

Aborder les consommations de substances psychoactives pendant la grossesse

Quelques repères pour les entretiens

Historique des modifications

Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1		

Indexation : 2021_ref_entretien_SPA, référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr/ / Seule la version informatique fait foi

Périodicité de révision : 5 ans

- ✓ **Animation** : Mme Chanal, sage-femme référente projet vulnérabilité, RPO
- ✓ **Rédaction** :
 - Laetitia Mattiuzo, Psychologue en addictologie, Fondation Bon Sauveur d'Alby, Albi
 - Françoise Bernard-Prido, Sage-femme libérale, URPS, Toulouse
 - Dr Julien Gambier, Addictologue, CHU Nîmes
 - Stéphanie Cambon, Psychologue, RPO
 - Corinne Chanal, Sage-femme référente addictions et vulnérabilités, CHU Montpellier
- ✓ **Relecture** : membres du CS du RPO
- ✓ **Validation** : Conseil Scientifique RPO du 06/10/21

Objet	Rendre disponible un socle de connaissances actualisées et communes pour les professionnels de santé de la région Occitanie sur la thématique de la communication autour de l'addiction.
Domaine d'application	Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
Documents de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Cungi : L'alliance thérapeutique ; Retz ed. 2006, « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » - Recommandation pour la pratique clinique – HAS avril 2005 – www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes • Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte – HAS novembre 2014, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdfCh. • Miller, W. R., & Rollnick, S. L'entretien motivationnel « Aider la personne à engager le changement » - Inter éditions. 2006 • http://www.entretienmotivationnel.org/
Abréviations utiles	HAS : Haute Autorité de Santé

Référentiel

Sommaire référentiel

I.	Préalables	2
II.	L'accueil	2
III.	L'empathie	2
IV.	L'alliance thérapeutique	2
V.	Les pièges de l'entretien	3
VI.	Les stades du changement (selon Prochaska et Di Clemente)	4
VII.	L'entretien motivationnel	5
VIII.	L'intervention brève	6
IX.	Conclusion	6

I. Préalables

Quand il rencontre une femme enceinte consommatrice de substances psychoactives, chaque professionnel forme le projet que la grossesse se déroule au mieux pour la femme, le fœtus et le nouveau-né.

En tant que professionnel de santé, il existe une tendance spontanée à vouloir solutionner tous les problèmes observables. Cette attitude est appelée « réflexe correcteur » et peut être contreproductive dans un processus de changement de comportement. Il est fondamental de développer l'alliance thérapeutique et de favoriser l'adhésion au suivi.

II. L'accueil

Le premier rendez-vous est déterminant pour la suite de la prise en charge. Il doit permettre de susciter l'envie de revenir, ne doit pas être vécu comme une menace et doit faire penser qu'une aide est possible. Afin de ne pas majorer une éventuelle inquiétude de la patiente, le temps passé en salle d'attente se veut être le plus court possible. Il sera important de se montrer le plus disponible possible en favorisant l'accueil, la confidentialité, (éteindre son téléphone, fermer la porte...). Ces conditions sont à garantir à chaque rendez-vous.

III. L'empathie

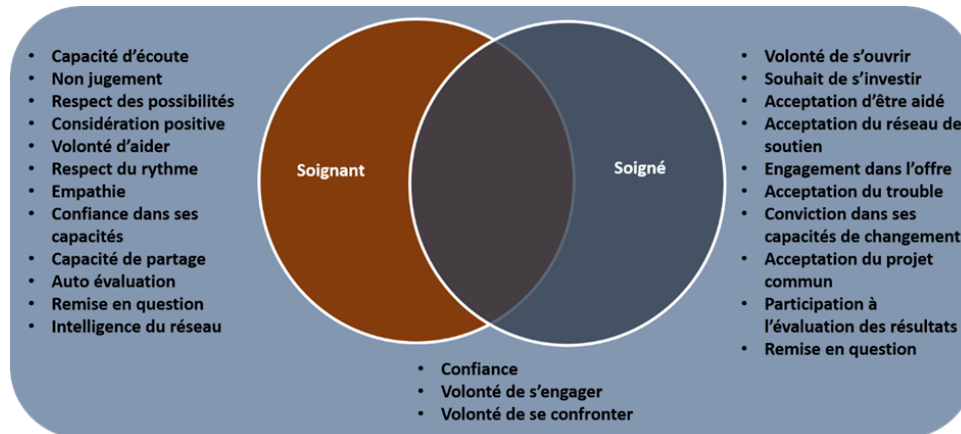
L'empathie est la capacité du thérapeute à identifier les émotions de son patient sans les ressentir. « Je sais que tu sais que je sais ». Elle ne doit pas être confondue avec la sympathie qui est le fait de ressentir les mêmes émotions que le patient. Les études scientifiques ont montré que le changement de comportement du patient était d'avantage lié à la qualité de l'empathie perçue lors du 1er entretien qu'à la formation du professionnel.

IV. L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique correspond à ce lien de confiance et de collaboration qui se développe entre un professionnel et un patient. Elle est constituée de deux dimensions : une dimension affective, c'est le lien interpersonnel, incluant l'engagement mutuel, la confiance et le respect réciproque ; et une

dimension cognitive, correspondant à un accord sur le comportement problématique, sa nature, les moyens à employer pour le résoudre et incluant aussi le partage d'une responsabilité dans la résolution des difficultés.

Les déterminants de l'alliance thérapeutique



- Se présenter, préciser les conditions de l'entretien (durée, contexte, objectifs explicites) Préciser la confidentialité et l'intérêt pour elle et son enfant d'un partage d'information a d'autres professionnels en lien avec elle.
- Utiliser un langage simple, vulgariser les termes médicaux, laisser du temps à la patiente pour répondre à son rythme et poser ses questions, se montrer souple, noter et retenir les détails qui comptent.
- Réaliser une synthèse du contenu de l'entretien.
- Demander à la patiente ce qu'elle a compris de l'entretien et si elle a des questions à poser.

Comment repérer que la relation thérapeutique ne s'installe pas ?

- Habituellement, quand l'entretien se passe bien, il se déroule comme une conversation, le contact visuel est établi, une ambiance de collaboration s'instaure, les informations nécessaires au soignant sont apportées sans peine par la patiente.
- Certains signes doivent vous alerter :
 - Entre la patiente et le soignant : pas de contact visuel, tension et agressivité
 - La patiente : soupire, se ferme, croise les bras, se tait, ou au contraire, parle trop, argumente, se perd dans les détails, les anecdotes, agit comme si vous n'étiez pas là, utilise son téléphone.
 - Le soignant : ne retient pas les informations et les redemande, laisse l'entretien partir dans tous les sens, hésite à poser d'autres questions, à aborder certains sujets, n'est pas disponible (téléphone, retard, signes physiques d'inattention...).

V. Les pièges de l'entretien

Certains éléments transversaux doivent être connus et sans cesse gardés en mémoire. Difficultés liées aux soignants. Malgré leur bonne volonté, leur intervention peut être contre-productive. En effet, il existe chez les soignants un « réflexe correcteur » qui s'exprime par une tendance à corriger une problématique, à vouloir faire le bien des patients. Cela déclenche une réaction de résistance qui parasite la relation et diminue, annule ou disqualifie l'intervention du soignant. Les attitudes qui produisent cette résistance sont nombreuses :

- Donner des directives, des ordres
- Avertir, faire peur, menacer
- Juger, critiquer, blâmer, prendre parti
- Contrer, dominer, réprimander
- Étiqueter, ridiculiser, disqualifier
- Éviter le sujet, ne pas répondre aux sollicitations, aux demandes
- Argumenter, essayer de convaincre, faire prendre conscience, à qui la faute ?
- Responsabiliser à outrance, culpabiliser
- Se positionner en tant qu'expert, focaliser prématurément
- Imposer des conseils, des solutions
- Rassurer, minimiser, sympathiser ...

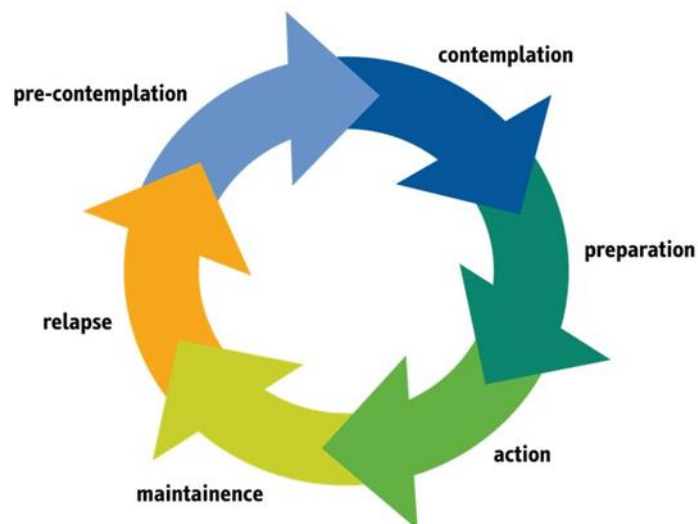
Difficultés liées aux patientes

Une femme enceinte consommatrice de substances ressent habituellement des sentiments de culpabilité et de crainte face aux soignants. Ceci suffit souvent pour expliquer le retard de recours aux soins, les rendez-vous manqués, la mauvaise compliance.... Imaginons et prenons en compte les questions qui s'agitent dans la tête des patientes et les émotions qu'elles suscitent **vis-à-vis du soignant** :

- Suis-je en sécurité ici ?
- Est-ce que j'accepte de dévoiler ma vie intérieure ? Mon intimité ?
- Serai-je jugée ?
- Serai-je prise pour une malade ?
- Serai-je estimée ?
- Serai-je contrainte à changer des choses, à arrêter mes consommations ?
- Va-t-on me dire des choses que je ne suis pas prête à entendre ?
- Est-on capable d'entendre ce que j'ai à dire ?
- Sera-t-on capable de m'aider ?

VI. Les stades du changement (selon Prochaska et Di Clemente)

Il est communément admis que les sujets souffrant de conduites addictives progressent vers l'amélioration de l'état de santé (reprise de contrôle du comportement ou abstinence) en différentes phases qui peuvent se reproduire au cours de l'évolution du processus de changement :



Transtheoretical Model of Change
Prochaska & DiClemente

- **Au stade pré contemplatif** : la patiente n'a pas conscience de l'existence de son problème et ne peut donc pas changer son comportement (ex : « le cannabis, c'est naturel, ça ne peut pas faire de mal à mon bébé » ; « *c'est ma troisième grossesse, mes deux enfants sont normaux, je peux bien boire un peu* », « *le vin, la bière, c'est pas de l'alcool* », « *ma mère buvait du vin, je suis normale* », « *à la télé, un docteur disait qu'on peut boire un verre par jour* » ...).
- **Au stade contemplatif** : la patiente considère son comportement comme un problème et qu'il serait sans doute utile de faire quelque chose mais repousse dans le futur l'idée d'un changement. C'est une période d'ambivalence où les avantages et les inconvénients du comportement s'affrontent.
- Aux stades suivants, le changement peut débuter : décision, planification, action. Le changement pourra ensuite se consolider ou une rechute intervenir pour renvoyer la patiente aux stades précédents (le plus souvent au stade de contemplation). N'oublions pas que la rechute fait partie du processus d'évolution de la maladie addictive et qu'il serait malvenu d'en blâmer la patiente. Au contraire, il faut qu'elle soit informée qu'une rechute est toujours à craindre, qu'elle est normale et habituelle. Il faut l'anticiper pour demander l'aide des soignants au plus tôt.

Selon ce modèle, le soignant doit adapter sa stratégie thérapeutique au stade de changement où se trouve sa patiente, sinon son intervention est peu efficace et la relation thérapeutique se teinte de frustration :

- Au stade **pré contemplatif**, on utilise **l'intervention brève**
- Au stade **contemplatif** s'ouvre les **possibilités de l'entretien motivationnel**.

VII. L'entretien motivationnel

C'est un style de communication collaboratif, orienté vers un but, et qui accorde un intérêt particulier au langage du changement. Il se donne pour but de renforcer la motivation et l'engagement de la personne pour atteindre un but spécifique en explorant les raisons propres de la personne, ceci dans un climat d'acceptation et de compassion. À l'heure actuelle l'HAS considère l'utilisation de **l'entretien motivationnel** comme une des interventions thérapeutiques efficaces pour faire progresser vers le changement les patients souffrant d'addiction. C'est une technique et un style relationnels recommandés dans la prise en charge de nombreuses pathologies chroniques (addictions, asthme, diabète, obésité, dépression, hypertension ...etc.). Il représente un outil de savoir-faire dans les mains d'un soignant avec un savoir être.

Principes de base de l'entretien motivationnel

Il est composé de 5 techniques :

- Poser des questions ouvertes : permet à la patiente de s'exprimer
- Faire des reformulations (écoute réflexive) : assure la patiente qu'elle a été comprise
- Résumer : faire la synthèse de ce que dit la patiente en lui présentant les éléments de son ambivalence
- Exprimer de l'empathie

- Valoriser : faire prendre conscience à la patiente qu'elle a mis en œuvre des stratégies de changement

VIII. L'intervention brève

C'est une stratégie d'intervention qui est validée en addictologie. Son efficacité est démontrée à court terme uniquement et doit donc être répétée.

Ses principes sont au nombre de 6 (acronyme « FRAMES ») :

- **Feed-Back** : information objective sur la situation actuelle (repérage du problème) sans jugement (rester bienveillant)
- **Responsability** : « *si vous souhaitez de l'aide, c'est à vous de décider, vous avez votre libre arbitre, vous avez le choix* ».
- **Advice to change** : le soignant formule des conseils de changement : « *il est médicalement conseillé de stopper le tabac pendant la grossesse* »
- **Menu** : éventail de possibilités de traitement, de propositions et de modifications
- **Empathy** : compréhension sans adhésion ni jugement des émotions et du point de vue de l'autre
- **Self efficacy (sentiment d'efficacité)** (renforcer *l'efficacité personnelle, l'encourager*). Le moindre changement, même incomplet est à valoriser

IX. Conclusion

Le processus de soin étant un phénomène dynamique et évolutif, la qualité du lien est donc à évaluer régulièrement. Les intervenants doivent devenir pour la patiente une base de sécurité, c'est à dire des personnes soutenantes et fiables sur qui la patiente peut compter.

Avant d'entendre les conseils, la patiente a avant tout besoin d'être comprise. Il est important de toujours souligner l'intérêt que représente l'évocation du vécu de la patiente à propos d'événements présents ou passés. Il s'agit de prendre soin de la patiente sur le plan de son vécu, de son ressenti. Ainsi, la dimension soignante apparaît à partir du moment où on s'intéresse à la personne dans sa globalité, lorsqu'on la reconnaît dans sa singularité.

Le cadre de la consultation doit sécuriser la patiente, doit prouver l'accessibilité du soignant, sa disponibilité. Ainsi, en favorisant l'attachement au professionnel, le cadre doit permettre à la patiente d'accepter l'aide, de s'en servir et de pouvoir envisager le changement.

Ainsi le soignant doit rester vigilant à la qualité de la relation de l'alliance thérapeutique. Il dispose d'outils validés, entretien motivationnel et intervention brève, pour étayer la spécificité de la prise en charge.