

III. Titre : *Module M4 :*
Travail de thérapeute
M4- Entretien thérapeutique
2 A1-A2-A4-FC

Endoxa Neuroscience s.à.r.l,
Centre Administratif International de Vaumarcus
Château de Vaumarcus 3 CAIV Bureau A305
www.endoxaneuroscience.com
info@endoxaneuroscience.com
Tel : 032 835 5103 ; 079 873 1508

Objectifs des présentations

1. Comment parler avec les psychologues et les médecins? Construction des relations avec des spécialistes pour garantir le pilotage des patient(e)s selon les principes de la médecine alternative
2. Au-delà du contenu, différents aspects des échanges entre thérapeute et patient seront travaillés (mode de représentation et implication émotionnelle, actes de langage, types d'intervention, transfert, rompre des circuits réactionnels, gérer des émotions).
3. Se constituer un réseau professionnel ; se constitue un réseau interdisciplinaire ; coopérer avec d'autres spécialistes et organisations de la profession ou d'autres groupes professionnels et soigner ses contacts professionnels ; Organiser et assurer la collaboration avec d'autres spécialistes.
4. Aborder les conflits objectivement dans le souci de trouver une solution ; S'assurer du consentement du patient ; Garantir l'autonomie et la responsabilité individuelle du patient ; Défendre les intérêts du patient vis-à-vis de tiers ; Préserver et défendre ses propres intérêts ; Gérer de manière appropriée les données/informations issues de cette collaboration ; Juger du moment opportun d'instaurer des concepts thérapeutiques de suivi ;

Plan du cours

1. l'exercice thérapeutique
2. Les outils diagnostique
3. Différentes maladies mentales
4. À l'aide! Quoi faire si.....
5. L'entretien thérapeutique motivationnel
6. Huit principes généraux reflètent les fondements éthiques du code de déontologie de la profession de thérapeute

L'exercice thérapeutique

Dans l'exercice de sa profession, le thérapeute doit tenir compte de l'énergie vitale de son patient ainsi que de ses composantes biochimique, psychologique, structurelle et environnementale.

Constituent des actes thérapeutiques, toute évaluation, recommandation et processus thérapeutique portant sur l'énergie vitale, les composantes biochimique, énergétique, psychologique, structurelle et environnementale.

Constitue notamment des actes thérapeutiques, l'utilisation des grilles, de bilans, de questionnaires, d'études, d'inventaires, d'échelles ou de tout autre document permettant la collecte de données, l'évaluation et une meilleure compréhension du patient.

L'exercice thérapeutique

Dans l'exercice de la thérapie, le thérapeute agréé doit dans sa démarche:

- Procéder à un bilan de santé avec la plus grande attention, en utilisant des outils thérapeutiques appropriés;
- Compléter ce bilan par des analyses biologiques, tests divers et autres moyens thérapeutiques appropriés;
- Etablir un plan de redressement de terrain par des programmes éducatifs et biothérapeutiques;
- Faire un travail d'éducation pour la santé dans un but essentiellement préventif ou correctif.

Le thérapeute agréé doit s'abstenir d'utiliser, lorsqu'il accomplit un acte thérapeutique, des moyens d'évaluation ou d'intervention insuffisamment éprouvés, non reconnus.

Le thérapeute doit savoir comment il faut:

Constituer un réseau professionnel;

Constitue un réseau interdisciplinaire ;

Coopérer avec d'autres spécialistes et organisations de la profession ou d'autres groupes professionnels et soigner ses contacts professionnels ;

Organiser et assurer la collaboration avec d'autres spécialistes.

OUTILS DE DIAGNOSTIQUE: LE DSM ET LE CIM

La nécessité d'une classification commune

Un diagnostic ne peut être prédictif qu'après avoir permis une accumulation de connaissances. Une telle accumulation n'est possible et n'a de sens que si la façon de poser le diagnostic est commune. Pour la petite histoire, lorsque les anglais et les américains ont voulu faire une étude épidémiologique comparative sur la schizophrénie, ils se sont rendus compte que le nombre de patients était 4 à 10 fois plus important à New York qu'à Londres. Il est rapidement devenu évident qu'il ne s'agissait pas d'une réalité, mais d'un problème de définition, puisque les critères Bleuleriens étaient appliqués à New York, alors que les critères Kraepelinien prévalaient à Londres.

De là est partie l'idée de développer des critères diagnostics communs. Même si ceux-ci ne permettaient pas de définir des maladies, ils allaient permettre l'accumulation de connaissances échangeables entre différents praticiens de différents pays sur l'épidémiologie, le pronostic, la meilleure prise en charge thérapeutique etc...

Une des résistances à l'idée de classification vient de ce que cet "étiquetage" peut être partagé avec le patient. Pour certains praticiens, cela ne ferait qu'accroître ses difficultés, puisqu'il doit en plus de ses troubles, assumer la stigmatisation à l'encontre du diagnostic. Pourtant, l'annonce du diagnostic, lorsqu'elle est accompagnée d'une psycho-éducation, est la seule psychothérapie dont l'efficacité soit démontrée quelque soit le type de trouble.

CIM-10 / ICD-10

Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement

Descriptions Cliniques
et Directives
pour le Diagnostic



Organisation
Mondiale de la Santé

MASSON 

CIM-10 / ICD-10

Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement

Critères Diagnostiques
pour la Recherche



Organisation
Mondiale de la Santé

MASSON 

DSM-I

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-II

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-III

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-IV

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-5

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

5

Principales classifications

- ❑ Troubles psychotiques
- ❑ Troubles de l'humeur
- ❑ Troubles anxieux
- ❑ Troubles de la personnalité
- ❑ Troubles de l'adaptation
- ❑ Troubles somatoformes
- ❑ Troubles dissociatifs
- ❑ Troubles factices
- ❑ Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle
- ❑ Trouble de l'alimentation
- ❑ Démences et troubles cognitifs
- ❑ Troubles lié à une substance

Construction du diagnostic

- ❑ Axe 1 : Trouble mental
- ❑ Axe 2 : Trouble de la personnalité
- ❑ Axe 3 : Troubles physiques
- ❑ Axe 4 : Problèmes psychosociaux
- ❑ Axe 5 : Échelle du fonctionnement (EGF)

Diagnostic, pronostic, traitement

- Diagnostic: identification et explication d'un tableau clinique – soulagement du patient et du médecin
- Pronostic: les maladies peuvent évoluer naturellement – résolution (guérison); résolution partiellement avec complications (handicap variable); mortalité
- Traitement: influence d'une intervention thérapeutique sur l'évolution naturelle d'une maladie

CIM-10 / ICD-10

Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement

Descriptions Cliniques
et Directives
pour le Diagnostic



Organisation
Mondiale de la Santé

MASSON 

CIM-10 / ICD-10

Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement

Critères Diagnostiques
pour la Recherche



Organisation
Mondiale de la Santé

MASSON 

DSM-I

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-II

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-III

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-IV

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-5

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

5

Troubles habituellement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

Retard mental

Troubles des apprentissages

- Trouble de la lecture
- Trouble du calcul
- Trouble de l'expression écrite
- Trouble des apprentissages non spécifique

Troubles des habiletés motrices

- Trouble de l'acquisition de la coordination

Troubles de la communication

- Trouble du langage de type expressif
- Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif
- Trouble phonologique
- Bégaiement

Troubles envahissants du développement

- Autisme
- Syndrome de Rett
- Trouble désintégratif de l'enfance
- Syndrome d'Asperger
- Trouble envahissant du développement non spécifié

Troubles: déficit de l'attention et comportement perturbateur

- Trouble: déficit de l'attention/hyperactivité
- Trouble des conduites
- Trouble oppositionnel avec provocation
- Trouble: comportement perturbateur non spécifié

Troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première et de la deuxième enfance

- Pica
- Trouble: mérycisme
- Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance

Troubles: tics

- Syndrome de Gilles de la Tourette
- Trouble: tic moteur ou vocal chronique
- Trouble: tic transitoire
- Trouble: tic non spécifié

Troubles du contrôle sphinctérien

- Encoprésie
- Énurésie (non due à une affection médicale)

Autres troubles de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence

- Trouble: anxiété de séparation
- Mutisme sélectif
- Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance
- Trouble: mouvements stéréotypés
- Trouble de la première, de la deuxième enfance ou de l'adolescence non spécifié

Délirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs

Délirium

- Délirium dû à une affection médicale générale
- Délirium induit par une substance
- Délirium dû à l'intoxication par une substance
- Délirium dû au sevrage d'une substance

Démence

- Démence de type Alzheimer
- Démence vasculaire
- Démence due à d'autres affections médicales générales
- Démence persistante induite par une substance

Trouble amnésique

- Trouble amnésique dû à une affection médicale générale
- Trouble amnésique persistant induit par une substance

Troubles mentaux dus à une affection médicale générale

- Trouble catatonique dû à une affection médicale générale
- Modification de la personnalité due à une affection médicale générale

Troubles liés à une substance

Troubles liés à l'utilisation d'une substance

- Dépendance à une substance
- Abus d'une substance

Troubles induits par une substance

- Intoxication à une substance
- Sevrage à une substance

Troubles liés à l'alcool

Troubles liés à l'emphétamine

Troubles liés à la caféine

Troubles liés au cannabis

Troubles liés à la cocaïne

Troubles liés aux hallucinogènes

Troubles liés aux solvants volatils

Troubles liés à la nicotine

Troubles liés aux opiacés

Troubles liés à la phencyclidine

Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Schizophrénie et autres troubles psychotiques

Schizophrénie

Trouble schizophréniforme

Trouble schizo-affectif

Trouble délirant

Trouble psychotique bref

Trouble psychotique partagé

Trouble psychotique dû à une affection médicale générale

Trouble psychotique induit par une substance (Psychose toxique)

Troubles de l'humeur

Dépression majeure

Dysthymie

Trouble dépressif non spécifié

Trouble bipolaire I

Trouble bipolaire II

Cyclothymie

Trouble bipolaire non spécifié

Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale

Trouble de l'humeur induit par une substance

Trouble de l'humeur non spécifié

Troubles anxieux

Attaque de panique

Agoraphobie

Trouble panique avec ou sans agoraphobie

Phobie spécifique

Phobie sociale

Trouble obsessionnel-compulsif

État de stress post-traumatique

État de stress aigu

Anxiété généralisée

Trouble anxieux dû à une affection médicale générale

Trouble anxieux induit par une substance

Trouble anxieux non spécifié

Troubles somatoformes

Trouble somatisation

Trouble somatoforme indifférencié

Trouble de conversion

Trouble douloureux

Hypocondrie

Trouble: peur d'une dysmorphie corporelle

Trouble somatophorme non spécifié

Troubles dissociatifs

Amnésie dissociative

Fugue dissociative

Trouble dissociatif de l'identité (auparavant personnalité multiple)

Trouble de dépersonnalisation

Trouble dissociatif non spécifié

Troubles sexuels et de l'identité sexuelle

Dysfonctions sexuelles

- Troubles du désir sexuel
 - . (Baisse du désir sexuel)
 - . (Aversion sexuelle)
- Troubles de l'excitation sexuelle
 - . (Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme)
 - . (Trouble de l'érection chez l'homme)
- Troubles de l'orgasme
 - . (Trouble de l'orgasme chez la femme)
 - . (Trouble de l'orgasme chez l'homme)
 - . (Éjaculation précoce)
- Troubles sexuels avec douleur
 - . (Dyspareunie)
 - . (Vaginisme)
- Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale
- Dysfonction sexuelle induite par une substance
- Dysfonctions sexuelles non spécifiées

Paraphilies

- Exhibitionnisme
- Fétichisme
- Frotteurisme
- Pédophilie
- Masochisme sexuel
- Sadisme sexuel
- Travestisme fétichiste
- Voyeurisme
- Parphilie non spécifiée

Troubles des conduites alimentaires

Anorexie mentale

Boulimie

Hyperphagie boulimique (trouble à l'étude)

Troubles du sommeil

Troubles primaires du sommeil

- Dyssomnies
- Insomnie primaire - Hypersomnie primaire
- Narcolepsie
- Trouble du sommeil lié à la respiration
- Trouble du sommeil lié au rythme circadien
- Dyssomnie non spécifiée
- Parasomnies - Trouble: cauchemars
- Terreurs nocturnes
- Somnambulisme

Troubles du sommeil en rapport avec un autre trouble mental

Trouble du sommeil dû à une affection médicale générale

Trouble du sommeil induit par une substance

Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs

Trouble explosif intermittent

Kleptomanie

Pyromanie

Jeu pathologique

Trochotillomanie

Trouble du contrôle des impulsions non spécifié

Troubles de la personnalité

Personnalité paranoïaque

Personnalité schizoïde

Personnalité schizotypique

Personnalité borderline

Personnalité antisociale

Personnalité histrionique

Personnalité narcissique

Personnalité évitante

Personnalité dépendante

Personnalité obsessionnelle-compulsive

Trouble de la personnalité non spécifié

Principales classifications

- ❑ Troubles psychotiques
- ❑ Troubles de l'humeur
- ❑ Troubles anxieux
- ❑ Troubles de la personnalité
- ❑ Troubles de l'adaptation
- ❑ Troubles somatoformes
- ❑ Troubles dissociatifs
- ❑ Troubles factices
- ❑ Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle
- ❑ Trouble de l'alimentation
- ❑ Démences et troubles cognitifs
- ❑ Troubles lié à une substance

Construction du diagnostic

- ❑ Axe 1 : Trouble mental
- ❑ Axe 2 : Trouble de la personnalité
- ❑ Axe 3 : Troubles physiques
- ❑ Axe 4 : Problèmes psychosociaux
- ❑ Axe 5 : Échelle du fonctionnement (EGF)

Évolution historique des cadres diagnostiques pour les maladies psychotiques

- Antiquité: descriptions claires des maladies épisodiques plus affectives (ex.: le Roi Saül – trouble bipolaire) et les maladies non épisodiques et plus idéationnelles (ex.: l'Empereur Caligula – schizophrénie) – pas de traitement
- Moyen âge: maladie contre sorcellerie; hospices – pas de traitement
- Début de l'ère moderne: compréhension des maladies affectives et psychotiques avec déclin, donc « folie »; asiles – pas de traitement
- Fin du 19^e et début du 20^e Siècles
 - Kraepelin (1896): démence précoce contre folie maniaco-dépressive, déclin
 - Bleuler (1911): schizophrénie – emphase sur les aspects « dissociatifs » et sociaux plus que les aspects idéationnels/perceptuels – asiles, pas de traitement

Évolution historique des catégories diagnostiques pour les maladies psychotiques

Systèmes de classification:

CIM-1 (1900)	85	Parésie générale des fous
	86	Folie (non puerpérale)
CIM-2 (1909)	67	Parésie générale des fous
	68	Autres types d'aliénation mentale
	73a	Hystérie, neuralgie, sciatique
CIM-3 (1929)	83	Parésie générale des fous
	84a	Démence précoce
	84b	Autres types de folie

Évolution historique des catégories diagnostiques pour les maladies psychotiques

Systèmes de classification:

CIM-4 (1938)	84b	Schizophrénie (démence précoce)
	84c	Psychose maniaco-dépressive
	84d	Autres troubles mentaux
CIM-5 (1948)	300	Troubles psychotiques – y compris psychose schizo-affective
	301	Réaction maniaco-dépressive
	303	Paranoïa et états paranoïaques
	304-309	Autres psychoses
DSM-I (1952)		Collecte de données (asiles et armée américaine)

DSM-5: Les Schizophrénies et Troubles psychotiques connexes

- 301.22 Trouble schizotypal
- 297.1 Trouble délirant – erotomanique, grandiose jalousie, persécutoire, somatique, mixte, non spécifié
- 298.8 Trouble psychotique brève – avec/sans stress important; début postpartum
- 295.4 Trouble schizophréniforme – avec/sans éléments de pronostic favorable
- 295.9 Schizophrénie
- 295.7 Trouble schizoaffectif, bipolaire
- 295.7 Trouble schizoaffectif, dépressif
- 293.89 Catatonie associée ou due à une condition médicale

Psychoses: Les aspects clés – Critères A

- Délires
- Hallucinations
- Pensée (discours) désorganisée
- Comportements anormaux ou grossièrement désorganisés (y compris la catatonie)
- Symptômes négatifs (expressivité émotionnelle, limitée, avolition)

Les « spécifieurs »

- Après une durée d'une année de maladie:
 - Premier épisode: aigu, rémission partielle, rémission complète
 - Multi-épisodes: aigu, rémission partielle, rémission complète; continue, non spécifiée
 - Avec catatonie (pas trouble délirant)
 - Gravité

Gravité : aspects généraux

- La recherche utilise une approche dimensionnelle à l'évaluation des symptômes depuis plus de 25 ans (ex.: PANSS, SANS, SAPS)
- Plusieurs catégories partagent les mêmes symptômes (ex.: délires en schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble bipolaire, dépression majeure; catatonie en schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure)
- Autoévaluée, évaluée par parent/soignant, évaluée par clinicien

Gravité : dimensions psychotiques

- Hallucinations, délires, discours désorganisé, comportement psychomoteur anormal, symptômes négatifs (expressivité émotionnelle limitée, avolition), fonction cognitive affaiblie, dépression, manie
- 0 – pas présent
- 1 – limite
- 2 – léger
- 3 – modéré
- 4 – grave

Critères diagnostiques du trouble cyclothymique (DSM-5)



La caractéristique essentielle du trouble cyclothymique est une perturbation chronique et fluctuante de l'humeur qui implique de nombreuses périodes de symptômes d'hypomanie et périodes de symptômes de dépression qui ne sont pas assez sévères pour rencontrer les critères diagnostiques des épisodes d'hypomanie et de dépression majeure qui sont caractéristiques du **trouble bipolaire de type 2**.

- A. Pendant au moins 2 ans (1 an chez les enfants et les adolescents), il y a eu de nombreuses périodes de symptômes d'hypomanie qui ne répondent pas aux critères d'un épisode hypomaniaque et de nombreuses périodes de symptômes dépressifs qui ne répondent pas aux critères pour un épisode dépressif majeur. (Le nombre, la sévérité et la durée des symptômes sont insuffisants pour rencontrer les critères.)
- B. Au cours de cette période, les périodes hypomaniaques et dépressives ont été présentes au moins la moitié du temps et la personne n'a pas été sans symptômes pendant plus de 2 mois à la fois.
- C. Les critères pour un épisode dépressif majeur, maniaque ou hypomaniaque n'ont jamais été rencontrés.
- D. Les symptômes du critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.
- E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou d'une autre condition médicale (par exemple, l'hyperthyroïdie).
- F. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou d'autres domaines importants.

Symptômes et critères diagnostiques de la dépression majeure (DSM-5)

Psychomédia | Publié le 4 avril 2016



Le plus souvent, lorsque le terme « dépression » est employé dans un contexte médical, il désigne la dépression majeure.

Celle-ci est caractérisée par un ou des épisodes distincts d'au moins 2 semaines (bien que la plupart des épisodes durent considérablement plus longtemps) qui se démarquent du fonctionnement habituel de la personne. La dépression majeure peut être légère, modérée ou sévère.

- A. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à une autre condition médicale.

1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure). (Remarque : Chez les enfants et les adolescents, peut être une humeur irritable.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être **délirante**) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

- B. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Remarque : Les critères A à C représentent un épisode de dépression majeure.

Remarque : Les réponses à une perte significative (par exemple, deuil, ruine financière, pertes d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) peuvent inclure les sentiments de tristesse intense, la rumination sur la perte, l'insomnie, le manque d'appétit et la perte de poids listés dans le Critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes peuvent être compréhensibles ou jugés appropriés en rapport avec la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur, en plus de la réponse normale à une perte importante, devrait également être examinée avec soin. Cette décision requiert inévitablement l'exercice du jugement clinique basé sur l'histoire de l'individu et les normes culturelles pour l'expression de la détresse dans le contexte de la perte.

- D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.

- E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.

Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes similaires à la manie ou l'hypomanie sont induits par une substance ou sont imputables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale.

Le diagnostic est généralement accompagné des spécificateurs de sévérité et d'évolution suivants : épisode unique ou récurrent ; léger, modéré ou sévère, avec caractéristiques psychotiques ; en rémission partielle ou en rémission complète.

Critères diagnostiques du trouble panique du DSM-5

Psychomédia | Publié le 8 février 2016



Le trouble panique est caractérisé par une préoccupation persistante ou des changements de comportements en lien avec la survenue récurrente d'attaques de panique inattendues, c'est-à-dire qui se produisent sans cause évidente ou déclencheur. Elles peuvent survenir par exemple lorsque la personne se détend ou dort.

Des attaques de panique peuvent aussi survenir comme symptômes dans d'autres troubles anxieux (ex. anxiété sociale, agoraphobie, phobie spécifique...). Elles surviennent alors de façon prévisible en réponse à des situations ou des déclencheurs précis. Dans ces cas, le diagnostic de trouble panique ne s'applique pas.

- A. Attaques de panique inattendues récurrentes. Une attaque de panique est une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle quatre (ou plus) des symptômes suivants se produisent :

Remarque : La montée brusque peut se produire à partir d'un état de calme ou d'un état anxieux.

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses.
4. Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoraciques.
7. Nausées ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse.
9. Frissons ou sensations de chaleur.
10. Paresthésie (engourdissement ou picotement).
11. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

Remarque : des symptômes spécifiques à la culture (par exemple, acouphènes, douleur au cou, maux de tête, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être présents. Ces symptômes ne doivent pas compter comme l'un des quatre symptômes nécessaires au diagnostic.

- B. Au moins une des attaques a été suivie d'un mois (ou plus) de l'un ou l'autre de ce qui suit :
1. Préoccupation persistante ou inquiétude concernant de nouvelles attaques de panique et leurs conséquences (par exemple, peur de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de « devenir fou »).
 2. Changement significatif inadapté de comportement lié aux attaques (par exemple, des comportements visant à éviter d'avoir des attaques, comme l'évitement de l'exercice ou des situations peu familières).
- C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale (par exemple, hyperthyroïdie, troubles cardio-pulmonaires).
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple, les attaques de panique ne se produisent pas seulement en réponse à des situations sociales redoutées, comme dans le trouble d'anxiété sociale ; en réponse à des objets ou des situations phobiques circonscrits, comme dans la phobie spécifique ; en réponse à des obsessions, comme dans le trouble obsessionnel-compulsif ; en réponse à des rappels d'événements traumatiques, comme dans le syndrome de stress post-traumatique ; ou en réponse à la séparation d'avec les figures d'attachement, comme dans le trouble d'anxiété de séparation).

Durant l'entretien thérapeutique il faut:

1. Aborder les conflits objectivement dans le souci de trouver une solution ;
2. S'assurer du consentement du patient ;
3. Garantir l'autonomie et la responsabilité individuelle du patient ; Défendre les intérêts du patient vis-à-vis de tiers ;
4. Préserver et défendre ses propres intérêts ;
5. Gérer de manière appropriée les données/informations issues de cette collaboration ;
6. Juger du moment opportun d'instaurer des concepts thérapeutiques de suivi ;

Plus important que la médication il faut toujours durant l'entretien thérapeutique travailler les aspects des échanges entre thérapeute et patient:

mode de représentation et implication émotionnelle,

actes de langage,

types d'intervention,

transfert,

rompre des circuits réactionnels,

gérer des émotions.

- Ecouter, rassurer, favoriser le bien-être.
- Faire verbaliser aux patients leurs représentations et affects en lien avec leur(s) maladie(s), déposer leur fardeau, faire le point, mieux se comprendre, les conduire vers une prise de conscience.
- Elaborer un travail autour de la qualité de vie, l'image de soi, l'estime de soi, l'acceptation de soi, le respect de soi, la confiance en soi, l'estime personnelle
- Aborder le vécu et l'acceptation de la maladie
- Analyser et prendre en compte l'humeur des patients (dépression, anxiété, mal-être...)
- Faire ressortir des points forts, donner de la force, permettre de déculpabiliser
- Expliquer et nuancer les messages des médecins
- Amener les patients à exploiter leur énergie et gérer leur stress
- Initier une motivation au changement ainsi qu'un sentiment d'auto efficacité
- Développer des compétences d'adaptation à la maladie pour mieux vivre la maladie.
- Amener le patient à être acteur de sa maladie, à la gérer au mieux et à adopter une hygiène de vie saine
- Favoriser un soutien psychosocial en prenant en compte l'entourage des patients

À l'aide! Quoi faire pendant les moments difficile
de la relation thérapeutique?



LES COMPORTEMENTS ANXIEUX

SIGNES À DÉTECTER

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Discours décousus (fuite des idées)	- Humeur labile (changement fréquent et rapide de l'humeur) - Seuil de frustration bas (tolère mal les frustrations et les délais d'attente)	- Demandes multiples ou répétitives (ressemble à du harcèlement) - Soliloques (parle tout seul) - Hygiène inadéquate	- Akathisie (à la bougeotte)

ATTITUDES

AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
- Accepter que l'anxiété est une composante de base du comportement humain - Aider la personne à trouver des moyens de mieux faire face à son anxiété (ex : relaxation, retrait à sa chambre, écouter de la musique, etc.) - Avoir une approche calme et rassurante - Faire verbaliser la personne sur les situations et les moments qui suscitent de l'anxiété chez elle - Prendre le temps d'écouter la personne - Rappeler notre disponibilité à la personne - Se préoccuper d'abord de sécuriser la personne avant de changer quoi que ce soit - Utiliser la suggestion positive - Utiliser un langage simple, court	- Donner des ordres - Exiger que la personne se calme - Nier l'angoisse de la personne - Parler fort

4.1.2 LES COMPORTEMENTS MÉFLIANTS

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Peut interpréter les propos de l'entourage	- N'a confiance en personne	- Se retire du groupe - Refuse de parler à de nouvelles personnes - Peut refuser sa médication - Peut refuser la nourriture	- Posture et attitude non verbale

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
- Agir avec tact et courtoisie - Amener graduellement la personne à participer au groupe - Choisir le moment opportun afin de rectifier ou de donner l'interprétation juste des événements - Confier à la personne des responsabilités adaptées à ses capacités - Demander si la personne accepte qu'on s'assoit près d'elle (respecter sa 'bulle') - Établir un climat de confiance (ça peut être long) - Offrir diverses activités à la personne, sans insister - Offrir notre disponibilité à la personne, sans insister - Respecter le rythme de la personne	- Agir en cachette de la personne - Argumenter - Blâmer les actions et les comportements de la personne - Chuchoter en présence de la personne - Insister, obliger la personne à faire des choses - Nier les idées fausses

4.1.3 LES COMPORTEMENTS DE REFUS

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
	- Retrait sur soi - Irritabilité	- Argumentation - Négation - Réponse évasive - Opposition active ou passive - Hygiène inadéquate	- Perte d'appétit

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
- Accepter momentanément le refus et revenir plus tard - Assurer une surveillance étroite mais discrète - Garder une certaine distance physique - Offrir notre disponibilité - Se limiter à ce qui est vraiment nécessaire - Suggérer plutôt que d'exiger - Utiliser des phrases courtes et simples - Utiliser un ton de voix doux - Vérifier les raisons du refus	- Argumenter - Commander - Entretenir de longs discours - Faire des reproches ou commentaires négatifs - Insister - Tenter de raisonner la personne - Vouloir toucher la personne

4.1.4.1 Les comportements d'agressivité et d'hostilité

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Faible autocritique - Hallucination ou délire	- Difficulté à tolérer l'entourage - Irritabilité	- Blasphémer, injurier - Bousculer les objets ou les personnes - Menacer de frapper - Parler fort, hausser le ton, crier	- Agitation motrice - Poings fermés - Yeux exorbités

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
- Avoir une approche calme et sécurisante - Garder son sang-froid - Diminuer les stimuli - Offrir sa disponibilité et son écoute - Dédramatiser la situation (sans la nier ni la ridiculiser) - Respecter une distance physique sécuritaire (OMEGA) - Permettre à la personne de verbaliser sur ce qui ne va pas, trouver l'élément déclencheur - Utiliser les techniques OMEGA de pacification - Donner à la personne une instruction courte et directe de ce qu'on attend d'elle - Faire un retour sur l'événement ayant occasionné le comportement (attendre le moment opportun) - Se centrer sur la situation actuelle afin de pouvoir intervenir rapidement (éviter l'escalade – besoins insatisfaits) - Un seul intervenant intervient, l'autre demeure en soutien.	- Confronter - Contredire - Parler fort, crier - Braver, perdre patience - S'esquiver et ignorer - Nier le problème - Intervenir à plusieurs en même temps, ce qui risque d'augmenter la confusion entre les intervenants et l'agressivité de la personne qui se sentira davantage menacée - Tolérer l'hostilité verbale ou psychologique (cela ne peut que susciter son retour à plus ou moins brève échéance).

4.1.4.2 Les comportements d'agression et de violence

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Faible autocritique - Hallucination ou délire	- Difficulté à tolérer l'entourage - Colère et rage - Irritabilité - Perte de contrôle émotionnel	- Blasphémer, injurier - Humilier, intimider, menacer - Bousculer les objets ou les personnes - Frapper et briser les objets - Menacer de frapper - Frapper les personnes - Parler fort, hausser le ton, crier - Hurler	- Agitation motrice - Figure crispée - Poings fermés - Lèvres et dents serrées - Yeux exorbités - Mouvements volontaires violents

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
- Avoir une approche calme et sécurisante - Respecter une distance physique sécuritaire - Garder son sang-froid - Contrôler les stimuli et l'environnement - Retirer la personne du groupe - Aviser la personne que la violence est inacceptable - Utiliser l'approche OMEGA de pacification (si la personne est réceptive) - Dédramatiser la situation (sans la nier ni la ridiculiser) - Donner à la personne une instruction courte et directe de ce qu'on attend d'elle - Permettre à la personne de verbaliser sur ce qui ne va pas, trouver l'élément déclencheur - Se centrer sur la situation actuelle afin de pouvoir intervenir rapidement (éviter l'escalade – besoins insatisfaits) - Deux intervenants : un intervient directement, l'autre demeure en soutien - Si la personne est inaccessible, utiliser les techniques OMEGA de contrôle comportemental - Si besoin, faire appel au Service de sécurité et à la mise en isolement (dernier recours) - Faire un retour sur l'événement (debriefing) ayant occasionné le comportement (pour la personne et pour les intervenants)	- Confronter, contredire - Paniquer - Parler fort, crier, agresser - Braver, perdre patience - S'esquiver et ignorer - Nier le problème - Intervenir à plusieurs en même temps, ce qui risque d'augmenter la confusion entre les intervenants et l'agressivité de la personne qui se sentira davantage menacée - Tolérer ou ignorer la violence verbale, physique ou psychologique (cela ne peut que susciter son retour à plus ou moins brève échéance et mettre les personnes en danger)



Interventions de crise auprès des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite. Partie 1 : Approches préventives et résolutives en thérapie psychodynamique individuelle

Suzane Renaud*

Les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite ont par définition une personnalité non fonctionnelle sujette à réagir aux changements et aux stress psychosociaux par des états de crise récurrents. Un trouble de personnalité est indissociable d'une problématique interpersonnelle et celle-ci se développe forcément dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique individuelle. Cet article aborde les principes de base du cadre psychothérapique permettant de structurer l'intervention de crise adaptée au trouble de personnalité limite lors des incidents rencontrés au cours du traitement. Ce cadre sert de mesure préventive et/ou structurelle face aux crises et offre ainsi des stratégies générales de résolution. L'article détaille des problématiques cliniques fréquentes soit des menaces de suicide et même d'homicide, des conflits provoqués par les demandes du patient, l'absence du thérapeute ou des tentatives visant à perturber le cadre afin de décrire diverses modalités d'intervention pour solutionner ces crises.

Les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite (TPL) ont par définition une personnalité non fonctionnelle prompt à réagir aux changements de vie et aux stress psychosociaux par des états de crise souvent récurrents. Un trouble de personnalité est indissociable d'une problématique interpersonnelle, à coup sûr apprise en famille. Et c'est souvent dans l'enceinte de la famille que les problématiques se rejouent. Les affects dysphoriques provoqués par la crise demandent à être contenus, soutenus puis clarifiés pour une meilleure évaluation de la réalité. Dans une étape ultérieure, les patients doivent solutionner leurs problèmes de vie, développer des comportements plus adaptatifs. Rudnick (1998) estime que l'intervention de crise doit tout simplement stabiliser le patient au niveau du fonctionnement pré-crise. Or le principe thérapeutique de la crise est de profiter de l'occasion pour faire

évoluer le patient vers un stade de développement personnel plus avancé. Andreoli et al. (1993) ont démontré que dans le contexte d'une crise dépressive, les patients avec un trouble de personnalité sont ceux qui profitent le plus d'un traitement multimodal, si une alliance thérapeutique est acquise et s'il y a un niveau acceptable d'introspection. D'autres auteurs suggèrent d'établir une hiérarchie d'intervention en fonction des progrès du patient dans une démarche thérapeutique (Gunderson et Gabbard, 2000 ; Linehan, 1991 ; Livesley, 2000).

Gestion des bris du cadre thérapeutique

Une autre situation nécessitant une attention particulière est celle des conflits inévitables durant le processus psychothérapeutique, par exemple des absences aux rencontres prévues ou des appels répétés entre les rendez-vous. Dans une présentation inspirée des guides de pratique du traitement des TPL de l'American Psychiatric Association (2001), Gunderson (2000) suggère des étapes stratégiques pour aider le thérapeute à s'orienter dans un contexte de crise alors qu'il peut être envahi par la haine, la rancœur et les exigences véhémentes d'un patient. Le thérapeute devrait en premier lieu chercher à identifier la difficulté à l'origine d'une crise, puis ensuite clarifier l'attente du patient. Cette attente n'est pas nécessairement celle qui semble évidente au thérapeute. Il aide à la faire émerger dans le champ de conscience du patient. Il a à valider ce besoin comme étant celui du patient puis à discuter pour déterminer s'il est possible d'y répondre. Il aura sans doute souvent à dire « Non, cela n'est pas possible » devant tel souhait du patient. Devant

l'échec de cette intervention secondaire à la persistance du comportement, il est avantageux d'explorer la possibilité de répondre aux attentes du patient et d'exposer ses propres limites, quitte à négocier un compromis avec le patient. À la rigueur, si le comportement se répète et empêche le travail psychothérapeutique, il faudra y mettre un terme ce qui peut signifier un arrêt de la psychothérapie.

Exemple de l'entretien motivationnel

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

L'entretien Motivationnel (EM)

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

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

L'entretien Motivationnel

Le *caring*, l'humanisme et l'entretien motivationnel

Respect	Empathie (Venne & Trudeau, 2009)
Liberté	Éviter d'argumenter (Venne & Trudeau, 2009)
Croire au potentiel	Respecter l'autonomie (Venne & Trudeau, 2009)
Dignité humaine	Collaborer (Berthiame & Fortier, 2012)
Accompagner les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé	Explorer l'ambivalence (Venne & Trudeau, 2009) Évaluer les barrières et stratégies face aux changements (Nagalkerk, Reick & Meengs, 2006)

Selon Berthiaume et Fortier (2012) :

- Inciter la personne à identifier ses objectifs de changement
- Renforcer la motivation de la personne ambivalente
- Accompagner la personne dans son cheminement
- Développer une relation thérapeutique de qualité

Les principes selon Miller et Rollnick (2006) :

- Exprimer l'empathie
- Développer la discordance
- Encourager l'autonomie
- Danser avec la résistance

Stades de changement (DiClemente & Prochaska, 1998)

Précontemplation :	Précède la réflexion du changement
Contemplation :	Prise de conscience, ambivalence
Préparation :	Volonté de résoudre l'ambivalence
Action :	Des changements sont en cours
Maintien :	Poursuit les changements (> 6 mois)
Rechute :	Reprise des anciens comportements

Comparaison (Rollnick, Miller, & Butler, 2009)

Approche	Traditionnelle	Motivationnelle
Style de communication	Diriger	Guider
Favorise	Résistance au changement	Succès du changement
Rôle/Relation	Infirmière est experte Personne est passive	Égalité, Collaboration, Écoute active

Selon Brobeck, Bergh, Odencrants et Hildingh (2011)

➤ L'approche motivationnelle :

- ❖ une approche efficace
- ❖ favorise le changement de comportements
- ❖ plus efficace que l'approche traditionnelle

Les addictions et la motivation

- Addiction= dérèglement motivationnel (consensus des approches psychologiques et biologiques)
 - Motivation détournée au profit de la consommation
 - Comportement/attention/pensées orientés vers la consommation
- Traitement des addictions: requiert une réorientation de la motivation vers le contrôle ou l'abstinence, au profit d'autres activités
- Clinique des Addictions
 - Taux de rechute élevé
 - Faible motivation à changer les habitudes de consommation ou labilité de la motivation durant une cure de sevrage et en période post-sevrage



Traitement des addictions = changement motivationnel

Entretien motivationnel (EM) (1)

- Miller, « Motivational interviewing with problem drinkers », (1983); Miller & Rollnick, « Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour », (1991, 2002)
- Thérapie humaniste non-directive: Rogers (1951)
- Définition: (Miller & Rollnick, 2000)
 - « Méthode de communication,
 - directive
 - et centrée sur la personne à aider,
 - utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement,
 - par l'exploration et la résolution de l'ambivalence »

Entretien motivationnel

(2)

- A la fois:
 - un style relationnel,
 - un ensemble de techniques semi directives
 - un ensemble de stratégies centrées sur la personne à aider
- Approche concrète et pragmatique

Situations cliniques pour lesquelles l'EM a montré son efficacité

- Alcool
- Tabac
- Drogues
- Prise d'un traitement chronique: HTA, Diabète, HIV, etc.
- Régime alimentaire
- Exercice physique
- Modifications du mode de vie nécessaires pour la prévention de problèmes de santé

Efficacité de l'EM : conclusions des études et des méta analyses

- Comme traitement unique de patients sélectionnés selon certaines psychopathologies (alcool, drogues, *tabac*) et pathologies médicales (diabète, hyperlipidémie), l'EM est efficace
- ce mode d'intervention a sa place en addictologie
- L'EM fonctionne à la fois:
 - comme traitement (avec effet de la durée)
 - et comme introduction à d'autres traitements

La question du changement

- Recherche d'un substrat théorique à l'EM
- Etude du changement naturel (sans aide extérieure)
 - Spontané (inconscient, automatique)
 - Volontaire (conscient, non automatique)
 - Comment reproduire ou accélérer le changement naturel volontaire?
- Etudes de l'apprentissage et du développement de la personnalité

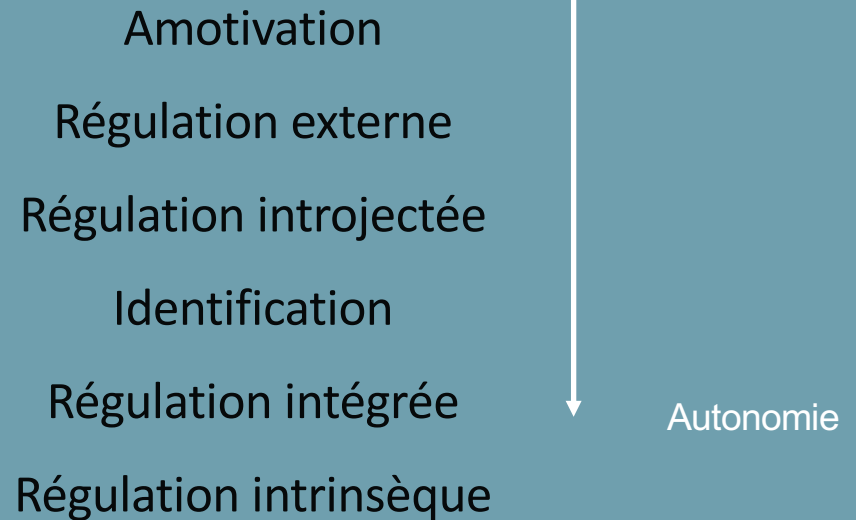
Théorie d'autodétermination(SDT) (Ryan & Deschi, 2000)

Développement de la personnalité

- Tendances naturelles de l' être humain:
 - Croissance
 - Intégration du moi
 - Résolution des discordances psychologiques
 - Auto motivation
- Environnement favorable ou défavorable à l'expression de ces tendances

SDT

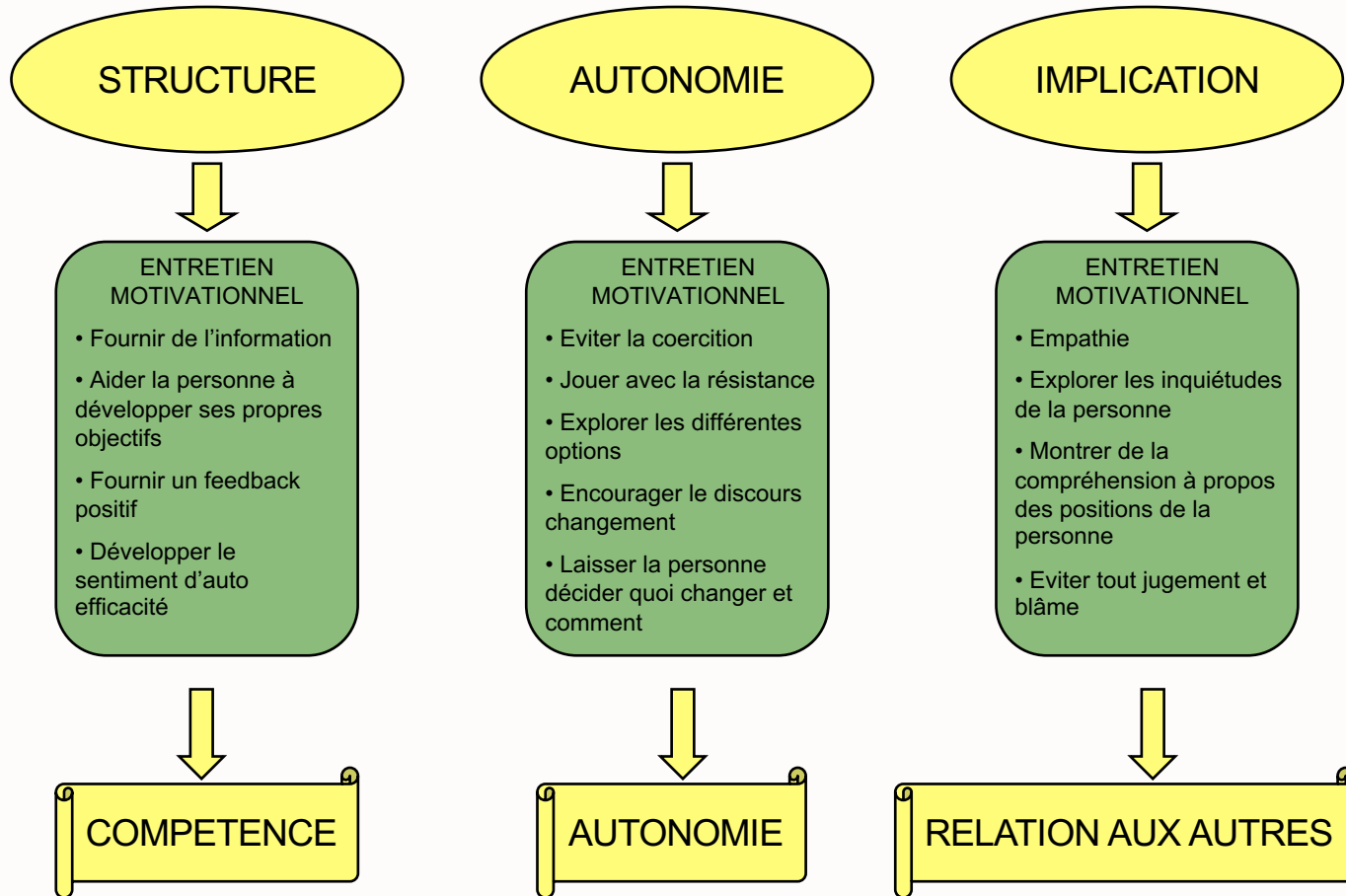
■ Différents processus de motivation (Ryan, 1995 in *Journal of Personality*; & Deschi, 2000 in *The American Psychologist*)



SDT

- Description de trois besoins naturels qui, s'ils sont rencontrés, permettent l'autonomisation de la motivation et son intégration dans la personnalité:
 - **Besoin de compétence**
 - **Besoin d'autonomie**
 - **Besoin d'être en relations aux autres**
- Problème de beaucoup d'interventions avec les personnes dépendantes: reposent sur une régulation externe uniquement (ex style confrontationnel), non intégrée
- **EM semble posséder trois caractéristiques qui rencontrent les trois besoins fondamentaux contribuant à une meilleure intégration des processus de motivation dans la personnalité:**
 - **Structure/cadre augmentant la compétence de la personne**
 - **Soutien de l'autonomie**
 - **Implication de l'aidant**

EM et SDT



Deux étapes principales de l'EM

- I. Ressortir un portrait global de la situation / progresser vers une décision de changement
- II. Consolider la décision de changement et les actions de résolution de la situation difficile

Concepts élémentaires

- **Ambivalence**
- **Stades du changement**
- **Balance décisionnelle**
- **Disposition au changement**

Concepts élémentaires: ambivalence

- « Je veux » et « je ne veux pas », en conflit interne, « fatal attraction »
- Dépendances: « aidez-moi » mais « ce n'est pas si grave », avec fluctuations
- Ne pas interpréter comme un trouble de la personnalité mais comme le cœur du problème
- Ambivalence= phénomène naturel et banal face à la plupart des décisions importantes et processus de changement de l'existence, non un mauvais présage de l'évolution ultérieure
- Liée à la coexistence des:
 - éléments positifs de la situation actuelle
 - éléments négatifs de la situation actuelle

Concepts élémentaires: balance décisionnelle (1)

- Balance décisionnelle illustre l'ambivalence
- Avantages et inconvénients de chaque énonciation
- Fournir une description complète de la situation

Concepts élémentaires: balance décisionnelle (2)

Enonciations concourant au non changement

- coût du changement
- bénéfice du statu quo

++

Enonciations concourant au changement

- coût du statu quo
- bénéfice du changement

–

Concepts élémentaires: balance décisionnelle (3)

<u>Continuer à fumer</u>		<u>Arrêter de fumer</u>	
<u>Avantages</u> (bénéfices)	<u>Désavantages</u> (coûts)	<u>Avantages</u> (bénéfices)	<u>Désavantages</u> (coûts)
-Calmant -Plus séduisant	- Santé	-Finances -Santé -Liberté -Goût	-Manque -Seul à ne pas fumer parmi les amis

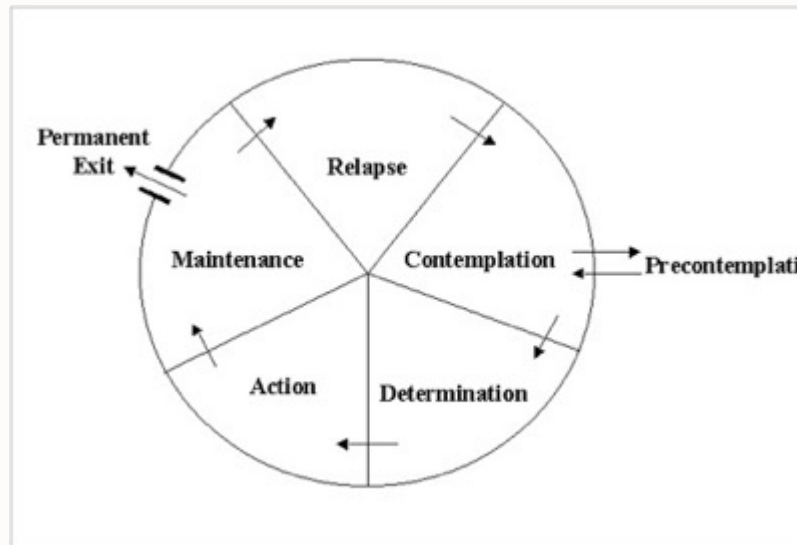
Concepts élémentaires: stades de changement

Le changement n'est pas un processus binaire mais sériel et comportant plusieurs étapes

- Précontemplation
- Contemplation
- Décision
- Action
- Maintien
- Rechute

Stades du changement

Prochain- Di Clemente



Concepts élémentaires: dispositions au changement

- Vouloir (l'importance)
- En être capable (la confiance en soi)
- Être prêt (la priorité, le moment)

Principes directeurs de l'EM (1)

- La motivation au changement doit émaner de la personne elle-même et non être imposée de l'extérieur
- Il revient à la personne aidée, et non à l'aidant, de nommer et de résoudre son ambivalence
- La persuasion directe n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence
- Le style de l'EM est généralement doux et invite à l'exploration

Principes directeurs de l'EM (2)

- Le thérapeute est directif dans l'exploration et la résolution de l'ambivalence
- La motivation au changement n'est pas un trait de caractère de la personne aidée mais un état qui vacille selon la qualité d'une interaction personnelle
- La relation thérapeutique est un partenariat plutôt qu'une relation expert/ patient

5 stratégies générales de l'EM

1. Faire preuve d'empathie, d'acceptation
2. Développer les divergences
3. Ne pas s'opposer à la résistance par des argumentations
4. Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle, la confiance dans la capacité de changer
5. Accompagner la résistance

Bâtir la motivation: les pièges

1. Focalisation prématurée
2. Etiquetage
3. Non-neutralité
4. Expert
5. Questions réponses

Bâtir la motivation: les pièges

1. Focalisation prématurée

- Empressement à cerner le problème afin de rapidement le corriger
- Centrer l'entretien immédiatement sur le changement à réaliser

Bâtir la motivation: les pièges

2. Etiquetage

L'acceptation d'une étiquette n'est pas
corrélée avec le succès d'une démarche
de changement

Bâtir la motivation: les pièges

3. Non-neutralité

- Piège de la confrontation/négation: l'aidant campe sa position sur un des côtés de l'ambivalence de l'aidé, ce qui fait ressortir un discours résistant:

Interventions de type « vous devriez arrêter de fumer » → « oui, mais... » → « cependant si... » → « non, mais » → « vous êtes en déni » → escalade avec arguments de plus en plus forts et mise en scène du conflit intérieur du patient qui sort de l'interaction plus résistant qu'avant, car il a pu expliciter de façon détaillée pourquoi il n'allait pas changer!

- Eviter tout affrontement direct, en particulier via l'usage de l'écoute réflexive
- Piège du blâme (chercher le fautif): la personne conseillée cherche un responsable, se décentre de la recherche de solutions et amène l'aidant à prendre position pour ou contre elle

Gordon: « barrages »

Types de **réactions** du conseiller qui ne sont **pas de l'écoute**:

- Ordonner, diriger, commander
- Mettre en garde, menacer
- Donner un conseil, suggérer, proposer des solutions
- Persuader par la logique, argumenter, éduquer
- Moraliser, prêcher, dire à la personne ce qu'elle devrait faire
- Montrer son désaccord, juger, critiquer , blâmer
- Être d'accord, approuver, féliciter
- Faire honte, ridiculiser, étiqueter
- Interpréter ou analyser
- Rassurer, sympathiser, consoler
- Questionner
- Se retirer, distraire la personne, faire de l'humour, changer de sujet

Bâtir la motivation: les pièges

4. Expert

- L'aidant n'est pas un expert que l'aidé suivra passivement
- C'est la personne aidée qui est experte de sa propre personne
- L'aidant et l'aidé forment un partenariat

Bâtir la motivation: les pièges

5. Questions réponses

- Questions de l'interviewer: fermées
- Réponses de l'interviewé: brèves

Techniques générales d'ouverture de l'EM

1. Questions ouvertes
2. Le reflet, l'écoute active
3. Soutenir la personne, être empathique
4. Résumer et récapituler
5. Être le collaborateur de la personne
6. Reconnaître que l'ambivalence est normale

Techniques générales de l'EM:

1. Questions ouvertes

- Favorisent l'exploration
- Permettent aux préoccupations de l'aidé de ressortir
- Rencontrent le besoin de la personne aidée d'être écoutée et comprise

Techniques générales de l'EM:

2. l'écoute active, usage du reflet

- Reflet: affirmation, assertion reflétant le propos que l'interlocuteur vient de tenir
- N'est pas une question (forme grammaticale, ton)
- Peut refléter le contenu du propos ou le sentiment
- Permet aussi de refléter l'ambivalence
- Pas de problème si on se trompe, la personne corrigera spontanément, et sans s'être sentie attaquée, puisque vous ne faites que manifester votre désir de mieux la comprendre

Formes du reflet

« Je ne pourrai jamais arrêter de fumer, c'est beaucoup trop dur! »

- Répétition: simple et identique
- Reformulation: on reste proche du propos, mais on utilise des synonymes
- Paraphrase: l'écouter infère le sens du propos, utilise des mots nouveaux, ajoute ou étend le propos
- Reflet de sentiment: paraphrase avec accent sur la dimension émotive

Techniques générales de l'EM:

3. soutenir la personne

- Soutenir, encourager, complimenter
- Insuffler un optimisme, une croyance face à sa capacité de modifier la situation
- Renforce la relation de travail, rehausse une attitude de responsabilisation et le sentiment de compétence, renforce l'émergence d'énoncés motivationnels, renforce l'estime de soi de la personne aidée

Techniques générales de l'EM:

4. résumer et récapituler

- Permet de sélectionner et de refléter les éléments motivationnels que vous désirez faire ressortir, de les souligner et d'aider la personne à progresser vers le changement
- Permet de nommer l'ambivalence
- Permet à l'aidé de corriger ou d'ajouter à votre perception de la situation
- Fréquemment
- 3 questions ou reflets/ 1 résumé

Discours-changement (1)

- Un des buts de l'EM est de faire ressortir le «discours changement», et d'aboutir à une augmentation de celui-ci, qualitativement et quantitativement
- = énoncés axés vers le changement
- Résistance, discours résistant = le contraire

Discours-changement (2)

- Énoncés qui identifient l'avantage du changement ou le désavantage du statu quo ou du non changement
 - Nomment les avantages liés au changement
 - Expriment un optimisme face au changement
 - Expriment une intention de changement, etc.
- Intensité: incertain, faible, fort
- Idéalement: en parallèle, progression de la réflexion vers l'engagement

Faire ressortir le discours- changement (1)

- Permettre à la personne aidée de nommer elle-même les raisons de la nécessité du changement, non les lui imposer
- Les paroles sortant de la bouche de quelqu'un sont plus convaincantes, plus fortes que celles venant d'une autre personne
- Au contraire, la confrontation directe provoque de l'agressivité, une verbalisation des motivations négatives et donc une augmentation du discours résistant et de la résistance

Faire ressortir le discours- changement (2)

- Poser des questions portant sur la motivation
- Explorer la balance décisionnelle, les avantages et inconvénients du changement et les avantages et inconvénients du non changement (ainsi que la durée et l'intensité de ceux-ci)
- Demander à la personne d'élaborer sur sa situation
- Demander à la personne ce qui pourrait arriver de pire si elle poursuivait son comportement
- Demander à la personne de regarder dans le passé ou de se projeter dans le futur
- Explorer avec la personne ses valeurs fondamentales et ses objectifs de vie et l'amener à voir comment son comportement entre en conflit ceux-ci

La résistance e

– Défi thérapeutique

- Discours changement/résistance: 2 revers l'ambivalence
- Variable interpersonnelle; manifestation de la résistance = signal de dissonance dans la relation souvent provoquée par le conseiller (p.ex.: mauvaise évaluation du stade de la personne, jugements de valeur sous-jacents)
- Ne pas confondre avec personnalité ou caractère!
- « Roll with resistance »

Types de comportements résistants

- Argumenter
 - Remettre en doute la compétence ou les propos du conseiller
 - Ne pas tenir compte de ce que dit l'autre
 - Être hostile
- Interrompre
 - Couper le parole
 - Élever la voix
- Nier
 - Blâmer
 - Être en désaccord
 - Trouver des excuses
 - Rationaliser
 - Se croire à l'abri des conséquences négatives
 - Minimiser
 - Être pessimiste
 - Ne pas désirer changer
- Ignorer
 - Ne pas porter attention
 - Donner des réponses qui n'en sont pas
 - Ne pas réagir

Techniques de gestion de la résistance

- Reflet simple: répondre à la résistance par la non-résistance
- Reflets complexes (amplifié, double reflet)
- Changer de point de mire
- Accord « with a twist »
- Recadrer
- Encaisser la résistance
- Mettre l'emphasis sur la liberté de choix et le contrôle de la personne aidée

EM : Conclusions

- EM = pratique psychothérapeutique homogène et transmodèle visant à potentialiser les capacités de changement
- Efficacité comparable aux autres approches
- Ne semble pas pouvoir nuire
- Compatible et complémentaire, voire en synergie avec les différentes autres approches
- Apprentissage théorique mais surtout pratique.

Huit principes généraux reflètent les fondements éthiques du code de déontologie de la profession de thérapeute

1. Le respect des droits de la personne

Ces principes éthiques sont issus directement de la déclaration universelle des droits de l'homme : liberté, dignité, protection d'où découle la règle du fonctionnement libre et éclairé.

Toute personne est libre de susciter, accepter ou refuser une intervention thérapeutique.

Le respect de la vie privée est également mentionné. Si contacte avec parents, amis, proche ou autres donc il faut le consentement du patient

Cette personne s'adresse à un tiers expert pour être éclairée » non pour « faire effraction dans son intimité ».

L'astreinte au secret professionnel est évoquée (avec des dérogations légales à la règle).

Huit principes généraux reflètent les fondements éthiques du code de déontologie de la profession de thérapeute

2. La Compétence

Un certain nombre de connaissances acquises lors de sa formation initiale doivent être régulièrement actualisées, soit parce qu'elles sont franchement obsolètes, soit parce que la méthode elle-même a dû tenir compte de l'évolution des mentalités.

Huit principes généraux reflètent les fondements éthiques du code de déontologie de la profession de thérapeute

3. La Responsabilité

Personne n'a à lui dicter ce qu'il doit faire et en contrepartie, il répond personnellement de ses choix et de ses actions.

Huit principes généraux reflètent les fondements éthiques du code de déontologie de la profession de thérapeute

4. La Probité

Le thérapeute ne peut donc pas être au service d'éléments illégitimes ou immoraux, qu'ils s'agissent de ceux de la personne qui le consulte, du tiers qui l'emploie et, à fortiori, des siens propres.

Huit principes généraux reflètent les fondements éthiques du code de déontologie de la profession de thérapeute

5. La Qualité Scientifique

Les interventions du thérapeute ne peuvent reposer sur une ascendance personnelle ou des arguments d'autorité : elles doivent pouvoir être expliquées, justifiées et discutées.

Huit principes généraux reflètent les fondements éthiques du code de déontologie de la profession de thérapeute

6. Le respect du but assigné

Ceci signifie que « l'intervention du thérapeute poursuit toujours un objectif, qu'il prend les moyens nécessaires pour l'atteindre et que son action ne dépasse pas ce cadre ».

« C'est donc une incitation à la prudence, sachant que des évaluations psychologiques risquent d'être détournées de leur but initial »

Huit principes généraux reflètent les fondements éthiques du code de déontologie de la profession de thérapeute

7. l'indépendance professionnelle

Cette indépendance recouvre l'autonomie technique du thérapeute, c'est-à-dire la responsabilité du choix de ses outils et méthodes et concerne également ses conditions d'exercice », il « ne cèdera à aucune pression induite ».

Huit principes généraux reflètent les fondements éthiques du code de déontologie de la profession de thérapeute

8. La clause de conscience

Le huitième concerne la possibilité pour le thérapeute de faire jouer la « clause de conscience ».

« Cette clause intervient comme une possibilité de se dégager d'une situation jugée inacceptable, qui porte atteinte à son honneur, sa réputation ou à des intérêts moraux».

Aborder les conflits objectivement dans le souci de trouver une solution

- Pour le thérapeute, il s'agirait, avec le patient, d'« envisager la conduite dans sa perspective propre ». Son travail est également de « relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation ».
- Enfin, il cherche à en « établir le sens, la structure et la genèse » ainsi qu'à « déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ».
- Donc c'est un métier qui peut comporter quelques risques et notamment de dérives dans sa pratique. En effet, « face à la multiplicité des références théoriques possibles et à leur difficile compatibilité, le thérapeute peut être tenté par telle ou telle variété de réductionnisme ».
- Piaget définissait le réductionnisme comme « la position de principe consistant à ramener intégralement des phénomènes complexes appartenant à un certain ordre de réalité à des phénomènes plus simples, appartenant à un autre ordre de réalité posé comme plus « basal » ».

**Il est très IMPORTANT de se constituer un réseau
professionnel ; se constitue un réseau
interdisciplinaire ; coopérer avec d'autres
spécialistes et organisations de la profession ou
d'autres groupes professionnels et soigner ses
contacts professionnels ; Organiser et assurer la
collaboration avec d'autres spécialistes.**

Code de déontologie des naturopathes agréés

Association des Naturopathes agréés du Québec

SECRET PROFESSIONNEL

61. Le naturopathe agréé est tenu au secret professionnel.
62. Le naturopathe agréé doit, à moins que la loi ne l'ordonne ou d'une autorisation expresse de son patient ou de son représentant, afin de préserver le secret quant aux renseignements de nature confidentielle qui viennent à sa connaissance dans l'exercice de la naturopathie :
 - 1^o s'abstenir de tenir des conversations indiscrètes au sujet des patients ou des services qui leur sont rendus;
 - 2^o éviter de révéler qu'une personne a fait appel à ses services, à moins que la nature du cas ne l'exige;
 - 3^o dévoiler des informations pouvant permettre l'identification d'un patient;
 - 4^o prendre tous les moyens raisonnables à l'égard de ses employés ou du personnel qui l'entoure pour que soit préservé le secret professionnel.
63. Le naturopathe agréé doit s'abstenir de faire usage de renseignements de nature confidentielle pouvant causer un préjudice d'un patient ou en vue d'obtenir directement ou indirectement, pour lui-même, pour sa société, ou pour toute autre personne, un avantage pour quelque raison que ce soit.

Code de déontologie des naturopathes agréés

Association des Naturopathes agréés du Québec

LEVÉE DU SECRET PROFESSIONNEL

64. Le naturopathe agréé peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, aux autorités compétentes, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.
65. Toutefois, le naturopathe agréé ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou qu'aux personnes susceptibles de leur porter secours.
66. Le naturopathe agréé ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication notamment, le nom de la personne en danger et ses coordonnées, le nom de la personne qui a proféré une menace et ses coordonnées ainsi que la nature de la menace.
67. Toutefois, à moins d'un contretemps majeur, cette décision doit être approuvée préalablement par écrit par un homme de loi dans les plus brefs délais possible.