

L'AMÉLIORATION DES HABITUDES DE VIE PAR LA DIMINUTION OU L'ARRÊT DU TABAGISME, DE L'ALCOOL ET DES DROGUES

Par Josianne Lévesque, inf. et étudiante au BAC Sc. Inf., 2019

LA PROBLÉMATIQUE ET SON IMPORTANCE : L'AMPLEUR ET LES CAUSES

La consommation chez la clientèle atteinte de troubles mentaux sévères

La consommation de tabac, d'alcool ou de drogues est très fréquente chez les gens atteints de troubles mentaux sévères comme la dépression, la schizophrénie, la maladie bipolaire, les troubles de la personnalité, l'anxiété, etc.

L'alcool et les drogues augmentent les symptômes de plusieurs maladies mentales sévères. En effet, des études révèlent que de faibles doses d'alcool ou d'autres substances entraînent chez les patients schizophrènes des conséquences défavorables, telles une exacerbation de la maladie et des difficultés au niveau du comportement, des relations et des finances. L'alcool et la cocaïne engendrent souvent une augmentation des symptômes dépressifs (Poullot, Lafortune, & Brochu, 2008).



Image du domaine public. Repérée à Pixabay.com

Statistiques

En 2012, 2,8 millions de Canadiens de 15 ans et plus, soit 10,1 % de la population, ont fait état de symptômes correspondant à au moins un des troubles mentaux ou troubles liés à l'utilisation de substances : épisode dépressif majeur, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues (Caryn Pearson, 2012).

Les causes de la consommation chez cette clientèle

Le faible niveau d'éducation ainsi que le manque d'habiletés professionnelles sont une des causes importantes de consommation. Non seulement les individus atteints de troubles mentaux sévères présentent des difficultés cognitives, mais également des difficultés sociales qui nuisent à leur performance au travail ou à leur recherche d'emploi, en plus d'interférer avec leurs relations familiales et sociales (Poullot et al., 2008). Lorsqu'il s'agit d'individus à la fois atteints d'une maladie mentale sévère et persistante et d'un trouble concomitant lié à une substance, les recherches démontrent que ces personnes souffrent aussi de pauvreté, d'un faible niveau d'éducation, d'un faible support social, d'un manque d'emploi, d'un manque d'habiletés sociales, cognitives et professionnelles (Poullot et al., 2008). Aussi, le manque de confiance en soi, l'anxiété, ainsi que des changements brusques et inattendus comme la séparation, la perte d'emploi, la perte d'un être cher, etc., sont évidemment des causes de la consommation chez ces individus.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE

Programmes existants

Plusieurs suggestions proposées par les experts et auteurs dans la littérature permettent de répondre au problème. Par contre, développer de nouvelles habitudes de vie chez la clientèle atteinte de troubles mentaux sévères concernant le tabagisme, l'alcool et les drogues est la meilleure façon qu'une infirmière puisse utiliser pour améliorer ou changer un ou plusieurs comportements. Pour ce faire, utiliser l'ancrage théorique de Prochaska est idéal pour reconnaître les effets négatifs de la dépendance sur la maladie mentale persistante. Cette prise de conscience est nécessaire pour commencer le processus d'un changement de comportement qui améliorera les habitudes de vie. Il est important avec cette clientèle de bien vulgariser notre enseignement.

LE MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DE PROCHASKA ET DICLEMENTE

Le modèle de Prochaska en six étapes

L'ancrage théorique choisi avec la clientèle cible est le modèle transthéorique de Prochaska. Cet ancrage est idéal pour le thème choisi, car celui-ci est souvent utilisé en dépendance. Ce modèle est basé sur cinq stades obligatoires pour changer et maintenir un comportement. Il existe un sixième stade, mais ce n'est pas tous les individus qui s'y rendent.

Stade 1 : pré-réflexion. L'individu se pose peu de questions, nie que le comportement est problématique et considère que les avantages sont plus grands que les inconvénients.

Stade 2 : la réflexion. La personne est ambivalente, mais pense à ce moment que les avantages sont quasi égaux aux inconvénients.

Stade 3 : la préparation. L'individu remarque plus d'avantages au changement de comportement que d'inconvénients. Il commence à identifier les obstacles et à trouver des stratégies pour passer à l'action.

Stade 4 : le passage à l'action. La personne fait des efforts ou actions pour modifier son comportement et fait face à des obstacles. La plupart du temps, cette étape est d'une durée d'environ un mois.

Stade 5 : le maintien. La modification du comportement est maintenue pendant au moins six mois, sinon on arrive à la dernière étape : la rechute. Cette étape est une source d'apprentissage pour mettre en place des mesures de protection. Pour influencer la disposition (motivation) de la personne à l'égard du comportement à adopter (diminution de la consommation ou abstinence), l'éducateur devra donc soutenir les processus de changement propres à l'un ou l'autre des trois premiers stades de changement de comportement selon la situation (Hagan, 2010).

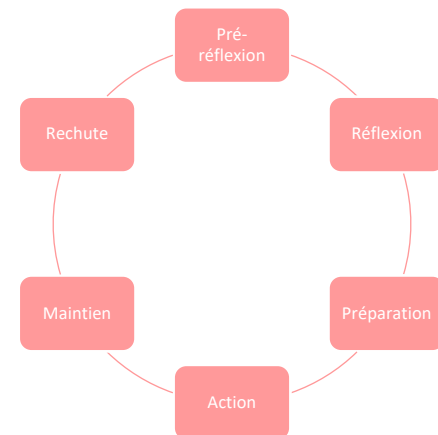


Figure 1 : Modèle de Prochaska par Josianne Lévesque

RÉFÉRENCES

Hagan, L. (2010). Éduquer à la santé. Les presses de l'Université Laval, 59-61.

Poullot, P., Lafortune, D., & Brochu, S. J. P. (2008). Santé mentale, alcool/drogues et violence. Adaptation du modèle tripartite de Goldstein. 14 (3), 157-178.

Caryn Pearson. (2012). Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada. Statistique Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>