà en rapport avec des services de santé mentale et qui ont, à une ou à plusieurs sous-échelles, un score supérieur à 2 peuvent avoir besoin d'être examinés par un spécialiste de la santé mentale. Les Critères d'admission et de congé ([annexe A](#)) vous aideront à déterminer si vous devez aiguiller le client de cette manière.

Lorsque des clients alcooliques ou toxicomanes présentent un trouble de santé mentale concomitant, il est recommandé de leur fournir des soins intégrés (Santé Canada, 1999, 2002) de façon à ce qu'ils puissent avoir accès, au même endroit, à un traitement pour leurs troubles mentaux et à un traitement pour l'alcoolisme ou la toxicomanie. Les soins intégrés peuvent aussi être dispensés dans le cadre d'une collaboration entre un service de santé mentale et un service de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Le type de traitement sera fonction du trouble mental diagnostiqué et de la situation particulière du client.

Lorsque des clients alcooliques ou toxicomanes présentent un trouble de santé mentale grave, il est préférable de traiter leur problème d'alcoolisme ou de toxicomanie à l'externe en leur fournissant des soins intégrés axés sur la réadaptation psychosociale plutôt que de les aiguiller vers un traitement très structuré offert en établissement (Santé Canada, 2002). Il est essentiel d'établir des liens étroits au niveau local avec les services de santé mentale et les équipes de Traitement communautaire dynamique (TCD). En effet, un grand nombre de ces équipes comptent parmi leurs membres des spécialistes des troubles concomitants.

Il est impératif que seuls les clients qui ont vraiment besoin d'un programme en établissement spécialisé dans les troubles concomitants soient aiguillés vers ces établissements car les places y sont très limitées. Si un client atteint d'un trouble concomitant répond aux critères nécessaires pour être traité en établissement, reportez-vous aux directives indiquant comment faire la distinction entre les clients qui ont besoin d'un traitement spécialisé et ceux qui pourraient être traités dans le cadre d'un programme non spécialisé.

## EXEMPLES CLINIQUES

### LA VIE DE M. POTHIER

Le score moyen de M. Pothier au BASIS-32 est de 2,25, ce qui signifie que dans l'ensemble, il connaît de légères difficultés de santé mentale. Il a des « difficultés importantes » au chapitre des activités de la vie quotidienne ainsi qu'au chapitre de la dépression et de l'anxiété. Quant à la relation à soi-même et à autrui, ses difficultés vont de « moyennes » à « importantes ». Pour chaque sous-échelle, le conseiller accordera une attention toute particulière aux questions accompagnées du score « très grosses difficultés » pour polariser la rétroaction.

#### Exemple de rétroaction

En analysant les scores de M. Pothier, le conseiller essaiera de reformuler les noms des sous-échelles en langage courant, comme dans l'exemple ci-dessous :

*Eh bien, monsieur Pothier, dans l'ensemble, vos réponses à ce questionnaire montrent que vous éprouvez des difficultés moyennes à faire face aux exigences de la vie courante. Vous voyez ici [le conseiller indique un endroit sur le graphique] : votre score pour la vie quotidienne est très élevé. Vous avez signalé que vous aviez eu de très grosses difficultés à vous débrouiller dans la vie de tous les jours, par exemple avec le magasinage, la cuisine et le ménage.*

*Vous avez aussi indiqué que vous aviez eu de très grosses difficultés à savoir que faire de votre temps et que vous n'aviez de goût à rien.*

*Comme vous le voyez, vous avez aussi un score élevé pour la dépression ou l'anxiété. Vous avez signalé que vous avez eu de très grosses difficultés avec des sentiments de dépression, de désespoir et de solitude.*

*En ce moment, ça ne doit pas être facile, pour vous, d'affronter chaque nouvelle journée.*

Le conseiller attendra que M. Pothier réagisse, puis il lui demandera à quoi ressemble sa vie quotidienne. Il lui demandera aussi si ses réponses s'appliquent uniquement à la semaine précédente (ce qui correspond, en gros, à la période écoulée depuis sa sortie de l'hôpital) ou si cette situation dure déjà depuis un certain temps.

Le conseiller ajoutera :

*Au chapitre appelé « relation à soi-même et à autrui », vous avez aussi signalé que vos difficultés étaient de « moyennes » à « importantes ». Dans ce domaine, vous avez indiqué que vous aviez eu une image négative de vous-même, que vous n'aviez pas de direction dans la vie et que vous n'aviez pas été capable de vous sentir proche des gens. Ceci indique que vous n'êtes pas très satisfait de vous-même et que vous êtes insatisfait des relations que vous avez avec les gens.*

Le conseiller s'entretiendra avec M. Pothier de la façon dont il se perçoit et dont il perçoit ses relations avec autrui.

Si la séance de rétroaction avec M. Pothier a lieu environ une semaine après qu'il a répondu aux questionnaires d'évaluation, le conseiller pourrait lui demander de remplir de nouveau le BASIS-32. En effet, M. Pothier n'a pas pris une goutte d'alcool depuis qu'il est sorti de l'hôpital et une semaine d'abstinence de plus pourrait se traduire par des scores plus bas. Cette information permettra de donner une rétroaction supplémentaire à M. Pothier et elle sera très utile à la planification du traitement (sujet qui est traité au [chapitre 14](#)).

## LA VIE DE MARIE

Le score moyen de Marie au BASIS-32 est de 1,5, ce qui indique que, dans l'ensemble, elle n'a pas de graves préoccupations en matière de santé mentale. La seule sous-échelle pour laquelle son score soit supérieur à 2 est celle de la dépression et de l'anxiété (score de 2,8), un score qui se rapproche de « difficulté importante ». Marie prend des antidépresseurs depuis deux mois, de la manière prescrite par son médecin de famille. Cependant, elle a aussi bu tous les jours et pris de la cocaïne, sauf au cours des cinq derniers jours. Son médecin de famille ne sait pas qu'elle boit et qu'elle prend de la drogue. Il faut absolument que le conseiller communique avec le médecin de famille de Marie – avec la permission de l'intéressée – pour le mettre au courant afin de savoir si Marie souffre de dépression clinique.

Quand on regarde dans le détail les réponses données par Marie, on s'aperçoit qu'elle a indiqué un score de 4 ou « très grosse difficulté » pour ce qui est de son adaptation à d'importants bouleversements de la vie, des relations avec les membres de sa famille, de l'isolement ou du sentiment de solitude, de la dépression ou du désespoir, de la consommation de boissons alcoolisées et du sentiment de satisfaction à l'égard de la vie.

Cela n'a rien de surprenant, compte tenu de la situation actuelle de Marie. Il sera utile au conseiller de parler à Marie des domaines dans lesquels elle a signalé avoir éprouvé de « très grosses difficultés » pour mieux comprendre comment elle fait face aux problèmes de la vie. Le conseiller en profitera pour dire à Marie que de nombreuses personnes dans sa situation éprouvent les mêmes sentiments en début de traitement et il la rassurera en affirmant qu'elle a franchi un premier pas important.

**BASIS-32 : QUESTIONNAIRES REMPLIS ET FEUILLES DE COMPTAGE**

BASIS-32 – RÉPONSES FOURNIES PAR GAËTAN POTHIER ET INTERPRÉTATION DE SES SCORES

**BASIS-32™ (BEHAVIOUR AND SYMPTOM IDENTIFICATION SCALE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Ci-dessous figure une liste de problèmes rencontrés par certaines personnes et de domaines de la vie dans lesquels certaines personnes ont du mal à se débrouiller. À l'aide de l'échelle ci-dessous, veuillez indiquer dans la case « Score » le chiffre qui correspond le mieux aux difficultés que vous avez rencontrées dans chaque catégorie **AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE**.

Échelle	
0	Aucune difficulté
1	Légères difficultés
2	Difficultés moyennes
3	Difficultés importantes
4	Très grosses difficultés

Veuillez ne laisser aucune case blanche. Si vous considérez qu'un de ces énoncés ne s'applique pas à vous, inscrivez simplement le chiffre 0, qui correspond à « Aucune difficulté ».

AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, quel degré de difficulté avez-vous éprouvé dans les aspects suivants de la vie	Item	Score
1. Responsabilités de la vie quotidienne (p. ex. ponctualité, gestion des dépenses et prise de décisions courantes)	1	4
2. Responsabilités domestiques (p. ex. magasinage, cuisine, lavage, ménage et autres tâches de ce type)	2	4
3. Travail (p. ex. capacité à achever les tâches confiées, rendement, capacité à trouver ou à conserver un emploi)	3	0
4. Études (p. ex. résultats scolaires, remise des devoirs, assiduité)	4	0
5. Temps libre ou activités récréatives	5	4
6. Adaptation à d'importants bouleversements de la vie (p. ex. séparation, divorce, déménagement, nouvel emploi, nouvelle école, décès d'un proche)	6	4
7. Relations avec les membres de la famille	7	3
8. Capacité à s'entendre avec des personnes extérieures à la famille	8	3
9. Isolement ou sentiment de solitude	9	4
10. Capacité à se sentir proche des gens	10	4
11. Attentes réalistes à propos de soi-même et d'autrui	11	0
12. Aptitude à reconnaître ses émotions et à les exprimer de façon appropriée	12	1
13. Indépendance, autonomie	13	1

*Suite en page suivante*

## BASIS-32 – RÉPONSES FOURNIES PAR GAËTAN POTHIER ET INTERPRÉTATION DE SES SCORES (SUITE)

**BASIS-32™ (BEHAVIOUR AND SYMPTOM IDENTIFICATION SCALE) (SUITE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

Échelle	
0	Aucune difficulté
1	Légères difficultés
2	Difficultés moyennes
3	Difficultés importantes
4	Très grosses difficultés

Veillez ne laisser aucune case blanche. Si vous considérez qu'un de ces énoncés ne s'applique pas à vous, inscrivez simplement le chiffre 0, qui correspond à « Aucune difficulté ».

AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, quel degré de difficulté avez-vous éprouvé dans les aspects suivants de la vie	Item	Score
14. But ou direction dans la vie	14	4
15. Manque de confiance en soi, piètre opinion de soi	15	4
16. Apathie, manque d'intérêt	16	4
17. Dépression, désespoir	17	4
18. Idées ou comportements suicidaires	18	2
19. Symptômes physiques (p. ex., maux de tête, douleurs diverses, troubles du sommeil, maux de ventre, étourdissements)	19	4
20. Peur, angoisse ou sentiment de panique	20	2
21. Confusion, problèmes de concentration, troubles de mémoire	21	4
22. Pensées troublantes ou croyances sans fondement	22	0
23. Fait d'entendre des voix ou de voir des choses qui n'existent pas	23	0
24. Comportements maniaques ou bizarres	24	0
25. Sauts d'humeur	25	1
26. Comportements compulsifs (p. ex. troubles de l'alimentation, propension à se laver les mains ou à se faire du mal)	26	1
27. Troubles de l'activité sexuelle ou préoccupations d'ordre sexuel	27	1
28. Consommation problématique d'alcool	28	4
29. Consommation de drogues illicites, usage détourné de médicaments d'ordonnance	29	1
30. Accès de colère ou de violence	30	1
31. Comportements impulsifs, contraires à la loi ou imprudents	31	0
32. Sentiment de satisfaction à l'égard de la vie	32	4

© McLean Hospital, Department of Mental Health Services Research

## BASIS-32 – RÉPONSES FOURNIES PAR GAËTAN POTHIER ET INTERPRÉTATION DE SES SCORES (SUITE)

## BASIS-32™ – FEUILLE DE COMPTAGE

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan Pothier Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date 13 septembre [inscrire l'année]

Relation à soi-même et à autrui		Vie quotidienne		Dépression et angoisse		Impulsivité et comportement de dépendance		Psychose		Moyenne BASIS 32	
Item	Score	Item	Score	Item	Score	Item	Score	Item	Score		
7.	3	1.	4	6.	4	25.	1	22.	0	La moyenne totale se calcule à partir des scores aux 32 questions. Pour l'établissement de cette moyenne, veuillez inclure les questions 2, 3 et 4.	
8.	3	RÔLE	4	9.	4	26.	1	23.	0		
10.	4	5.	4	17.	4	28.	4	24.	0		
11.	0	13.	1	18.	2	29.	0	27.	1		
12.	1	16.	4	19.	4	30.	1				
14.	4	21.	4	20.	2	31.	0				
15.	4	32.	4								
Total	19	Total	25	Total	20	Total	7	Total	1	Somme totale	72
Nombre d'items	7	Nombre d'items	7	Nombre d'items	6	Nombre d'items	6	Nombre d'items	4	Total des questions	32
Moyenne	2,71	Moyenne	3,57	Moyenne	3,33	Moyenne	1,17	Moyenne	0,25	Moyenne globale	2,25

Remarque : Nombre d'items = nombre de questions auxquelles une réponse a été donnée.  
Moyenne de chaque sous-échelle = total des scores de la colonne divisé par le nombre d'items.  
Moyenne globale (score moyen au BASIS-32) = somme de tous les scores (scores aux questions 2, 3 et 4 compris) divisée par le nombre total de questions auxquelles une réponse a été donnée.

\* RÔLE = score le plus élevé des trois questions 2, 3 et 4. Ne pas inscrire les scores des deux autres questions.

## BASIS-32 – RÉPONSES FOURNIES PAR GAËTAN POTHIER ET INTERPRÉTATION DE SES SCORES (SUITE)

**BASIS-32™ – PROFIL DU CLIENT / DE LA CLIENTE**

## SCORES AUX SOUS-ÉCHELLES ET SCORE GLOBAL

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

	4							4
Très grosses difficultés			3,57	3,33				
	3	2,71					2,25	3
Difficultés importantes								
	2				1,17			2
Difficultés moyennes								
	1					0,25		1
Légères difficultés								
Aucune difficulté	0	Relation à soi-même et à autrui	Vie quotidienne	Dépression et angoisse	Impulsivité et comportement de dépendance	Psychose	SCORE BASIS-32 moyen	0

## BASIS-32 – RÉPONSES FOURNIES PAR MARIE SIMARD ET INTERPRÉTATION DE SES SCORES

**BASIS-32™ (BEHAVIOUR AND SYMPTOM IDENTIFICATION SCALE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Ci-dessous figure une liste de problèmes rencontrés par certaines personnes et de domaines de la vie dans lesquels certaines personnes ont du mal à se débrouiller. À l'aide de l'échelle ci-dessous, veuillez indiquer dans la case « Score » le chiffre qui correspond le mieux aux difficultés que vous avez rencontrées dans chaque catégorie AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE.

Échelle	
0	Aucune difficulté
1	Légères difficultés
2	Difficultés moyennes
3	Difficultés importantes
4	Très grosses difficultés

Veuillez ne laisser aucune case blanche. Si vous considérez qu'un de ces énoncés ne s'applique pas à vous, inscrivez simplement le chiffre 0, qui correspond à « Aucune difficulté ».

AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, quel degré de difficulté avez-vous éprouvé dans les aspects suivants de la vie	Item	Score
1. Responsabilités de la vie quotidienne (p. ex. ponctualité, gestion des dépenses et prise de décisions courantes)	1	2
2. Responsabilités domestiques (p. ex. magasinage, cuisine, lavage, ménage et autres tâches de ce type)	2	2
3. Travail (p. ex. capacité à achever les tâches confiées, rendement, capacité à trouver ou à conserver un emploi)	3	0
4. Études (p. ex. résultats scolaires, remise des devoirs, assiduité)	4	0
5. Temps libre ou activités récréatives	5	2
6. Adaptation à d'importants bouleversements de la vie (p. ex. séparation, divorce, déménagement, nouvel emploi, nouvelle école, décès d'un proche)	6	4
7. Relations avec les membres de la famille	7	4
8. Capacité à s'entendre avec des personnes extérieures à la famille	8	2
9. Isolement ou sentiment de solitude	9	4
10. Capacité à se sentir proche des gens	10	2
11. Attentes réalistes à propos de soi-même et d'autrui	11	0
12. Aptitude à reconnaître ses émotions et à les exprimer de façon appropriée	12	0
13. Indépendance, autonomie	13	0
14. But ou direction dans la vie	14	1

*Suite en page suivante*

## BASIS-32 – RÉPONSES FOURNIES PAR MARIE SIMARD ET INTERPRÉTATION DE SES SCORES (SUITE)

**BASIS-32™ (BEHAVIOUR AND SYMPTOM IDENTIFICATION SCALE) (SUITE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

Échelle	
0	Aucune difficulté
1	Légères difficultés
2	Difficultés moyennes
3	Difficultés importantes
4	Très grosses difficultés

Veuillez ne laisser aucune case blanche. Si vous considérez qu'un de ces énoncés ne s'applique pas à vous, inscrivez simplement le chiffre 0, qui correspond à « Aucune difficulté ».

AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE, quel degré de difficulté avez-vous éprouvé dans les aspects suivants de la vie	Item	Score
15. Manque de confiance en soi, piètre opinion de soi	15	3
16. Apathie, manque d'intérêt	16	1
17. Dépression, désespoir	17	4
18. Idées ou comportements suicidaires	18	2
19. Symptômes physiques (p. ex., maux de tête, douleurs diverses, troubles du sommeil, maux de ventre, étourdissements)	19	1
20. Peur, angoisse ou sentiment de panique	20	2
21. Confusion, problèmes de concentration, troubles de mémoire	21	0
22. Pensées troublantes ou croyances sans fondement	22	0
23. Fait d'entendre des voix ou de voir des choses qui n'existent pas	23	0
24. Comportements maniaques ou bizarres	24	0
25. Sautes d'humeur	25	2
26. Comportements compulsifs (p. ex. troubles de l'alimentation, propension à se laver les mains ou à se faire du mal)	26	1
27. Troubles de l'activité sexuelle ou préoccupations d'ordre sexuel	27	1
28. Consommation problématique d'alcool	28	4
29. Consommation de drogues illicites, usage détourné de médicaments d'ordonnance	29	0
30. Accès de colère ou de violence	30	1
31. Comportements impulsifs, contraires à la loi ou imprudents	31	0
32. Sentiment de satisfaction à l'égard de la vie	32	4

© McLean Hospital, Department of Mental Health Services Research

## BASIS-32 – RÉPONSES FOURNIES PAR MARIE SIMARD ET INTERPRÉTATION DE SES SCORES (SUITE)

## BASIS-32™ – FEUILLE DE COMPTAGE

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie Simard Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date 13 septembre [inscrire l'année]

Relation à soi-même et à autrui	Vie quotidienne		Dépression et angoisse		Impulsivité et comportement de dépendance		Psychose		Moyenne BASIS 32	
	Item	Score	Item	Score	Item	Score	Item	Score		
7.	4	2	6.	4	25.	2	22.	0	La moyenne totale se calcule à partir des scores aux 32 questions. Pour l'établissement de cette moyenne, veuillez inclure les questions 2, 3 et 4.	
8.	2	2	9.	4	26.	0	23.	0		
10.	2	2	17.	4	28.	4	24.	0		
11.	0	0	18.	2	29.	0	27.	0		
12.	0	1	19.	1	30.	1				
14.	1	0	20.	2	31.	0				
15.	3	4								
Total	12	11	Total	17	Total	7	Total	1		
Nombre d'items	7	7	Nombre d'items	6	Nombre d'items	6	Nombre d'items	4		
Moyenne	1,71	1,57	Moyenne	2,83	Moyenne	1,16	Moyenne	0		
<p>Remarque : Nombre d'items = nombre de questions auxquelles une réponse a été donnée.  Moyenne de chaque sous-échelle = total des scores de la colonne divisé par le nombre d'items.  Moyenne globale (score moyen au BASIS-32) = somme de tous les scores (scores aux questions 2, 3 et 4 compris) divisée par le nombre total de questions auxquelles une réponse a été donnée.</p>										

\* ROLE = The highest rated item of 2, 3, 4. Do not include the scores of the two other items.

## BASIS-32 – RÉPONSES FOURNIES PAR MARIE SIMARD ET INTERPRÉTATION DE SES SCORES (SUITE)

**BASIS-32™ – PROFIL DU CLIENT / DE LA CLIENTE**

## SCORES AUX SOUS-ÉCHELLES ET SCORE GLOBAL

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

Très grosses difficultés	4							4
Difficultés importantes	3			2,83				3
Difficultés moyennes	2	1,71	1,57		1,16		1,46	2
Légères difficultés	1							1
Aucune difficulté	0	Relation à soi-même et à autrui	Vie quotidienne	Dépression et angoisse	Impulsivité et comportement de dépendance	Psychose	SCORE BASIS-32 moyen	0

# Chapitre 12

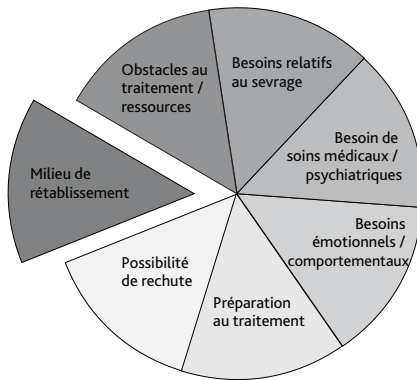
## LE QUESTIONNAIRE SUR LE SOUTIEN SOCIAL PERÇU (SSP)

Description et objet .....	188
Population visée .....	188
Administration .....	188
Administration dans le cadre d'une séance d'évaluation .....	188
Auto-administration.....	189
Établissement des scores.....	189
Interprétation des scores en fonction des Critères d'admission et de congé .....	189
Critères d'admission .....	190
Critères de congé .....	190
Problèmes cliniques .....	190
Exemples cliniques.....	191
La vie de M. Pothier.....	191
La vie de Marie.....	192
Le SSP : Questionnaires remplis.....	193

---

## DESCRIPTION ET OBJET

Le Questionnaire sur le soutien social perçu (SSP) est un outil à 14 questions qui établit deux grandes catégories de soutien social : celui offert par la famille et celui offert par les amis. Pour chacune de ces catégories, le client doit se prononcer à l'égard de sept énoncés en indiquant comment il perçoit ce soutien. L'outil mesure divers aspects du milieu de rétablissement, l'une des sept catégories d'atouts et de besoins.



Les recherches nous apprennent que le soutien social influe sur les résultats du traitement. Il peut avoir une incidence sur le bien-être et, indirectement, sur la consommation d'alcool (Longabaugh et Beattie, 1985; Beattie et coll., 1993). Il s'ensuit que l'évaluation du soutien social est une facette importante de l'évaluation préalable au traitement.

Le SSP est un questionnaire rapide à administrer qui mesure la manière dont le client perçoit le soutien qui lui est fourni par sa famille et ses amis. Chacune des questions est un énoncé sur le soutien social qui appelle, de la part du client, une réponse par « oui », « non » ou « je ne sais pas ».

## POPULATION VISÉE

Le SSP s'adresse aux hommes et aux femmes de plus de 18 ans. Il peut être administré par un conseiller durant une entrevue ou auto-administré par le client, soit au bureau où doit avoir lieu l'entretien, soit chez lui. C'est un questionnaire court et facile à expliquer qui s'administre très bien en groupe autant qu'individuellement.

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION DANS LE CADRE D'UNE SÉANCE D'ÉVALUATION

Si vous administrez le SSP dans le cadre d'une entrevue d'évaluation, vous devrez commencer par expliquer l'outil et son objet au client et lui dire en quoi les renseignements ainsi recueillis seront utiles au processus d'évaluation. Incitez le client à exprimer son opinion personnelle au sujet du soutien qui lui est offert par sa famille et ses amis. Si le client ne peut pas répondre par oui ou par non, il faut lui dire de cocher « Je ne sais pas ».

Expliquez au client que vous analyserez ensemble ses réponses et ses scores et qu'il pourra vous demander des éclaircissements ou vous faire part de ses commentaires à ce moment-là.

## AUTO-ADMINISTRATION

Si le questionnaire doit être auto-administré, vous devrez expliquer au client l'objet de l'outil et lui donner l'occasion de poser des questions sur tout énoncé qui ne lui paraîtrait pas clair (surtout si le client doit remplir le questionnaire chez lui).

Expliquez au client que vous analyserez ensemble ses réponses et ses scores au cours d'une rencontre ultérieure et qu'il pourra alors vous demander des éclaircissements ou vous faire part de ses commentaires.

## ÉTABLISSEMENT DES SCORES

Le barème de comptage indique les réponses qui donnent lieu à l'attribution d'un point. Si le client choisit ces sept réponses, il obtiendra le score maximum de 7 sur 7. Dans l'établissement du barème, il a été prévu d'attribuer un point à deux réponses négatives, de sorte que pour obtenir le score maximum, il faudra que le client ait répondu par « oui » à cinq questions et par « non » à deux questions.

Les questions auxquelles il faut répondre par « non » pour obtenir un point sont les questions 2 et 7. Le barème de comptage est établi comme suit :

Question n° 1 : Oui

Question n° 2 : Non

Question n° 3 : Oui

Question n° 4 : Oui

Question n° 5 : Oui

Question n° 6 : Oui

Question n° 7 : Non

Vous-même ou le client, si vous jugez qu'il est à même de la faire, pouvez compter les points à l'aide du barème de comptage de manière à obtenir un total sur 7 pour chacune des deux parties.

## INTERPRÉTATION DES SCORES EN FONCTION DES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ

Plus le score se rapproche du chiffre 7, plus la perception du soutien social est positive.

Sachez que la perception qu'a le client de ce qui constitue un soutien pourrait être très différente de la vôtre. Or, c'est la perception du client qui est mesurée. En tant que clinicien, vous pourriez vous demander de combien de soutien le client dispose réellement et vous pourriez souhaiter qu'un soutien plus important lui soit apporté. Toutefois, il est étonnant de constater que les clients obtiennent de très bons résultats s'ils jugent qu'ils sont soutenus, même si la nature de ce soutien est différente de ce que vous pourriez leur souhaiter.

Les Critères d'admission et de congé prennent en compte la stabilité et la sécurité du milieu de rétablissement, celles-ci étant attestées par le soutien de la famille et des amis sur plusieurs plans, y compris sur le plan émotionnel. Cet outil demande au client quel est le soutien moral et émotionnel qui lui est offert par sa famille et ses amis.

## CRITÈRES D'ADMISSION

Les Critères d'admission reposent sur l'idée que les clients qui jouissent d'un bon soutien social et qui ont accès à des personnes qui se soucient de leur bien-être émotionnel ont besoin de moins d'encadrement que les autres et qu'ils obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'ils sont traités à l'externe que les clients privés de soutien, au foyer ou ailleurs. Ces derniers peuvent aussi obtenir de bons résultats lorsqu'ils sont traités à l'externe, mais ils ont davantage besoin de l'encadrement de réseaux de soutien. Un client qui ne dispose pas d'un réseau de soutien social ne doit pas automatiquement être aiguillé vers un programme de soutien ou de traitement en établissement. Tout dépend du milieu dans lequel il vit et du soutien familial dont il dispose pour parvenir à réaliser son objectif de traitement.

Il peut toujours y avoir des exceptions et le conseiller fera appel à son jugement clinique pour déterminer le niveau ou l'intensité de traitement appropriés, en fonction des besoins du client en matière de soutien et des résultats de l'évaluation. La batterie d'évaluation normalisée et les Critères d'admission et de congé ne sont pas destinés à être pris au pied de la lettre. Il existe certes des principes et des attentes bien définis, mais le jugement clinique a aussi un rôle à jouer et il peut arriver qu'un conseiller ait de bonnes raisons de passer outre à l'application usuelle des Critères.

Les recherches citées en début de chapitre corroborent ce qui a déjà été affirmé plus haut, à savoir que les personnes qui ont besoin d'un plus grand soutien pour se rétablir devraient y avoir accès, tandis que celles qui ont du soutien par ailleurs s'en tireront probablement aussi bien avec un plan de traitement moins structuré.

## CRITÈRES DE CONGÉ

L'ampleur du soutien social a également une incidence sur l'élaboration des plans de congé. On pourra donc l'évaluer de nouveau, avant de donner son congé au client, pour déterminer ses besoins en la matière une fois le traitement terminé. Dans les premiers temps, certains clients ont besoin d'encadrement – sous la forme d'un soutien en établissement, par exemple, alors que d'autres clients disposent d'un réseau social et ont un foyer qu'ils pourront réintégrer.

## PROBLÈMES CLINIQUES

L'un des problèmes cliniques associés à cet outil est qu'il arrive que le client, après avoir répondu au questionnaire, estime qu'il peut vraiment compter sur sa famille et ses amis, alors que vous-même n'en êtes pas si sûr.

Certains clients vivent dans des milieux où l'alcool et la drogue sont omniprésents, où il est loin d'être idéal de retourner après un traitement. En outre, les clients ont parfois tendance à surestimer leur capacité à surmonter la tentation que représentera la présence généralisée d'alcool et de drogues autour d'eux à leur retour. Il vous faudra peut-être essayer de convaincre ces clients d'essayer d'obtenir un encadrement plus étroit auprès du réseau de traitement.

Il y a aussi le cas des clients qui n'ont aucun soutien et qui ne se font aucune illusion à ce sujet. Ce sont des clients qui peuvent avoir des scores de 0 sur 7 aux deux échelles du SSP. Or, il est difficile de valider les sentiments des clients qui se trouvent dans cette situation tout en leur faisant miroiter l'espoir d'une vie meilleure, lorsqu'on sait pertinemment, tout comme eux, qu'ils ne pourront compter sur l'aide d'aucun réseau social ou familial. Ce constat peut être très traumatisant pour les clients. Heureusement, les réseaux d'entraide structurés peuvent permettre de se faire de nouveaux amis et de se constituer un réseau de soutien. Certains clients estiment d'ailleurs que c'est avec les personnes qui appartiennent à leurs groupes d'entraide qu'ils ont les rapports les plus satisfaisants, car ces personnes les comprennent vraiment. En effet, ce n'est pas parce que les membres de la famille soutiennent le client qu'ils comprennent nécessairement ce qu'il vit, alors que des personnes qui sont passées par les mêmes épreuves peuvent lui apporter un soutien précieux.

Il se pourrait que l'encadrement dont un client a besoin (c.-à-d. traitement de jour ou soutien en établissement) ne soit pas offert dans votre collectivité ou qu'il y ait une liste d'attente, ce qui peut représenter un sérieux obstacle à la planification du traitement. En faisant preuve d'esprit d'ouverture, on peut parfois découvrir d'autres sources de soutien possibles (p. ex. cours divers, réseaux professionnels, groupes de bénévoles et associations).

## EXEMPLES CLINIQUES

### LA VIE DE M. POTHIER

La façon dont M. Pothier perçoit le soutien de sa famille est conforme à la réalité et le conseiller devra l'aider à se créer un réseau de soutien dans le cadre du plan de traitement. Le score global de M. Pothier pour le soutien familial est de 0 sur 7. Il a déclaré durant l'entretien d'évaluation qu'il n'avait aucun contact avec son fils et il a correctement indiqué (question n° 2) que la plupart des gens étaient plus proches de leur famille que lui de la sienne, ce qui reflète bien sa situation. À ce stade-ci, le conseiller ne sait probablement pas grand-chose au sujet de la famille élargie de M. Pothier et il serait peut-être bon qu'il prenne note de l'interroger plus tard à ce sujet. Les relations de M. Pothier avec son fils pourront aussi être examinées plus tard, lorsque le conseiller le jugera opportun et que M. Pothier lui aura fait savoir qu'il est prêt à parler de questions de nature plus personnelle.

Pour ce qui est du soutien des amis, le score de M. Pothier est aussi de 0 sur 7. Les gens qu'il côtoie sont probablement ceux qui vivent dans le même foyer que lui et peut-être aussi les habitués du bar qu'il fréquente. Il est à espérer que M. Pothier se constituera bientôt un réseau d'entraide. Cela pourrait se faire dans le cadre de groupes de counseling et de groupes de soutien ou d'entraide, lorsqu'il fera la connaissance de personnes qui, comme lui, ont décidé de renoncer à l'alcool.

M. Pothier estime avec raison qu'il n'a pas beaucoup de soutien. Plus tard, au moment opportun, le conseiller pourra aborder avec lui le sujet de ses amitiés et de sa vie sociale avant l'accident. En effet, pour arriver à demeurer sobre, il aura besoin d'établir un réseau de soutien social au travers d'activités partagées.

### Exemple de rétroaction

Voici quelques commentaires que le conseiller pourrait faire :

*Eh bien, M. Pothier, d'après ce que vous m'avez dit et d'après vos scores à ce questionnaire, je vois que vous avez perdu le contact avec votre famille au cours des dernières années. Dites-moi, comment est-ce que vous vivez ça?*

*D'après vos scores à ce questionnaire, il semblerait que vos amis soient, pour la plupart, les gens qui habitent dans le même foyer que vous et les habitués du bar que vous fréquentez. Vous reconnaissez que vous n'avez pas le soutien que vous aimeriez. A votre avis, qu'est-ce que vous pourriez faire pour changer cette situation?*

*M. Pothier, ce que vous dites au sujet du soutien de vos amis m'incite à vous demander si vous aimeriez que je vous parle de groupes de soutien qui se réunissent près de chez vous?*

### LA VIE DE MARIE

Marie considère qu'elle bénéficie d'un assez bon soutien de la part de sa famille et de ses amis. Son score est de 4 sur 7 pour le soutien de sa famille et de 6 sur 7 pour le soutien de ses amis. Il faudra l'interroger plus avant pour comprendre quel est le type de soutien que lui offrent ses amis. Le conseiller pourra aussi lui demander si elle les voit souvent et à quelles occasions.

Marie a entreposé ses affaires chez des amis et elle a donc peut-être un groupe d'amis qui lui offriront un véritable soutien après son traitement et qui l'aideront à retrouver la garde de ses enfants.

Il faudra voir avec Marie combien de ses amis sont des buveurs sociaux ou des consommateurs occasionnels de drogues, combien sont de gros buveurs ou des toxicomanes et quelle sera l'incidence de leur présence dans sa vie sur ses objectifs de traitement, compte tenu du fait qu'ils continueront de boire et de prendre de la drogue. Là encore, le conseiller pourra aborder ces questions plus tard, une fois que Marie sera stabilisée et qu'elle sera sobre depuis un peu plus longtemps.

### Exemple de rétroaction

Voici certaines choses que le conseiller pourrait dire à Marie :

*Eh bien, Marie, vos scores à ce questionnaire montrent que vous estimez pouvoir compter sur un bon soutien de la part de votre famille et de vos amis. Dites-moi : comment est-ce qu'ils appuient votre décision d'arrêter de boire et de prendre de la cocaïne?*

*Pourriez-vous me dire quel type de soutien vous offriront votre famille et vos amis? Ce n'est pas la première fois que vous suivez un traitement et vous savez ce qu'il vous faut pour atteindre vos objectifs. Dites-moi : qui est-ce qui vous a soutenue par le passé?*

QUESTIONNAIRE SUR LE SOUTIEN SOCIAL PERÇU (SSP) : EXEMPLAIRES REMPLIS



**SOUTIEN SOCIAL PERÇU**

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan Pothier

Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes** : Les énoncés suivants se rapportent à des sentiments et à des expériences que la plupart des gens connaissent à un moment ou à un autre dans leurs relations avec leur famille ou leurs amis. Pour chaque énoncé, vous avez le choix entre trois réponses possibles : « oui », « non » ou « je ne sais pas ». Veuillez **cocher** la réponse que vous choisissez pour chaque énoncé.

Questions sur la famille	Oui	Non	Je ne sais pas
Ma famille me donne le soutien moral dont j'ai besoin.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La plupart des gens sont plus proches de leur famille que moi de la mienne.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je compte sur ma famille pour me soutenir émotionnellement.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous sommes très ouverts, ma famille et moi, et on se dit tout.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma famille est sensible à mes besoins personnels.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les membres de ma famille savent ce qu'il faut faire pour m'aider à régler mes problèmes.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaiterais que ma famille soit très différente de ce qu'elle est.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score total pour la famille	0 sur 7		
Questions sur les amis	Oui	Non	Je ne sais pas
Mes amis me donnent le soutien moral dont j'ai besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
La plupart des gens sont plus proches de leurs amis que moi des miens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Je compte sur mes amis pour me soutenir émotionnellement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nous sommes très ouverts, mes amis et moi, et on se dit tout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mes amis sont sensibles à mes besoins personnels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mes amis savent ce qu'il faut faire pour m'aider à régler mes problèmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Je souhaiterais que mes amis soient très différents de ce qu'ils sont.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Score total pour les amis	0 sur 7		

© 1997, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Reproduction interdite sans autorisation.



## SOUTIEN SOCIAL PERÇU

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie Simard

Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**Consignes :** Les énoncés suivants se rapportent à des sentiments et à des expériences que la plupart des gens connaissent à un moment ou à un autre dans leurs relations avec leur famille ou leurs amis. Pour chaque énoncé, vous avez le choix entre trois réponses possibles : « oui », « non » ou « je ne sais pas ». Veuillez **cocher** la réponse que vous choisissez pour chaque énoncé.

Questions sur la famille	Oui	Non	Je ne sais pas
Ma famille me donne le soutien moral dont j'ai besoin.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La plupart des gens sont plus proches de leur famille que moi de la mienne.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je compte sur ma famille pour me soutenir émotionnellement.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous sommes très ouverts, ma famille et moi, et on se dit tout.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma famille est sensible à mes besoins personnels.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les membres de ma famille savent ce qu'il faut faire pour m'aider à régler mes problèmes.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaiterais que ma famille soit très différente de ce qu'elle est.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score total pour la famille	4 sur 7		
Questions sur les amis	Oui	Non	Je ne sais pas
Mes amis me donnent le soutien moral dont j'ai besoin.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La plupart des gens sont plus proches de leurs amis que moi des miens.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je compte sur mes amis pour me soutenir émotionnellement.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nous sommes très ouverts, mes amis et moi, et on se dit tout.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes amis sont sensibles à mes besoins personnels.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes amis savent ce qu'il faut faire pour m'aider à régler mes problèmes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaiterais que mes amis soient très différents de ce qu'ils sont.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score total pour les amis	6 sur 7		

© 1997, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Reproduction interdite sans autorisation.

# Chapitre 13

## LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Description et objet .....	196
Administration .....	196
Exemples cliniques .....	198
La vie de M. Pothier .....	198
La vie de Marie .....	198
Le Questionnaire médical : Questionnaires remplis .....	199

## DESCRIPTION ET OBJET

Le Questionnaire médical sert à consigner, de façon succincte, les troubles physiques ou mentaux actuels ou passés qui pourraient exiger le renvoi à un professionnel de la santé ou qui pourraient constituer un obstacle à la participation du client à un traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. On y consigne tous les médicaments que prend le client, et pas seulement les psychotropes.

## ADMINISTRATION

L'administration du Questionnaire médical fournit l'occasion d'éduquer le client sur les effets de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sur la santé et sur les stratégies de réduction des méfaits.

Si vous administrez ce formulaire vers la fin du processus d'évaluation, vous aurez déjà une bonne idée de certaines préoccupations du client dans les domaines de la santé physique et mentale. C'est ainsi que le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie aborde les symptômes physiques ainsi que les importants changements d'humeur et de personnalité associés à ces comportements. Le BASIS-32, que vous pourrez immédiatement faire suivre de ce formulaire-ci, fournit lui aussi quelques indications sur le fonctionnement mental.

Ce formulaire contenant des questions de nature délicate, ne manquez pas d'avertir les clients qu'ils ne sont pas obligés de répondre aux questions qu'ils jugent trop personnelles.

La **partie A** du questionnaire porte sur les troubles de santé qui exigent des soins médicaux immédiats. Il peut arriver par exemple qu'un client se présente à son rendez-vous en état crise de sevrage aiguë ou bien qu'un client vous signale qu'il a vomi du sang ou qu'un point d'injection s'est gravement infecté.

La **partie B** porte sur les contacts récents avec des professionnels de la santé : médecin de famille, spécialiste en santé mentale, etc.

Les médicaments non psychotropes présentement pris par le client sont également consignés dans cette partie.

### Conseils cliniques

---

*Voici quelques conseils qui vous aideront à interroger un client sur les médicaments qu'il prend :*

- *Demandez au client de dresser la liste de tous les médicaments qui lui ont été prescrits par son médecin. Si le client est traité par plusieurs médecins, demandez-lui de dresser la liste de l'ensemble des médicaments qui lui ont été prescrits.*
- *Demandez au client d'indiquer, s'il le peut, le nom et la dose de chaque médicament qu'il prend et combien de fois par jour il doit le prendre. Demandez-lui aussi combien de fois par jour il le prend. Prend-il le médicament tel que prescrit?*

- *Il peut aussi être utile de demander au client à quoi sert le médicament car cela pourrait permettre de dissiper toute confusion. C'est ainsi qu'un client a déclaré qu'il prenait du Zantac pour dormir, alors qu'en réalité, il prenait du Xanax. Il peut aussi arriver qu'un client déclare que son médecin lui a prescrit quelque chose pour ses maux de ventre alors qu'en fait, il prend une benzodiazépine.*
- *Il est possible qu'un client ne se souvienne pas du nom des médicaments qu'il prend. Dans ce cas, vous pouvez lui demander d'apporter ces médicaments dans leur emballage lors de son prochain rendez-vous (en précisant bien qu'ils ne lui seront pas confisqués) ou d'en faire une liste chez lui et de vous apporter cette liste. Vous pourriez également vous entendre avec le client pour l'appeler afin qu'il vous lise le nom et la posologie de ses médicaments au téléphone.*
- *Certains clients prennent régulièrement des médicaments en vente libre. Le nom de ces médicaments doit, lui aussi, être consigné dans la partie B. Là encore, demandez au client qui est dans ce cas pourquoi il prend régulièrement le médicament en question. Un client a signalé qu'il prenait, depuis des années, du Tylenol 1 pour dormir!*

La **partie C** du Questionnaire médical énumère les maladies et symptômes qui accompagnent parfois l'alcoolisme ou la toxicomanie; tout problème de santé figurant sur cette liste doit être consigné ici. On peut parfois présenter la liste au client en lui demandant de cocher ce qui s'applique. Dans ce cas, dites au client qu'il peut vous poser des questions sur les termes qu'il ne connaît pas et précisez qu'il doit noter non seulement ses troubles de santé présents mais aussi ceux qui le préoccupent. Vous pouvez aussi lire la liste au client, en lui donnant des explications au fur et à mesure. Vous pourriez commencer par dire : « Je vais vous lire une liste de troubles de santé assez longue et je vous demanderai de m'indiquer si vous avez certains de ces problèmes ou si vous avez des préoccupations à leur sujet ». Si le client se dit préoccupé par un problème particulier, informez-vous des raisons qu'il a d'être inquiet et demandez-lui s'il en a parlé à un professionnel, s'il a fait quelque chose à ce sujet et s'il éprouve actuellement des symptômes quelconques.

Certains conseillers choisissent de regrouper certains points de la liste. Vous pourriez ainsi aborder les troubles de santé physique avant de passer à des questions plus délicates telles que les traumatismes résultant de mauvais traitements ou d'abus sexuels et les maladies infectieuses.

Pour ce qui est des maladies infectieuses, demandez au client s'il a des inquiétudes quelconques relativement à des maladies comme le VIH ou l'hépatite. Si le client s'injecte de la drogue, demandez-lui s'il serait intéressé par un dépistage anonyme du VIH.

Parmi les maladies transmises sexuellement (MTS), autrefois appelées maladies vénériennes, figurent la gonorrhée, la syphilis, les chlamydias et l'herpès génital. Il existe plus de 20 MTS. Bien que le VIH soit transmis sexuellement, il a été répertorié parmi les maladies infectieuses plutôt que parmi les MTS car le partage des seringues est un important vecteur de transmission du virus. Quand vous interrogez un client sur les MTS, demandez-lui s'il est préoccupé par les chlamydias, la gonorrhée ou la syphilis ou s'il craint que son, sa ou ses partenaires puissent avoir une MTS.

Votre organisme devrait disposer d'informations sur les maladies infectieuses et les MTS et être à même de diriger le client qui désire se renseigner à ce sujet, subir des tests ou recevoir du counseling.

## EXEMPLES CLINIQUES

### LA VIE DE M. POTHIER

Il est évident que M. Pothier a de graves troubles de santé qui exigent un suivi médical. Il a encore des examens médicaux à subir et son état de santé doit être stabilisé avant qu'il ne commence un traitement de l'alcoolisme, s'il décide d'en suivre un. L'hospitalisation de M. Pothier en raison d'une crise convulsive provoquée par l'alcool aura sans doute été abordée avec lui avant l'administration du Questionnaire médical, par exemple à l'occasion de l'examen des « troubles de santé » durant l'administration du Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

À la partie C du Questionnaire médical, M. Pothier a coché plusieurs cases : antécédents de crises convulsives / crises d'épilepsie; maladie cardiaque (douleurs à la poitrine) et troubles digestifs (il vomit du sang et a des selles sanglantes). Cela pourrait être une bonne occasion de parler à M. Pothier des effets néfastes de la boisson sur la santé et en particulier sur sa santé à lui. C'est d'ailleurs le seul sujet à propos duquel M. Pothier ait exprimé une vive préoccupation.

### LA VIE DE MARIE

Marie est allée voir son médecin de famille il y a deux mois car elle se sentait déprimée et angoissée. Ne sachant pas qu'elle buvait et prenait de la drogue, le médecin lui a prescrit un antidépresseur, qu'elle prend « comme le médecin [le lui] a indiqué ». Elle ignorait qu'on ne doit pas boire ni prendre de cocaïne quand on prend un antidépresseur. À ce stade-ci, il est important de demander à Marie si elle se sent à l'aise pour parler à son médecin de son alcoolisme et de sa toxicomanie ou si elle consentirait à ce que vous en parliez vous-même avec le médecin. Étant donné qu'elle consomme régulièrement de la drogue et de l'alcool et compte tenu des circonstances actuelles de sa vie, sa dépression pourrait venir de là, et elle n'a peut-être pas besoin de prendre un antidépresseur. Il est essentiel que Marie ou vous-même parliez au médecin pour savoir quelle serait la meilleure façon de traiter sa dépression dans sa situation actuelle.

À l'adolescence, Marie a été agressée sexuellement par quelqu'un qu'elle considérait comme un ami digne de confiance. Elle n'a pas porté plainte et elle prétend que ce n'était « pas trop grave ». Elle n'en a jamais discuté avec personne et n'a jamais reçu de counseling à ce sujet. Par ailleurs, Marie a déclaré éprouver des sentiments de colère dont elle ne comprend pas l'origine.

Marie commence à éprouver des troubles digestifs et intestinaux, mais elle n'a pas parlé de ces symptômes à son médecin.

Avec Marie, la discussion sur le Questionnaire médical doit porter essentiellement sur la nécessité de parler à son médecin de sa consommation d'alcool et de drogue pour voir si ses sentiments de dépression et d'angoisse et ses récents troubles digestifs ne pourraient pas être liés à cette consommation.

## LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL : EXEMPLAIRES REMPLIS



Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan Pothier

Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

**A. Troubles de santé aigus**

Y a-t-il des troubles de santé aigus qui pourraient exiger l'envoi du client / de la cliente aux urgences pour un examen médical immédiat?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

## TROUBLES DE SANTÉ QUI POURRAIENT EXIGER UN EXAMEN MÉDICAL

**B. Antécédents médicaux**

Quand avez-vous vu un médecin pour la dernière fois? Qui est votre médecin traitant?

Depuis son accident de voiture il y a plusieurs années, M. Pothier voit régulièrement son médecin de famille, le D<sup>r</sup> Chartrand. Il a subi un examen médical au cours des 30 derniers jours. Il signale d'autres problèmes au niveau des voies digestives hautes et basses. Il a tout récemment été admis aux urgences pour une crise convulsive causée par l'alcool. Il y a une semaine qu'il est sorti de l'hôpital.

Suivez-vous actuellement un traitement ou des séances de counseling en raison de troubles de santé mentale ou émotionnelle? Risquez-vous de vous faire du mal ou de vous en prendre à d'autres personnes?

M. Pothier est déprimé et récemment, il a eu des idées de suicide. Il signale des difficultés modérées dans ce domaine. Il n'a pas reçu de counseling au sujet de la mort de sa femme.

Avez-vous été hospitalisé(e) cette année? Pour quelle(s) raison(s)?

Tel qu'indiqué ci-dessus, il a récemment été hospitalisé pour une crise convulsive d'étiologie éthylique. C'est la seule fois qu'il a été hospitalisé au cours de l'année.

Énumérez tous les médicaments que vous prenez actuellement (avec la posologie).

Timbre Nitro-Dur 0.8

Losec 20 mg, 2 fois par jour

Ensure, 3 fois par jour

*Suite à la page suivante*



## QUESTIONNAIRE MÉDICAL (SUITE)

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan Pothier

Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

### C. Dépistage des troubles de santé

Cochez toutes les cases qui s'appliquent et notez vos préoccupations :

- diabète non contrôlés
- antécédents de crises convulsives / crises d'épilepsie
- cancer
- troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie, consommation excessive ou insuffisante de nourriture) M. Pothier ne se nourrissant pas bien, il prend de l'Ensure.
- maladie cardiaque (douleurs à la poitrine)
- anomalies de la tension artérielle
- maladie du foie (hépatite-cirrhose)
- maladie rénale
- jaunisse
- troubles menstruels / troubles de la ménopause
- grossesse possible
- pancréatite
- mauvais traitements ou abus sexuels
- violence psychologique/verbale
- blessures récentes non traitées
- risque de maladies infectieuses \_\_\_\_\_
  
- maladies transmises sexuellement (syphilis, gonorrhée, chlamydias, herpès)
- poux/gale
- troubles digestifs (ulcère de l'estomac, gastrite)
- tuberculose
- traumatisme cranio-cérébral
- autres

### Observations cliniques – Nécessité de diriger le client / la cliente vers un traitement :

Avant sa récente hospitalisation, M. Pothier vomissait du sang et avait des selles sanglantes. En raison de son accident / de ses brûlures, il doit subir des tests réguliers. Suivi médical nécessaire.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie Simard

Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

### A. Troubles de santé aigus

Y a-t-il des troubles de santé aigus qui pourraient exiger l'envoi du client / de la cliente aux urgences pour un examen médical immédiat?

- Oui \_\_\_\_\_  
 Non \_\_\_\_\_

### TROUBLES DE SANTÉ QUI POURRAIENT EXIGER UN EXAMEN MÉDICAL

#### B. Antécédents médicaux

Quand avez-vous vu un médecin pour la dernière fois? Qui est votre médecin traitant?

Marie a vu son médecin pour la dernière fois il y a deux mois et il lui a prescrit des antidépresseurs. Elle est soignée par le Dr Solié, dont elle fournira l'adresse et le numéro de téléphone à son prochain rendez-vous.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Suivez-vous actuellement un traitement ou des séances de counseling en raison de troubles de santé mentale ou émotionnelle? Risquez-vous de vous faire du mal ou de vous en prendre à d'autres personnes?

Marie est déprimée et angoissée et son médecin lui a prescrit un antidépresseur. Il n'existe aucun risque pour elle-même ou d'autres personnes. Elle a été agressée sexuellement par le passé et n'a reçu, à ce jour, aucun counseling pour le traumatisme qu'elle a subi.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé(e) cette année? Pour quelle(s) raison(s)?

Aucune blessure ni hospitalisation.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Énumérez tous les médicaments que vous prenez actuellement (avec la posologie).

Marie prend de l'Effexor, un antidépresseur, de la manière prescrite par son médecin, mais elle continue à boire. Elle prend 225 mg d'Effexor par jour, par voie orale.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Suite à la page suivante*



## QUESTIONNAIRE MÉDICAL (SUITE)

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie Simard

Conseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

### C. Dépistage des troubles de santé

Cochez toutes les cases qui s'appliquent et notez vos préoccupations :

- diabète non contrôlés
- antécédents de crises convulsives / crises d'épilepsie
- cancer
- troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie, consommation excessive ou insuffisante de nourriture)
- maladie cardiaque (douleurs à la poitrine)
- anomalies de la tension artérielle
- maladie du foie (hépatite-cirrhose)
- maladie rénale
- jaunisse
- troubles menstruels / troubles de la ménopause
- grossesse possible
- pancréatite
- mauvais traitements ou abus sexuels
- violence psychologique/verbale
- blessures récentes non traitées
- risque de maladies infectieuses \_\_\_\_\_
  
- maladies transmises sexuellement (syphilis, gonorrhée, chlamydias, herpès)
- poux/gale
- troubles digestifs (ulcère de l'estomac, gastrite)
- tuberculose
- traumatisme cranio-cérébral
- autres

### Observations cliniques – Nécessité de diriger le client / la cliente vers un traitement :

Le médecin de Marie ignore qu'elle boit et qu'elle prend de la drogue. Or, cela est préoccupant car elle prend un antidépresseur. Le médecin devrait être mis au courant.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Chapitre 14

## RÉCAPITULATION

Description et objet .....	204
Analyse des besoins et des atouts de Gaëtan Pothier .....	204
Évaluation du besoin de services de gestion du sevrage.....	204
Évaluation des besoins du client en matière de services de stabilisation .	205
Évaluation des besoins du client en matière de services médicaux et psychiatriques .....	206
Étape suivante .....	206
Évaluation du besoin de services de soutien en établissement .....	206
Formulaires remplis : Tableau récapitulatif et Profil clinique de Gaëtan Pothier .....	208
Analyse des besoins et des atouts de Marie Simard .....	213
Évaluation du besoin de services de gestion du sevrage.....	213
Évaluation du besoin de services de stabilisation .....	214
Évaluation du besoin de services médicaux et psychiatriques.....	215
Évaluation du besoin de services de soutien en établissement .....	215
Évaluation du besoin de services de traitement.....	216
Évaluation du niveau ou de l'intensité appropriés pour les services de traitement en établissement.....	217
Trouver le traitement qui convient à Marie .....	217
Étape suivante .....	217
Formulaires remplis : Tableau récapitulatif et Profil clinique de Marie Simard .....	218

---

## DESCRIPTION ET OBJET

Ce chapitre explique comment établir le profil clinique de Gaëtan Pothier et de Marie Simard en interprétant les résultats de l'évaluation et en appliquant les Critères d'admission et de congé pour déterminer le ou les services offerts par le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui conviendraient le mieux à ces clients, compte tenu de leurs atouts et de leurs besoins propres. Afin de rassembler tous les renseignements obtenus à partir des questionnaires et des formulaires remplis durant le processus d'évaluation, le conseiller se servira du Tableau récapitulatif et du formulaire Profil clinique.

Le Tableau récapitulatif est un formulaire obligatoire qui doit accompagner le client dans son cheminement au sein du réseau de traitement. Le Tableau récapitulatif est le seul document qui doit être transmis – avec la permission du client – au service auquel celui-ci est envoyé. Toutefois, de nombreux responsables de programmes trouvent très utile d'avoir la batterie complète pour en apprendre davantage sur le client et élaborer un plan de traitement plus détaillé. Le formulaire Profil clinique est facultatif, mais il peut être d'une grande utilité car c'est un moyen de transmettre aux responsables des programmes, sous forme condensée, l'ensemble des renseignements obtenus à partir de la batterie complète tout en fournissant une description de la situation du client replacée dans son contexte.

Le présent chapitre contient deux formulaires remplis pour chacun des deux clients fictifs que nous avons suivis – Gaëtan Pothier et Marie Simard : le Tableau récapitulatif et le Profil clinique. Vous aurez besoin de vous y référer en lisant l'analyse qui suit et qui passe en revue les Critères d'admission et de congé à partir des résultats des évaluations de M. Pothier et de Marie. Pour les conseillers qui ne connaissent pas bien les Critères, il est utile de commencer par les quatre bulles d'« évaluation », comme nous le faisons dans ce chapitre.

Commençons par analyser les résultats de M. Pothier.

---

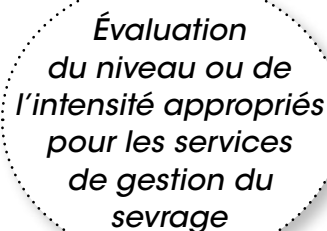
Vous trouverez les arbres de décision, cités tout au long de ce chapitre, à l'annexe A, *Les Critères d'admission et de congé*.

---

## ANALYSE DES BESOINS ET DES ATOUTS DE GAËTAN POTHIER

### ÉVALUATION DES BESOINS DU CLIENT EN MATIÈRE DE SERVICES DE GESTION DU SEVRAGE

M. Pothier a passé trois jours à l'hôpital et il est demeuré sobre pendant dix jours au total. Même s'il n'a pas l'air très en forme et s'il ne se sent pas très bien, il n'a plus besoin de services de gestion du sevrage. Il faut néanmoins lui faire savoir qu'il peut avoir recours à ces services s'il est saisi d'une forte envie de boire ou s'il rechute. Cela fait déjà trois fois qu'il fait appel à un service de gestion du sevrage et il sait que c'est un milieu sûr qui peut lui offrir du soutien. Il faudra lui rappeler qu'il peut toujours appeler un tel service s'il a besoin d'aide et s'il ressent le besoin de parler à quelqu'un durant la nuit.

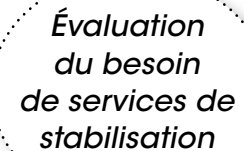


*Évaluation  
du niveau ou de  
l'intensité appropriés  
pour les services  
de gestion du  
sevrage*

## ÉVALUATION DES BESOINS DU CLIENT EN MATIÈRE DE SERVICES DE STABILISATION

Examinons les critères de l'arbre de décision *Évaluation des besoins du client en matière de services de stabilisation*.

1. *Est disposé à envisager des avenues de changement* : M. Pothier commence à prendre conscience des effets néfastes de la boisson, en particulier sur sa santé. Au SOCRATES, il a un score bas au chapitre de la prise de conscience, mais un score moyen pour l'ambivalence, ce qui signifie qu'il est prêt à envisager la possibilité que sa consommation d'alcool soit problématique. L'administration du Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie a aidé M. Pothier à se rendre compte de l'ampleur des répercussions de la boisson sur sa vie. Durant la majeure partie de sa vie, M. Pothier n'a bu qu'en compagnie et il a donc du mal à voir la consommation d'alcool comme un gros problème. Il commence à peine à s'ouvrir à l'idée de changement.
2. *Prend comme indiqué les médicaments qui lui ont été prescrits pour traiter ses troubles mentaux ou faciliter son sevrage* : Ce critère ne s'applique pas à M. Pothier.
3. *Se nourrit convenablement* : Compte tenu de ses troubles gastriques et des difficultés qu'il éprouve au chapitre des activités de la vie quotidienne (comme indiqué sur le Questionnaire médical et le questionnaire BASIS-32), M. Pothier a de réelles difficultés à bien se nourrir.
4. *À l'énergie nécessaire pour assumer les tâches quotidiennes* : Le questionnaire BASIS-32 montre que M. Pothier a beaucoup de difficultés à s'occuper des tâches de la vie quotidienne. Il a aussi un score élevé pour la dépression, ce qui n'arrange pas les choses.
5. *Est capable de comprendre et d'assimiler ce qu'on lui dit* : M. Pothier comprend ce qu'on lui dit, mais il ne peut pas se concentrer très longtemps. Il se fatigue rapidement.
6. *Ses troubles de mémoire se sont dissipés* : M. Pothier a de sérieux troubles de mémoire. Il a encore des périodes de confusion et il a du mal à se souvenir des événements récents. Le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie indique qu'il connaît des « trous noirs » et des absences de mémoire et qu'il souffre de confusion mentale depuis les deux dernières années.
7. *Sa santé physique lui permet de prendre part au traitement* : Le QCP et le Questionnaire médical montrent que l'état de santé de M. Pothier ne lui permet pas de prendre part à un traitement.



**Évaluation  
du besoin  
de services de  
stabilisation**

M. Pothier ne répondant pas à la plupart des critères pour commencer un traitement, il devrait être aiguillé vers des services de stabilisation. Il faudra du temps pour que sa santé s'améliore. M. Pothier a besoin de soutien pour assumer les tâches de la vie quotidienne; il a besoin qu'on l'aide à bien se nourrir, à bien dormir et à se rappeler ses rendez-vous chez le médecin. Il n'est pas prêt pour l'instant à suivre un traitement structuré.

## ÉVALUATION DES BESOINS DU CLIENT EN MATIÈRE DE SERVICES MÉDICAUX ET PSYCHIATRIQUES

M. Pothier est déprimé. Il a des troubles digestifs et des douleurs à la poitrine. Toutefois, il reçoit déjà des soins médicaux et il est en train de subir des examens médicaux pour ses troubles gastriques. Dans ces conditions, le conseiller voudra sans doute communiquer avec les professionnels de la santé qui s'occupent de M. Pothier afin de déterminer le niveau de participation dont il serait capable s'il décidait d'amorcer un traitement structuré au sein du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

**Évaluation  
du besoin de  
services médicaux ou  
psychiatriques**

### ÉTAPE SUIVANTE :

À ce stade de l'évaluation, il y a deux possibilités pour M. Pothier :

- 1<sup>re</sup> possibilité : S'il existe, à proximité de chez lui, un programme de services destinés aux personnes âgées, des visites à domicile pourraient être intégrées à d'autres services de soins à domicile afin que M. Pothier puisse bénéficier de services de base qui l'aideraient à améliorer sa santé physique et cognitive.
- 2<sup>e</sup> possibilité : Il pourrait être dirigé vers des services de soutien en établissement pour une période de stabilisation.

Pour ce qui est de la 2<sup>e</sup> possibilité, examinons la quatrième bulle « d'évaluation ».

## ÉVALUATION DU BESOIN DE SERVICES DE SOUTIEN EN ÉTABLISSEMENT

Examinons à présent les critères de l'arbre de décision *Évaluation des besoins du client en matière de services de soutien en établissement*.

1. *Vit dans un milieu où personne ne boit ni ne se drogue ou dans un milieu exempt de pressions à consommer de l'alcool ou des drogues* : Le foyer où demeure M. Pothier n'est pas milieu sûr; les beuveries et les querelles y sont monnaie courante.
2. *Vit dans un milieu où il est à l'abri du risque de violence ou d'abus* : Bien que M. Pothier essaie de ne pas frayer avec les pensionnaires du foyer où il demeure, il a été volé à plusieurs reprises et il n'est pas à l'abri d'actes violents.
3. *A un domicile fixe* : M. Pothier a un domicile fixe, mais il n'y est pas en sécurité.
4. *A une personne qui lui apporte son soutien, chez lui ou parmi ses amis* : Comme il l'a indiqué sur le questionnaire sur le soutien social perçu, M. Pothier n'a ni amis ni famille sur qui il puisse compter.

**Évaluation  
du besoin de  
services de soutien en  
établissement**

5. *Dispose du soutien ou des ressources nécessaires pour se prendre en main en attendant d'être admis à un programme de traitement ou en dehors des heures du programme auquel il participe* : Ce n'est pas le cas de M. Pothier.
6. *A un faible risque de rechute* : Le Questionnaire de confiance face à la consommation de drogues montre que le risque de rechute de M. Pothier est très élevé dans toutes les situations indiquées.
7. *Vit dans un milieu stable où il peut maintenir ses objectifs à long terme* : Dans son milieu de vie, Monsieur Pothier ne peut compter sur aucun soutien; en fait, ce milieu ne lui offre aucune sécurité et il ne peut donc pas être considéré comme stable.

M. Pothier ne répondant pas à la plupart des critères, il pourrait être dirigé vers des services de soutien en établissement de niveau 1. Par le passé, il a suivi un programme de traitement en établissement, mais il a abandonné en cours de route. Il y a lieu de lui expliquer que même s'il doit s'abstenir de boire, les services de soutien en établissement ont pour objet de l'aider à se remettre sur pied et ne constituent pas un traitement structuré de l'alcoolisme. Compte tenu de ses inquiétudes au sujet de sa santé, il se pourrait bien qu'il accepte cet aiguillage.

Pendant sa période de stabilisation, soit à l'externe soit en établissement (selon ce que choisira M. Pothier si ces deux options lui sont offertes), le conseiller de M. Pothier pourra employer des stratégies de motivation pour voir si son client pourrait, une fois stabilisé, commencer un traitement ou s'il pourrait continuer à recevoir des services de soutien en établissement, le cas échéant. Une fois M. Pothier stabilisé, on pourrait lui réadministrer certains questionnaires (p.ex. QCCD-8, BASIS-32, SOCRATES) pour voir s'il y a des changements au niveau de son fonctionnement; éventuellement, on appliquera de nouveau les Critères d'admission et de congé afin de déterminer quel est le service offert par le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui lui conviendrait le mieux.

## EXEMPLAIRES REMPLIS DU TABLEAU RÉCAPITULATIF ET DU PROFIL CLINIQUE POUR GAËTAN POTHIER

### ADMISSION ET CONGÉ TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR LES MOTIFS DE LA DÉCISION

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

Date d'exécution (jj/mm/aaaa)	Outil					
13/09/[année]	Questionnaire sur la consommation de psychotropes	Observations : A commencé à boire sur le tard à la suite d'un accident de voiture dans lequel sa femme est morte et où il a subi de graves brûlures. On lui a administré de la morphine à l'hôpital, mais il n'a pas continué la morphine une fois rentré chez lui. Prend 17 consommations standard depuis cinq ans et demi. Crises convulsives provoquées par l'alcool il y a une semaine.				
	Questionnaire sur les répercussions...	Observations : Santé – saignements gastro-intestinaux, crises convulsives induites par l'alcool, « trous noirs ». Aucun contact avec son fils, pas d'amis, vit dans un foyer dont les pensionnaires sont de gros buveurs.				
	SOCRATES	Prise de conscience Ambivalence Prise de mesures	Alcool	Drogue*	Drogue*	Comments Prise de conscience : très limitée Ambivalence : moyenne Prise de mesures : très limitée
			23 15 9			
	QCCD-8	Émotions désagréables Malaises physiques Émotions agréables Mise à l'épreuve de la maîtrise de soi Envies irrésistibles ou tentations Conflits interpersonnels Incitations à boire de la part de l'entourage Moments agréables passés en compagnie Score global	Alcool	Drogue*	Drogue*	Comments Faible confiance dans toutes les situations. L'alcool joue un grand rôle dans la vie de M. Pothier – risque élevé de rechute dans toutes les situations. Préciser (le cas échéant) : Drogue n° 1 Drogue n° 2
			20			
			0			
			20			
			20			
			0			
			0			
			20			
	0					
	10					
	Questionnaire d'admission au traitement	Motivation intrinsèque positive Motivation intrinsèque négative Coercition	8/28 17/21 6/28			S'inquiète des effets de l'alcool sur sa santé

\* Remarque : Nommer les drogues qui ont fait l'objet d'une évaluation dans la colonne de commentaires. Si plus de deux drogues ont été évaluées, utiliser une feuille supplémentaire.

*Suite à la page suivante*

Date d'exécution (jj/mm/aaaa)	Outil		Alcool	Drogue*	Drogue*	Comments
	BASIS-32	Relation à soi-même et à autrui	2,71			Grosses difficultés avec les tâches de la vie quotidienne Déprimé Difficultés moyennes pour la relation à soi-même et à autrui Score global moyen
		Vie quotidienne et fonctionnement lié au rôle	3,57			
		Dépression et angoisse	3,33			
		Impulsivité et comportement de dépendance	1,17			
		Psychose	0,25			
		Score global	2,25			
13/09/[année]	Soutien social perçu	Famille	0/7			N'a plus de contacts avec son fils et n'a pas d'amis.
		Amis	0/7			

**Ce qui ressort du Questionnaire médical**

M. Pothier a eu, il y a sept ans, un grave accident de voiture qui a coûté la vie à sa femme et où il a été lui-même gravement brûlé. A été hospitalisé durant trois jours il y a une semaine à la suite d'une crise convulsive provoquée par l'alcool. Vomit du sang, a des selles sanglantes et est en train de subir des tests pour ses troubles gastro-intestinaux. A des douleurs dans la poitrine et porte un timbre Nitro-Dur. Ne se nourrit pas convenablement et prend de l'Ensure.

Recommandations en fonction des lignes directrices pour l'admission et le congé (cochez tout ce qui s'applique)	Aiguillage suggéré (nommer les organismes)	Accepté?
Services de gestion du sevrage Y <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>		Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Services de stabilisation Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Dans un service de soutien en établissement.	Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
<b>1<sup>re</sup> possibilité</b> Services de traitement à l'externe Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Si la collectivité dispose d'un programme de services aux personnes âgées, il sera possible d'offrir des services de traitement à l'externe.	Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Services médicaux et psychiatriques Y <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>		Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Services de traitement en établissement Y <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>		Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
<b>2<sup>e</sup> possibilité</b> Services de soutien en établissement Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Services de soutien en établissement.	Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Si les lignes directrices n'ont pas été suivies, veuillez en indiquer les raisons.


**Observations cliniques (si vous avez besoin de plus de place, insérez une page supplémentaire) :**

M. Pothier souhaite faire quelque chose pour ses troubles de santé et il a besoin d'une période de stabilisation à cet effet.  
Il a deux possibilités :

1. S'il existe un programme de services aux personnes âgées à proximité, il pourrait être traité chez lui tout en recevant d'autres services à domicile.
2. Il pourrait recevoir des services de soutien en établissement. L'accent mis sur les aptitudes nécessaires aux tâches de la vie quotidienne pourrait lui être très utile.

Signature du conseiller / de la conseillère \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## EXEMPLAIRES REMPLIS DU TABLEAU RÉCAPITULATIF ET DU PROFIL CLINIQUE POUR GAËTAN POTHIER (SUITE)

**PROFIL CLINIQUE**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

I. À l'aide des renseignements que vous avez recueillis durant les entretiens et en citant les questionnaires administrés, décrivez brièvement ci-dessous les atouts et les besoins du client / de la cliente :

- **Intoxication aiguë et besoins en matière de sevrage** (Questionnaire médical, QCP, Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie)  
M. Pothier a passé trois jours à l'hôpital en raison de crises convulsives provoquées par l'alcool. À sa sortie de l'hôpital, il est retourné chez lui avec un rendez-vous, une semaine plus tard, dans un centre de traitement communautaire. Cela fait dix jours que M. Pothier n'a pas bu une goutte d'alcool. Il dit que c'est parce qu'il se sent trop mal. Il n'a pas eu de crise convulsive depuis sa sortie de l'hôpital.
- **Besoins médicaux ou psychiatriques** (Questionnaire médical, BASIS-32, Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie)  
M. Pothier est en train de subir des examens médicaux au sujet de ses troubles digestifs (il vomit du sang et a des selles sanglantes). Il ne mange pas beaucoup présentement. Il a aussi des douleurs à la poitrine. Il a donc besoin d'un suivi médical et son état de santé actuel ne lui permet pas d'être traité pour son alcoolisme. M. Pothier a d'importantes difficultés au chapitre de la dépression, comme le montre le BASIS-32. Son médecin de famille lui a donné un peu de counseling au sujet de la mort de sa femme dans un accident de voiture qu'ils ont eu, mais il se sent déprimé depuis cet accident.
- **Besoins émotionnels ou comportementaux** (Questionnaire médical, Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie, BASIS-32)  
M. Pothier éprouve beaucoup de difficulté à assumer les tâches de la vie quotidienne. Comme il se sent trop mal pour s'occuper des tâches ménagères, cela fait un certain temps qu'il se nourrit mal; son hygiène laisse également à désirer depuis quelque temps et il néglige aussi ses responsabilités courantes. Ainsi, cela fait un moment qu'il ne s'est pas rendu à sa banque.
- **Préparation au traitement** (SOCRATES, QAT)  
Score élevé au QAT pour la motivation intrinsèque négative – M. Pothier s'inquiète de l'effet de l'alcool sur sa santé. Sa prise de conscience est très limitée comparativement à celle des personnes qui entament un traitement. Il a un score moyen pour l'ambivalence, ce qui est un signe positif, indiquant qu'il se pose des questions sur les effets de l'alcoolisme sur sa vie. Il dit qu'il veut arrêter de boire en excès, mais qu'il n'est pas prêt à renoncer complètement à la boisson.
- **Possibilité de rechute** (QCP, QCCD-8)  
Scores bas partout au QCCD. M. Pothier risque de rechuter dans toutes les situations. Cela fait cinq ans et demi que l'alcool occupe une place centrale dans sa vie. Cependant, durant la majeure partie de sa vie, il n'a bu qu'en compagnie. En outre, il a réussi à s'abstenir de boire pendant dix jours.
- **Milieu de rétablissement / Soutien** (BASIS-32, SSP)  
M. Pothier n'a plus de contact avec son fils depuis un an. Il avait des amis avant l'accident, mais il n'en a plus. Il fréquente les bars pour rencontrer des gens.
- **Obstacles au traitement et ressources** (Questionnaire médical, Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie, BASIS-32)  
Le mauvais état de santé de M. Pothier est un obstacle au traitement de l'alcoolisme. Sa santé est fragile et il faudra sans doute un certain temps avant qu'il se sente mieux.

## EXEMPLAIRES REMPLIS DU TABLEAU RÉCAPITULATIF ET DU PROFIL CLINIQUE POUR GAËTAN POTHIER (SUITE)

**PROFIL CLINIQUE (SUITE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]**II. Le client a-t-il déjà suivi un traitement?** OUI NON

Précisez la date et le type de traitement, le résultat et les préférences du client :

Il y a trois ans, M. Pothier a suivi un traitement de 21 jours en établissement basé sur l'abstinence, mais il a abandonné avant la fin et il s'est immédiatement remis à boire. Au cours des cinq dernières années, il a été admis trois fois dans un service de gestion du sevrage. À chaque fois, il a refusé d'être orienté vers un traitement.

**III. Précisez la quantité d'alcool consommée par le client avant les 12 derniers mois ou sa fréquence. La situation actuelle est-elle à peu près la même, s'est-elle améliorée ou a-t-elle empiré?**

Durant la majeure partie de sa vie, soit avant l'accident qu'il a eu il y a sept ans, M. Pothier n'a bu qu'en compagnie. Sa consommation d'alcool a augmenté graduellement au cours des dernières années.

**IV. Y a-t-il des preuves de jeu problématique?** OUI NON

Que veut faire le client (c.-à-d., est-il prêt à suivre un traitement / à quel stade de changement en est-il)? Décrivez les changements survenus dans le comportement susmentionné avant les 12 derniers mois. Les habitudes du client sont-elles à peu près les mêmes, se sont-elles améliorées ou ont-elles empiré?

**V. Y a-t-il des indications de tout autre problème clinique susceptible de rendre les objectifs du client plus difficiles à atteindre?**

Exemples de problèmes : famille d'origine, traumatisme, deuil. Le cas échéant, indiquez ci-dessous de quoi il s'agit.

 OUI NON

Les pertes qu'il a subies à la suite de l'accident de voiture dans lequel sa femme est morte et où il a lui-même été gravement brûlé sont une immense source de détresse pour M. Pothier. La perte de contact avec son fils, le seul membre de sa famille qui soit encore en vie, est aussi un sujet très pénible pour lui.

**VI. D'après votre jugement clinique basé sur vos observations, les entretiens que vous avez eus avec le client, le témoignage du client et d'autres renseignements que vous avez recueillis parallèlement, quelle incidence l'alcoolisme a-t-il eu sur d'autres aspects de la vie du client?**

Famille	Aucune	Minime	Modérée	<input checked="" type="radio"/> Considérable	S/O
Personnes à charge	Aucune	Minime	Modérée	Considérable	<input checked="" type="radio"/> S/O
Logement	Aucune	Minime	Modérée	<input checked="" type="radio"/> Considérable	S/O
Travail	Aucune	Minime	Modérée	Considérable	<input checked="" type="radio"/> S/O
Études	Aucune	Minime	Modérée	Considérable	<input checked="" type="radio"/> S/O
Loisirs	Aucune	Minime	Modérée	<input checked="" type="radio"/> Considérable	S/O
Démêlés avec la justice	<input checked="" type="radio"/> Aucune	Minime	Modérée	Considérable	S/O
Santé	Aucune	Minime	Modérée	<input checked="" type="radio"/> Considérable	S/O

## EXEMPLAIRES REMPLIS DU TABLEAU RÉCAPITULATIF ET DU PROFIL CLINIQUE POUR GAËTAN POTHIER (SUITE)

**PROFIL CLINIQUE (SUITE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Gaëtan PothierConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

VII. Quel type de structure thérapeutique (c.-à-d. rendez-vous hebdomadaires, programme en établissement, accès à du personnel soignant 24 h sur 24) faudra-t-il fournir au client pour lui permettre d'atteindre les objectifs qu'il a définis?

Étant donné son incapacité à assumer les tâches de la vie quotidienne, il est impératif que M. Pothier ait accès à du personnel soignant 24 h sur 24. Le foyer où il demeure ne lui offre pas la sécurité voulue et il n'a personne pour l'aider à s'acquitter des tâches de la vie quotidienne.

VIII. Y a-t-il des troubles de santé aigus ou non pris en charge qui pourraient empêcher l'aiguillage vers un traitement à l'heure actuelle? Dans l'affirmative, veuillez préciser.  OUI  NON

M. Pothier est en train de subir des examens pour ses troubles digestifs, notamment vomissements de sang et selles sanglantes.

IX. Application des Critères d'admission et de congé : Examinez les renseignements recueillis au moyen des outils et durant les entretiens à la lumière de l'arbre de décision pour l'admission qui figure dans le document sur les Critères d'admission et de congé et déterminez les besoins du client à l'égard des quatre types de services suivants :

Le client a-t-il besoin de l'un ou de plusieurs des services ci-dessous?

1. Services de gestion du sevrage:

OUI

NON

Services à l'externe

Services en établissement

Niveau I

Niveau II

Niveau III

2. Services de stabilisation:

OUI

NON

M. Pothier répond à la plupart des critères applicables aux services de stabilisation. Il a également besoin d'aide et de soutien pour les activités de la vie quotidienne et il serait donc probablement indiqué de l'aiguiller vers des services de soutien en établissement.

3. Services médicaux et psychiatriques :

OUI

NON

M. Pothier est en train de subir des examens pour ses troubles digestifs. Il n'a pas besoin de services supplémentaires.

4. Services de soutien en établissement :

OUI

NON

M. Pothier répond à la plupart des critères qui s'appliquent aux services de soutien en établissement. Il a besoin de temps pour se stabiliser et améliorer sa santé. Compte tenu de l'accent mis sur le soutien et la santé plutôt que sur un traitement structuré, il a accepté ce renvoi.

Autres observations :

Une fois M. Pothier stabilisé, il y aura peut-être lieu de lui réadministrer certains questionnaires d'évaluation pour voir si sa situation s'est améliorée et pour réexaminer les Critères afin de déterminer s'il pourrait avoir accès à d'autres services du réseau.

Passons maintenant aux résultats de Marie Simard et examinons-les à la lumière des Critères d'admission et de congé. Le Tableau récapitulatif et le formulaire Profil clinique contenant les renseignements relatifs à Marie figurent à la fin du chapitre.

## ANALYSE DES BESOINS ET DES ATOUTS DE MARIE SIMARD

### ÉVALUATION DU BESOIN DE SERVICES DE GESTION DU SEVRAGE

Voyons tout d'abord comment les Critères d'admission et de congé ont été appliqués pour déterminer si Marie pouvait être aiguillée vers des services de gestion du sevrage. Les renseignements pouvant être examinés à la lumière des Critères ont été fournis par le QCP et le Questionnaire médical qui ont été administrés à Marie quand elle s'est présentée au service de gestion du sevrage, en plus du formulaire d'admission standard.

*Évaluation  
du niveau ou de  
l'intensité appropriés  
pour les services de  
gestion du sevrage*

Le QCP a fourni des renseignements sur les drogues consommées par Marie au cours de sa vie, il a révélé des périodes d'abstinence – récentes et plus anciennes – et il a permis d'amorcer la discussion sur la situation actuelle de Marie.

Au cours du dernier mois, soit depuis qu'elle a perdu la garde de ses enfants, Marie a essayé par elle-même de s'abstenir de consommer de l'alcool et de la drogue. En raison de difficultés financières, elle a dû renoncer à son appartement. Elle vit actuellement chez des amis qui prennent de la drogue, en attendant de reprendre le contrôle de sa vie. Elle a essayé à plusieurs reprises d'arrêter de boire et de prendre de la cocaïne, mais elle n'a pas pu tenir plus d'un jour ou deux. Après une autre journée d'abstinence où elle était encore une fois aux prises avec des symptômes de sevrage, elle a décidé d'elle-même de se présenter au service de gestion du sevrage.

Le Questionnaire médical a révélé qu'elle n'avait pas besoin d'un renvoi pour troubles de santé aigus ou possibles (ce qui complète *Évaluation des besoins du client en matière de services de gestion du sevrage : niveau ou intensité, 1<sup>re</sup> partie*).

Bien que la plupart des collectivités soient dépourvues de services de gestion du sevrage, supposons que celle de Marie en possède un. Nous pourrions ainsi passer en revue les critères de l'arbre de décision *Évaluation des besoins du client en matière de services de gestion du sevrage : niveau ou intensité, 2<sup>e</sup> partie*. Les critères figurant sur cet arbre permettent de déterminer s'il faut orienter le client vers des services de gestion du sevrage à l'externe ou bien vers des services de gestion du sevrage en établissement.

Les services communautaires de gestion du sevrage représentant l'intervention la moins invasive, commençons par examiner ces critères (sur la partie droite de l'arbre). Marie n'ayant pas de domicile fixe, elle ne vit pas dans un milieu stable et sûr; elle n'a pas non plus dans son entourage quelqu'un qui pourrait la suivre et la soutenir durant la période de sevrage (elle habite avec des amis qui prennent de la drogue). Elle ne répond donc pas aux critères qui s'appliquent à la gestion du sevrage à l'externe.

En examinant les critères qui se trouvent sur la partie gauche de l'arbre, nous constatons que Marie répond à deux des critères du haut de la bulle (« A besoin d'un milieu protégé pour pouvoir s'abstenir de prendre de l'alcool / de la drogue et pourrait bénéficier de l'atmosphère d'un groupe dont les membres se soutiennent mutuellement) et à tous les critères du bas. C'est donc une bonne candidate pour des services de gestion du sevrage en établissement.

Passons maintenant au reste des questionnaires d'évaluation, qui ont été administrés à Marie au service de gestion du sevrage, cinq jours après son arrivée.

Évaluation  
du besoin  
de services de  
stabilisation

## ÉVALUATION DES BESOINS DU CLIENT EN MATIÈRE DE SERVICES DE STABILISATION

Comme nous l'avons fait pour M. Pothier, examinons les critères de l'arbre de décision « Évaluation des besoins du client en matière de services de stabilisation ».

1. *Est disposé à envisager des avenues de changement* : Le SOCRATES et le Questionnaire d'admission au traitement sont les deux outils d'évaluation qui mesurent la préparation au traitement. Au SOCRATES, au chapitre de la prise de conscience, Marie affiche un score moyen pour la consommation d'alcool et un score élevé pour la consommation de cocaïne, comparativement aux niveaux médians des clients qui amorcent un traitement. Ces scores signifient qu'elle est consciente de la relation entre son alcoolisme et sa toxicomanie et les problèmes qu'elle a dans sa vie. Par ailleurs, elle a un score très élevé au chapitre de l'ambivalence, ce qui indique qu'elle est tiraillée entre les avantages et les inconvénients du changement. Ce type de score est d'ailleurs fréquent chez les personnes qui commencent à envisager la possibilité d'un changement. Par ailleurs, Marie a un score élevé au QAT pour ce qui est de la motivation intrinsèque positive, ce qui montre qu'elle adhère aux valeurs positives associées au changement de comportement. On peut donc en conclure que Marie est prête à envisager des avenues de changement.
2. *Prend comme indiqué les médicaments qui lui ont été prescrits pour traiter ses troubles mentaux ou faciliter son sevrage* : Le Questionnaire médical indique que Marie prend un antidépresseur et qu'elle le prend de la façon prescrite (si on exclut le fait qu'elle prend aussi d'autres psychotropes).
3. *Se nourrit convenablement* : Le Questionnaire médical permet de recueillir des renseignements sur les troubles de l'alimentation. Au moment d'établir le profil clinique, le conseiller a vraisemblablement déjà demandé à Marie de lui parler de ses habitudes alimentaires et il a eu l'occasion d'observer ses habitudes lorsqu'elle était au service de gestion du sevrage. Disons donc que dans l'ensemble Marie se nourrit correctement.
4. *A l'énergie nécessaire pour assumer les tâches quotidiennes* : Le BASIS-32 indique qu'au cours de la semaine écoulée, Marie a eu des difficultés allant de légères à moyennes au chapitre des tâches quotidiennes. N'oublions pas qu'elle a renoncé à son appartement, qu'elle est allée loger chez des amis et qu'elle prend de l'alcool et de la cocaïne. À ce stade-ci, il est peu probable que Marie ait l'énergie nécessaire pour s'occuper des tâches quotidiennes.

Les trois derniers critères, qui mettent l'accent sur la capacité de comprendre et d'assimiler l'information, ainsi que sur la mémoire et la santé physique, auront fait l'objet d'observations au cours des cinq derniers jours passés au service de gestion du sevrage. Concluons donc que Marie remplit ces trois critères.

Il y a un seul critère auquel Marie ne répond pas; en effet, elle n'a pas l'énergie voulue pour s'occuper des tâches quotidiennes. Toutefois, étant donné qu'elle remplit tous les critères sauf celui-là, un renvoi à des services de stabilisation ne serait pas justifié dans son cas.

## ÉVALUATION DES BESOINS DU CLIENT EN MATIÈRE DE SERVICES MÉDICAUX OU PSYCHIATRIQUES

Il est important de lire les critères au haut de la plus grosse bulle de l'arbre de décision, qui a pour titre « *Évaluation des besoins du client en matière de services médicaux et psychiatriques* ». On utilise ces critères pour déterminer si le client « a au moins un des problèmes suivants à un degré de gravité susceptible d'entraver le traitement et ne reçoit pas actuellement de soins médicaux ou psychiatriques ». Le Questionnaire médical et le questionnaire BASIS-32 sont tous deux essentiels pour examiner les critères médicaux et psychiatriques.

*Évaluation  
du besoin de  
services médicaux  
ou psychiatriques*

Marie n'a pas de troubles médicaux qui pourraient entraver le traitement. Pour la semaine écoulée, ses scores au BASIS-32 concernant la dépression et de l'anxiété vont de « difficultés moyennes » à « difficultés importantes ». Elle a consulté son médecin au sujet de sa dépression et elle prend un antidépresseur depuis deux mois. Ce degré de dépression ne constituerait donc pas une entrave à son traitement et elle est sous suivi médical. Par conséquent, elle n'aura pas besoin d'un renvoi pour examen médical ou psychiatrique. Toutefois, comme nous l'avons signalé dans le chapitre consacré au Questionnaire médical, il serait utile, avec le consentement de Marie, de communiquer avec son médecin de famille pour lui parler de son alcoolisme et de sa toxicomanie et de l'effet qu'ils pourraient avoir sur son état dépressif.

## ÉVALUATION DES BESOINS DU CLIENT EN MATIÈRE DE SERVICES DE SOUTIEN EN ÉTABLISSEMENT

Comme nous l'avons fait pour M. Pothier, examinons les critères de l'arbre de décision « *Évaluation des besoins du client en matière de services de soutien en établissement* ».

*Évaluation du besoin  
de services de soutien en  
établissement*

Marie ne répond pas aux critères suivants :

- Vit dans un milieu où personne ne boit ni ne se drogue ou dans un milieu exempt de pressions à consommer de l'alcool ou des drogues
- A un domicile fixe
- A une personne qui lui apporte son soutien, chez elle ou parmi ses amis (voir la discussion qui a suivi l'administration du questionnaire SSP)
- Dispose du soutien ou des ressources nécessaires pour se prendre en main en attendant d'être admise à un programme de traitement ou en dehors des heures du programme auquel elle participe
- A un faible risque de rechute : (Les scores de Marie au QCCD-8 montre qu'elle présente un risque très élevé de rechute aussi bien pour la consommation d'alcool que pour la consommation de cocaïne)
- Vit dans un milieu stable où elle peut maintenir ses objectifs à long terme.

Il ne fait pas de doute que Marie a besoin de services de soutien en établissement en attendant d'être traitée. Selon les services disponibles à proximité de chez elle, elle pourrait avoir accès à ces services en restant au service de gestion du sevrage jusqu'à ce qu'elle puisse obtenir une place dans un centre de traitement en établissement (si la liste d'attente est courte) ou en vivant dans un service de soutien en établissement et en recevant un traitement de jour à l'externe.

## ÉVALUATION DES BESOINS DU CLIENT EN MATIÈRE DE SERVICES DE TRAITEMENT

Le moment est maintenant venu d'évaluer les services de traitement appropriés pour Marie en termes de niveau ou d'intensité. Dans son plan de traitement, Marie a indiqué qu'elle souhaitait renoncer à la cocaïne et à l'alcool et qu'elle voulait suivre un traitement avant de recouvrer la garde de ses enfants auprès de la Société de l'aide à l'enfance.

Passons à l'arbre de décision « *Évaluation des besoins du client en matière de services de traitement en établissement : niveau ou intensité* ». Le paragraphe qui figure au haut de la page indique qu'il faut d'abord déterminer si Marie pourrait atteindre ses objectifs en suivant un traitement à l'externe.

Commençons par la bulle qui se trouve en haut et à gauche. Le conseiller a élaboré un plan de traitement avec Marie, elle s'est engagée à suivre un traitement et elle s'emploie activement à faire avancer ses objectifs de changement à long terme puisqu'elle s'est présentée d'elle-même au service de gestion du sevrage et a participé aux réunions d'un groupe d'entraide durant son séjour dans ce service. On peut donc en conclure que la réponse à la question est « oui » et examiner les critères qui figurent dans la boîte du dessous :

1. *Peut atteindre les objectifs de traitement sans avoir accès 24 heures sur 24 au soutien de professionnels et de pairs* : L'élément crucial de ce critère est l'accès à un soutien « 24 heures sur 24 ». Marie pourrait-elle se débrouiller avec un soutien intermittent? Le QCP montre que Marie boit tous les jours depuis cinq ans, soit depuis qu'elle est séparée de son compagnon. Il y a six ans, elle a suivi un traitement à l'externe et elle est arrivée à se passer d'alcool pendant trois mois et de cocaïne pendant un an. Étant donné qu'il y a un mois qu'elle essaie par elle-même de s'abstenir de boire et de prendre de la drogue, qu'elle n'a réussi à se passer de ces substances que durant un ou deux jours à la fois et qu'elle n'a pas de domicile fixe, il est peu probable qu'un soutien intermittent lui suffirait. En outre, ses réponses au QCCD-8 montrent que son risque de rechute est élevé tant pour la consommation de cocaïne que pour la consommation d'alcool.
2. *N'a pas besoin d'une aide intensive pour acquérir les aptitudes nécessaires à la vie quotidienne et pour les mettre en pratique* : Au BASIS-32, pour ce qui est des activités de la vie quotidienne, Marie indique des difficultés qui vont de « légères » à « moyennes ». Elle éprouve actuellement des difficultés à s'abstenir par elle-même de boire et de prendre de la drogue, mais elle vit dans des conditions précaires, ce qui ne lui facilite pas les choses. À ce chapitre, il est vraisemblable que Marie pourrait s'en tirer sans soutien intensif.
3. *A un soutien social adéquat, un milieu social offrant une certaine stabilité ou un mode de vie acceptable* : Étant donné la situation actuelle de Marie, qui habite chez des amis qui boivent et qui prennent de la drogue, son milieu social lui offre peu de stabilité. La discussion sur sa famille et ses amis qui a suivi l'administration du SSP a révélé qu'elle n'avait pas d'amis intimes susceptibles de lui apporter leur soutien aux premiers stades de sa rémission, ni non plus de membres de sa famille à même de remplir ce rôle. Les membres de sa famille demeurent loin de chez elle et tout ce qu'ils peuvent faire est de lui téléphoner pour lui apporter leur soutien. Elle considère ses amis comme de vrais amis, mais ils boivent et prennent de la drogue et le soutien qu'ils offrent à Marie pour l'aider à rester sobre est de nature intermittente.
4. *A les ressources voulues pour respecter ses rendez-vous de traitement réguliers* : Rien n'empêche Marie d'aller à ses rendez-vous car elle n'a pas d'autres obligations (elle n'a pas besoin de s'occuper de ses enfants et elle ne travaille pas). Par contre, étant donné son risque élevé de rechute (QCCD-8) et son incapacité actuelle à rester sobre pendant un certain temps (QCP), elle n'a pas les ressources intérieures voulues pour respecter ses rendez-vous et on ne peut pas raisonnablement s'attendre à ce qu'elle le fasse.

Marie ne répond pas non plus aux deux derniers critères. Elle ne remplit pas les critères pour des services de traitement à l'externe seuls. Il ne fait pas de doute qu'elle a besoin d'être envoyée dans un établissement où elle pourra compter sur un soutien 24 heures sur 24. Il pourrait s'agir d'un service de traitement en établissement ou, comme indiqué ci-dessus, d'un service de soutien en établissement couplé à un traitement de jour à l'externe.

## ÉVALUATION DES CLIENTS DES SERVICES DE TRAITEMENT EN ÉTABLISSEMENT

L'arbre de décision « [Évaluation des clients des services de traitement en établissement](#) » fournit les critères permettant de déterminer si une personne a besoin d'un traitement médical ou psychiatrique spécialisé :

- A fait une rechute d'une gravité suffisante pour entraver sa capacité à prendre part à un traitement en établissement.
- Ses troubles médicaux ou psychiatriques étant en train de s'aggraver, elle n'est plus en mesure de prendre part à un traitement en établissement.
- La cliente a signalé un grave problème émotionnel ou comportemental.

D'après ces trois critères, il est clair que Marie n'a pas besoin d'un traitement médical ou psychiatrique spécialisé.

## TROUVER LE TRAITEMENT QUI CONVIENT À MARIE

Pour orienter Marie vers un traitement structuré, il faudra considérer plusieurs questions sexo-spécifiques. Elle est seule à élever ses enfants; elle vit dans la pauvreté; elle a été agressée sexuellement à l'adolescence et n'a jamais reçu de counseling et elle ressent beaucoup de colère, sans pouvoir en déterminer la source. Marie a besoin de suivre un traitement qui s'adresse spécifiquement aux femmes. Elle dit d'ailleurs qu'elle préférerait être entre femmes pour son traitement. Marie a besoin d'être appuyée par des professionnels ayant le doigté et les aptitudes voulues pour l'aider à démêler un certain nombre de questions sexo-spécifiques et créer un plan de réinsertion qui prenne ces questions en compte.

### ÉTAPE SUIVANTE :

Compte tenu de ses atouts et de ses besoins actuels, Marie a le choix entre deux possibilités pour un traitement optimal :

- 1<sup>re</sup> possibilité : Entrer dans un établissement de traitement pour femmes, de préférence un établissement fournissant du counseling en matière d'abus sexuels.
- 2<sup>e</sup> possibilité : Entrer dans un établissement offrant des services de soutien aux femmes et suivre, pendant qu'elle y réside, un traitement de jour à l'externe spécialement destiné aux femmes ou un traitement qui aborde les questions sexo-spécifiques.

## EXEMPLAIRES REMPLIS DU TABLEAU RÉCAPITULATIF ET DU PROFIL CLINIQUE POUR MARIE SIMARD

### ADMISSION ET CONGÉ TABLEAU RÉCAPITULATIF SUR LES MOTIFS DE LA DÉCISION

N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

Date d'exécution (jj/mm/aaaa)	Outil					
13/09/[année]	Questionnaire sur la consommation de psychotropes	Observations : Prend 5 consommations standard par jour en semaine et 12 consommations standard par jour en fin de semaine depuis 5 ans. Prend de la cocaïne par voie intranasale les fins de semaine. Prend un antidépresseur. A suivi un traitement à l'externe il y a six ans – s'est abstenue de prendre de l'alcool pendant trois mois et de la cocaïne pendant un an.				
	Questionnaire sur les répercussions...	Observations : Troubles de santé spontanément signalés par la cliente (indigestions). Se sent souvent déprimée et éprouve beaucoup de colère; a perdu son compagnon il y a cinq ans en raison de sa toxicomanie; la garde de ses enfants lui a été retirée par la Société de l'aide à l'enfance il y a deux mois; prononce des propos offensants lorsqu'elle est en état d'intoxication; décrochage scolaire; problèmes d'argent.				
	SOCRATES		Alcool	Drogue*	Drogue*	Comments
		Prise de conscience	33	35		Prise de conscience moyenne pour l'alcool; prise de conscience élevée pour la cocaïne; ambivalence très élevée pour les deux; score très faible pour la prise de mesures dans les deux cas.
		Ambivalence	19	19		
		Prise de mesures	24	21		
	QCCD-8		Alcool	Drogue*	Drogue*	Comments
		Émotions désagréables	20	0		Pour l'alcool, elle a davantage confiance dans les situations où d'autres personnes sont présentes. Risque élevé de rechute pour ce qui est des états intérieurs. Risque très élevé de rechute pour la cocaïne (score global de 10 % seulement). Préciser (le cas échéant) : Drogue n° 1 cocaïne Drogue n° 2
		Malaises physiques	20	20		
		Émotions agréables	20	20		
		Mise à l'épreuve de la maîtrise de soi	0	0		
		Envies irrésistibles ou tentations	20	0		
		Conflits interpersonnels	40	0		
		Incitations à boire de la part de l'entourage	60	20		
	Moments agréables passés en compagnie	80	0			
	Score global	32,5	10			
	Questionnaire d'admission au traitement	Motivation intrinsèque positive	26/28		Adhère aux valeurs positives du changement de comportement.	
		Motivation intrinsèque négative	8/21			
		Coercition	6/28			

\* Remarque : Précisez le nom des drogues évaluées dans la colonne « Observations ». Si plus de deux drogues ont été évaluées, utilisez une nouvelle feuille.

*Suite à la page suivante*

Date d'exécution (jj/mm/aaaa)	Outil		Alcool	Drogue*	Drogue*	Comments
	BASIS-32	Relation à soi-même et à autrui Vie quotidienne et fonctionnement lié au rôle Dépression et angoisse Impulsivité et comportement de dépendance Psychose Score global	1,71 1,57 2,83 1,16 0 1,46			L'échelle de la dépression et de l'angoisse est la seule où des difficultés importantes aient été signalées. Actuellement sous antidépresseurs.
13/09/[année]	Soutien social perçu	Famille Amis	4/7 6/7			Le soutien familial dont elle dispose est limité car sa famille ne vit pas à proximité; a de bons amis, mais qui consomment tous de l'alcool et de la drogue.

**Ce qui ressort du Questionnaire médical**

Marie a vu son médecin il y a deux mois. Ignorant qu'elle buvait et prenait de la drogue, il lui a prescrit un antidépresseur. Marie a signé un formulaire autorisant le conseiller à communiquer avec son médecin de famille pour le mettre au courant et prendre son avis. A été agressée sexuellement à l'adolescence et n'a jamais reçu de counseling à ce sujet. Signale éprouver depuis peu des troubles digestifs. Éprouve souvent de la colère sans pouvoir en identifier la cause.

Recommandations en fonction des lignes directrices pour l'admission et le congé (cochez tout ce qui s'applique)	Aiguillage suggéré (nommer les organismes)	Accepté?
Services de gestion du sevrage Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Réside dans un établissement de gestion du sevrage depuis les cinq derniers jours.	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Services de stabilisation Y <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>		Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Services de traitement à l'externe Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Voir Services de soutien en établissement.	Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Services médicaux et psychiatriques Y <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>		Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
<b>1<sup>re</sup> possibilité</b> Services de traitement en établissement Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
<b>2<sup>e</sup> possibilité</b> Services de soutien en établissement Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Services de soutien en établissement.	Y <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Si les lignes directrices n'ont pas été suivies, veuillez en indiquer les raisons.

**Observations cliniques (si vous avez besoin de plus de place, insérez une page supplémentaire) :**

Bien que Marie éprouve une certaine ambivalence à l'égard de la recherche d'un traitement, elle est surtout préoccupée par les difficultés qu'elle aura à rester abstinente une fois qu'elle aura terminé le traitement, vu le nombre de problèmes auxquels elle est confrontée. Elle devra trouver un logement pour elle et ses enfants, s'occuper d'eux par elle-même, suivre le programme de travail obligatoire et essayer d'éviter les contacts avec ses amis qui prennent de la drogue. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, qu'elle éprouve de l'ambivalence. À la suite d'un traitement en établissement ou d'un séjour dans un service de soutien conjugué à un traitement de jour, elle aura besoin d'un solide plan de soutien communautaire lorsqu'elle recevra son congé.

Signature du conseiller / de la conseillère \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## EXEMPLAIRES REMPLIS DU TABLEAU RÉCAPITULATIF ET DU PROFIL CLINIQUE POUR MARIE SIMARD (SUITE)

**PROFIL CLINIQUE**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

I. À l'aide des renseignements que vous avez recueillis durant les entretiens et en citant les questionnaires administrés, décrivez brièvement ci-dessous les atouts et les besoins du client / de la cliente :

- **Intoxication aiguë et besoins en matière de sevrage** (Questionnaire médical, QCP, Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie)  
Marie s'est présentée d'elle-même au service de gestion du sevrage, où elle réside depuis cinq jours. Le QCP indique qu'elle est en sevrage pour l'alcool et la cocaïne. Auparavant, elle prenait 7 consommations standard en moyenne par jour (5 en semaine et 12 en fin de semaine); prend de la cocaïne par voie intranasale en fin de semaine (3 fois par soirée). Pas d'antécédents de crises convulsives.  
A renoncé à son appartement; habite chez des amis qui prennent de la drogue. N'a pas de logement sûr où retourner. Le QCCD 8 montre un risque élevé de rechute pour les deux substances.
- **Besoins médicaux ou psychiatriques** (Questionnaire médical, BASIS-32, Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie)  
Le Questionnaire médical et le Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie indiquent qu'à part des troubles digestifs et gastro-intestinaux d'apparition récente, elle est en bonne santé.  
Prend un antidépresseur depuis deux mois, comme prescrit par son médecin de famille qui ne sait pas qu'elle boit et qu'elle prend de la drogue. Score élevé à l'échelle de la dépression et de l'anxiété.
- **Besoins émotionnels ou comportementaux** (Questionnaire médical, Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie, BASIS-32)  
Ressent beaucoup de colère, sans en comprendre la cause.  
A été agressée sexuellement à l'adolescence; n'a jamais reçu de counseling suite à ce traumatisme.  
Profère des propos blessants quand elle est intoxiquée.  
Souhaite récupérer ses enfants, mais a peur de ne pas pouvoir rester sobre.  
Signale éprouver des sentiments de dépression et de désespoir.
- **Préparation au traitement** (SOCRATES, QAT)  
Score élevé pour la motivation intrinsèque positive (QAT) – veut suivre un traitement.  
Prise de conscience plus élevée pour la cocaïne que pour l'alcool; ambivalence élevée tant pour l'alcool que pour la drogue; score très bas pour la prise de mesures, mais prête à suivre un traitement.
- **Possibilité de rechute** (QCP, QCCD-8)  
S'est abstenue de consommer de l'alcool durant trois mois et de la cocaïne durant un an après un traitement à l'externe il y a six ans.  
Risque très élevé de rechute pour la cocaïne (score global de 10 % au QCCD); risque élevé de rechute pour l'alcool lié aux états personnels propres au sujet – risque moins élevé pour les situations faisant intervenir des tiers.
- **Milieu de rétablissement / Soutien** (BASIS-32, SSP)  
Sa famille la soutient, mais n'habite pas dans la région.  
A de bons amis, mais qui ne comprennent pas pourquoi elle essaie de s'abstenir de consommer de l'alcool et de la drogue et qui persistent à lui en offrir.
- **Obstacles au traitement et ressources** (Questionnaire médical, Questionnaire sur les répercussions de l'alcoolisme et de la toxicomanie, BASIS-32)  
A pris la décision de ne pas reprendre ses enfants tant qu'elle n'aura pas terminé son traitement.  
Question d'une possible relation entre la dépression et l'alcoolisme et la toxicomanie à tirer au clair; nécessité de consulter le généraliste à ce sujet.  
Aura besoin d'un solide plan de traitement à l'externe après avoir reçu son congé de l'établissement de traitement – avec un gestionnaire de cas qui participera à la planification de son congé du programme de traitement.  
A réussi à s'abstenir de drogue durant un an par le passé.

## EXEMPLAIRES REMPLIS DU TABLEAU RÉCAPITULATIF ET DU PROFIL CLINIQUE POUR MARIE SIMARD (SUITE)

**PROFIL CLINIQUE (SUITE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]**II. Le client a-t-il déjà suivi un traitement?****OUI****NON**

Précisez la date et le type de traitement, le résultat et les préférences du client :

A suivi un programme de traitement à l'externe il y a six ans. S'est abstenue de consommer de l'alcool durant trois mois et de la cocaïne durant un an par la suite. Est actuellement incapable de rester abstinente plus de deux jours et n'a pas de domicile à elle; ne croit pas qu'un traitement à l'externe produirait des résultats cette fois-ci; estime qu'elle a besoin d'un traitement en établissement.

**III. Précisez la quantité d'alcool consommée par le client avant les 12 derniers mois ou sa fréquence. La situation actuelle est-elle à peu près la même, s'est-elle améliorée ou a-t-elle empiré?**

Il y a six ans, Marie consommait moins d'alcool (elle ne buvait que les fins de semaine), mais elle prenait davantage de cocaïne. A graduellement augmenté sa consommation d'alcool et boit actuellement tous les jours. Bien qu'elle prenne moins de cocaïne qu'avant, elle estime qu'elle aura plus de mal à y renoncer cette fois-ci.

**IV. Y a-t-il des preuves de jeu problématique?****OUI****NON**

Que veut faire le client (c.-à-d. préparation au traitement/stade de changement)? Décrivez les changements survenus dans le comportement susmentionné avant les 12 derniers mois : le comportement est-il resté le même ou y a-t-il eu amélioration ou détérioration?

**V. Y a-t-il des indications de tout autre problème clinique susceptible de rendre les objectifs du client plus difficiles à atteindre?**

Exemples de problèmes : famille d'origine, traumatisme, deuil. Le cas échéant, indiquez ci-dessous de quoi il s'agit.

**OUI****NON**

A été agressée sexuellement à l'adolescence et n'a pas reçu de counseling à ce sujet.

Ressent beaucoup de colère, dont elle ignore la source.

Risque de rechuter si ces questions ne sont pas abordées.

**VI. D'après votre jugement clinique basé sur vos observations, les entretiens que vous avez eus avec le client, le témoignage du client et d'autres renseignements que vous avez recueillis parallèlement, quelle incidence l'alcoolisme a-t-il eu sur d'autres aspects de la vie du client?**

Famille	Aucune	Minime	Modérée	<b>Considérable</b>	S/O
Personnes à charge	Aucune	Minime	Modérée	<b>Considérable</b>	S/O
Logement	Aucune	Minime	Modérée	<b>Considérable</b>	S/O
Travail	Aucune	Minime	<b>Modérée</b>	Considérable	S/O
Études	Aucune	Minime	<b>Modérée</b>	Considérable	S/O
Loisirs	Aucune	Minime	<b>Modérée</b>	Considérable	S/O
Démêlés avec la justice	<b>Aucune</b>	Minime	Modérée	Considérable	S/O
Santé	Aucune	<b>Minime</b>	Modérée	Considérable	S/O

## EXEMPLAIRES REMPLIS DU TABLEAU RÉCAPITULATIF ET DU PROFIL CLINIQUE POUR MARIE SIMARD (SUITE)

**PROFIL CLINIQUE (SUITE)**N° du programme : \_\_\_\_\_ Nom du client / de la cliente : Marie SimardConseiller / Conseillère : \_\_\_\_\_ Date : 13 septembre [inscrire l'année]

VII. Quel type de structure thérapeutique (c.-à-d. rendez-vous hebdomadaires, programme en établissement, accès à du personnel soignant 24 h sur 24) faudra-t-il fournir au client pour lui permettre d'atteindre les objectifs qu'il a définis?

Doit avoir accès à du personnel de soutien 24 heures sur 24.

Il serait bon qu'elle suive un traitement en établissement.

VIII. Y a-t-il des troubles de santé aigus ou non pris en charge qui pourraient empêcher l'aiguillage vers un traitement à l'heure actuelle? Dans l'affirmative, veuillez préciser. OUI  NON

IX. Application des Critères d'admission et de congé : Examinez les renseignements recueillis au moyen des outils et durant les entretiens à la lumière de l'arbre de décision pour l'admission qui figure dans le document sur les Critères d'admission et de congé et déterminez les besoins du client à l'égard des quatre types de services suivants :

Le client a-t-il besoin de l'un ou de plusieurs des services ci-dessous?

1. Services de gestion du sevrage:

 OUINON 

Services à l'externe

Services en établissement

Niveau I

Niveau II

Niveau III

2. Services de stabilisation:

OUI NON 

Marie répond à tous les critères sauf un : elle n'a pas l'énergie voulue pour s'acquitter des tâches quotidiennes. Elle ne répond donc pas aux critères s'appliquant aux services de stabilisation.

3. Services médicaux et psychiatriques :

OUI NON 

Prend des antidépresseurs; est suivie par un médecin.

4. Services de soutien en établissement :

 OUINON 

Marie ne répond pas aux critères suivants :

– Vit dans un milieu où personne ne boit ni ne se drogue ou dans un milieu exempt de pressions à consommer de l'alcool ou des drogues.

– A un domicile fixe.

– A une personne qui lui apporte son soutien, chez elle ou parmi ses amis.

– Dispose du soutien ou des ressources nécessaires pour se prendre en main en attendant d'être admise à un programme de traitement ou en dehors des heures du programme envisagé.

– A un faible risque de rechute.

– Vit dans un milieu stable où elle peut maintenir ses objectifs à long terme.

Autres observations :

Deux options de traitement s'offrent à Marie :

– Suivre un programme de traitement de jour tout en résidant dans un service de soutien. Étant donné l'existence de questions sexo-spécifiques, il serait préférable de l'aiguiller vers un programme abordant des questions spécifiques aux femmes.

– Suivre un programme de traitement dans un établissement pour femmes, et préférablement un programme comportant des services de counseling pour les femmes victimes d'agressions sexuelles.

# Annexes

---

Annexe A : Les Critères d'admission et de congé .....	225
Annexe B : L'importance de l'entretien motivationnel .....	257
Annexe C : Ressources.....	269
Annexe D : BASIS-32 : Précisions et commentaires sur les questions .....	273
Annexe E : Les classes de psychotropes (à utiliser pour l'administration du QCP).....	277
Annexe F : La consommation d'alcool et de cocaïne ou de crack au Canada d'après un sondage mené auprès d'adultes .....	283
Annexe G : Instructions pour mesurer la consommation moyenne d'alcool ou de drogue par journée de consommation .....	285



# Annexe A

## LES CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ\*

Septembre 2000

Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie (OSAB)\*\*

Conseil consultatif ontarien des services de lutte contre la toxicomanie

---

\* Note de l'éditeur : L'annexe A reprend le texte original des Critères d'admission et de congé publié en 2000. Les changements concernant le français sont des remaniements au plan de la traduction et des corrections de détail. Par ailleurs, les renvois ont été modifiés pour tenir compte des changements de pagination et pour permettre d'établir des liens électroniques et faciliter la navigation.

\*\* Cet organisme n'existe plus. Il a été remplacé par le Comité consultatif de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances qui relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

---

Le Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie (OSAB) remercie de leur travail et de leur dévouement les membres du groupe de travail du Conseil consultatif ontarien des services de lutte contre la toxicomanie, qui ont élaboré les Critères d'admission et de congé. Ce groupe de travail conjoint a résulté de la fusion du groupe de travail sur l'admission et le congé et du groupe de travail sur les modèles de protocoles d'admission et d'évaluation.

L'OSAB souhaite saluer la contribution des membres du groupe de travail conjoint :

**Bernie Boyle**, Alcohol and Drug Recovery Association (association pour le rétablissement des suites de l'alcoolisme et de la toxicomanie)

**Anne Bowlby**, Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie

**Lorraine Chapman**, Withdrawal Management Association (association pour la gestion du sevrage)

**Pam Gardiner**, Residential Addiction Intervention Services of Ontario (services ontariens d'intervention contre la toxicomanie offerts en établissement)

**Linda James**, Addiction Intervention Association (association d'intervention contre l'alcoolisme et la toxicomanie)\*

**Linda Sibley-Bowers**, Assessment and Outpatient Managers' Coordinating Committee (comité de coordination des directeurs, évaluation et patients externes)

**Gail Schmidt**, Centre de toxicomanie et de santé mentale

**Ian Stewart**, Assessment and Outpatient Managers' Coordination Committee (comité de coordination des directeurs, évaluation et patients externes)

**Nancy Usher**, Residential Addiction Services of Ontario

**Susan Vincent**, Drogue et alcool – Répertoire des traitements (DART)

**Peter Welch**, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs (Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario)

**Paul Welsh**, Youth Managers' Coordinating Group (groupe de coordination des directeurs, jeunesse)

**Steve Pierce**, Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie

**Christine Bois**, Centre de toxicomanie et de santé mentale

**Jill MacArthur**, Assessment and Outpatient Managers' Coordinating Committee (comité de coordination des directeurs, évaluation et patients externes)

**John Scott**, Assessment and Outpatient Managers' Coordinating Committee

L'OSAB souhaite adresser des remerciements tout particuliers à Virginia Carver pour avoir piloté le projet à ses débuts ainsi que pour son importante contribution à l'élaboration du présent document.

Des ébauches de ce document ont été distribuées dans le secteur de la toxicomanie à diverses étapes de sa création. L'OSAB remercie tous ceux qui lui ont fait part de leurs commentaires.

\* Cette association n'existe plus. Elle a été remplacée par la Canadian Addiction Counsellors Certification Federation / Fédération canadienne d'agrément des conseillers en toxicomanie

# Table des matières

228	1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET MISE EN CONTEXTE
228	1.1 Pourquoi a-t-on besoin de critères d'admission et de congé en Ontario?
228	1.2 Principes fondamentaux
229	1.3 À quoi serviront les Critères?
230	1.4 Le jugement clinique et l'application des Critères
230	2. DÉFINITIONS DES SERVICES
230	2.1 Introduction
231	2.2 Qu'entend-on par « services » de traitement?
231	2.3 Les catégories de services
235	3. LES ATOUTS ET LES BESOINS DU CLIENT
235	3.1 Intoxication aiguë et besoins en matière de sevrage
236	3.2 Besoins d'ordre médical ou psychiatrique
236	3.3 Besoins d'ordre émotionnel ou comportemental
237	3.4 Préparation au traitement
237	3.5 Risque de rechute
238	3.6 Milieu de rétablissement et soutien
238	3.7 Obstacles et ressources
239	4. LES CRITÈRES D'ADMISSION
239	4.1 Comment utiliser les arbres de décision
239	5. LES CRITÈRES D'ORIENTATION ET DE CONGÉ
240	ARBRES DE DÉCISION : ADMISSION
240	L'arbre de décision pour l'admission
241	Évaluation préliminaire et détermination du problème
242	Évaluation des besoins du client en matière de services de gestion du sevrage : niveau ou intensité, 1 <sup>re</sup> partie
243	Évaluation des besoins du client en matière de services de gestion du sevrage : niveau ou intensité, 2 <sup>e</sup> partie
244	Évaluation des besoins du client en matière de services de stabilisation
245	Évaluation des besoins du client en matière de services médicaux ou psychiatriques
246	Évaluation des besoins du client en matière de services de soutien en établissement
247	Évaluation des besoins du client en matière de services de traitement : niveau ou intensité
248	Évaluation des besoins du client en matière de services de traitement à l'externe : niveau ou intensité
249	Évaluation des besoins du client en matière de services de traitement en établissement : niveau ou intensité
250	ARBRES DE DÉCISION : ORIENTATION ET CONGÉ
250	L'arbre de décision pour le congé
251	Évaluation des clients des programmes de gestion du sevrage
252	Évaluation des clients des services de traitement à l'externe
253	Évaluation des clients des services de traitement de jour ou de soir
254	Évaluation des clients des services de traitement en établissement
255	Évaluation des clients des services de soutien en établissement

---

## 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET MISE EN CONTEXTE

### 1.1 POURQUOI A-T-ON BESOIN DE CRITÈRES D'ADMISSION ET DE CONGÉ EN ONTARIO?

Autrefois, en Ontario, les divers services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie utilisaient différents critères pour l'admission et le congé des clients ainsi que pour leur orientation. L'aiguillage des clients pouvait donc grandement varier selon les régions de la province où ils habitaient. Il arrivait que l'orientation soit davantage fondée sur les services disponibles, les rapports de longue date entre organismes et l'habitude plutôt que sur les besoins des clients. Au cours des 2 dernières années cependant, un certain nombre d'organismes ont commencé à collaborer à l'élaboration de critères normalisés d'admission et de congé. De concert avec les représentants des organismes des services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, le ministère de la Santé et le Conseil consultatif ontarien des services de lutte contre la toxicomanie (CCOSLT) ont établi de tels critères\* afin de guider dans leur travail les professionnels du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Ces critères, centrés sur les besoins des clients, incitent les organismes de traitement à donner la priorité aux besoins des clients au lieu de les « caser » en fonction des services disponibles.\*\*

### 1.2 PRINCIPES FONDAMENTAUX

Les Critères sont fondés sur plusieurs principes fondamentaux :

- Le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie existe pour répondre aux besoins des personnes aux prises avec ces difficultés, considérées comme des clients du réseau dans son ensemble et non d'organismes particuliers.
- Grâce à un réseau de services coordonné et unifié, les organismes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie répondront aux besoins propres des clients au lieu de chercher à les « caser » à toute force dans des services prédéterminés.
- Le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie reflétera les pratiques exemplaires et les appliquera.
- Les clients ne seront dirigés vers des services de traitement médical ou psychiatrique en établissement que s'ils présentent de graves troubles d'ordre psychiatrique ou médical et s'ils ont besoin de recevoir un traitement spécialisé dans un cadre multidisciplinaire.
- Les clients feront l'objet d'une évaluation appropriée. On tiendra compte des renseignements recueillis au cours d'évaluations antérieures afin d'éviter les dédoublements.
- On offrira aux clients l'intervention ayant le plus de chances de les aider à recouvrer leur santé tout en perturbant le moins possible leur mode de vie.

---

\* Le ministère de la Santé et le Conseil consultatif ontarien des services de lutte contre la toxicomanie (CCOSLT) ont également élaboré des définitions normalisées pour les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (figurant dans le présent manuel) ainsi qu'une trousse d'évaluation normalisée que l'on peut se procurer à part.

\*\* Pour tout renseignement sur les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (adresses et possibilités d'inscription), veuillez communiquer avec Drogue et alcool – Répertoire des traitements (DART) en composant le 1-800-565-8603 ou avec le programme Ontario Gambling Problem Helpline (ligne d'assistance ontarienne sur le jeu problématique) en composant le 1 888 230 3505.

- Les organismes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie adopteront une démarche échelonnée : ils commenceront par offrir aux clients l'intervention la moins perturbatrice possible tout en répondant à leurs besoins et ils les aideront ensuite, en fonction de l'évolution de ces besoins, à cheminer aisément au sein du réseau.
- On soumettra les clients à des réévaluations constantes tout au long de leur traitement afin de veiller à ce que les services qu'ils reçoivent continuent de correspondre à leurs besoins.
- Les clients ne seront dirigés vers des services de traitement médical ou psychiatrique en établissement que s'ils présentent de graves troubles d'ordre psychiatrique ou médical et s'ils ont besoin de recevoir un traitement spécialisé dans un cadre multidisciplinaire.
- Les services pourront être offerts dans divers cadres (y compris en dehors du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie).
- Les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie seront coordonnés et rationalisés.
- Les organismes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie élaboreront des protocoles communs et concluront des accords pour permettre aux clients de passer facilement d'une intensité de services à une autre ou d'un niveau de services à un autre.

### 1.3 À QUOI SERVIRONT LES CRITÈRES?

Les Critères d'admission et de congé visent à aider les organismes à déterminer le type de services dont les clients ont besoin ainsi que le niveau ou l'intensité de ces services, et ce, tout au long du traitement. En appliquant ces critères, les organismes pourront aider les clients à cheminer dans le réseau en fonction de l'évolution de leurs besoins et non de la durée de programmes préétablis. Ainsi, les clients en établissement qui atteindraient plus tôt que prévu leurs objectifs de traitement et qui rempliraient certains critères pourraient être dirigés vers un service de traitement à l'externe alors que d'autres clients pourraient y séjourner plus longtemps que prévu, s'ils en ont besoin. Les clients des services de traitement à l'externe qui atteignent leurs objectifs de traitement et qui répondent à certains critères pourraient se voir offrir un programme de traitement moins rigoureux. En revanche, les clients de services de traitement à l'externe qui, selon les Critères, auraient besoin d'un soutien plus intensif pour gérer leur alcoolisme ou leur toxicomanie pourraient être dirigés vers un service de traitement en établissement. Ce mode de fonctionnement devrait se traduire par une rationalisation du réseau de services, en termes de coût et d'efficacité, et une meilleure adéquation aux besoins des clients.

Contrairement aux anciens critères d'admission et de congé, les présents Critères :

- établissent une distinction entre les besoins en matière de traitement et les besoins en matière d'hébergement. Ils partent de l'idée que de nombreux clients peuvent effectuer les changements nécessaires en demeurant chez eux, grâce à des services de traitement à l'externe; par contre, un certain nombre de clients ont besoin de deux types de services à la fois : des services de traitement à l'externe et des services de soutien en établissement; d'autres clients encore ont besoin de services de traitement en établissement.
- comportent une phase de préparation au traitement ou de stabilisation (en établissement ou à l'externe), qui permet de régler certains problèmes susceptibles de nuire au traitement des clients.

Les présents Critères ne prévoient pas l'orientation vers des services d'entraide et d'auto-assistance car les clients ont accès à ces programmes sans égard au niveau de service qu'ils reçoivent ou dont ils ont besoin.

#### 1.4 LE JUGEMENT CLINIQUE ET L'APPLICATION DES CRITÈRES

La principale raison d'être des Critères est de promouvoir un mode de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie échelonné et axé sur le client et d'amener les cliniciens à s'interroger sur la manière dont ils prennent leurs décisions en matière d'admission et d'orientation. Le présent document présente une série de questions destinées à guider les cliniciens sur la façon de fournir aux clients l'aide dont ils ont besoin et de les orienter vers les services qui leur conviennent.

Les critères concernant l'admission, le congé et l'orientation des clients ne sont pas destinés à être appliqués à la lettre, abstraction faite de tout facteur extérieur. Il y a des exceptions à tout. Les cliniciens devraient tenir compte :

- des contraintes (de nature géographique ou autres) qui pourraient exiger le renvoi des clients à un service d'un niveau ou d'une intensité différents de ceux indiqués par les Critères.
- des choix exprimés par les clients; en effet, les clients ont la possibilité d'opter en faveur d'un service de niveau inférieur ou d'une intensité moindre que ce qui leur est proposé.

Les cliniciens sont également invités à exercer leur jugement clinique dans l'application des Critères. Cependant, chaque fois qu'un clinicien prend une décision différente de celle indiquée par les Critères (p. ex. décision relative à l'admission ou à l'orientation), il devrait indiquer les motifs de cette décision dans le dossier du client.

*Remarque : À ce stade de leur élaboration, les Critères restent assez généraux; il se pourrait donc qu'ils ne permettent pas toujours de guider les décisions cliniques concernant les jeunes et les personnes âgées et qu'ils ne soient pas adaptés à tous les groupes ethnoculturels. Il est recommandé aux cliniciens qui utilisent les Critères auprès de tels clients de s'en remettre à leur jugement clinique.*

## 2. DÉFINITIONS DES SERVICES

Cette nouvelle façon d'envisager les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (à savoir un traitement centré sur le client et échelonné) s'accompagne de nouvelles notions. Pour uniformiser la dénomination des services au sein du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, le ministère de la Santé et le Conseil consultatif ontarien des services de lutte contre la toxicomanie ont établi un certain nombre de définitions.

### 2.1 INTRODUCTION

Il est essentiel que les intervenants du réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie s'entendent sur ces définitions et les utilisent dans les rapports, les contrôles, la planification, l'évaluation et la prestation des services à la clientèle. Le Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie se servira de ces définitions de façon systématique lorsqu'il s'agira d'attribuer des fonds et de contrôler l'utilisation des services. Les prestataires de services chargés de l'admission et du congé et les planificateurs œuvrant au sein des réseaux locaux pourront utiliser ces définitions dans le cadre de leurs tâches. Quant au programme Drogue et alcool – Répertoire des traitements (DART), il

emploiera ces définitions dans ses rapports ainsi que pour fournir aux membres du public et aux professionnels des renseignements sur l'accessibilité des services de traitement.

Pour les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie et du jeu compulsif, et dans le cadre de la démarche axée sur le client, les termes « à l'externe » ou « communautaire » et « en établissement » employés dans ce document font référence à l'endroit où vit le client qui utilise un certain service. Aucun sous-entendu (p. ex. lieu où sont dispensés ces services, commanditaire ou philosophie qui s'y rattache) n'est lié à l'emploi de ces termes.

## 2.2 QU'ENTEND-ON PAR « SERVICES » DE TRAITEMENT?

Le terme de « services » renvoie à un large éventail de traitements et de mesures de soutien constituant le continuum de soins. Les services de traitement offrent des programmes axés sur des activités ou des modalités cliniques particulières (p. ex. prévention de la rechute, psychothérapie, thérapie familiale, pharmacothérapie, entretien motivationnel, formation en matière de compétences sociales et gestion des situations de crise).

Le projet provincial de rationalisation vise notamment à faire augmenter le nombre et la gamme des services offerts par les organismes voués au traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, c'est-à-dire à encourager le multi-fonctionnalisme au sein de ces organismes. À l'heure actuelle, les services de traitement sont fournis dans divers cadres organisationnels. Certains sont assurés par des organismes indépendants et autonomes alors que d'autres sont dispensés par des organismes de plus grande envergure : bureaux de santé publique ou hôpitaux, par exemple. Il arrive aussi que des services de traitement offrent des activités diverses regroupées au sein de programmes particuliers (p. ex. programme d'intervention familiale, programme d'orientation pour le changement auto-guidé [*self-change*] et programme de prévention de la rechute).

Bien que la catégorisation des divers cadres institutionnels qui fournissent des services de traitement n'entre pas dans le cadre du présent rapport, nous aurons besoin par la suite de définir des « unités » standard aux fins de l'établissement de rapports pour le Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie (OSAB) ou le programme DART et peut-être d'autres organismes chargés du traitement de l'information. Ce processus pourra être amorcé et contrôlé par l'OSAB qui pourra se servir à cet effet de ses numéros de référence ou de ceux de DART. Chaque unité fournira un des services indiqués ci-dessous ou plusieurs d'entre eux.

## 2.3 LES CATÉGORIES DE SERVICES

### Les premiers contacts avec le réseau

Les formalités et les étapes du processus décisionnel auxquelles il faut se prêter pour obtenir des renseignements sur le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ou s'y inscrire sont les suivantes :

- *La demande de renseignements* (questions concernant les programmes offerts par un organisme donné, ou le réseau de traitement, etc.); cette demande peut être effectuée par un membre du public, une personne travaillant dans un autre organisme ou un professionnel)
- *La décision d'admission* (entretien visant à déterminer si une personne est admissible aux services offerts par un organisme, à inscrire cette personne auxdits services le cas échéant et à l'orienter vers des services offerts par l'organisme)

- *L'évaluation préliminaire* (bref processus destiné à recueillir le minimum de renseignements requis pour déterminer les besoins immédiats du client et pour fournir une orientation sur la manière d'amorcer le processus d'évaluation et de traitement. À cette étape, on peut aussi renseigner les clients afin de les aider à exprimer, en toute connaissance de cause, leurs préférences à l'égard des premières mesures à prendre. L'évaluation préliminaire peut être effectuée de façon individuelle ou en groupe.)

Les échanges propres aux premiers contacts peuvent se dérouler par téléphone, sur Internet ou en personne, dans le cadre d'une ou de plusieurs séances, en un seul lieu ou en des lieux différents, individuellement ou en groupe.

## L'ÉVALUATION INITIALE ET LES SERVICES DE PLANIFICATION DU TRAITEMENT

L'*évaluation initiale* est un processus qui fait intervenir une exploration de la situation du client menée en collaboration par le conseiller et le client. Cette évaluation, qui fournit au clinicien des renseignements plus détaillés, lui permet de déterminer les besoins du client, ses objectifs, ses caractéristiques propres, ses problèmes particuliers et le stade de changement où il se trouve. La durée de l'évaluation varie selon la situation, les évaluations très poussées pouvant être réservées aux clients qui ont des antécédents ou des problèmes particulièrement complexes. C'est sur l'évaluation initiale que repose la *planification initiale du traitement*, un processus de négociation qui fait intervenir les commentaires suscités par les résultats de l'évaluation, les atouts du client, les principaux problèmes auxquels il est confronté, le jugement du clinicien, les préférences du client et son état de préparation au changement ainsi que la mise en lumière éventuelle des obstacles à l'instauration d'un traitement. Ce processus aboutit à l'élaboration d'un plan d'action précis et, le cas échéant, à l'orientation du client vers des services appropriés.

## LES SERVICES DE GESTION DE CAS

Dans le cadre des services de gestion de cas, un intervenant de première ligne est chargé de l'évaluation continue du client et de ses problèmes, de l'adaptation continue du plan de traitement, de l'obtention des services requis et de la coordination des différents services, du suivi et du soutien, de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan de congé et de la défense des intérêts du client. Les services de gestion de cas sont offerts à tous les clients, indépendamment du point qu'ils ont atteint dans le réseau.

## LES SERVICES DE TRAITEMENT À L'EXTERNE

Il s'agit de séances de groupe ou de séances individuelles d'une ou deux heures, généralement espacées d'une semaine ou plus et offertes aux clients qui ne résident pas dans un établissement de soins. Les interventions sont assez brèves. Dans le cadre des services de traitement à l'externe, les clients reçoivent du counseling personnel et du counseling relatif à l'hygiène de vie; on les aide à acquérir les aptitudes nécessaires à la gestion de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de la dépendance au jeu et des problèmes qui leur sont associés; on peut aussi les aider à maintenir leurs objectifs de traitement et à s'en fixer de nouveaux. La prévention de la rechute, l'orientation relative au changement auto-guidé, l'intervention familiale, le suivi et la postcure font partie intégrante de ces services, qui peuvent être dispensés en même temps que le traitement médical ou psychiatrique. La fréquence et la durée des séances varient en fonction des besoins des clients et des types de programmes. Les services de traitement à l'externe peuvent être offerts en divers lieux : domicile du client, école, organisme de traitement de l'alcoolisme et

de la toxicomanie ou autre. Ces services comportent un volet de sensibilisation : intervention précoce (mais non prévention), éducation et sensibilisation du public.

### LES SERVICES DE TRAITEMENT MÉDICAL ET PSYCHIATRIQUE À L'EXTERNE

Ce sont des services externes visant à répondre aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants. Ces services peuvent être fournis soit dans le cadre d'un programme structuré de jour ou de soir, soit sous forme de services de traitement communautaires. Les services de traitement médical et psychiatrique à l'externe sont généralement intégrés à une gamme de services hospitaliers et ils font intervenir des médecins, du personnel infirmier et des spécialistes du traitement des troubles concomitants.

### LES SERVICES DE TRAITEMENT DE JOUR OU DE SOIR À L'EXTERNE

Ces services, qui consistent en un programme structuré comportant plusieurs activités de traitement, sont généralement offerts cinq jours ou cinq soirs par semaine, (p. ex. à raison de trois ou quatre heures par jour). Parmi les clients de ces services, certains demeurent chez eux, mais ce n'est pas toujours le cas : il y a par exemple des clients qui résident dans des établissements offrant des services de soutien. Les services de traitement de jour ou de soir à l'externe aident les clients à acquérir les aptitudes nécessaires à la gestion de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de la dépendance au jeu et à la gestion des problèmes associés.

### LES SERVICES DE TRAITEMENT EN ÉTABLISSEMENT

Ces services consistent en un programme structuré comportant des activités de traitement ou des activités de réadaptation ou les deux. Les services de traitement sont fournis aux clients qui résident dans l'établissement. Ils visent à aider les clients à acquérir les aptitudes nécessaires à la gestion de l'alcoolisme, de la toxicomanie et des problèmes connexes et à mettre ces aptitudes en pratique. En sus des activités programmées, les clients ont un accès permanent (24 heures sur 24) à des services de soutien et aux soins fournis par l'établissement.

### LES SERVICES DE TRAITEMENT MÉDICAL OU PSYCHIATRIQUE EN ÉTABLISSEMENT

Ces services consistent en un programme structuré comportant des activités de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie ou des activités de réadaptation, ou des deux. Ils sont fournis aux clients dont les troubles physiques, émotionnels ou comportementaux sont suffisamment graves pour exiger la prestation de soins médicaux ou psychiatriques personnalisés en établissement. Le traitement et la réadaptation ont pour but d'aider les clients à gérer leurs troubles médicaux ou psychiatriques tout en s'attaquant au problème de la dépendance ou de les aider à se stabiliser pour qu'ils puissent être orientés par la suite vers un service de traitement approprié pour l'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance au jeu. Outre les activités de traitement ou de réadaptation programmées, les services de traitement médical ou psychiatrique en établissement offrent un accès permanent (24 heures sur 24) à du soutien et à des soins sur place.

## LES SERVICES DE SOUTIEN EN ÉTABLISSEMENT\*

Ces services comportent deux niveaux :

### 1<sup>er</sup> niveau

- Hébergement et services de soutien ou de rétablissement connexes : counseling relatif à l'hygiène de vie et à l'autonomie fonctionnelle, services de réinsertion sociale, orientation professionnelle et entraide, etc. Ces services sont fournis aux clients qui ont besoin de soutien dans un milieu stable, que ce soit avant, pendant ou après leur traitement. Le traitement n'est pas dispensé sur place; il est fourni ailleurs.

### 2<sup>e</sup> niveau

- Hébergement dans un milieu exempt d'alcool et de drogues. Il s'agit strictement d'un service d'hébergement et aucun service de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie n'est fourni sur place.

## LES SERVICES DE GESTION DU SEVRAGE

Aide au sevrage pour les clients qui souhaitent arrêter de boire ou de consommer de la drogue, ceux qui sont déjà en sevrage ou ceux qui traversent une crise directement liée à l'usage de l'alcool ou de la drogue. Les soins sont prodigués avec ou sans recours à la pharmacothérapie ou à d'autres interventions médicales. Des services supplémentaires – planification du congé, éducation prodiguée en début de rétablissement et autres – sont fournis aux clients.

Ces services peuvent être fournis à l'externe ou en établissement :

- Les clients des *services de gestion du sevrage offerts à l'externe* peuvent être des personnes qui reçoivent simultanément des services de soutien en établissement ou des clients externes, qu'ils demeurent chez eux, chez un proche ou dans tout autre type de résidence, supervisée ou non.
- Les clients des *services de gestion du sevrage en établissement* reçoivent des soins soit dans un centre de gestion du sevrage (centre de désintoxication), soit dans un hôpital, à titre de patients externes.

Les trois niveaux de services suivants s'appliquent tant aux services de gestion du sevrage offerts à l'externe qu'à ceux qui sont offerts en établissement. Peuvent être évalués en vue d'une admission les clients de tous niveaux qui ne prennent aucun médicament.

### 1<sup>er</sup> niveau

- Les symptômes du client peuvent être surveillés en toute sécurité par du personnel sans formation médicale.
- L'acuité ou la gravité des symptômes peut être gérée, si nécessaire, au moyen d'une consultation en cabinet médical, dans une clinique ou un centre de santé ouverts en permanence, ou bien au service des urgences d'un hôpital.

\* Pour tenir compte des commentaires fournis alors que la rédaction des critères en était au stade d'ébauche, nous avons modifié le nom de ce service, mais non sa définition.

- La taille du personnel ne permet pas la prise en charge des symptômes aigus.
- En collaboration avec un médecin, si nécessaire, évaluer, en vue de leur admission, les personnes qui prennent les types de médicaments suivants :
  - médicaments pour troubles physiques
  - médicaments pour troubles mentaux diagnostiqués
  - médicaments pour la douleur, mais seulement dans le cas de blessures graves ou d'intervention chirurgicale récente.

#### 2<sup>e</sup> niveau

- Les symptômes du client peuvent être pris en charge en toute sécurité par du personnel sans formation médicale.
- L'acuité ou la gravité des symptômes peut être gérée, si nécessaire, au moyen d'une consultation en cabinet médical, dans une clinique ou un centre de santé ouverts en permanence, ou bien au service des urgences d'un hôpital.
- Des consultations médicales régulières et un personnel suffisant permettent d'envisager la gestion des situations suivantes, relatives à la prise de médicaments :
  - clients prenant des médicaments autorisés au 1<sup>er</sup> niveau
  - clients prenant de la méthadone
  - clients prenant des benzodiazépines ou des stupéfiants, en phase de sevrage progressif.

#### 3<sup>e</sup> niveau

- Les symptômes des clients exigent une supervision par un personnel doté d'une formation médicale.
- Accès constant à des consultations médicales et personnel sur place en permanence pour la surveillance et la prise en charge des situations suivantes, relatives à la prise de médicaments :
  - prise de médicaments autorisés au 1<sup>er</sup> niveau
  - situations prévues au 2<sup>e</sup> niveau
  - sevrage supervisé par un médecin.

### 3. LES ATOUTS ET LES BESOINS DU CLIENT

Nous décrivons ici les sept catégories d'atouts et de besoins permettant d'évaluer le fonctionnement du client et de déterminer, parmi les services décrits ci-dessus, lesquels lui conviendraient le mieux.

#### 3.1 INTOXICATION AIGUË ET BESOINS EN MATIÈRE DE SEVRAGE

*Capacité du client à gérer sa consommation d'alcool ou de drogue ou à arrêter de consommer ces substances*

Le client a-t-il des besoins liés à un état d'intoxication aiguë ou au sevrage?

Il faut soumettre à une évaluation les clients qui, ayant récemment consommé de la drogue ou de l'alcool, pourraient être en état d'intoxication ainsi que les clients en phase de sevrage afin de déterminer leurs besoins en matière de services de gestion du sevrage. C'est surtout au moment de l'admission des clients dans le réseau de traitement que l'on se penchera sur ces besoins, mais il faudra réexaminer ces besoins en cas de rechute de toute autre situation susceptible d'affecter les besoins relatifs à la gestion du sevrage.

Les Critères ont été conçus pour aider les cliniciens à déterminer le niveau d'intervention requis. Ils mettent l'accent sur le fait que des troubles ou des besoins médicaux peuvent interférer avec les besoins d'un client en matière de services de gestion du sevrage. Ainsi, le client est-il suffisamment stable sur le plan psychique ou physique pour pouvoir être admis dans un tel service? Si un médecin a prescrit des médicaments au client, celui-ci les prend-il comme il se doit?

### 3.2 BESOINS D'ORDRE MÉDICAL OU PSYCHIATRIQUE

#### *Signes ou symptômes de troubles médicaux ou psychiatriques*

Le client présente-t-il des troubles physiques ou mentaux aigus ou chroniques susceptibles de l'empêcher de participer pleinement au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie? A-t-il besoin de soins médicaux ou psychiatriques?

Il faut soumettre à une évaluation les clients qui présentent des troubles physiques ou mentaux afin de déterminer leurs besoins en matière de services médicaux ou psychiatriques ou afin de juger s'ils ont besoin de services de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie adaptés. À titre d'exemple, les clients qui présentent des troubles d'ordre physique pourraient ne pas avoir l'énergie nécessaire pour prendre part à un traitement structuré; il se pourrait aussi qu'ils aient besoin de plus de soutien que celui qui est offert par la plupart des services. Les clients qui présentent des troubles mentaux : dépression, anxiété ou angoisse, troubles de la pensée, troubles de la mémoire et de la concentration, pensées suicidaires, etc. pourraient aussi être incapables de prendre part à un traitement s'ils sont admis dans un service de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Dans de tels cas, il est préférable de commencer par traiter ces troubles et d'attendre que les clients soient stabilisés avant d'amorcer le traitement de la dépendance.

### 3.3 BESOINS D'ORDRE ÉMOTIONNEL OU COMPORTEMENTAL

#### *Capacité du client à assumer les activités de la vie courante, à résoudre les problèmes auxquels il est confronté, à s'adapter et à se prendre en charge*

Le client éprouve-t-il des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne : se lever le matin, s'habiller, faire sa toilette, préparer ses repas, arriver à l'heure à ses rendez-vous, etc.?

Pour déterminer le niveau ou l'intensité des services de traitement dont le client a besoin ainsi que le soutien qu'il lui faut, il faut évaluer ses compétences dans le domaine des activités de la vie courante. Les clients qui se débrouillent bien dans ce domaine et qui savent résoudre les problèmes qui se posent à eux (et les clients qui n'ont pas de gros problèmes) auront vraisemblablement besoin de services moins intensifs que ceux qui ont des

problèmes complexes. Pour les premiers, des services de traitement à l'externe dispensés de façon hebdomadaire pourraient suffire tandis que les seconds pourraient avoir besoin de services en établissement.

Par ailleurs, pour qu'un client soit en mesure de progresser dans le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, il est essentiel qu'il acquière les compétences utiles à la vie courante.

### 3.4 PRÉPARATION AU TRAITEMENT

*Mesure dans laquelle le client est prêt à apporter des changements à sa consommation d'alcool ou de drogue ou à d'autres aspects de sa vie*

Le client est-il prêt à changer?

Tous les clients alcooliques et toxicomanes ne sont pas au même stade de changement et certains ont des problèmes pouvant les amener à rechuter. Afin de déterminer le niveau ou l'intensité des services requis pour aider un client à changer, il faut évaluer sa volonté de changement. Les personnes très motivées n'auront vraisemblablement pas besoin de services de la même intensité que celles dont la motivation est moindre et les personnes qui ne sont pas encore ouvertes au changement pourraient avoir besoin de counseling motivationnel et d'autres formes de soutien. Les questions d'évaluation reposent sur le cadre élaboré par Prochaska et DiClemente. Il faut réévaluer l'état de préparation au changement des clients qui ont de la difficulté à maintenir des objectifs de traitement établis d'un commun accord. Il faut également procéder à une réévaluation au moment du congé, pour déterminer si les clients ont besoin d'autres types de soutien ou de services.

### 3.5 RISQUE DE RECHUTE

*Possibilité que le client se remette à boire ou à prendre de la drogue (s'il avait choisi l'abstinence) ou qu'il dévie des objectifs fixés d'un commun accord*

Le client risque-t-il de rechuter? De quel niveau ou de quelle intensité de service a-t-il besoin pour s'en tenir à ses objectifs de traitement?

Pour déterminer le risque de rechute des clients, il faut les soumettre à une évaluation. En s'informant sur les récentes habitudes de consommation d'alcool ou de drogue des clients et les stratégies qu'ils emploient pour éviter d'en consommer, les cliniciens seront mieux à même de déterminer le niveau de soutien requis pour éviter une rechute. Ainsi, une personne qui a réussi à s'abstenir de boire ou de prendre de la drogue durant une semaine ou plus et qui dispose du soutien approprié pourrait bénéficier d'un traitement de jour ou de soir. En revanche, une personne qui a régulièrement consommé de l'alcool ou de la drogue au cours du mois précédent ou depuis plus longtemps, qui n'est pas arrivée à s'abstenir d'en consommer pendant une période significative et qui éprouve un fort état de manque pourrait avoir besoin de services de soutien en établissement.

Durant le traitement, les cliniciens se baseront sur le risque de rechute des clients ainsi que sur leurs atouts et leurs besoins pour déterminer s'ils sont prêts à passer à une autre étape du traitement et quel type de soutien il pourrait leur falloir.

### 3.6 MILIEU DE RÉTABLISSEMENT ET SOUTIEN

#### *Degré de soutien et de sécurité dont dispose le client*

De quel degré de soutien le client dispose-t-il dans son milieu de vie? Y fait-on une consommation excessive d'alcool ou de drogue? Le client se sent-il poussé à la consommation par son entourage? Est-il en sécurité? A-t-il une famille et des amis qui lui apportent du soutien?

Il faut déterminer si le milieu de vie des clients offre la sécurité et le soutien nécessaires à leur rétablissement. En effet, les clients qui vivent dans un tel milieu ont généralement besoin de services moins intensifs que ceux qui ne bénéficient pas de telles conditions de vie. Pour permettre à ces derniers de s'impliquer dans leur traitement, il faut envisager des services de traitement ou de soutien en établissement.

Au moment d'établir si un client pourrait passer à des services moins intensifs ou recevoir son congé, le clinicien doit se renseigner sur son milieu de vie afin de déterminer s'il dispose du soutien nécessaire pour demeurer en santé et éviter la rechute. Si le problème du milieu de vie persiste, le clinicien pourrait diriger le client vers d'autres services et mécanismes de soutien, selon les besoins du client.

### 3.7 OBSTACLES ET RESSOURCES

#### *Obstacles ou obligations susceptibles d'empêcher un client de prendre part au traitement et ressources dont le client dispose ou devrait disposer pour pouvoir se rendre à ses rendez-vous de traitement*

Le client se heurte-t-il à des obstacles ou a-t-il des obligations susceptibles d'empêcher le client de prendre part au traitement? Quelles ressources lui faut-il pour pouvoir se rendre à ses rendez-vous de traitement? Ainsi, si un client a des rendez-vous chez le médecin ou d'autres rendez-vous, a-t-il accès à un moyen de transport ou a-t-il assez d'argent pour se déplacer? A-t-il des obligations familiales (p. ex. garde d'enfants) ou d'autres obligations susceptibles de l'empêcher de respecter ses rendez-vous de traitement réguliers?

Le client a-t-il des démêlés avec la justice susceptibles de l'empêcher de se rendre à ses rendez-vous de traitement (p. ex. citation à comparaître, peine de prison)?

Le client est-il en période de crise et a-t-il besoin de soutien avant d'entreprendre un traitement? Quel que soit le niveau de soins ou le traitement reçu, le client qui traverse une crise peut avoir besoin d'un soutien supplémentaire.

Toutes ces questions influent sur les soins à prodiguer aux clients, surtout lorsqu'ils prennent contact pour la première fois avec le réseau de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Il est cependant souhaitable de réexaminer ces questions chaque fois qu'un client est prêt à passer à un service différent au sein du réseau.

## 4. LES CRITÈRES D'ADMISSION

Cette partie contient une série d'arbres de décision correspondant aux sept catégories d'atouts et de besoins des clients. Ces arbres de décision présentent, de façon schématique, les critères d'admission applicables. Ils aident les cliniciens à prendre des décisions appropriées relativement aux services vers lesquels diriger les clients qui prennent contact avec le réseau de traitement; ils les aident aussi à déterminer s'il est temps de les faire passer à d'autres services offerts par le réseau.

Tous les arbres de décision reposent sur le principe selon lequel les clients doivent être dirigés vers le service le moins perturbateur susceptible de répondre à leurs besoins.

### 4.1 COMMENT UTILISER LES ARBRES DE DÉCISION

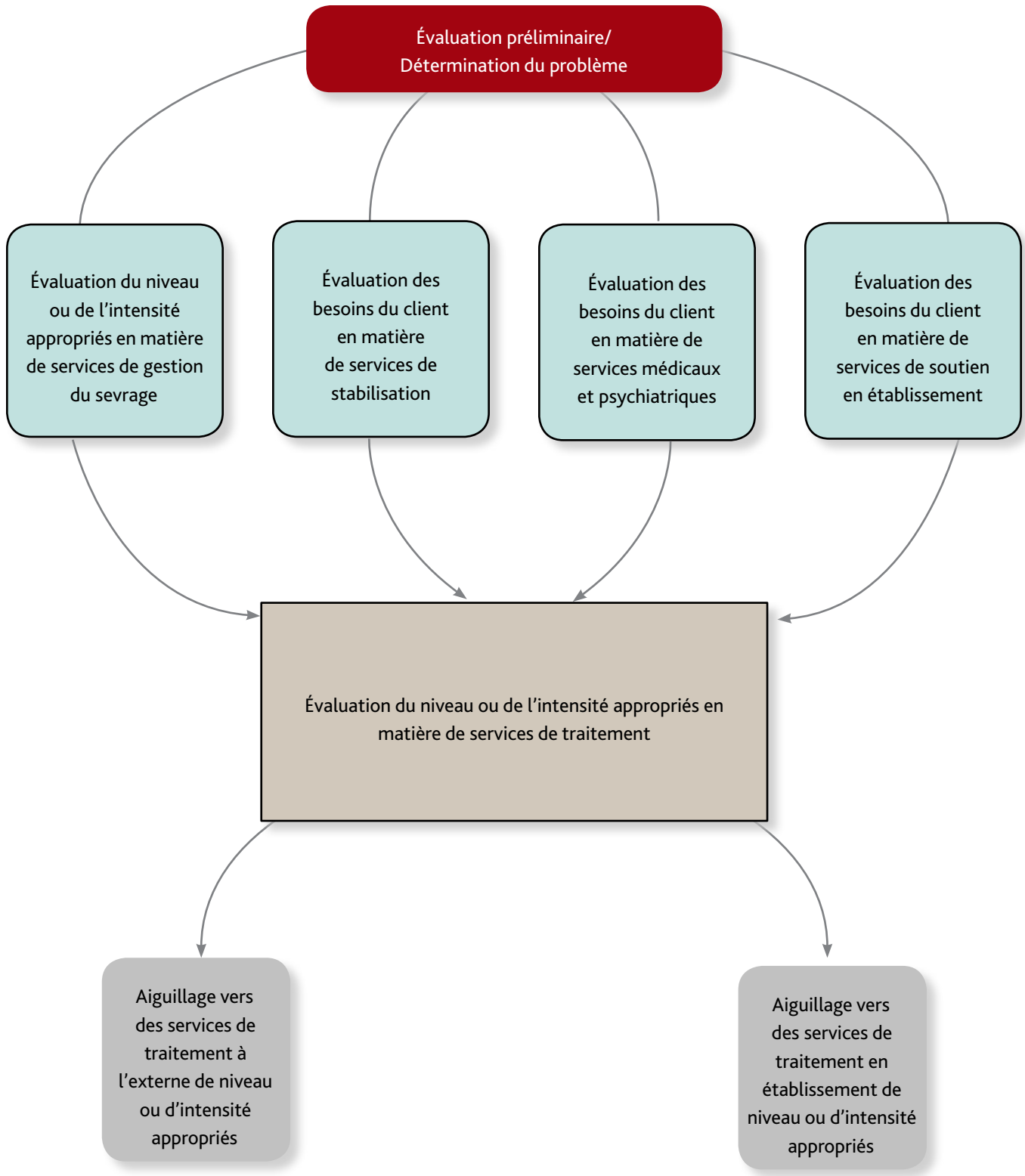
L'arbre de décision pour l'admission, qui sert à guider les cliniciens dans l'utilisation des autres arbres de décision, indique les liens entre les différents arbres. Pour chaque client, le clinicien commence par répondre à la série de questions du premier arbre de décision, soit l'arbre *Évaluation préliminaire / Détermination du problème*, puis il en fait de même avec les autres arbres de décision applicables.

*Remarque : Il faut préciser que les arbres de décision ne s'appliqueront pas nécessairement à tous les clients. Comme indiqué précédemment, il est recommandé aux cliniciens d'user de leur jugement clinique dans la prise des décisions relatives à l'évaluation et à l'orientation des clients, et à leur congé.*

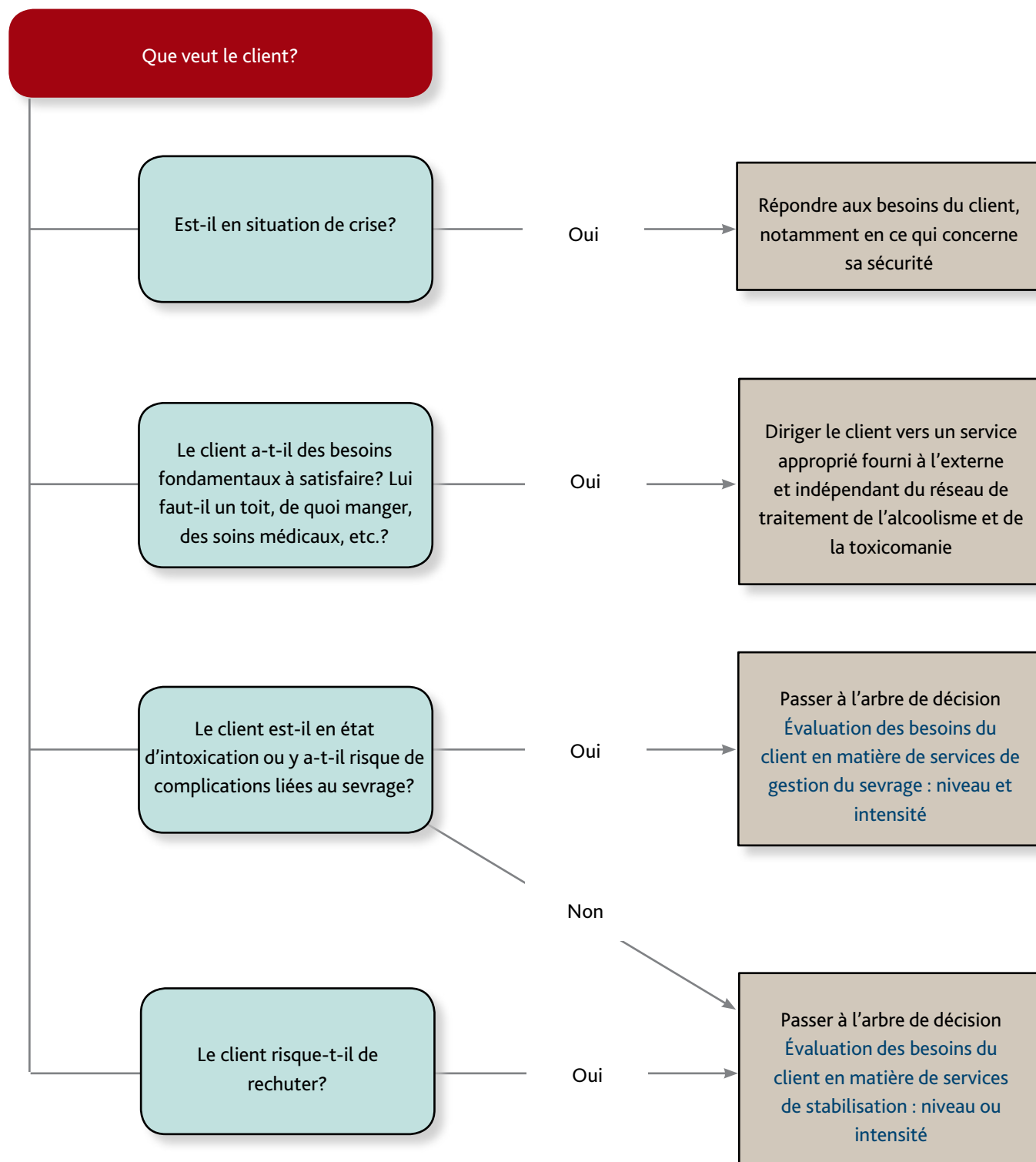
## 5. LES CRITÈRES D'ORIENTATION ET DE CONGÉ

À chaque étape du traitement – qu'il s'agisse d'un programme de gestion du sevrage, d'un programme de stabilisation, d'un programme de traitement ou d'un programme de soutien en établissement – les clients doivent faire l'objet d'une évaluation. Celle-ci permet de déterminer si les clients pourraient avoir besoin d'autres services et s'ils sont prêts à passer à l'étape suivante du traitement. Chaque client progresse à un rythme différent; par exemple, certains clients ont besoin de plus de temps que d'autres à l'étape du sevrage ou de la stabilisation. Les clients devraient pouvoir passer facilement d'un service à un autre, qu'ils aient besoin de services moins intenses ou plus intenses. Les Critères et les arbres de décision de cette partie permettent aux cliniciens de déterminer à quel moment un client a besoin de passer à une autre étape de traitement et quand il est prêt à recevoir son congé. L'arbre de décision pour le congé, qui sert à guider les cliniciens dans l'utilisation de tous les arbres de décision quant au congé et à l'orientation, indique les liens entre ces différents arbres. Les autres arbres de décision sont destinés aux clients qui utilisent des services de traitement particuliers.

Arbre de décision pour l'admission

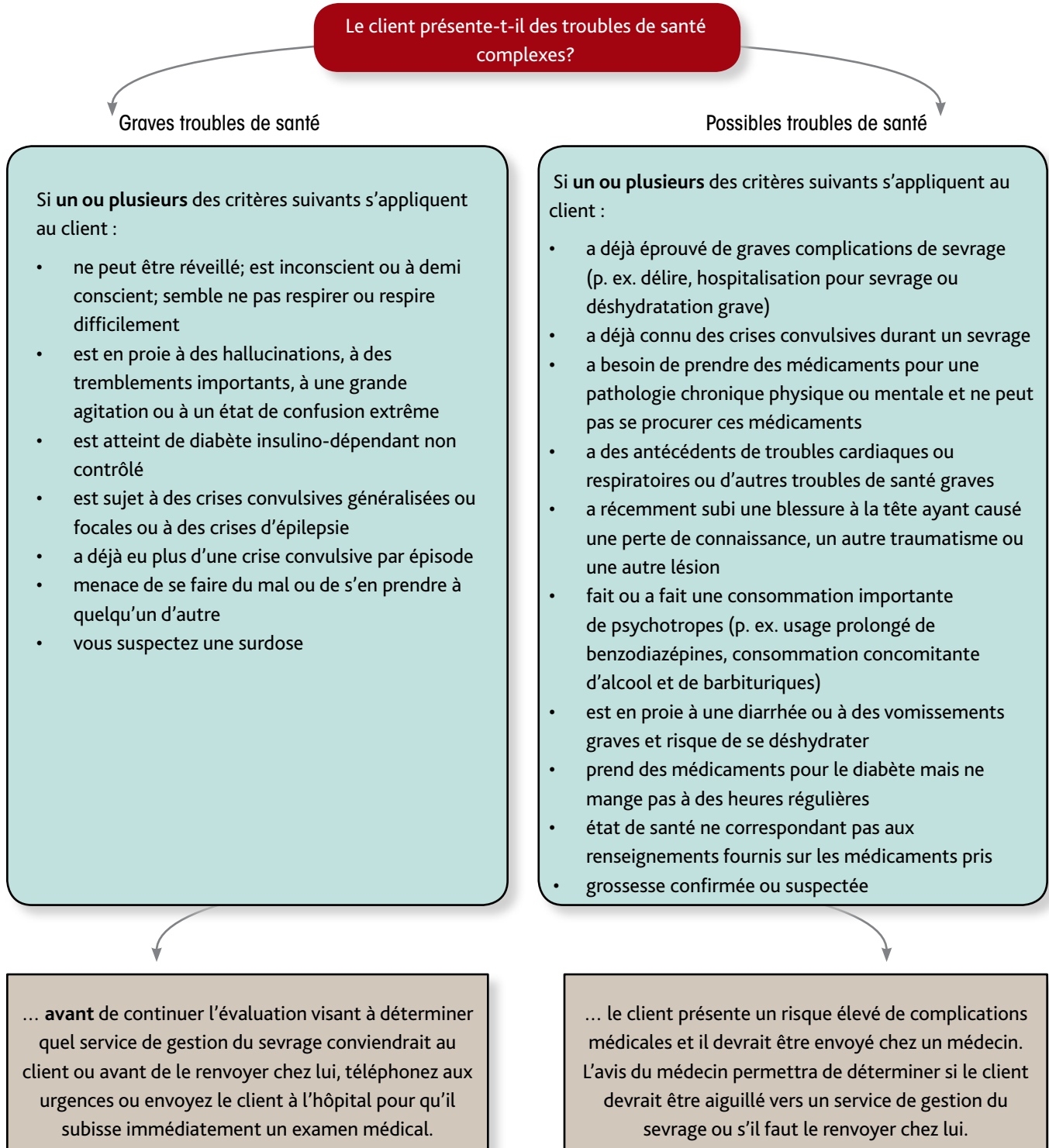


## Évaluation préliminaire et détermination du problème



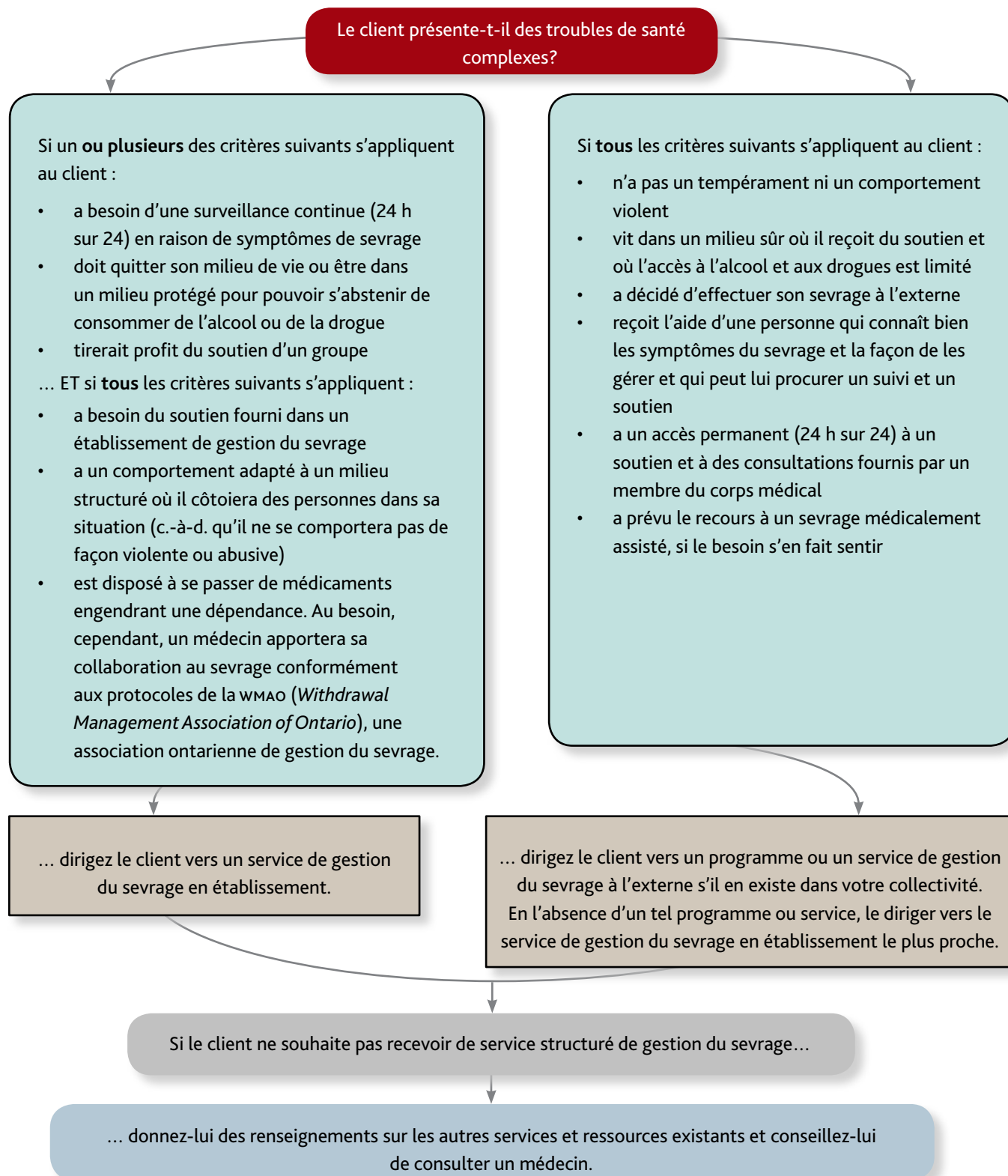
Pour des renseignements sur les services de traitement offerts, veuillez communiquer avec Drogue et alcool - Répertoire des traitements (DART) en composant le 1-800-565-8603 ou avec la Ligne ontarienne d'aide sur le jeu problématique en composant le 1-800-230-3505.

## Évaluation du niveau ou de l'intensité appropriés en matière de services de gestion du sevrage, 1<sup>re</sup> partie



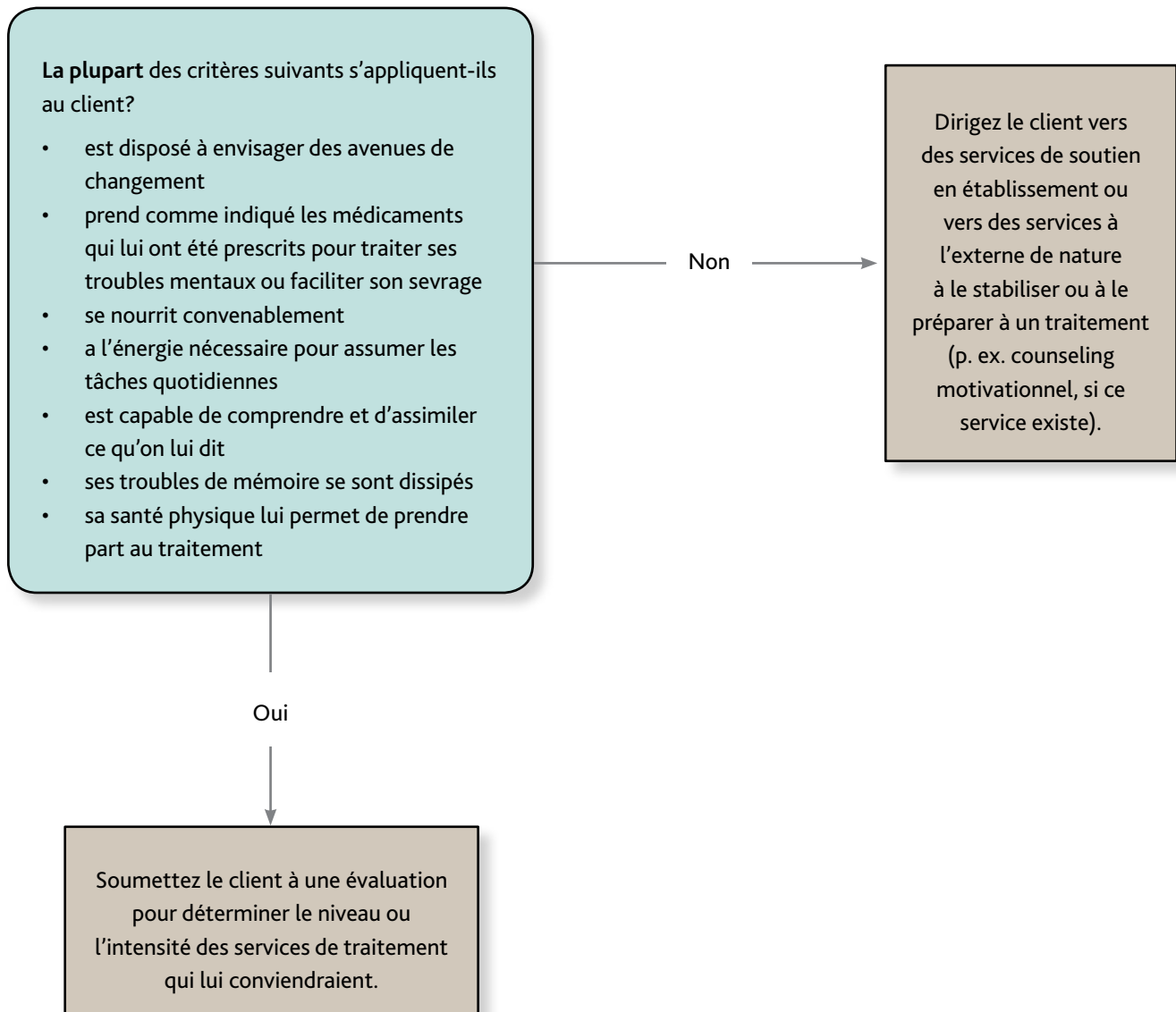
Pour une consultation sur l'opportunité de demander un examen médical, on peut s'adresser au service des urgences d'un hôpital, à un médecin, à un centre de gestion du sevrage ou au Service de consultations cliniques de CAMH en composant le 1 800 720-2227.

Évaluation des besoins du client en matière de services de gestion du sevrage :  
niveau ou intensité, 2<sup>e</sup> partie



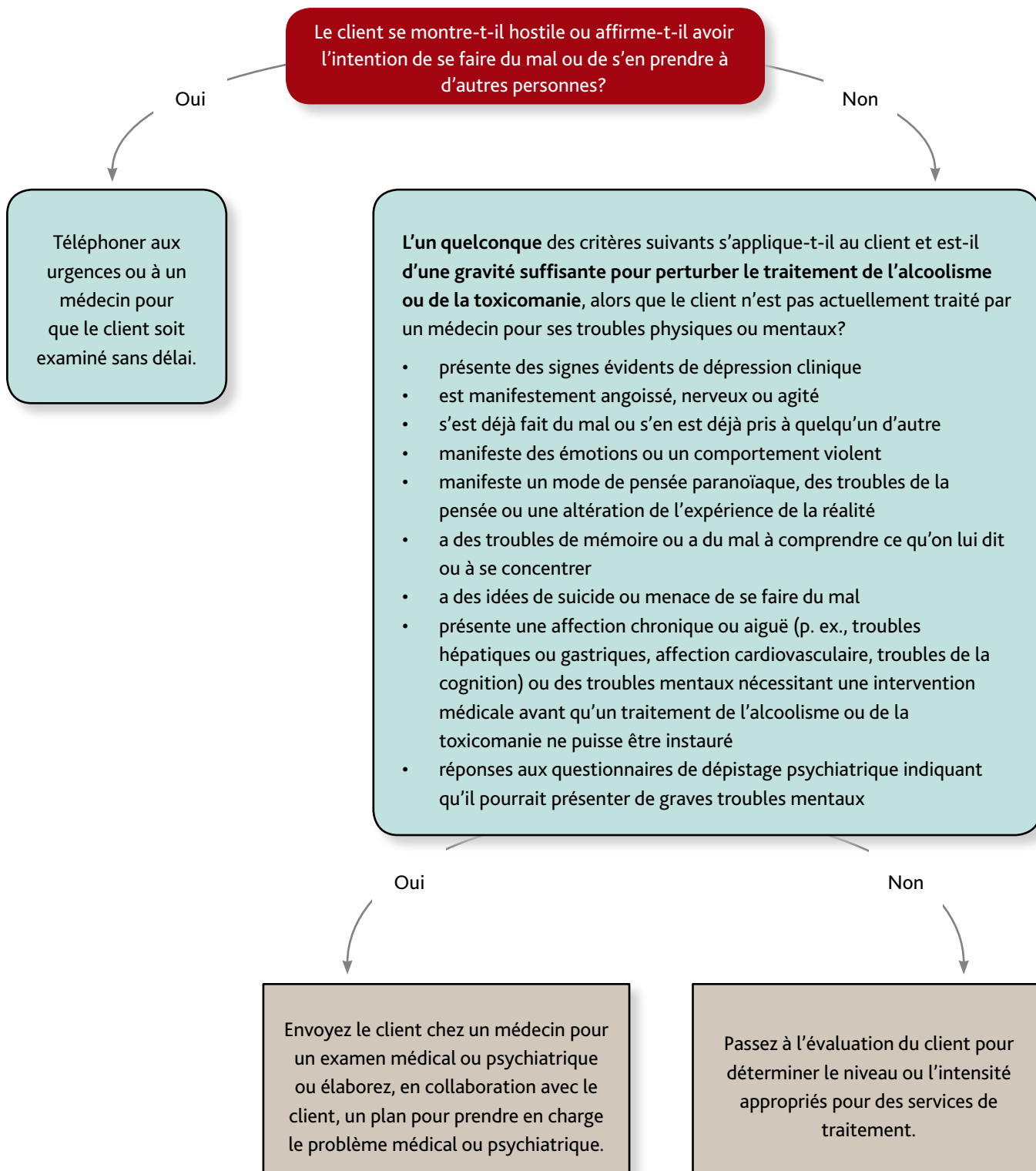
## Évaluation des besoins du client en matière de services de stabilisation

Certains clients qui ont traversé la phase aiguë du sevrage pourraient avoir besoin d'une période de stabilisation avant d'être en mesure de prendre part à un traitement. D'autres clients, qui n'ont pas besoin de services de gestion du sevrage pourraient quand même bénéficier d'une période de stabilisation pour se préparer avant d'entreprendre un traitement.



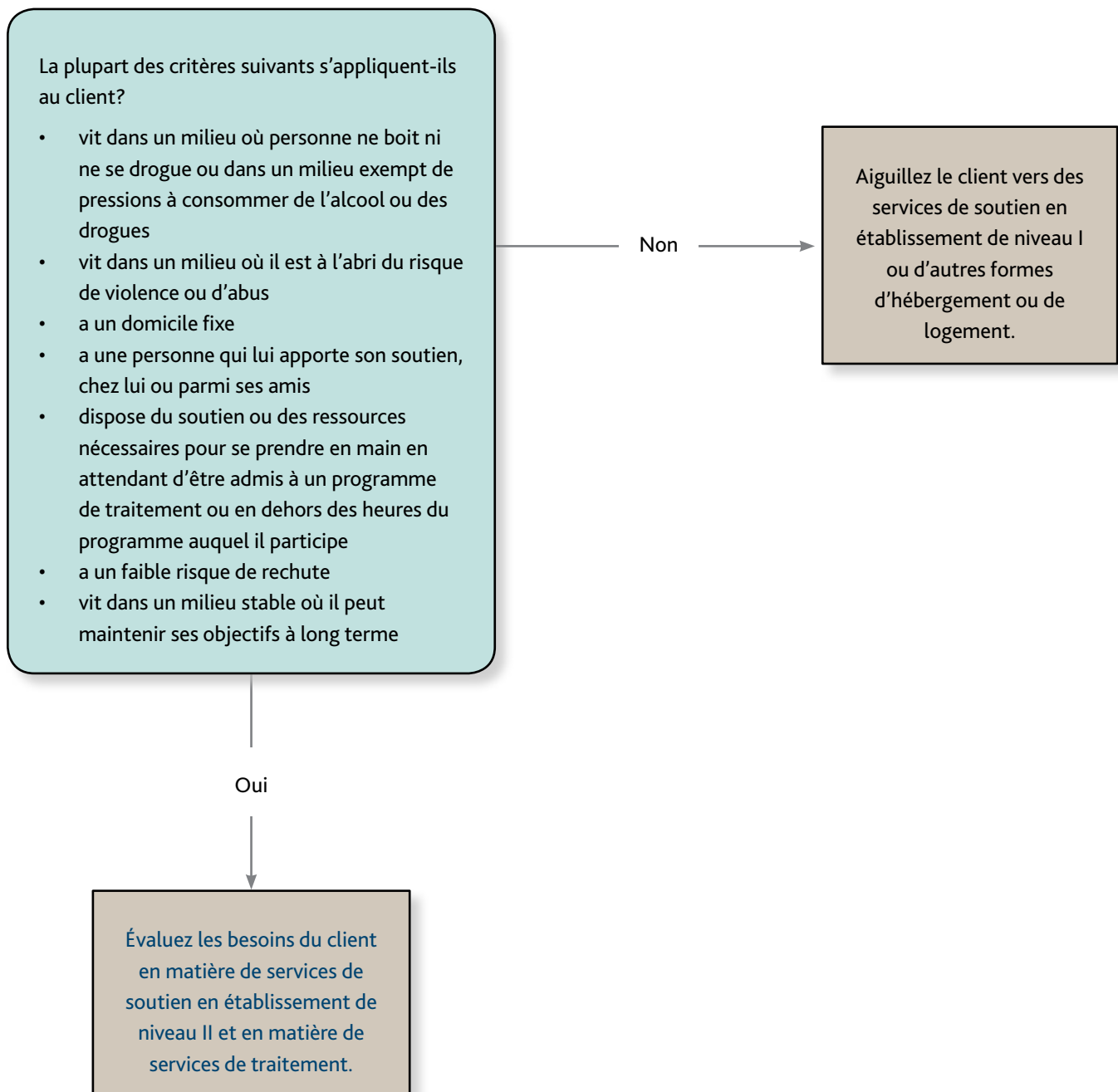
## Évaluation des besoins du client en matière de services médicaux ou psychiatriques

Des troubles médicaux ou psychiatriques graves peuvent affecter la capacité du client à prendre part à un traitement, et de tels problèmes peuvent survenir à tout moment lorsqu'un client est en cours de traitement.



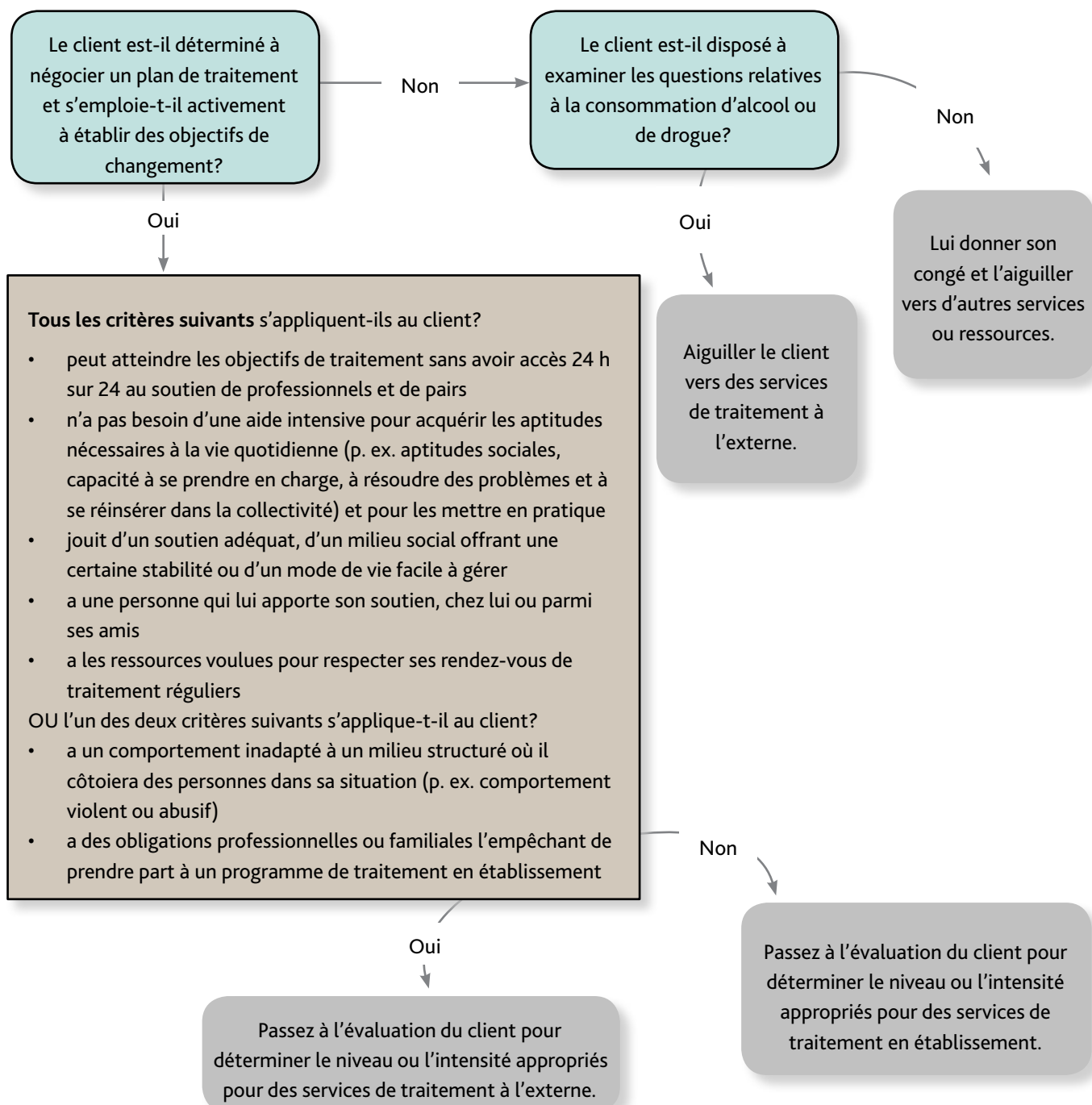
## Évaluation des besoins du client en matière de services de soutien en établissement

Certains clients ont besoin de services de soutien en établissement pour être mieux à même de participer activement dans le cadre de services de traitement à l'externe ou d'atteindre leurs objectifs.

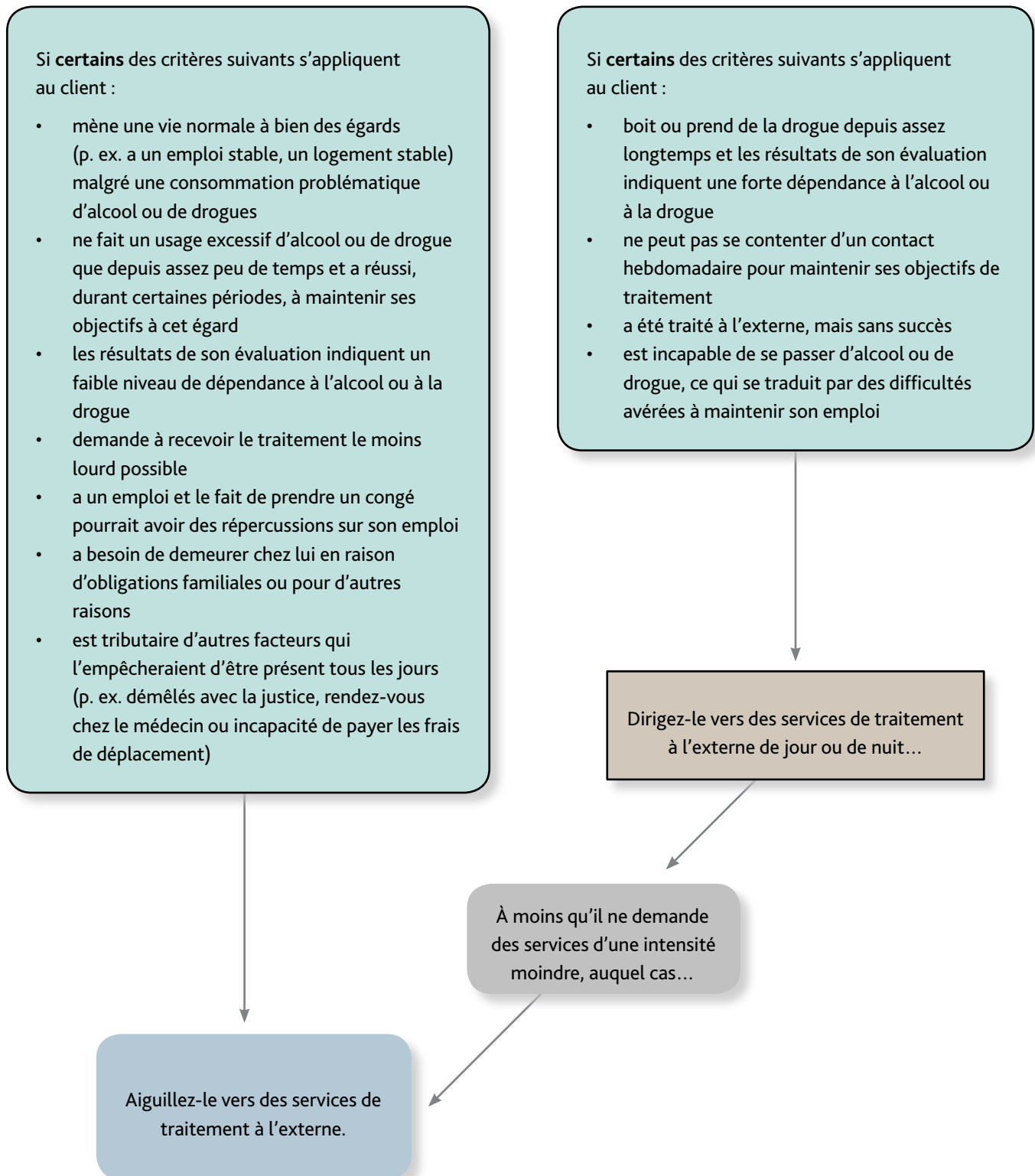


## Évaluation des besoins du client en matière de services de traitement : niveau ou intensité

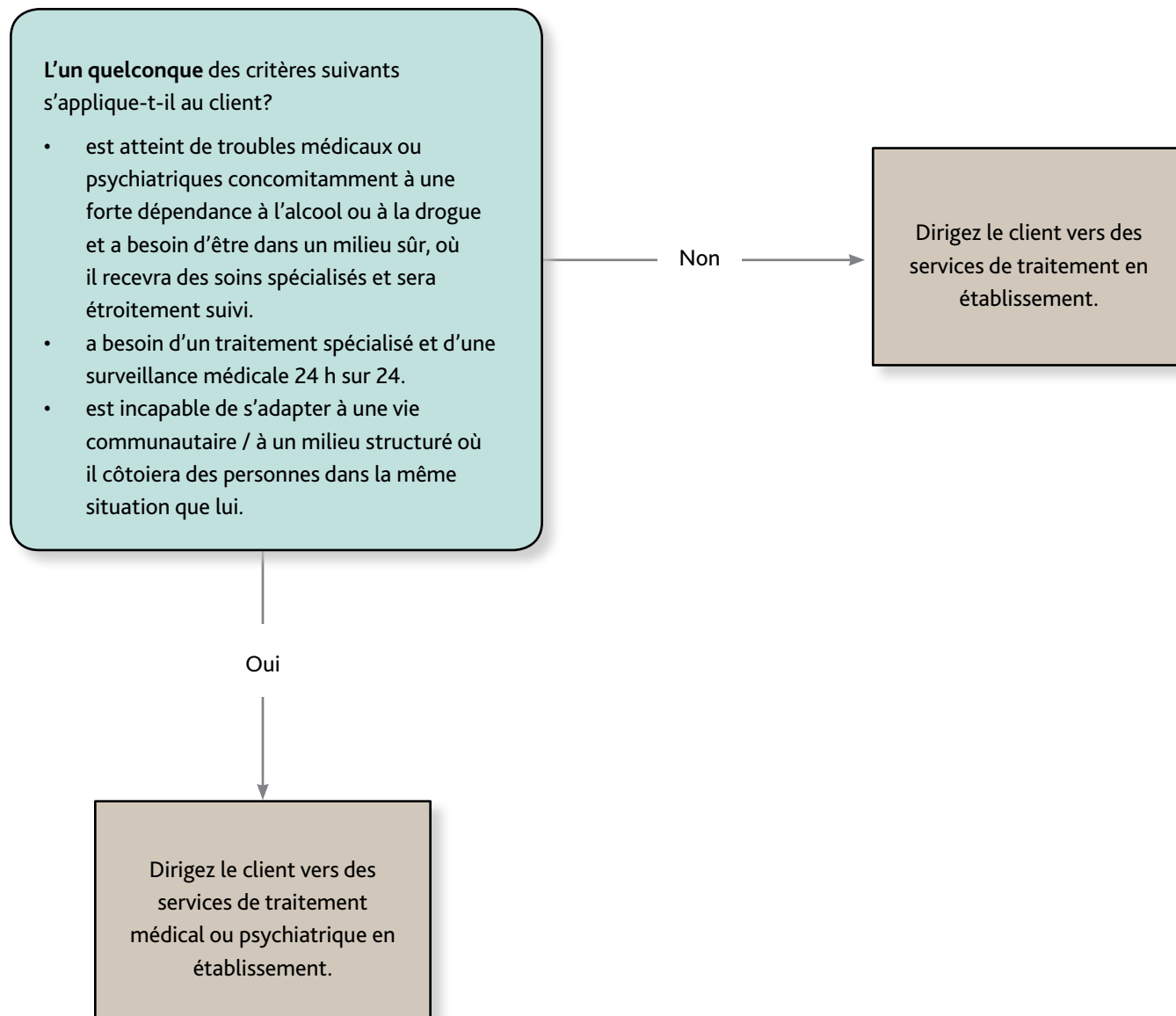
Lorsqu'on évalue les besoins d'un client en matière de services de traitement, il faut d'abord déterminer si le client peut atteindre ses objectifs grâce à des services de traitement à l'externe. Il faut ensuite déterminer le niveau ou l'intensité des services dont le client a besoin, qu'il soit orienté vers des services de traitement à l'externe ou des services de traitement en établissement. Dans tous les cas, il faut tenir compte du choix et de la préférence du client et d'autres facteurs qui peuvent l'empêcher de prendre une part active dans le cadre de services d'un certain niveau ou d'une certaine intensité. En évaluant un client, il faut aussi savoir que les membres de sa famille pourraient eux aussi avoir des besoins en matière de traitement.



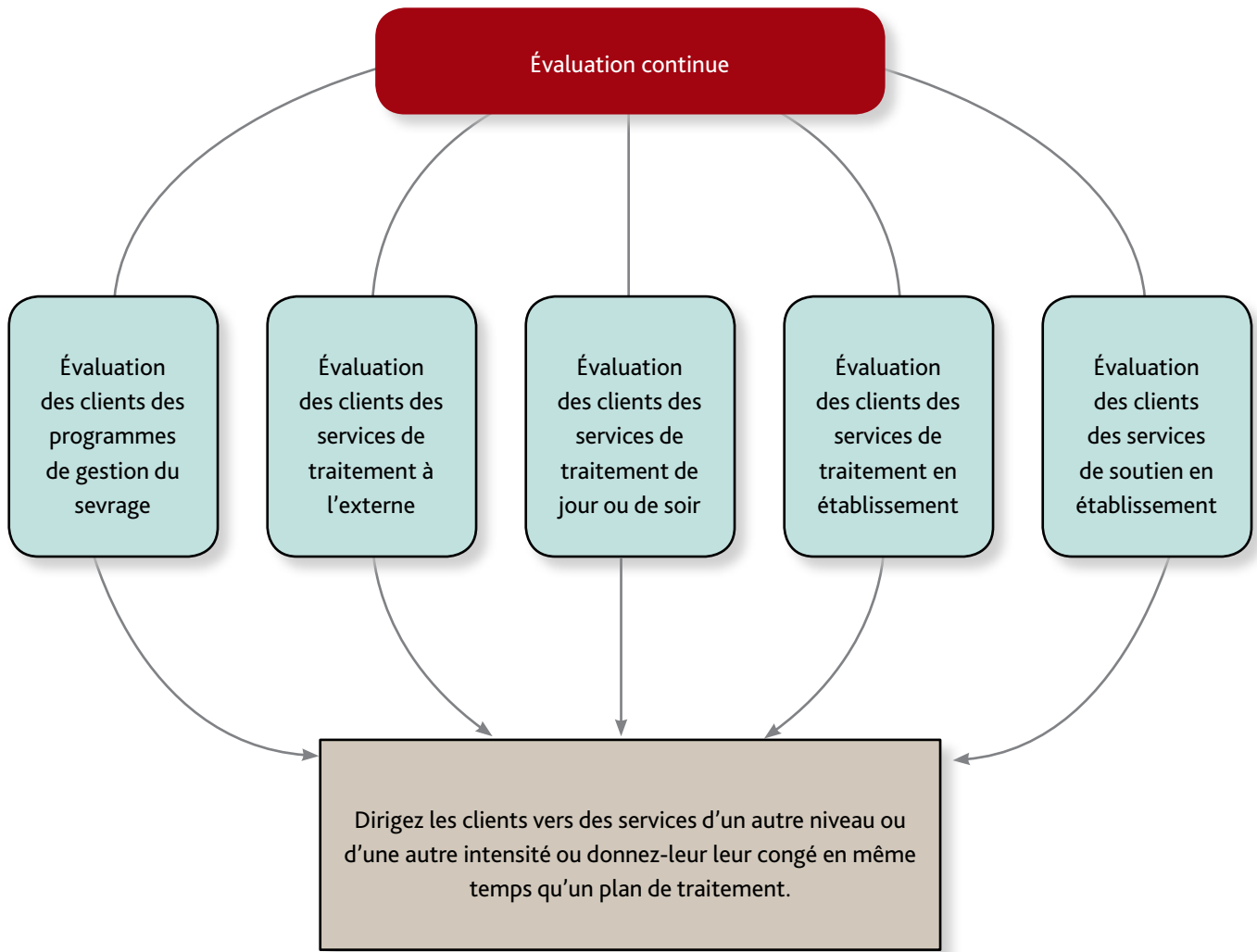
## Évaluation des besoins du client en matière de services de traitement à l'externe : niveau ou intensité



Évaluation des besoins du client en matière de services de traitement en établissement : niveau ou intensité



### L'arbre de décision pour le congé



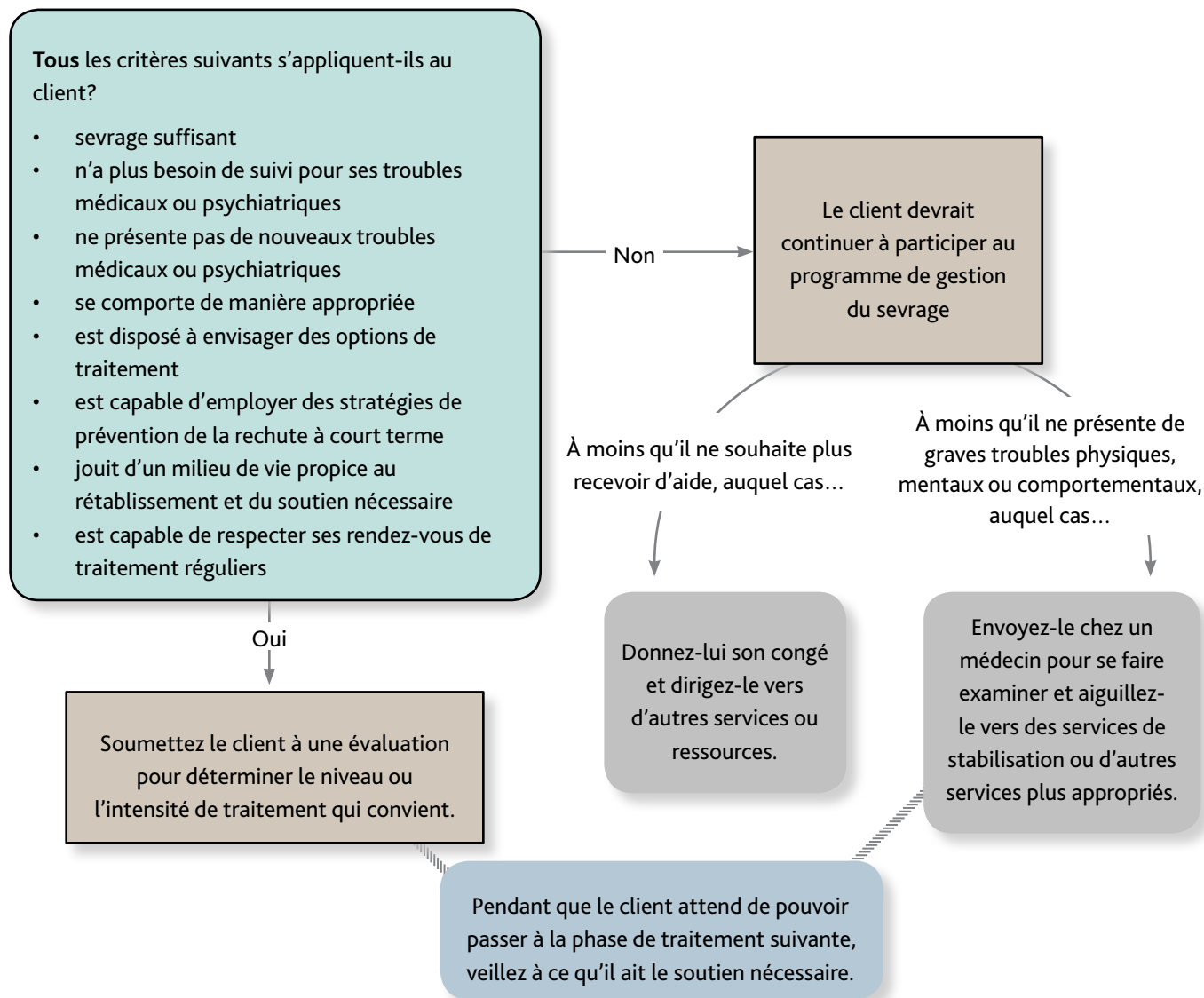
## Évaluation des clients des programmes de gestion du sevrage

### Est-il possible d'orienter le client vers des services de traitement?

Lorsqu'un client a terminé son sevrage et qu'il est prêt à passer à une phase de transition ou à amorcer un traitement, il convient de l'orienter vers le service qui lui convient, compte tenu de ses besoins et de ses préférences. Veuillez noter à ce sujet que certains clients pourraient avoir besoin de passer plus de temps que prévu en phase de sevrage ou de stabilisation. Pour déterminer les services qui conviennent le mieux au client, utilisez les critères qui suivent. (Ces critères sont basés sur les sept catégories de besoins et d'atouts).

#### Durée d'abstinence généralement nécessaire pour l'admission à des services de traitement en établissement

Alcool	7 jours
Cannabis	14 jours
Benzodiazépines	14 jours
Cocaïne	14 jours
Narcotiques	14 jours



## Évaluation des clients des services de traitement à l'externe

Est-il possible de faire passer le client à des services moins intensifs?

**Tous** les critères suivants s'appliquent-ils au client?

- a acquis des aptitudes suffisantes à la résolution de problèmes et est capable de se débrouiller par lui-même ou de faire face aux difficultés rencontrées dans la vie
- a conçu des stratégies de prévention de la rechute, les a mises en pratique et a confiance dans l'efficacité de ses nouvelles aptitudes
- s'emploie activement à faire avancer ses objectifs de changement à long terme
- jouit d'un milieu de vie propice au rétablissement
- ses troubles médicaux ou psychiatriques ont été stabilisés
- est capable de respecter ses rendez-vous de traitement réguliers

Oui

Non

Faites passer le client à des soins moins intensifs.

Le client devrait continuer à recevoir des services de traitement à l'externe

À moins qu'il ne souhaite plus recevoir d'aide, auquel cas...

donnez-lui son congé et aiguillez-le vers d'autres services ou ressources.

Évaluation du niveau ou de l'intensité appropriés en matière de services de traitement

**L'un quelconque** des critères suivants s'applique-t-il au client?

- a fait une rechute d'une gravité suffisante pour entraver sa capacité à prendre part à un traitement à l'externe
- ses troubles médicaux ou psychiatriques sont en train de s'aggraver
- a été incapable, avec ce niveau ou cette intensité de services, d'avancer vers la réalisation de ses objectifs de traitement
- a besoin d'une intervention spécialisée en raison de graves troubles émotionnels ou comportementaux
- ne jouit plus du milieu de vie propice au rétablissement ou du soutien qu'il avait
- a de la difficulté à respecter ses rendez-vous de traitement réguliers

Oui

Aiguillez-le vers des services d'un autre niveau ou d'une autre intensité ou vers des services spécialisés.

## Évaluation des clients des services de traitement de jour ou de soir

Est-il possible de faire passer le client à des services moins intensifs?

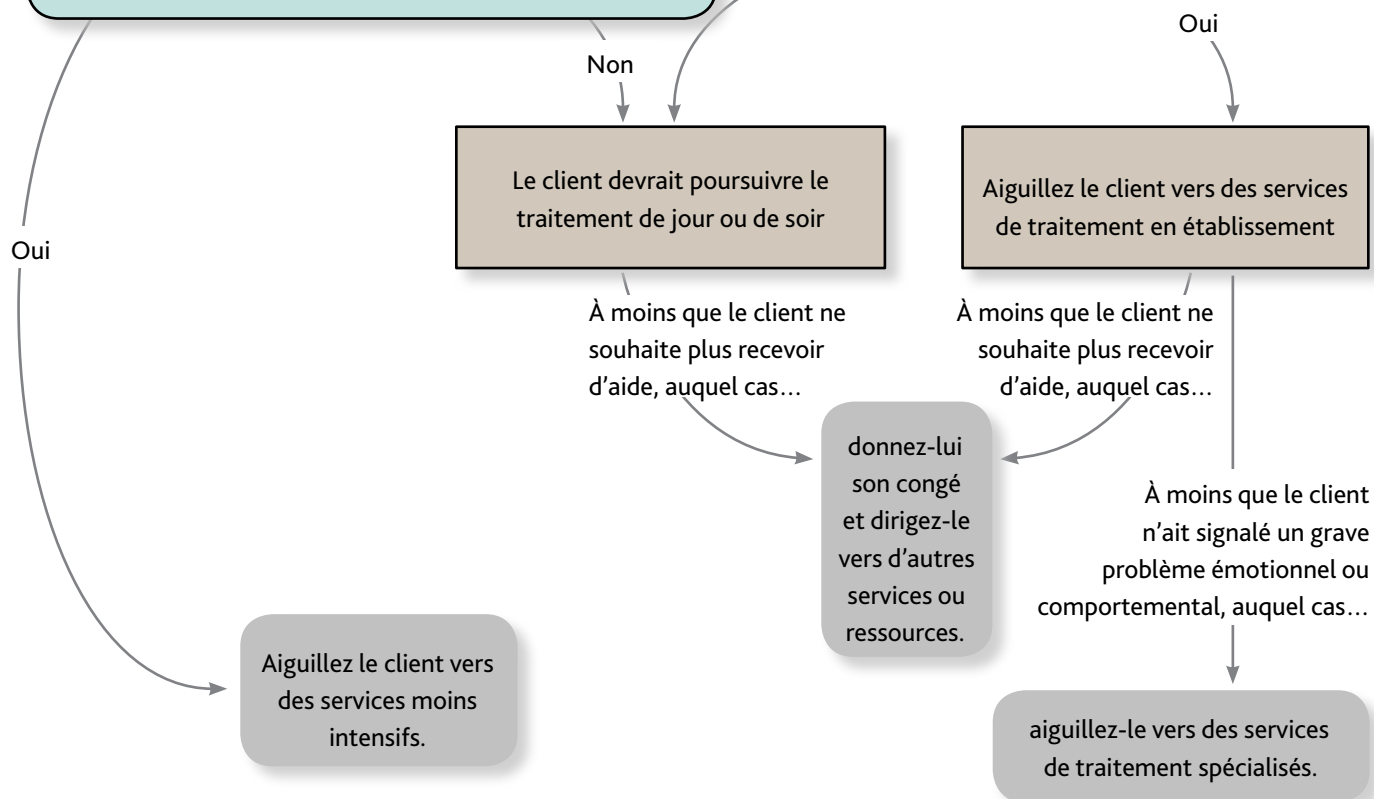
Tous les critères suivants s'appliquent-ils au client?

- peut se débrouiller avec des services d'une intensité moindre car ses troubles médicaux ou psychiatriques ont été suffisamment maîtrisés
- a les capacités suffisantes pour se prendre en charge, résoudre ses problèmes et faire face aux difficultés rencontrées dans sa vie sans avoir besoin d'un contact ou d'un soutien journalier
- s'emploie activement à concrétiser ses objectifs de traitement à court terme ou à réaliser ses objectifs de changement à long terme
- est capable d'employer des stratégies qui lui permettent de maintenir ses objectifs de consommation sans avoir besoin de contacts journaliers
- jouit d'un milieu de rétablissement favorable et de soutien
- est capable de respecter ses rendez-vous de traitement réguliers

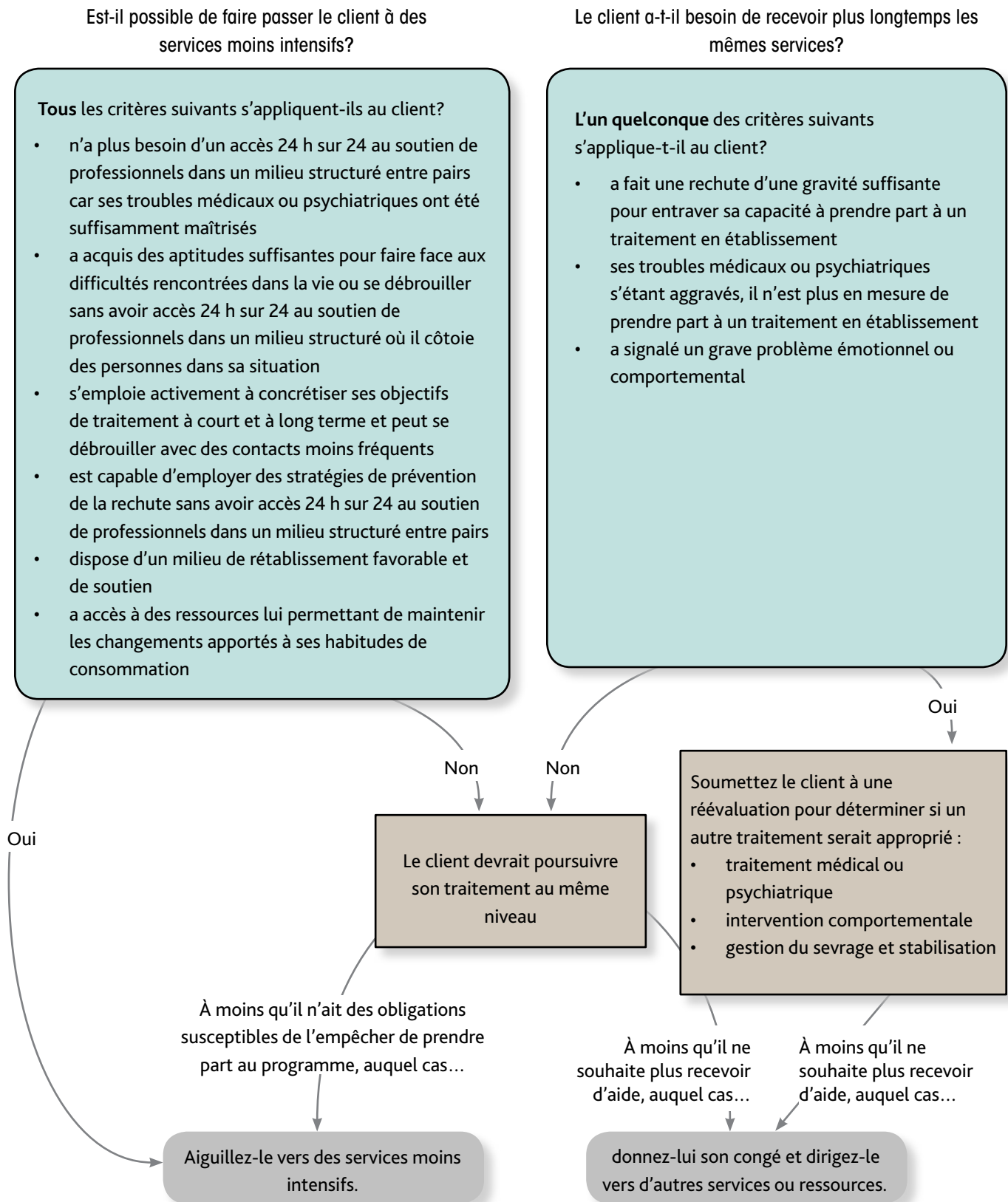
Le client a-t-il besoin de continuer à utiliser les services du réseau?

L'un quelconque des critères suivants s'applique-t-il au client?

- a fait une rechute d'une gravité suffisante pour entraver sa capacité à prendre part à un traitement de jour ou de soir
- ses troubles médicaux ou psychiatriques se sont aggravés à un point tel qu'il n'est plus en mesure de prendre part à un traitement de jour ou de soir
- a été incapable d'avancer vers la réalisation de ses objectifs de traitement
- ne jouit plus du milieu de vie propice au rétablissement ou du soutien qu'il avait
- a de la difficulté à respecter ses rendez-vous de traitement réguliers



## Évaluation des clients des services de traitement en établissement



## Évaluation des clients des services de soutien en établissement

Au cours de son traitement, le client peut avoir besoin de services de soutien en établissement de différents niveaux et il peut passer d'un niveau à l'autre ou recevoir son congé des services de soutien en établissement.

### Clients au niveau I

- Le client a-t-il fait quelques progrès?
- Le client est-il capable de maintenir ses objectifs personnels et les objectifs du programme?
- Le client a-t-il, au minimum, acquis des aptitudes suffisantes pour se débrouiller par lui-même?
- Le client a-t-il un domicile fixe ou un milieu de vie stable exempt de pressions à consommer de l'alcool ou des drogues?

Oui

Non

Faites passer le client au niveau II ou voyez si vous pourriez lui donner son congé des services de soutien en établissement avec un plan de traitement.

Maintenez le client au niveau I.

### Clients au niveau II

**La plupart** des critères suivants s'appliquent-ils au client?

- a acquis des aptitudes suffisantes pour pouvoir assumer les activités de la vie quotidienne
- dispose de son propre réseau de soutien ou d'un réseau social de soutien, en dehors des services de soutien en établissement
- ne présente qu'un faible risque de rechute
- a un domicile fixe ou vit dans un milieu exempt de pressions à consommer de l'alcool ou des drogues

Oui

Non

Donnez au client son congé des services de soutien en établissement en même temps qu'un plan de traitement.

Faites passer le client au niveau II ou soumettez-le à une évaluation pour déterminer le niveau ou l'intensité de traitement qui lui conviendrait.



# Annexe B

## L'IMPORTANCE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Introduction.....	258
L'entretien motivationnel et les stades du changement .....	259
La précontemplation .....	259
La contemplation.....	260
La préparation .....	260
L'action .....	260
Le maintien .....	260
L'aboutissement .....	260
Les processus de changement.....	261
Les clients au stade de la précontemplation.....	263
Les clients au stade de la contemplation .....	264
Les clients aux stades de la préparation et de l'action .....	266
Les clients au stade du maintien .....	267
Les clients qui font une rechute.....	268

---

---

## INTRODUCTION

L'entretien motivationnel (EM) est un style d'interaction qui favorise l'implication du client dans la prise de décisions et qui convient à tous les secteurs du continuum de traitement de la dépendance en Ontario. L'EM incite le client à assumer ses problèmes et à réaliser que c'est à lui qu'il revient de trouver des solutions. Le principe qui sous-tend l'EM est que les clients ont droit à prendre les décisions les concernant et que c'est à eux que revient la responsabilité de prendre l'initiative en matière de changement de comportement. Le clinicien joue un rôle de catalyseur en aidant les clients à engager le processus de remise en question conduisant à la prise de décisions.

Il ne faut pas croire que l'EM soit un style d'entretien qui ne convienne qu'aux débuts du travail effectué avec le client. En fait, il existe des stratégies d'entretien adaptées à chacun des stades de motivation à l'égard du changement. Dans le cadre de leurs recherches, William Miller et Stephen Rollnick (1991) ont découvert que la résistance au changement était accrue par la confrontation et que l'EM entamait cette résistance. En outre, l'affaiblissement de la résistance au changement permet au client de progresser étape par étape, comme le font toutes les personnes qui décident de prendre leurs comportements problématiques à bras-le-corps. En ce qui a trait à l'ouverture au besoin de changement, il n'est pas difficile de prévoir la réaction de la plupart des gens : personne n'aime le changement!

Il arrive que les gens évitent le changement même lorsqu'il est évident qu'un certain comportement est dangereux ou préjudiciable à la santé (il y a par exemple des gens qui continuent à fumer la cigarette même en présence d'une bronchite chronique). C'est d'ailleurs une attitude qui est très courante.

On choisit souvent d'ignorer l'évidence parce que le changement fait peur ou parce qu'il demande qu'on renonce à quelque chose de gratifiant dont on ne veut pas se passer. Il faut de la pratique pour ignorer l'évidence, ce qui explique pourquoi les comportements sont profondément enracinés et extrêmement difficiles à corriger! Aux yeux du thérapeute, l'attachement à un certain comportement a toutes les apparences de la résistance. On a souvent tendance à considérer la résistance comme un état pathologique caractéristique des alcooliques et des toxicomanes alors qu'il s'agit d'un comportement très répandu.

La résistance est normale. Les gens ont une aversion naturelle à l'égard du changement. L'EM permet aux clients d'examiner leur attachement à un comportement nocif; il les pousse à examiner les avantages du changement aussi bien que ses coûts et à les reconnaître consciemment. Lorsque les clients ont une attitude ambivalente à l'égard du changement (ce qui se produit au *stade de la contemplation*, comme nous le verrons plus loin) cela signifie simplement qu'ils en voient à la fois les coûts et les avantages. L'ambivalence ne signifie pas qu'une personne ne souhaite pas le changement; c'est plutôt le signe que la personne commence à réaliser que le changement sera difficile et qu'il demandera des sacrifices!

### Conseil clinique

---

*Fermez les yeux un instant et pensez à un de vos comportements que vous avez changé. Cela a-t-il été facile? Y avez-vous songé pendant un certain temps? Comment réagissiez-vous avant, quand on vous parlait de ce problème? Vous est-il arrivé de défendre votre comportement alors que vous saviez pertinemment que vous deviez faire quelque chose à ce sujet?*

---

---

Il est naturel de craindre le changement et de défendre le statu quo. Nos clients ne sont pas différents de nous. La défense d'un comportement indéfendable est une simple stratégie d'adaptation à laquelle nous avons tous recours à l'occasion tout en reconnaissant, en notre for intérieur, que nous avons un problème.

---

Pour des renseignements sur les différentes stratégies motivationnelles, voir l'[annexe C, Ressources](#).

---

Un bon conseiller sait faire preuve d'empathie et d'un profond respect à l'égard de son client. Il sait rester objectif et éviter de porter des jugements.

Ce modèle d'entretien repose sur des données de recherche et des données probantes. Il peut être appliqué à toutes sortes de comportements : contrôle du poids, renoncement au tabac et à la drogue, etc. Le caractère polyvalent du modèle ainsi que son efficacité en font l'un des incontournables de notre boîte à outils.

## L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ET LES STADES DU CHANGEMENT

Prochaska et ses collègues ont élaboré le modèle des « stades du changement » pour nous aider à comprendre les mécanismes du changement de comportement. L'EM est un style d'entretien que l'on peut adapter en fonction des stades de changement (Prochaska et coll., 1994). Les conseillers qui ont une bonne connaissance des stades du changement et qui emploient les techniques de l'EM disposent d'une méthode très dynamique pour stimuler le changement chez leurs clients.

À chacun des six stades du changement correspondent des stratégies particulières. Il est donc essentiel de savoir à quel stade de changement en est le client pour pouvoir employer la stratégie d'EM qui convient. En effet, l'intervention doit tenir compte des raisons pour lesquelles le client s'est présenté à une entrevue d'évaluation ou de counseling et celui-ci réagira favorablement si l'intervention est appropriée. Pour l'admission et l'évaluation préliminaire, de nombreux organismes ontariens appliquent des protocoles permettant de déterminer le stade de changement qui est celui du client. Ces protocoles peuvent prendre la forme d'entretiens individuels ou de séances de groupe.

Voici un bref aperçu des stades du changement; il est recommandé de consulter les travaux de Prochaska et ses collègues (1994) pour un examen approfondi.

### 1. LA PRÉCONTEMPLATION

Le client qui en est à ce stade n'a aucun désir de changement. S'il ne voit pas de solution, c'est qu'il ne voit pas le problème.

## 2. LA CONTEMPLATION

Le client réalise qu'il a besoin de changer mais il n'a pas de projet concret relativement à la manière de changer et au moment de le faire.

## 3. LA PRÉPARATION

Le client envisage de procéder bientôt à des changements.

## 4. L'ACTION

Le client a récemment pris des mesures concrètes.

## 5. LE MAINTIEN

Cela fait 60 jours ou plus que le client a instauré des changements et il s'y est tenu.

## 6. L'ABOUTISSEMENT

Une fois le changement fermement établi dans la vie des clients, ceux-ci passent à un nouveau stade de changement que Prochaska et coll. (1994) nomment « l'aboutissement » (*termination*). C'est le client qui détermine si oui ou non son traitement a abouti, un jugement qui sera influencé par sa philosophie du changement. Beaucoup de gens qui ont arrêté de boire grâce au programme en 12 étapes des Alcooliques anonymes ne croient pas que leur traitement puisse aboutir; ils ont l'impression de demeurer perpétuellement en phase de maintien. Certains clients voient l'aboutissement comme un stade évident, d'autres pas. Le conseiller doit aider le client à déterminer comment il voit les choses et à prendre des décisions en conséquence.

En souscrivant à l'idée qu'il convient de procurer différents types de services aux clients qui en sont à différents stades de changement, on entrevoit la façon d'utiliser les Critères d'admission et de congé.

Ainsi, les clients qui en sont aux stades de la précontemplation et de la contemplation ont besoin d'EM pour surmonter leur ambivalence ou leur résistance. Soit ils ne sont pas encore prêts à envisager de changer de comportement soit ils hésitent sur ce qu'il y aurait lieu de faire. Ils ne sont pas prêts pour la planification du traitement. En effet, que pourraient-ils planifier? À l'un ou à l'autre de ces deux stades, la planification du traitement constituerait une intervention inappropriée.

Avant de diriger un client vers un service quelconque du continuum de soins, il faut attendre qu'il soit prêt à faire sa part. Entre-temps, il est possible qu'il ait besoin de soutien. Les Critères d'admission et de congé prévoient cette possibilité et demandent quels sont les besoins du client. Si le client n'est pas prêt à s'impliquer dans la planification de son traitement, il n'est pas nécessaire (pour satisfaire aux exigences du ministère de la Santé et des Soins de longue durée) de lui fournir des services d'évaluation pour le moment; il faut toutefois noter que les recherches indiquent que le client pourrait bénéficier de la rétroaction personnalisée associée à l'évaluation (Miller

et Rollnick, 1991). Si l'organisme en décide ainsi, on pourra administrer des questionnaires d'évaluation au client; cependant, l'administration de toute la batterie n'est pas obligatoire.

Le présent manuel porte sur la batterie d'évaluation normalisée à utiliser par les programmes ontariens de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. La batterie d'évaluation normalisée contient deux outils relatifs à la motivation : le questionnaire SOCRATES, qui vise à déterminer de façon globale la préparation au traitement et le Questionnaire d'admission au traitement, qui examine ce qui pousse le client (motivation intrinsèque ou extrinsèque) à rechercher un traitement. Ces outils permettent de fournir des renseignements précieux au client et au clinicien qui entament un cheminement de traitement.

Les clients qui en sont aux premiers stades du changement ont besoin d'entretiens motivationnels dans le cadre desquels ils seront invités à examiner le pour et le contre du changement, ses coûts et avantages. Ils pourront ainsi commencer à reconnaître les répercussions de l'alcoolisme ou de la toxicomanie dans leur vie. Lorsqu'un client commence à faire des déclarations montrant qu'il a conscience de son problème d'alcoolisme ou de toxicomanie et qu'il a l'intention de changer – en particulier lorsqu'il se montre optimiste à l'égard du changement, c'est le signe qu'il est prêt à subir une évaluation et à participer à la planification de son traitement. La batterie complète d'évaluation fournira les renseignements requis pour déterminer, à la lumière des Critères d'admission, le service qui conviendrait le mieux au client.

### Conseil clinique

*Songez à présent à quelque chose que vous voudriez changer. À quel stade du changement êtes-vous? Reportez-vous aux définitions pour vérifier si vous avez vu juste. Si vous deviez voir un conseiller pour vous aider à résoudre ce problème, quel style d'entretien favoriserez-vous? Comment vous sentiriez-vous si le conseiller vous disait quoi faire? Comment vous sentiriez-vous s'il vous laissait plutôt avancer à votre rythme et trouver vous-même la solution?*

## LES PROCESSUS DE CHANGEMENT

Les clients qui franchissent les divers stades de changement passent par un certain nombre d'expériences communes. C'est ce que Prochaska et ses collègues appellent « les processus de changement » (1994). Il existe 10 processus de changement entre le 1<sup>er</sup> stade, qui est celui de la précontemplation et le 5<sup>e</sup> stade, qui est celui du maintien :

Les cinq premiers ont trait à la manière dont le client perçoit le changement :

1. *Éveil de la prise de conscience* (« consciousness-raising ») : meilleure prise de conscience du problème par le sujet et meilleure connaissance de soi.
2. *Libération d'un flot d'émotions* (« dramatic relief ») : prise de conscience par le sujet des répercussions émotionnelles de son comportement ou de son problème sur lui-même et son entourage.

3. *Réévaluation du milieu* (« environmental re-evaluation ») : prise de conscience par le sujet des répercussions émotionnelles de son comportement ou de son problème sur des personnes de son entourage qui ont ou n'ont pas effectué de changements ou de la manière dont certains milieux influent sur son comportement.
4. *Contexte favorable au changement* (« social liberation ») : reconnaissance par le sujet de l'importance des mesures sociales favorisant le changement de comportement (p. ex. endroits réservés aux non-fumeurs).
5. *Auto-réévaluation* (« self re-evaluation ») : évaluation par le sujet de la manière dont il se perçoit émotionnellement et mentalement en relation avec son problème.

Les cinq autres ont trait aux comportements associés au changement :

6. *Contrôle des stimuli* (« stimulus control » ou « environmental control ») : le sujet se tient à l'écart des facteurs qui suscitent des comportements problématiques (p. ex. le rayon des biscuits au supermarché pour les personnes au régime ou les sorties à l'heure de l'apéro pour les personnes qui essaient d'arrêter de boire).
7. *Soutien de l'entourage* : le sujet se fait aider par des personnes qui portent un intérêt à son changement de comportement.
8. *Contre-conditionnement* (« counter-conditioning » ou « countering ») : le sujet apprend à substituer des comportements sains aux comportements problématiques.
9. *Renforcement* (« reward ») : le sujet établit une série de conséquences positives ou de récompenses pour le changement.
10. *Auto-libération ou engagement* (« self-liberation » ou « commitment ») : le sujet est convaincu qu'il est possible de changer, il choisit le changement et il s'y tient.

Ces processus, mis à jour lors de recherches menées par Prochaska, Norcross et DiClemente sont exposés dans leur ouvrage intitulé *Changing for Good* (1994). Lorsque ces chercheurs ont interrogé des personnes qui avaient réussi à perdre du poids et à arrêter de fumer, ils ont constaté qu'il y avait des constantes dans leurs réponses. Les auteurs désignent ces expériences et décisions par l'expression « processus de changement » (« *processes of change* »). Ces renseignements recueillis auprès de personnes qui se sont défaites de comportements problématiques sont importants. Ils confirment l'idée qu'en tant que conseillers nous devons adapter nos interventions au stade où en sont les clients. Nous devons faire porter nos efforts sur le stade de changement qui correspond à celui du client au moment de l'entretien!

### Conseil clinique

*Sachez que si les personnes qui en sont au stade de la précontemplation n'ont aucune intention de changer, ce n'est pas parce qu'elles ne voient pas la solution mais parce qu'elles ne voient pas le problème! Il est probable que ces personnes ont été envoyées par quelqu'un d'autre puisqu'il y a peu de chances qu'elles se présentent d'elles-mêmes.*

*Les personnes qui en sont au stade de la précontemplation pourraient bénéficier d'une évaluation, si vous avez la possibilité de le faire. Une évaluation complète pourrait leur offrir de nouvelles perspectives sur leurs comportements. Lorsqu'un client n'a jamais envisagé*

*le changement, il arrive qu'une évaluation lui fasse voir les choses différemment. Cela se comprend, d'un point de vue clinique. Sur le plan pratique, une telle façon de faire permet de profiter au mieux du temps disponible : celui du client et le vôtre.*

Rappelons toutefois que si les clients au stade de la précontemplation pourraient bénéficier d'une rétroaction individualisée basée sur les résultats d'une évaluation, il n'est pas obligatoire de procéder à une telle évaluation au moyen de la batterie normalisée. Chaque organisme devra se pencher sur les ressources dont il dispose, en termes de temps et de personnel, et prendre une décision en conséquence.

Il est courant que les clients qui en sont au stade de la précontemplation ne voient pas l'intérêt de parler de leur consommation d'alcool ou de drogue puisqu'ils n'ont pas l'intention de modifier leurs habitudes à cet égard. Or, une intervention inappropriée a toutes les chances de provoquer de la résistance relativement à ce que vous préconisez ou d'augmenter la résistance déjà présente chez le client. Les clients qui sont au stade de la précontemplation ont besoin d'être informés. Ce qu'il faut, c'est éveiller la prise de conscience et libérer un flot d'émotions.

Avec les clients au stade de la précontemplation, on utilise des stratégies visant à accentuer l'écart entre leur situation au moment de l'entretien et leurs projets pour l'avenir. L'entretien permet de faire parler les clients sur leur consommation d'alcool ou de drogue ou de leur demander de dire pourquoi ils vous ont été adressés. Il faut toutefois éviter de se concentrer d'emblée sur la quantité d'alcool ou de drogues consommées et sur la fréquence de consommation. Il ne rime à rien non plus de leur demander comment ils voient les répercussions de l'alcool ou de la drogue sur leur vie. Voyons maintenant comment il y a lieu de procéder à chaque stade particulier du changement.

## LES CLIENTS AU STADE DE LA PRÉCONTEMPLATION

À ce stade, les clients ont besoin de renseignements qui puissent leur faire prendre conscience du problème. Durant l'entretien, une personne au stade de la précontemplation vous fera clairement comprendre qu'elle n'a aucune volonté de changement; elle ne voit pas où est le problème et elle ne s'est sans doute présentée à l'évaluation qu'à la demande (implicite ou explicite) d'un tiers. Il y a aussi des clients qui sont contraints à suivre un traitement. Il est clair que dans un tel scénario, le client et vous-même faites face à un dilemme! Le client ne voit pas le problème et n'a pas la moindre intention de changer et pourtant, on s'attend à ce que vous l'orientiez vers un centre de traitement ou que vous l'admettiez à un traitement offert dans votre centre. Or, selon les Critères d'admission et de congé, un tel client ne répond pas aux critères voulus pour un traitement car on ne peut pas traiter les personnes au stade de la précontemplation. La seule chose qu'on puisse faire avec ces personnes est de les envoyer dans un service qui offre des séances d'EM. Plus tard, on pourra les convoquer à un nouvel entretien pour voir à quel stade de changement elles en sont et, le cas échéant, les diriger vers un traitement.

Les conseillers ne sont pas tenus d'administrer la batterie d'évaluation normalisée aux personnes en phase de précontemplation; pourtant, s'ils disposent du temps et des ressources nécessaires, une rétroaction personnalisée pourrait s'avérer utile. Les paragraphes qui suivent traitent de ce sujet.

Les personnes au stade de la précontemplation ne cherchent pas à se renseigner sur le comportement en question. En fait, elles trouvent que la réaction des gens est exagérée ou qu'on les harcèle sans raison. Elles ne se présentent à leurs rendez-vous que pour qu'on arrête de les importuner ou bien parce qu'elles y sont contraintes (Prochaska et coll., 1994).

La rétroaction personnalisée qui s'appuie sur des normes et qui compare la consommation d'alcool du client à celle de l'ensemble de la population a un effet puissant. Beaucoup de conseillers signalent que leurs clients disent boire « comme tous mes amis » ou « juste comme le reste de ma famille ». De nombreux clients ne savent pas ce qu'est la « consommation normale d'alcool » car ils n'ont pas de point de référence. Ils comparent la façon dont ils boivent à ce qu'ils observent autour d'eux et tout ce qu'ils y voient est un reflet de leurs habitudes. Pour ces clients, une rétroaction personnalisée comparant leurs habitudes de consommation avec celles de personnes qui n'ont pas de problèmes de boisson (limites de consommation hebdomadaires, quotidiennes, etc.) peut s'avérer extrêmement utile.

Vous serez d'autant mieux à même d'informer le client et de favoriser sa prise de conscience que vous vous appuieriez sur les données qu'il vous a fournies. En effet, ce ne sont pas vos convictions qui feront l'objet de la discussion, mais les données de l'évaluation.

La rétroaction qui accompagne l'évaluation consiste en une évaluation des habitudes de consommation ainsi que des atouts et des besoins du client. Elle débouche sur une conversation destinée à clarifier la façon dont le client voit les choses et permet de déterminer les premières mesures à prendre.

## LES CLIENTS AU STADE DE LA CONTEMPLATION

Les clients qui en sont au stade de la contemplation sont disposés à envisager un « possible » besoin de changement, mais ils ne sont pas fixés sur le moment ou la façon d'effectuer un tel changement. En employant des stratégies de counseling adaptées, on peut amener le client à passer au stade de la préparation.

À ce stade, les clients sont indécis; ils ne savent pas comment s'y prendre pour faire ce qu'ils ont besoin de faire. Ils n'ont probablement pas de date précise en tête pour arrêter de boire ou de fumer, ils n'ont en rien modifié leur comportement, mais ils sont conscients du fait qu'ils ont besoin de changer et ils envisagent cette possibilité.

Aux clients qui en sont au stade de la contemplation, Prochaska, Norcross et DiClemente (1994) recommanderaient de lire un article de magazine traitant de leur comportement ou de parler de ce qu'ils devraient faire (p. ex. diminuer leur consommation d'alcool, arrêter de fumer ou perdre du poids). Ces clients parlent de changement, mais ils n'ont pas encore de plan précis ou, s'ils en ont un, ils n'ont encore rien fait pour le concrétiser.

La rétroaction personnalisée aide les clients qui en sont à ce stade en leur donnant des renseignements supplémentaires pour les inciter à prendre une décision. Le conseiller peut éduquer les clients à propos de leur problème ou bien leur demander d'expliquer ce qu'ils pensent qu'ils devraient changer et indiquer son acquiescement.

En fournissant une rétroaction personnalisée, le conseiller peut conforter le désir de changement du client ou renforcer sa motivation et favoriser ainsi son passage au stade suivant.

Pour renseigner le client et lui fournir une rétroaction objective, on utilisera les techniques de l'entretien motivationnel. En employant les cinq stratégies initiales dont nous avons parlé plus haut et en demandant au client de faire part de ses commentaires ou de ses réactions au sujet de la rétroaction, on crée une atmosphère propice à la prise de décisions et au changement de comportement.

Il est important que le conseiller incite le client à lui faire part de ses réactions au sujet de la rétroaction qu'il lui a fournie et qu'il en prenne bonne note.

Le rôle du conseiller est également d'offrir des commentaires précis et objectifs sur les habitudes de consommation du client ou sur les conséquences qui transparaissent dans les déclarations du client.

### Problème clinique

**Question** : Comment puis-je savoir si mon client est au stade de la contemplation?

**Examen de la question** : Ce serait le cas d'une personne qui a acheté une paire de chaussures de sport ou qui s'est inscrite à un centre de culture physique, mais qui n'a pas encore commencé à faire de l'exercice.

Il se peut que la personne dise « Je n'ai pas encore eu le temps ».

Le client comprendra que vous l'avez bien écouté et que vous vous êtes fait une bonne idée de sa situation. Le fait d'exprimer ses idées ou ses sentiments sur ce qu'il y a lieu de faire dans l'immédiat l'aidera à formuler lui-même une réponse à cette question. Les clients étant portés à prêter davantage attention à ce qu'eux-mêmes ont à dire, une déclaration aura plus de poids si elle vient de la bouche du client que de la vôtre. Vous devez renoncer à la tentation de prendre l'initiative et aider les clients à déterminer eux-mêmes les services qu'il leur faut à chaque étape de leur traitement.

### Conseil clinique

*Formule de la rétroaction personnalisée et objective :*

*conseils précis + éventail d'options = motivation accrue à l'égard du changement!*

Le récit de nos expériences n'est pas toujours utile aux clients. Nous avons peut-être des expériences semblables mais pas nécessairement identiques. Réfléchissez bien avant de raconter votre histoire. D'où vient votre besoin de le faire? Est-ce pour le bénéfice du client ou pour le vôtre? Dans ce dernier cas, vous auriez intérêt à attendre une occasion plus appropriée. Il arrive toutefois qu'un client soit incapable de progresser et qu'une note personnelle soit très utile en lui donnant espoir en l'avenir. Examinez bien chaque situation avant de décider. Un exemple classique est celui des non-fumeurs qui disent à des fumeurs comment ils ont arrêté la cigarette et pourquoi ça a marché. Ces expériences sont-elles pertinentes? Les fumeurs sont-ils ouverts aux suggestions qui leur sont faites? Il n'est pas évident que le fait d'apprendre comment vous avez changé motive le client; ça pourrait au contraire le décourager. En effet, les clients ont souvent l'impression que les conseillers ont plus de facilité à changer ou qu'ils ont un avantage et que le changement est moins pénible pour eux.

## Problème clinique

**Question** : Devrais-je faire part au client des expériences avec mes autres clients pour l'aider à prendre une décision sur la base des normes existantes?

**Examen de la question** : La rétroaction personnalisée peut libérer un flot d'émotions (cf. les dix processus de changement de Prochaska et coll., 1994) et une telle expérience pourrait ainsi pousser le client à envisager sérieusement ce qu'il doit commencer par faire pour amorcer un changement. Ainsi, le client pourrait faire le lien avec une autre personne qui a changé et qui joue un rôle prédominant dans sa vie et le fait de s'identifier à cette personne pourrait augmenter sa motivation (Miller, 1991).

Le client pourrait faire le lien avec une autre personne qui n'a pas changé et qui joue un rôle prédominant dans sa vie et cela pourrait augmenter sa motivation car il ne souhaite pas faire les mêmes erreurs.

Le client pourrait conclure qu'il a plus à perdre qu'à gagner en continuant à boire ou à se droguer.

Le client pourrait conclure que les avantages à court terme ne font pas le poids par rapport aux coûts à long terme.

Le client pourrait commencer à réaliser que le changement est associé à plus de « pour » que de « contre ».

Les clients peuvent passer beaucoup de temps au stade de la contemplation (Prochaska et coll., 1994), soit jusqu'à deux ans, d'après les recherches. *L'ambivalence* (définie comme un attachement au comportement problématique) est très courante à ce stade.

L'ambivalence témoigne d'un tiraillement entre les avantages et les inconvénients du changement. Si vous décelez de l'ambivalence chez un client, vous devriez vous en réjouir. L'ambivalence ne signifie pas que le client ne songe pas sérieusement au changement; elle montre simplement qu'il soupèse le pour et le contre et qu'il pourrait prendre une décision dans un sens comme dans l'autre.

## LES CLIENTS AUX STADES DE LA PRÉPARATION ET DE L'ACTION

À ce stade, la rétroaction portant sur les résultats de l'évaluation aidera les clients à prendre la décision d'aller de l'avant (préparation) ou à réaffirmer leur décision de changer (action). Les clients qui en sont au stade de la préparation ou de l'action ont soit déjà fait l'expérience de nouveaux comportements soit effectué un changement récent dans leurs habitudes. Il s'agit d'un stade porteur d'espoir et très intense, pour le client comme pour le conseiller.

La rétroaction personnalisée, qui se penche sur les accomplissements des clients et la façon dont ils se sentent, leur permet de jauger les premiers signes de progrès.

Beaucoup de cliniciens pensent que les clients qui en sont à ces stades n'ont pas besoin d'être évalués. Or, ce n'est pas le cas. Pour le client qui en est au stade de la préparation ou de l'action, la batterie d'évaluation normalisée fournit des preuves tangibles qui renforceront sa résolution de changer. Il se peut que le client déclare qu'il veut s'y mettre au plus vite. Cependant, gardez-vous de précipiter les choses quand vous ferez l'évaluation et la rétroaction. Il n'y a pas le feu! Vous avez là l'occasion d'explorer plus à fond les raisons pour lesquelles le client souhaite changer

ainsi que les premières stratégies qu'il a déployées pour atteindre ses objectifs. Il vous incombe de veiller à ce que le client ait bien pesé le pour et le contre du changement et à ce qu'il soit parfaitement conscient des coûts et avantages de ses décisions.

### **Conseil clinique**

*Les avantages du changement demeurent relativement stables. Par contre, ce sont les inconvénients du changement qui s'amenuisent et le changement de comportement qui devient plus facilement gérable. À ce stade, il est important de demander au client ce que signifie le changement pour lui ou comment il pense qu'il se sentirait s'il changeait.*

Si vous allez trop vite en besogne et que le client décide d'abandonner le traitement en cours de route, vous en porterez une certaine part de responsabilité. En outre, on convient généralement que lorsqu'un client abandonne prématurément son traitement, c'est lui qui en souffre le plus. Il est sage de réfréner l'impatience du client afin qu'il ait l'occasion de bien réfléchir aux implications du changement de comportement.

À ce stade, il n'y a guère de raisons de précipiter les choses, alors qu'il y a de bonnes raisons de prendre le temps de d'élaborer des stratégies qui seront bien adaptées au client, compte tenu de sa situation personnelle, de ses atouts et de ses besoins. Une fois ce travail accompli, on pourra aller de l'avant en renforçant la résolution de changement et en passant au stade du maintien.

## LES CLIENTS AU STADE DU MAINTIEN

À ce stade, les clients qui recherchent un traitement peuvent le faire pour deux raisons différentes :

- soit pour se faire aider après une longue période de maintien du nouveau comportement, s'ils ont peur de faire une rechute
- soit afin d'obtenir une aide post-traitement.

Il n'est pas forcément nécessaire de réadministrer toute la batterie d'évaluation standardisée aux clients qui ont terminé un type de traitement particulier, mais le clinicien pourrait avoir intérêt à réadministrer certains questionnaires, choisis en fonction de la situation personnelle du client, de ses atouts et de ses besoins, pour être mieux à même d'élaborer un plan de congé, en collaboration avec le client. Il conviendrait d'utiliser les Critères de congé afin de déterminer les nouvelles mesures à prendre et les différentes façons d'aiguiller le client, s'il y a lieu. À ce stade, l'objectif de la rétroaction personnalisée est de maintenir le changement de comportement en évaluant les progrès réalisés par le client, de fixer de nouveaux objectifs et de réexaminer les stratégies qui se sont avérées être moins efficaces qu'on ne l'avait supposé.

Il faudra administrer tous les questionnaires aux clients qui présentent un risque de rechute si l'on envisage de les diriger vers l'un quelconque des programmes de traitement financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Questionnaire de confiance face à la consommation de drogues (QCCD) convient particulièrement à ce stade. Voir à ce sujet le [chapitre 10](#), qui contient une analyse du QCCD, avec des exemplaires remplis de ce questionnaire.

## LES CLIENTS QUI FONT UNE RECHUTE

Les clients qui rechutent se présentent parfois d'eux-mêmes à des services de traitement. Les clients qui n'ont pas été soumis à la batterie d'évaluation avant de rechuter doivent répondre à tous les questionnaires avant de pouvoir être orientés vers un traitement. Dans le cas des clients ayant récemment reçu leur congé d'un certain service, il faudra peut-être réadministrer une partie de la batterie ou la batterie complète pour pouvoir prendre une décision sur l'étape suivante.

Si la réadministration des questionnaires est susceptible de fournir de nouveaux renseignements cliniques, il faudra de nouveau utiliser toute la batterie.

# Annexe C

## RESSOURCES

Voici une liste de sites Web sur l'alcoolisme et la toxicomanie et sur des sujets connexes ainsi que des outils qui pourraient vous intéresser.

### Addictions Ontario

[www.addictionsontario.ca](http://www.addictionsontario.ca) (en anglais)

### Alcohol and Seniors

[www.agingincanada.ca](http://www.agingincanada.ca) (Contient des liens en français. Voir « French Language Resources »)

### Alcohol Policy Network of Ontario

[www.apolnet.org](http://www.apolnet.org) (en anglais)

### Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

[www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

### Centre de toxicomanie et de santé mentale

- Site Web : [www.camh.net/fr](http://www.camh.net/fr)
  - Index des publications : [http://www.camh.net/Publications/camh\\_Publications/index.html](http://www.camh.net/Publications/camh_Publications/index.html)
  - Ressources pour les professionnels : [http://www.camh.net/Publications/Resources\\_for\\_Professionals/index.html](http://www.camh.net/Publications/Resources_for_Professionals/index.html)
  - Méthadone : [http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/specialized\\_treatment/methadone\\_maintenance/Pages/resources.aspx](http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/specialized_treatment/methadone_maintenance/Pages/resources.aspx) (en anglais)
  - Journal of Gambling Issues : <http://jgi.camh.net/loi/jgi> (en anglais)
  - Vieillir en santé : [http://www.camh.net/fr/Publications/camh\\_Publications/healthy\\_aging\\_pubsindex\\_fr.html](http://www.camh.net/fr/Publications/camh_Publications/healthy_aging_pubsindex_fr.html)
  - Quelle approche adopter envers les personnes âgées : [http://www.camh.net/fr/Publications/Resources\\_for\\_Professionals/Older\\_Adults/index.html](http://www.camh.net/fr/Publications/Resources_for_Professionals/Older_Adults/index.html)
  - Information sur les enfants, les jeunes et les familles – Ressources sur la promotion de la santé : [http://www.camh.net/fr/About\\_Addiction\\_Mental\\_Health/Child\\_Youth\\_Family\\_Resources/chilyouthfam\\_healthprom\\_fr.html](http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Child_Youth_Family_Resources/chilyouthfam_healthprom_fr.html)
  - Publications de CAMH : Jeunes : [http://www.camh.net/fr/Publications/camh\\_Publications/youth\\_pubsindex\\_fr.html](http://www.camh.net/fr/Publications/camh_Publications/youth_pubsindex_fr.html)
-

### ConnexOntario

[http://www.connexontario.ca/index\\_fr.htm](http://www.connexontario.ca/index_fr.htm)

### Drogue et alcool – Répertoire des traitements (DART)

<http://www.dart.on.ca/indexfr.html>

### Drogue et alcool – Système d’information sur le traitement (DASIT)

[www.datis.ca](http://www.datis.ca)

### Santé Canada

- *Meilleures Pratiques – Intervention précoce, services d’approche et liens communautaires pour les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d’alcool et d’autres drogues.* (2008). Cat.: H128-1/08-531F. Consultable en ligne à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp-mp-intervention/index-fra.php>
- *Meilleures Pratiques – Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d’alcool et d’autres drogues.* (2002). No de catalogue : H46-2/03-295F. Consultable en ligne à : [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/treat\\_senior-trait\\_ainee/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/treat_senior-trait_ainee/index-fra.php)

### VIH/SIDA

[http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/hivaidf/aids\\_mnf.html](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/hivaidf/aids_mnf.html)

### Entretien motivationnel

- <http://bizinformation.com/fr/www.entretienmotivationnel.org>
- Site Web de William R. Miller : <http://www.williamrmiller.net> (en anglais)

### Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs

[www.ofcmhap.on.ca](http://www.ofcmhap.on.ca) (en anglais)

### Autres outils d’évaluation :

- Outils de la Liste B : [http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/Screening\\_Assessment/assessment/adat/Pages/adat\\_license.aspx](http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/Screening_Assessment/assessment/adat/Pages/adat_license.aspx) (en anglais)
- PESQ : On peut se procurer cet outil (en anglais) auprès des *Western Psychological Services*, 12031 Wilshire Blvd., Los Angeles, Californie, 90025-1251. Pour passer une commande à l’aide d’une carte de crédit, composer le 1-800-648-8857; télécopieur : 310-478-7838.
- Guide de l’utilisateur de la méthode Timeline FollowBack (TFLB) : [http://www.camh.net/Publications/CAMH\\_Publications/timeline\\_followbk\\_usersgd.html](http://www.camh.net/Publications/CAMH_Publications/timeline_followbk_usersgd.html) (en anglais)

### Project MATCH series, NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)

<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/match.htm> (en anglais)

**Conseil du jeu responsable (Ontario)**

<http://www.responsiblegambling.org/fr/index.cfm>

**SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) – États-Unis**

- <http://www.samhsa.gov/shin/> (en anglais)
- SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols (TIPS) :  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip> (en anglais)
- Idaho RADAR Network Center's Technical Assistance Publications (TAPS) :  
<http://hs.boisestate.edu/RADAR/materials/taps.html> (en anglais)

**Modèle des stades du changement**

<http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm> (en anglais)



# Annexe D

## BASIS-32 : PRÉCISIONS ET COMMENTAIRES SUR LES QUESTIONS \*

1. **Responsabilités de la vie quotidienne** : décisions relatives à l'habillement et à la nourriture, utilisation des transports publics, soins corporels (p. ex. toilette, habillement), etc.
2. **Responsabilités domestiques** : garde d'enfants ou de personnes âgées (en tant qu'aidant naturel et non dans le cadre d'un emploi rémunéré) et entretien ménager (p. ex. lavage, entretien de la literie, rangement des vêtements et des autres effets personnels).
3. **Travail** : avoir un emploi rémunéré, faire des efforts pour le conserver ou en chercher un de façon active : préparer des cv, savoir comment se comporter lors d'une entrevue d'emploi, être un participant actif au sein de services de réadaptation, de groupes professionnels ou de programmes de formation professionnelle. (Cette question ne s'applique pas aux personnes qui ne veulent pas travailler ou qui n'en ont pas besoin.)
4. **Études** : fréquentation de l'école secondaire, d'une école de formation professionnelle ou technique, d'un collège ou d'une école d'études supérieures. Les cours récréatifs – leçons de piano, cours d'enrichissement personnel, etc. – sont à inclure dans la question 5 (temps libre ou activités de loisirs).
5. **Temps libre ou activités récréatives** : savoir quoi faire de son temps libre et se trouver des occupations (p. ex. passe-temps, participation à une amicale, lecture, sport, jogging, conditionnement physique). Inclut les cours récréatifs : leçons de piano, cours d'enrichissement personnel, activités artistiques, etc.
6. **Adaptation à d'importants bouleversements de la vie** : maladie, perte d'emploi, problèmes d'argent ou de logement, le fait d'avoir été victime de mauvais traitements, de violence ou d'un quelconque acte criminel, etc. Cette question n'inclut pas l'hospitalisation actuelle. Si la personne n'a pas connu de tels bouleversements, cette question ne s'applique pas et on indiquera un score de « 0 ». Il est à noter que si le client doit dire comment il a fait face aux facteurs de stress au cours de la semaine écoulée, cela ne signifie pas que ces facteurs de stress doivent s'être produits durant cette période.
7. **Relations avec les membres de la famille** : parents ou compagnons de longue date. Si la qualité des relations varie selon les membres de la famille, les patients doivent s'efforcer de donner une estimation globale.
8. **Capacité à s'entendre avec des personnes extérieures à la famille** : colocataires, amis, voisins, superviseurs, collègues de travail, professeurs, ami(e) de cœur.
9. **Isolement ou sentiment de solitude** : le sentiment d'isolement ou de solitude peut être indépendant des contacts qu'on a avec d'autres personnes.

---

\* Source : McLean. *BASIS-32 Instruction Manual* (Eisen & Cahill).

---

10. **Capacité à se sentir proche des gens** : le fait de se sentir proche des gens qui comptent (sentiments de confiance, d'harmonie, d'affection).
11. **Attentes réalistes à propos de soi-même et d'autrui** : le fait d'avoir, concernant son propre comportement et celui d'autrui, des attentes qui ne soient pas exagérément élevées ni réduites.
12. **Apptitude à reconnaître ses émotions et à les exprimer de façon appropriée** : exprimer ses émotions de manière appropriée et reconnaître des émotions comme la tristesse, la colère, l'affection ressentie pour quelqu'un, etc.
13. **Indépendance, autonomie** : le sentiment que l'on peut faire face à la plupart des situations (de nature financière, émotionnelle ou sociale) sans être tributaire des autres de manière gênante; le sentiment d'être maître de sa vie. Certains facteurs peuvent influencer sur le sentiment d'autonomie, notamment l'âge et le métier exercé.  
Cette question vise à déterminer dans quelle mesure l'absence d'autonomie fonctionnelle peut être gênante pour le client.
14. **But ou direction dans la vie** : savoir ce que l'on fait dans la vie; se fixer des objectifs à atteindre.
15. **Manque de confiance en soi, piètre opinion de soi** : le sentiment de ne pas être à la hauteur, de ne pas être digne d'être aimé et de ne pas valoir grand chose; le sentiment d'être stupide ou bon à rien.
16. **Apathie, manque d'intérêt** : le fait de n'avoir goût à rien, de ne plus s'intéresser aux choses qui avant procuraient du plaisir.
17. **Dépression, désespoir** : « déprime », tristesse, manque d'espoir en l'avenir, absence de goût à la vie.
18. **Idées ou comportement suicidaires** : le fait de penser au suicide, de le planifier, de poser des gestes suicidaires ou de tenter de se suicider par quelque moyen que ce soit.
19. **Symptômes physiques** : La gravité des symptômes doit être indiquée quelle qu'en soit l'étiologie. On tiendra donc compte, notamment, des effets secondaires des médicaments.
20. **Peur, angoisse ou sentiment de panique** : nervosité, tension, agitation, peur des espaces libres, vertige, peur de l'obscurité, etc.
21. **Confusion mentale, problèmes de concentration, troubles de mémoire** : difficultés à comprendre ce qui se passe, à penser clairement, à se souvenir des choses et à rester concentré sur la tâche effectuée.
22. **Pensées troublantes ou croyances sans fondement** : idéation paranoïaque (sentiment d'être épié ou empoisonné; le sujet peut aussi avoir la conviction que les gens sont capables de lire dans ses pensées); idées délirantes (p. ex. le sujet croit que son corps est en train de se décomposer, qu'il est capable de voler dans les airs, qu'une personnalité de la télévision s'adresse à lui personnellement).
23. **Fait d'entendre des voix ou de voir des choses qui n'existent pas** : hallucinations auditives ou visuelles : le fait d'entendre des voix dans sa tête (les voix transmettant des messages ou des ordres); le fait de voir des choses que personne n'autre ne voit.

24. **Comportement maniaque ou bizarre** : pensées qui se bousculent, besoin de sommeil amoindri, logorrhée (besoin irrésistible de parler), gaspillage d'argent, sentiment d'euphorie; comportement inapproprié (p. ex. le fait de se dévêtir en public ou de tenir des propos incohérents à de parfaits inconnus); comportement considéré par la plupart des gens comme très bizarre ou déplacé.
25. **Sautes d'humeur** : le fait de passer sans transition de la joie à la tristesse; hauts et bas fréquents de l'humeur, souvent sans rapport avec ce qui se passe dans la vie du sujet.
26. **Comportement compulsif** : tout comportement fréquent et incontrôlable (p. ex. le fait de vérifier la même chose de façon répétée, troubles du comportement alimentaire, lavage des mains à répétition, jeu compulsif).
27. **Activités sexuelles problématiques ou préoccupations d'ordre sexuel** : toute question d'ordre sexuel vécue comme problématique (p. ex. impuissance, obsession sexuelle, fétichisme, confusion quant à l'identité sexuelle).
28. **Consommation problématique d'alcool** : comprend la difficulté à résister à la tentation de boire et efforts déployés pour se procurer de l'alcool.
29. **Consommation de drogues illicites, usage détourné de médicaments d'ordonnance** : consommation de toute substance psychotrope illégale (p. ex. cocaïne, héroïne, crack, marijuana); mésusage ou consommation excessive de médicaments d'ordonnance (p. ex. sédatifs, stimulants, pilules pour maigrir, anxiolytiques).
30. **Accès de colère, actes de violence** : le fait de pousser des hurlements, de lancer des objets, de frapper, de donner des coups de pieds, etc.
31. **Comportements impulsifs, irresponsables ou illicites** : comprend toutes sortes de comportements dangereux ou illégaux (p. ex. conduite dangereuse, vandalisme, agressions physiques, fraude, vente de drogues, falsification de chèques).
32. **Sentiment de satisfaction à l'égard de la vie** : aimer ce que l'on fait, sentiment généralisé de bien-être.



# Annexe E

## LES CLASSES DE PSYCHOTROPES (À UTILISER POUR L'ADMINISTRATION DU QCP)

Classes	Noms
1. Aucune	
2. Alcool	<ul style="list-style-type: none"><li>• bière</li><li>• boissons fortement alcoolisées</li><li>• vin</li><li>• liqueurs</li><li>• lotion après rasage</li><li>• rince-bouche</li><li>• extrait de vanille</li></ul>
3. Cocaine	<ul style="list-style-type: none"><li>• cocaine</li><li>• crack/free base</li></ul>
4. Amphétamines / autres stimulants	<ul style="list-style-type: none"><li>• speed</li><li>• crystal meth</li><li>• ice</li><li>• glass</li><li>• stimulants stimulants illicites (comprimés de caféine, pilules amaigrissantes renfermant de la phénylpropanolamine ou de l'éphédrine, bronchodilatateurs) = uppers, Wake-Ups</li><li>• méthylphénidate = Ritalin</li><li>• phentermine = Ionamin (Ionamin jaune), Fastin</li><li>• diéthylpropion = Tenuate, Nobesine</li><li>• fenfluramine = Ponderal, Pondimin</li><li>• mazindol = Sanorex</li></ul>

---

## Les classes de psychotropes (à utiliser pour l'administration du QCP) (SUITE)

Classes	Noms
5. Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• marijuana</li> <li>• huile de haschich</li> <li>• weed, pot, herbe, hasch</li> <li>• huile de hasch, huile de miel</li> </ul>
6. Benzodiazépines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chlordiazépoxyde = Librium, Novopoxyde, Solium</li> <li>• diazépam = Valium, Vivol, Novodipam</li> <li>• alprazolam = Xanax</li> <li>• bromazépam = Lectopam</li> <li>• clorazépate = Tranxene</li> <li>• clobazam = Frisium</li> <li>• clonazépam = Rivotril</li> <li>• flurazépam = Dalmane</li> <li>• kétazolam = Loftran</li> <li>• lorazépam = Apo-Lorazepam, Ativan, Novo-Lorazepam</li> <li>• midazolam = Versed</li> <li>• nitrazépam = Mogadon</li> <li>• oxazépam = Apo-Oxazepam, Novoxapam, PMS Oxazepam, Serax</li> <li>• triazolam = Halcion</li> <li>• témazépam = Restoril</li> </ul>
7. Barbituriques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amobarbital = Amytal</li> <li>• pentobarbital = Nemutal</li> <li>• préparations contenant du butalbital = Fiorinal</li> <li>• amobarbital et sécobarbital = Tuinal</li> <li>• phénobarbital sécobarbital = Seconal</li> <li>• butabarbital = Butisol</li> </ul>
8. Héroïne/opium	

## Les classes de psychotropes (à utiliser pour l'administration du QCP) (SUITE)

Classes	Noms
9. Opioïdes d'ordonnance	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hydrocodone = Hycodan, Novahistex DH, Robidone, Tussionex</li> <li>• alfentanil = Alfenta</li> <li>• aniléridine = Leritine</li> <li>• butorphanol = Stadol</li> <li>• codéine = Atasol 15, 30; Empracet 30, 60; Exdol 15, 30; Fiorinal C ¼, C ½; Omni-Tuss; Robitussin AC; Tylenol 2, 3, 4; 282, 282 MEP, 292</li> <li>• fentanyl = Sublimaze</li> <li>• hydromorphone = Dilaudid</li> <li>• lévorphanol = Levo-Dromoran</li> <li>• mépéridine = Demoral</li> <li>• méthadone</li> <li>• morphine = M.O.S., MS Contin, Statex</li> <li>• nalbuphine = Nubain</li> <li>• norméthadone = Cophylac</li> <li>• oxycodone = Endocet, Endodan, Oxycocet, Oxycodan, Percocet, Percodan, Supeudol</li> <li>• oxymorphone = Numorphan</li> <li>• pentazocine = Talwin</li> <li>• propoxyphène = Darvon-N, 642, 692</li> <li>• sufentanil = Sufenta</li> </ul>
10. Médicaments en vente libre contenant de la codéine (peuvent renfermer jusqu'à 8 mg par comprimé ou 20 mg pour 30 mL, pour les préparations liquides)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tylenol 1 = 222</li> <li>• sirops contre la toux à la codéine</li> <li>• AC&amp;C</li> </ul>
11. Hallucinogènes	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LSD = acide, buvard</li> <li>• psilocybine = champignons magiques</li> <li>• MDMA = ecstasy</li> <li>• STP/DOM</li> </ul>

## Les classes de psychotropes (à utiliser pour l'administration du QCP) (SUITE)

Classes	Noms	
11. Hallucinogènes (suite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TMA</li> <li>• graines de volubilis = noix de muscade</li> <li>• mescaline = mescalito, mess, wizz</li> <li>• PCP = angel dust</li> </ul>	
12. Colle et autres inhalants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• colle</li> <li>• solvants</li> <li>• huiles de cuisine en aérosol (PAM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• essence</li> <li>• produits en aérosol</li> <li>• correcteur liquide (Liquid Paper)</li> </ul>
13. Tabac	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cigarettes</li> <li>• cigares</li> <li>• timbres à la nicotine</li> <li>• Nicorette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tabac à chiquer</li> <li>• tabac sans fumée</li> <li>• pipe</li> </ul>
14. Autres psychotropes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• médicaments contre l'alcoolisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= disulfiram (Antabuse), carbimide de calcium (Temposil)</li> </ul>

## Les principaux tranquillisants, neuroleptiques et antipsychotiques

- chlorpromazine = Largactil
- halopéridol = Haldol
- clozapine, dropéridol, flupenthixol, fluphénazine, fluspirilène, loxapine, mésoridazine, méthotriméprazine, péricyazine, prochlorpérazine, promazine, rispéridone, thiéthylpérazine, thiopropérazine, thioridazine, thiothixene, trifluopérazine

## Les classes de psychotropes (à utiliser pour l'administration du QCP) (SUITE)

Classes	Noms
Antidépresseurs	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• amitriptyline</li> <li>• amoxapine</li> <li>• fluoxétine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Elavil, Etrafon, Levate, Novo-Triptyn, PMS-Levazine</li> <li>= Asendin</li> <li>= Prozac</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• lithium</li> <li>• dimenhydrinate (Gravol)</li> <li>• stéroïdes</li> </ul>	<p>clomipramine, désipramine, doxépine, fluvoxamine, imipramine, isocarboxazide, maprotiline, moclobémide, nortriptyline, paroxétine, phénelzine, protriptyline, sertraline, tranylcypromine, trazodone, trimipramine</p>



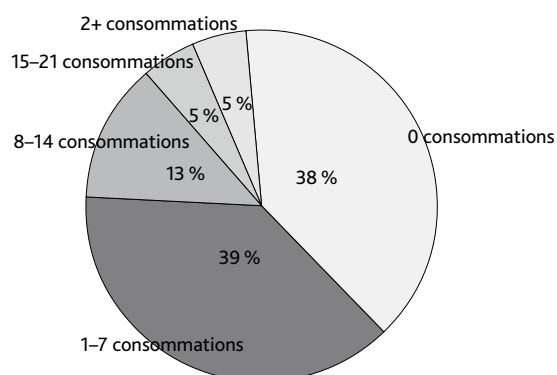
# Annexe F

## LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE COCAÏNE OU DE CRACK AU CANADA, D'APRÈS UN SONDAGE MENÉ AUPRÈS D'ADULTES

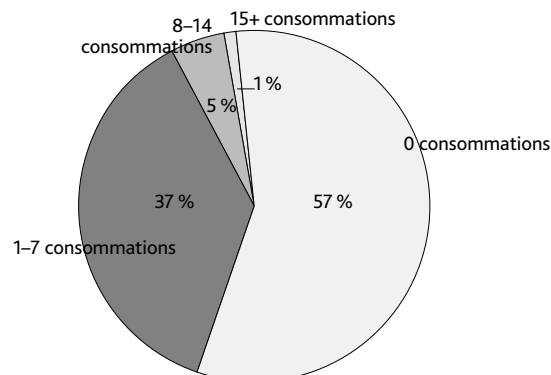
### NOMBRE DE BOISSONS CONSOMMÉES PAR SEMAINE AU CANADA, D'APRÈS UN SONDAGE MENÉ AUPRÈS D'ADULTES\*

DANS QUELLE CATÉGORIE VOUS SITUEZ-VOUS?

Hommes



Femmes



Nombre moyen de consommations par semaine = 5,3

Nombre moyen de consommations par semaine = 2,0

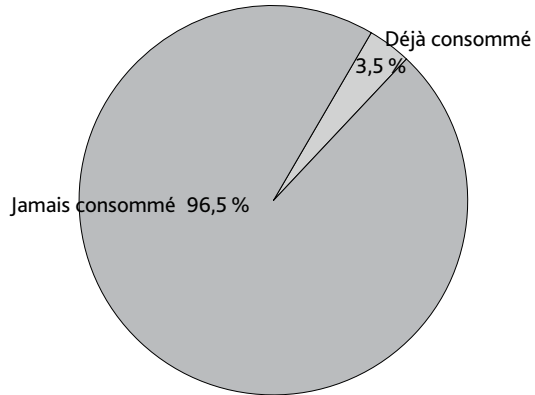
Votre moyenne : \_\_\_\_\_ consommations par semaine

\* D'après l'Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues de 1989. Pour des statistiques récentes sur la consommation d'alcool et de drogues chez les adultes en Ontario, voir Ialomiteanu A.R., Adlaf E.M., Mann R.E. et Rehm J. (2009). CAMH Monitor eReport: Addiction and Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2007 (CAMH Research Document Series No. 25). Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto. Consultable en ligne à : [http://www.camh.net/Research/camh\\_monitor.html](http://www.camh.net/Research/camh_monitor.html).

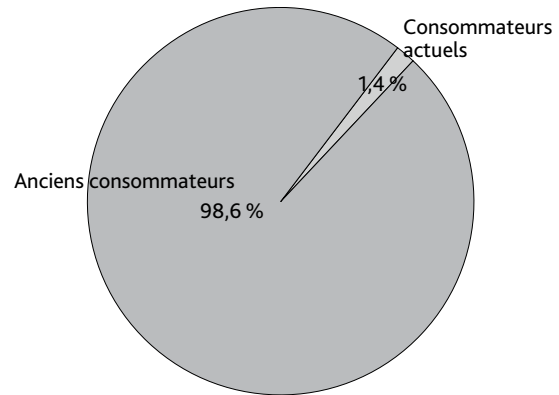
## QUANTITÉ DE COCAÏNE OU DE CRACK CONSOMMÉE PAR SEMAINE AU CANADA, D'APRÈS UN SONDAGE MENÉ AUPRÈS D'ADULTES

DANS QUELLE CATÉGORIE VOUS SITUEZ-VOUS?

Personnes ayant déjà consommé de la cocaïne ou du crack



Consommateurs actuels ou anciens consommateurs



# Annexe G

## INSTRUCTIONS POUR MESURER LA CONSOMMATION MOYENNE D'ALCOOL OU DE DROGUE PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION

### **ALCOOL = NOMBRE MOYEN DE CONSOMMATIONS STANDARD PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

Une consommation standard équivaut à :

- 12 onces de bière à 5 %
- une pinte de bière pression
- 5 onces de vin de table
- deux verres de bière pression de 8 onces
- 1 ½ once de boisson fortement alcoolisée
- 3 ½ onces de porto ou de xérès (sherry).

Si la consommation du client est plus importante les fins de semaine, déterminer le nombre total de consommations prises durant la semaine et diviser ce chiffre par le nombre de jours où le client boit, comme dans l'exemple ci-dessous :

- du lundi au vendredi : 2 bières par jour = 8 consommations sur 4 jours
  - le vendredi et le samedi : 12 bières par jour = 24 consommations sur 2 jours
  - $8 + 24 = 32$  consommations, divisées par 6 jours = 5 consommations par journée de consommation
-

## **COCAÏNE ET CRACK = NOMBRE MOYEN DE PRISES (LIGNES, PIPES OU INJECTIONS) PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

Il s'agit sans doute de la drogue la plus difficile à quantifier. Notez le nombre de prises (que la drogue ait été fumée, sniffée ou injectée).

### CLIENTS QUI PRENNENT DE LA COCAÏNE PAR VOIE INTRAVEINEUSE

1. Demandez au client combien d'injections il s'administre par jour.
2. Notez la quantité utilisée dans la partie Observations cliniques du QCP.

### CLIENTS QUI SNIFFENT

1. Demandez au client combien de lignes il sniffe par jour.
2. Notez la quantité consommée dans la partie Observations cliniques du QCP.

### CLIENTS QUI FUMENT DU CRACK

#### Usage modéré

1. Demandez au client combien de pipes il fume par jour = nombre moyen de pipes par journée de consommation.
2. Notez la quantité consommée dans la partie Observations cliniques du QCP.

#### Usage intensif

1. Demandez au client combien d'heures il passe à fumer par jour (ne pas compter le temps passé à se procurer du crack).
2. Multipliez par 3 = quantité usuelle.
3. Notez la quantité consommée dans la partie Observations cliniques du QCP.

---

Exemple : Si un client déclare avoir passé huit heures à fumer du crack, la quantité usuelle sera de 24 (8 x 3).

---

**AMPHÉTAMINES / AUTRES STIMULANTS – UPPERS, SPEED, CRYSTAL METH, RITALIN = NOMBRE MOYEN DE COMPRIMÉS, DE LIGNES OU D'INJECTIONS PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

CLIENTS QUI PRENNENT DES COMPRIMÉS

1. Demandez au client combien de comprimés il prend par jour.
2. Notez le nom de la drogue et la quantité consommée dans la partie Observations cliniques du QCP.

CLIENTS QUI SNIFFENT

1. Demandez au client combien de lignes il sniffe par jour en moyenne.
2. Notez le nom de la drogue et la quantité consommée dans la partie Observations cliniques du QCP.

CLIENTS QUI PRENNENT DES DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE

1. Demandez au client combien d'injections il s'administre par jour en moyenne.
2. Notez le nom de la drogue et la quantité utilisée dans la partie Observations cliniques du QCP.

**CANNABIS (MARIJUANA, HERBE, HASCH, POT) = NOMBRE MOYEN DE JOINTS OU DE PIPES ON PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

---

Formule de conversion :

Marijuana (pot) : 1 once = 30 joints, 1 gramme = 1 joint

Haschish : 1 gramme = 7 joints

---

Dans la partie Observations cliniques du QCP, notez ce qui suit :

1. Nombre de joints fumés par occasion.
2. À quel(s) moment(s) le client fume ces joints.

Certains clients déclarent qu'ils fument tous les jours, mais avec une fréquence accrue durant les fins de semaines. En pareils cas, il faut :

1. Faire le total des joints fumés par semaine.
2. Diviser ce nombre par le nombre de journées de consommation.

Exemple :

Un client a fumé 1 joint par jour du lundi au jeudi = 4 joints sur quatre jours

Il a fumé 6 joints par jour du vendredi au dimanche = 18 joints sur trois jours

$4 + 18 = 22$  joints – divisés par 7 jours = 3 joints par jour

---

3. Notez la quantité de joints consommée dans la partie Observations cliniques du QCP.

### **BENZODIAZÉPINES (TRANQUILLISANTS : VALIUM, LIBRIUM, XANAX, ATIVAN, ETC.) = NOMBRE MOYEN DE COMPRIMÉS PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

Dans la partie Observations cliniques du QCP, notez ce qui suit :

1. le nom de la ou des drogues utilisées
2. le schéma d'utilisation
3. la dose prise.

### **BARBITURIQUES (SOMNIFÈRES : FIORINAL, TUINAL, ETC.) = NOMBRE MOYEN DE COMPRIMÉS PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

Dans la partie Observations cliniques du QCP, notez ce qui suit :

1. le nom de la ou des drogues utilisées
2. le schéma d'utilisation
3. la dose.

### **HÉROÏNE / OPIUM (JUNK, SMACK) = NOMBRE MOYEN D'INJECTIONS, DE PIPES OU DE LIGNES PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

Si le client s'injecte de la drogue :

1. Demandez-lui combien d'injections il s'administre par jour en moyenne.
2. Notez la quantité utilisée dans la partie Observations cliniques du QCP.

Si le client sniffe :

1. Demandez-lui combien de lignes il sniffe par jour.
2. Notez la quantité utilisée dans la partie Observations cliniques du QCP.

Si le client fume :

1. Demandez-lui combien de pipes il fume par jour.
2. Notez la quantité utilisée dans la partie Observations cliniques du QCP.

**OPIOÏDES D'ORDONNANCE (PERCODAN, DARVON, DEMEROL, TYLENOL 2, 3, 4, 282S, 292S)  
= NOMBRE MOYEN DE COMPRIMÉS PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

Dans la partie Observations cliniques du QCP, notez ce qui suit :

1. le nom de la ou des drogues utilisées
2. le schéma d'utilisation
3. la dose.

**MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE CONTENANT DE LA CODÉINE (222S, TYLENOL 1S, AC&C,  
SIROPS CONTRE LA TOUX À LA CODÉINE) = NOMBRE MOYEN DE COMPRIMÉS PAR JOURNÉE DE  
CONSOMMATION**

Dans la partie Observations cliniques du QCP, notez ce qui suit :

1. le nom de la ou des drogues utilisées
2. le schéma d'utilisation
3. la dose.

---

Remarque : N'inscrivez de numéro de code que si le client fait un usage abusif de ces médicaments, c'est-à-dire s'il dépasse la dose recommandée.

---

**HALLUCINOGENÈS (ECSTASY, ACID, LSD, CHAMPIGNONS, MESCALINE) = NOMBRE MOYEN D'ÉPISODES PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

---

Exemple : Pour 3 prises d'acide en une seule occasion, la fréquence sera de 1.

---

Dans la partie Observations cliniques du QCP, notez ce qui suit :

1. le nom de la ou des drogues utilisées
2. la quantité (p. ex. 3 prises).

**COLLE / AUTRES INHALANTS (ESSENCE, CORRECTEUR LIQUIDE, PAM, PEINTURE) = NOMBRE MOYEN DE TUBES / D'OCCASIONS D'UTILISATION PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

Il arrive souvent que les clients consacrent une certaine période de la journée à inhaler ces produits. En pareil cas, il faudra faire une estimation de la quantité consommée. Comme dans le cas du crack, la consommation usuelle est de trois « doses » par heure. Donc, si un client a sniffé au cours d'une période trois heures, on pourra en déduire qu'il a pris 9 doses.

**TABAC = NOMBRE MOYEN DE CIGARETTES PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

**AUTRES PSYCHOTROPES (PROZAC, GRAVOL, STÉROÏDES, RUSH, LOCKER ROOM, ETC.) = NOMBRE MOYEN DE COMPRIMÉS PAR JOURNÉE DE CONSOMMATION**

Dans la partie Observations cliniques du QCP, notez ce qui suit :

1. le nom de la ou des drogues utilisées
2. le schéma d'utilisation
3. la dose.

**UN CAS À PART : LE SPEEDBALL (MÉLANGE DE COCAÏNE ET D'HÉROÏNE) = FAIRE COMME S'IL S'AGISSAIT DE DEUX DROGUES SÉPARÉES**

Dans la partie Observations cliniques du QCP, notez ce qui suit sous les deux rubriques « héroïne » et « cocaïne » :

1. la fréquence d'utilisation
2. la quantité moyenne.

---

Remarque : Indiquez dans la partie Observations cliniques du QCP que l'héroïne et la cocaïne ont été utilisées ensemble, surtout si elles ont été injectées par voie intraveineuse.

---



# Références

---

- Annis H.M. et Graham J.M. (1988). Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39) User's Guide. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Annis H.M., Herie M.A. et Watkin-Merek L. (1997). Structure relapse prevention, dans *Alcohol & Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors* (p. 141), éd. par Harrison S. et Carver V., Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Annis H.M. et Martin G. (1985). The Drug-Taking Confidence Questionnaire. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Annis H.M., Sklar S.M. et Turner N.E. (1997). The Drug-Taking Confidence Questionnaire User's Guide Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Allen J.P., Columbus M. et Fertig J.B. (1991). Assessment in Alcoholism Treatment: An Overview. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Ashenden R., Silagy C., et Weller D. (1997). A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice*, 14, 160-176.
- Bandura A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies, dans *Self-Efficacy in Changing Societies*, éd. par Bandura A., New York: Cambridge University Press.
- Beattie M.C., Longabaugh R., Elliott G., Stout R.L., Fava J. et Noel N.E. (1993). Effect of the social environment on alcohol involvement and subjective well-being prior to alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 283-296.
- Bois C., Ekdahl A. et Smythe C. (1998). Models of Intake, Screening and Assessment—A Study of Three Approaches. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Bullock D. (1997). Clients with physical disabilities, dans *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors* (p. 259), éd. par Harrison S. et Carver V., Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie (1999). Setting the Course: A Framework for Integrating Addiction Treatment Services in Ontario.
- Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie (juin 2000). Assessment Tools for Ontario Addiction Agencies.
- Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie (septembre 2000). Critères d'admission et de congé.
- Cooper G. et Kent C. (1997). Helping clients with concurrent disorders, dans *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors* (p. 493-502), éd. par Harrison S. et Carver V., Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Cunningham J.A., Gavin D.R., Sobell L.C. et Sobell M.B. (1997). Assessing motivation for change: A preliminary development and evaluation of a scale measuring the costs and benefits of changing alcohol or drug use. *Psychology of Addictive Behaviours*, 11, 2: 107-114.
- Deci E.L. et Ryan R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior, dans *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum.
- Eisen S.V. (1995). Assessment of subjective distress by patients' self-report versus structured interview. *Psychological Report*, 76, 35-39.
- Eisen S.V. et Cahill L.A. (non daté). McLean BASIS-32 Instruction Manual. McLean Hospital, 115 Mill Street, Belmont, MA 02478.
- Eisen S.V. et Dickey B. (1996). Mental health outcome assessment: The new agenda. *Psychotherapy*, 33, 2: 181-189.
-

- Eisen S.V., Dill D.L. et Grob M.C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 3: 242-247.
- Eisen S.V., Leff H.S. et Schaefer E. (1999). Implementing outcome systems: Lessons from a test of the BASIS-32 and the SF-36. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 26, 1: 19-27.
- Eisen S.V., Wilcox M., Leff H.S., Schaefer E. et Culhane M. (1999). Assessing behavioral health outcomes in outpatient programs: Reliability and validity of the BASIS-32. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 26, 1: 5-17.
- Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1984, 1990). *Assessment Handbook: A Handbook on Procedures for Addictions Assessment/Referral Services*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1995). *Guided Self-Change for Assessment and Referral Centres: Clinical Training Manual*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Harrison S., Carver V. (1997) *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Hester R.K. et Miller W.R. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. (1995, 1989). Allyn & Bacon.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Longabaugh R. et Beattie M.C. (1985). Optimizing the cost effectiveness of treatment for alcohol abusers, dans *Future Directions in Alcohol Abuse Treatment Research*, éd. par McCrady B.S., Noel N.E. et Nierenberg T.D. (NIAAA Research Monograph N°. 15, DHHS Publication N°. ADM 85-1322, p. 104-136).
- Marlatt G.A. et Gordon J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*. New York: The Guilford Press.
- Marshman J.A., Fraser R.D., Humphries P.W., Lambert C., Macdonald D.W., Osborne A.C. et coll. *The Treatment of Alcoholics: An Ontario Perspective*. Rapport du *Task Force on Treatment Services for Alcoholics*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Martin G.W. (1992). *The Role of Self-Efficacy in the Prediction of Treatment Outcome for Young, Multiple Drug Users*. Thèse de doctorat non publiée, Université de Toronto.
- McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P. et Kleber H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 13, 284: 1689-1695.
- Miller W.R. et Rollnick S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller W.R. et Tonigan J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviours*, 10, 2: 81-89.
- Parks G.A. (décembre 1998). Consultation, Professional Counsellor, 20-21.
- Prochaska J., Norcross J. et DiClemente C. (1994). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: Avon Books.
- Rice C. et Longabaugh R. (1996). Measuring general social support in alcoholic patients: Short forms for perceived social support. *Psychology of Addictive Behaviours*, 10, 2: 104-111.
- Sanchez-Craig M. (1993). *Saying When: How to Quit Drinking or Cut Down*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Santé Canada (1999). *Meilleures pratiques : Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation*. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux. No de cat. : H39-438/1998F. Consultable en ligne à [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp-mp-abuse-abus/bp\\_substance\\_abuse\\_treatment-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp-mp-abuse-abus/bp_substance_abuse_treatment-fra.pdf).

- Santé Canada (2001). Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux. N° de cat. : H49-153/2001F. Consultable en ligne à [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp\\_women-mp\\_femmes/women-f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_women-mp_femmes/women-f.pdf).
- Santé Canada (2002). Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Rapport préparé pour Santé Canada par l'Unité de conseil et de recherche sur les systèmes de santé du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Ottawa: Santé Canada. N° de cat. : H39-599/2001-2F. Consultable en ligne à [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp\\_disorder-mp\\_concomitants/bp\\_concurrent\\_mental\\_health-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf).
- Sklar S.M. et Turner N.E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, 94, 5: 723-729.
- Sobell L.C. et Sobell M.B. (1992). *Timeline FollowBack: A technique for assessing self-reported alcohol consumption*, dans *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biochemical Methods*, éd. par Litten R.Z. et Allen J.P. (p. 41-72). Humana Press.
- Sobell L.C. et Sobell M.B. (1996). *Timeline FollowBack User's Guide—A Calendar Method for Assessing Alcohol and Drug Use*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Sous-comité du Comité directeur chargé du rétablissement de la santé (1997). Report of the Models of Intake and Assessment Project. Toronto: Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie, ministère de la Santé.
- Sutton S. (2001) Back to the drawing board? A review of applications of the Transtheoretical Model to substance use. *Addiction*, 96, 175-186.
- Tsang B. (1994). *Cultural Diversity: A Handbook for Addiction Service Providers*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Tsang B. (1997). Counselling culturally diverse clients, dans *Alcohol & Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, éd. par Harrison S. et Carver V. (p. 359), Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Tinelli E.T. (décembre 2000). The health oriented interview. *Professional Counsellor*, 54-59.
- Wild C. (non daté). Treatment Entry Questionnaire (TEQ) Version 1.0, Users Guide. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.





