

PERINATALITE ET ADDICTIONS : QUELQUES REPÈRES POUR LES ENTRETIENS

Ce texte a été rédigé sous l'égide du réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon par un groupe de travail régional pluridisciplinaire issu du sous-groupe "périnatalité et addictions" de la Commission Régionale de la Naissance pour servir de **socle commun de connaissances sur cette problématique en Languedoc-Roussillon**.

Mise à jour en 2013 coordonnée par Pascal GALLAND et Corinne CHANAL avec le groupe de rédacteurs suivants :

Julie BERNARD, médecin addictologue, CHRU Nîmes
Pierre BOULOT, gynécologue obstétricien, CHRU Montpellier
Corinne CHANAL, sage-femme, CHRU Montpellier et NGLR
Pascale COMMESSIE, sage-femme référente addictions, CH Carcassonne
Odile FORTAIN, Cadre de santé, CH Béziers
Pascal GALLAND, médecin addictologue, CH Béziers
Caroline LOBRAÍCO, sage-femme référente vulnérabilités/addictions, CH Sète
Catherine MARCAIS ESPIAND, sage-femme tabacologue, CHRU Montpellier
Evelyne MAZURIER, pédiatre, CHRU Montpellier
Marie Luce MERCIER, sage-femme, CH Perpignan
Meïssa NEKAA, médecin addictologue, CHRU Nîmes
Florence OZIL, sage-femme CDAF, Nîmes
Valérie PAIRIS, psychologue, addictologie CH Narbonne
Anne STOEIBNER, médecin de santé publique, addictologie, Epidaure Montpellier

Ont également participé à la rédaction en 2008-2009 :

Serge ABAUTRET, éducateur, ANPAA34, Montpellier
Anne ALAUZEN, médecin addictologue, Conseil Départemental 34
Jean Louis BALMES, médecin addictologue, Nîmes
Anne Marie CLAUZEL, médecin tabacologue, Montpellier
Guy MASSON, gynécologue obstétricien, CHRU Nîmes
Pascale MATHIEU-PEREYRON, infirmière CSAPA Episode, Béziers
Michèle MISRAOUI, pédiatre libéral, Montpellier
Delphine MOULET, sage-femme, CH Béziers
Patricia PEREZ, sage-femme, Conseil Départemental 66
Patricia ROHR, psychologue, ANPAA 34

AVERTISSEMENT

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région. Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon
Espace BERTIN SANS – 59 avenue de FES – 34080 MONTPELLIER
Téléphone : 04 67 04 01 53
Email : naitre.lr@nglr.fr

PERINATALITE ET ADDICTIONS : QUELQUES REPÈRES POUR LES ENTRETIENS

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

Pour atteindre cet objectif, il est fondamental de favoriser et d'obtenir l'adhésion au suivi (**alliance thérapeutique**) afin d'accompagner un changement de comportement de la future mère.

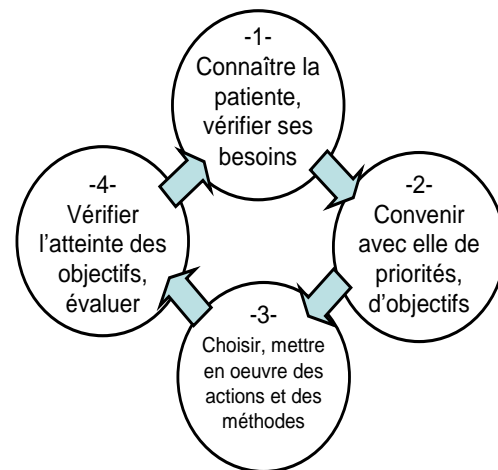
L'ATTITUDE DU SOIGNANT : EMPATHIE ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Appliquées à la femme enceinte, : **l'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé** mettent en œuvre un «*ensemble d'activités, d'informations, de conseils, d'apprentissages (lui) permettant de mobiliser des compétences et des attitudes pour vivre le mieux possible (sa grossesse et sa parentalité)*».

Aboutissant à une alliance thérapeutique soigné-soignant, les différentes étapes relèvent d'une méthodologie implicite dans toute **relation thérapeutique**.

Il s'agit d'une véritable démarche éducative visant un accompagnement de la patiente dans sa capacité à changer dans le temps imparti (celui de la grossesse).

En résumé, c'est un enjeu de permettre aux patientes d'identifier que certains de leurs comportements sont néfastes et qu'il est bon d'en changer pour leur santé, celle de leur fœtus et celle de leur futur enfant.



Méthodologie de la relation thérapeutique.

Le **changement** de comportement des patientes est lié à leur **motivation**.

Cette motivation peut être modifiée, renforcée par une relation interpersonnelle : la relation soigné-soignant. L'efficacité du soignant à renforcer la motivation du soigné dépend du style relationnel dans lequel se construit l'alliance thérapeutique : **l'empathie** est la clé de cette efficacité, il est donc primordial pour le thérapeute de mettre en œuvre cette attitude.

LES PIÈGES DE L'ENTRETIEN

Certains éléments transversaux doivent être connus et sans cesse gardés en mémoire.

1. DIFFICULTES 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, des ordonnances, ...
- 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 ...

2. DIFFICULTES 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, l'agressivité). 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 ?
- Serais-je irritée, énervée ?
- Serais-je jugée ?
- Serais-je prise pour une malade ?
- Serais-je estimée ?
- Serais-je contrainte à m'engager ?
- 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 ?

Comment s'assurer que l'entretien favorise une relation thérapeutique ?

Certains signes sont faciles à repérer et peuvent indiquer au soignant qu'il n'atteint pas sa cible :

- Entre les deux : pas de contact visuel
- La patiente soupire, se ferme, croise les bras, s'épuise, se tait, ou au contraire, parle trop, argumente, se perd dans les détails, les anecdotes, les propos tangentiels. Tension et agressivité s'installent.
- 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). Une frustration réciproque s'installe de part et d'autre.
- 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.

Conduire l'entretien, en respecter le cadre.

Certaines règles conditionnent le bien-être de la patiente :

- Ne pas oublier l'entrée en matière (se présenter), préciser les conditions de l'entretien (durée, contexte, objectifs explicites), conduire avec discrétion, ne pas être autoritaire, être directif sans être dirigiste, utiliser un recentrage doux (pour éviter un entretien éclaté), ne pas se presser, laisser la patiente raconter son histoire, bien explorer une sphère (chaque partie de l'entretien)

avant de passer à une autre, respecter la nécessité de transitions (résumés intermédiaires faits par le soignant avant d'explorer un autre point).

- Demander des détails si les propos sont généraux, noter et retenir les détails qui comptent (prénom et âge des enfants, du conjoint, des membres de la famille...), respecter les différents temps d'un entretien (entrée en matière, corps de l'entretien, clôture, lien pour le prochain entretien),
- Établir un engagement de la patiente dans une relation thérapeutique (alliance), développer une compréhension évolutive et empathique de la patiente, réaliser une synthèse dans laquelle la patiente est valorisée, définir et établir un cadre et un plan thérapeutique.

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 :

- au **stade précontemplatif** (ou d'indétermination), la patiente n'a pas conscience de l'existence de son problème ou le considère comme sans importance et n'a pas l'intention de 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** (ou d'intention ou de prise de conscience), la patiente reconnaît l'existence d'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 du statu quo et les inconvénients du changement s'affrontent à l'envie d'aller mieux et d'abandonner un quotidien douloureux.
- Aux stades suivants, le changement peut débiter : 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 mal venu 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 **précontemplatif**, on utilise **l'intervention brève**
- au stade **contemplatif** et aux stades **suivants**, s'ouvrent les **possibilités de l'entretien motivationnel**.

L'INTERVENTION BREVE

Elle est validée en addictologie (**son efficacité est démontrée** par de nombreuses études chez les patients consommateurs d'alcool, tabac et substances illicites, y compris à long terme) et a servi de base au développement de l'entretien motivationnel. Ses principes sont au nombre de 6 (acronyme « FRAMES » = « cadres » en anglais) :

- **Feed-Back** : information objective sur la situation actuelle (repérage du problème) sans jugement (rester bienveillant)
- **Responsabilité** : «si vous souhaitez de l'aide, c'est à vous de décider, vous avez votre libre arbitre, vous avez le choix, c'est votre libre responsabilité».
- **Avis** : du soignant qui se positionne en tant que professionnel pour analyser la situation : « si vous le souhaitez, c'est mon rôle de professionnel de vous aider».
- **Menu d'options**, éventail de possibilités de traitement, de propositions et de modifications (c'est la compétence du professionnel)
- **Empathie** : compréhension sans adhésion ni jugement des émotions et du point de vue de l'autre (c'est le savoir-faire du professionnel)
- **Sentiment d'efficacité** (renforcer *l'efficacité personnelle, l'encourager*). Le moindre changement, même incomplet est à valoriser

On pourra utilement compléter cette intervention par la remise d'une documentation adaptée (bibliothérapie, documentation de l'INPES et autres ...).

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

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.

1. EN VOICI UNE DÉFINITION :

«L'entretien motivationnel est une méthode d'entretien directif centrée sur le patient, visant à développer sa **motivation** intrinsèque à changer son comportement en explorant et en résolvant son **ambivalence**».

La **motivation** se définit comme «la probabilité qu'un individu adhère, s'engage et poursuive une démarche spécifique de changement» : elle est variable en quantité et en qualité : motivation extrinsèque (liée aux pressions de l'entourage) et intrinsèque (liée au désir de la patiente). La motivation est un processus interpersonnel, elle répond aux signes d'attention, à l'expression d'**empathie**. Elle est la clé du changement : son intensité et sa qualité sont prédictives du changement. Lorsque la patiente perçoit une dissonance et exprime des raisons, des envies ou des attentes positives de changements, (ce qu'on appelle le «langage de changement») les chances de réussites augmentent.

2. PRINCIPES DE BASE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Pour éviter d'induire des résistances, montrons à la patiente que nous comprenons ce qu'elle pense et ressent. Les 4 techniques suivantes représentent une aide appréciable :

- **Questions ouvertes** : permet à la patiente de s'exprimer ;
- **Reformuler** (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** : cette bienveillance sans jugement se travaille au quotidien, c'est le niveau de qualité de l'empathie qui est le meilleur facteur de l'efficacité du soignant.

STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE : FAVORISER ET RENFORCER LE CHANGEMENT

Développer une stratégie en **4 points** :

- susciter le **langage de changement** : ce que dit la patiente de son intention de changer, les inconvénients du statu quo, les avantages du changement, sa confiance, son désir, ses aptitudes à changer, la nécessité et l'importance du changement ;
- questionner les **dissonances** (les écarts entre les valeurs et les comportements) et les lui présenter. **L'aider à faire pencher la balance décisionnelle** (avantages et inconvénients du statu quo et du changement). Pour la patiente, verbaliser facilite la perception et nourrit la motivation ;
- **ne pas susciter de résistance** : éviter la confrontation, insister sur le libre choix, faire de la reformulation empathique ; reconnaître les signes de résistance qui témoignent du mal être de la patiente. Penser que la résistance du soigné est corrélée au style du soignant (soignant confrontatif).
- **renforcer le sentiment d'efficacité personnelle**, croire en sa patiente de manière inconditionnelle, lui faire confiance, insister sur ses compétences, valoriser ses progrès, ses réussites passées.

Toutefois, si l'entretien motivationnel a fait ses preuves dans le suivi des pathologies chroniques (temps long), sa mise en œuvre au cours de la grossesse (temps court) est un difficile enjeu.

« Si on prend son temps, le changement peut aller très vite, si on se dépêche, le changement peut prendre tout son temps ».

CONCLUSION

La motivation au changement émane de la patiente. Le soignant n'impose pas sa propre motivation (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 et génère des résistances. Le style relationnel doit être fluide et inviter à l'exploration. Le soignant est directif dans le questionnement et la résolution de l'ambivalence.

La motivation au changement n'est pas qu'un trait de caractère de la patiente mais aussi un état qui varie selon la qualité d'une interaction personnelle : le niveau d'empathie du soignant. La relation thérapeutique est un partenariat coopératif et non une relation expert/client : c'est une alliance.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Miller, W. R., & Rollnick, S. L'entretien motivationnel « Aider la personne à engager le changement » - Inter éditions. 2006
2. Levasseur Edith. L'entretien motivationnel pour préparer le changement. Mémoire de DU d'alcoologie. Université de Caen -2005
3. «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
4. Ch. Cungi : Faire face aux dépendances ; Retz ed. 2005
5. Ch. Cungi : L'alliance thérapeutique ; Retz ed. 2006
6. <http://www.entretienmotivationnel.org/>