

LES APPROCHES COLLABORATIVES EN PRÉVENTION DU **TROUBLE DU SPECTRE DE L'ALCOOLISATION FŒTALE (TSAF)**

→ Guide explicatif de l'AIDE MÉMOIRE
sur les pratiques collaboratives
en prévention du TSAF

TSAF



TROUBLE DE L'ALCOOLISATION FŒTALE

LES APPROCHES COLLABORATIVES EN PRÉVENTION

GUIDE EXPLICATIF DE L'AIDE-MÉMOIRE SUR LES PRATIQUES COLLABORATIVES EN PRÉVENTION DU TSAF

Produit par le Dispensaire diététique de Montréal et Rond-Point

L'Agence de la santé publique du Canada a contribué financièrement à la production de ce guide d'intervention.

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Recherche, développement et rédaction

Joëlle Fogelbach, Dt.P., chargée de projet, Dispensaire diététique de Montréal

Collaboration à la production et à la révision

Les équipes du Dispensaire diététique de Montréal, de Rond-Point et de l'Agence de la santé publique du Canada

Emmanuelle Careau du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux à l'Université Laval

Création graphique

Mise en page des graphistes Hélène Camirand et Marie-Élaine Michaud

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
Objectifs de l'aide mémoire et du guide	5
INTROSPECTION DE L'INTERVENANT	5
Les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)	6
Rôles de l'intervenant	8
Connaitre la femme dans sa globalité	9
Compétences de collaboration interprofessionnelle	13
INTERVENTION	18
Premier contact	18
Entretiens de courte durée	19
Analyse du contexte de la femme enceinte	19
Réduction des méfaits	20
Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle	21
Adapter les stratégies d'intervention	23
Évaluer le niveau de motivation	23
Évaluer le niveau d'engagement	25
Interventions selon le niveau de changement de la femme	25
Établir des objectifs en collaboration	25
ANNEXES	
Annexe 1 – Outils de dépistage validés	27
Annexe 2 – Outils d'évaluation	28
Annexe 3 – Outils d'intervention en entretien motivationnel	29
Annexe 4 – Tableau synthèse des compétences interprofessionnelles	31
Annexe 5 – Obstacles à la collaboration	32
Annexe 6 – Autres références à consulter	34
Références des annexes	35



INTRODUCTION

OBJECTIFS DE L'AIDE MÉMOIRE ET DU GUIDE

L'aide-mémoire et ce guide offrent un appui aux professionnels de la santé et des services sociaux lors d'interventions avec des femmes enceintes qui consomment de l'alcool. Le guide fournit les détails techniques et théoriques derrière la démarche présentée dans l'aide-mémoire.

La création de ces outils cible la prévention d'un problème de santé irréversible : le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). Le seul moyen de le prévenir est l'abstinence de consommation d'alcool durant la grossesse.

Des intervenants expérimentés ont été consultés pour élaborer et valider les contenus. Ces intervenants travaillent de près avec des familles vivant des problèmes de consommation et de dépendance à l'alcool et aux drogues. Ils mettent en pratique des techniques de consultation reconnues pour leur efficacité : les approches collaboratives.



« L'alcool, c'est pas juste pour le feeling, c'est [avant tout] un mode de vie. »

– Participant de Rond-Point à un groupe de discussion sur des dépliants du TSAF

LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'ALCOOLISATION FŒTALE (TSAF)

Le TSAF regroupe les effets de l'exposition prénatale à l'alcool. Le seul moyen de le prévenir est l'abstention de consommation d'alcool durant la grossesse.

LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'ALCOOLISATION FŒTALE (TSAF)

1

Suis-je à l'aise avec mes connaissances et mes perceptions sur le TSAF et sa prévention?

Le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) regroupe les effets de l'exposition prénatale à l'alcool (EPA) qui, en combinaison avec d'autres facteurs de risque, peuvent entraîner des dommages cérébraux permanents et importants chez

le fœtus et l'enfant. Le TSAF peut affecter de façon permanente 10 domaines du cerveau : habiletés motrices; langage; cognition (QI); mémoire; attention; rendement scolaire; comportement adaptatif / habiletés sociales; régulation de l'affect (anxiété, dépression); neuroanatomie/neurophysiologie et fonctions exécutives. Il est estimé qu'une personne sur 100 au Canada est atteinte du TSAF. Cela représente 330 000 personnes.

L'alcool a divers effets toxiques (tératogènes) sur l'embryon et le fœtus tout au long de leur développement. Les études d'observation sur le sujet ne permettent pas de prévoir la quantité d'alcool qui aura un effet sur le fœtus, la période de la grossesse la plus à risque ou l'incidence de la biologie de la femme enceinte (métabolisme de l'alcool, nutrition).

De nouvelles lignes directrices pour le diagnostic du TSAF ont été publiées en 2015. Un diagnostic est posé lorsque la femme déclare avoir bu de l'alcool durant sa grossesse ET lorsqu'il y a présence de trois troubles de développement

neurologiques parmi ceux mentionnés précédemment. Si les traits faciaux caractéristiques du syndrome de l'alcoolisation foetale (SAF) sont présents, le diagnostic peut être fait même si la consommation d'alcool est inconnue.

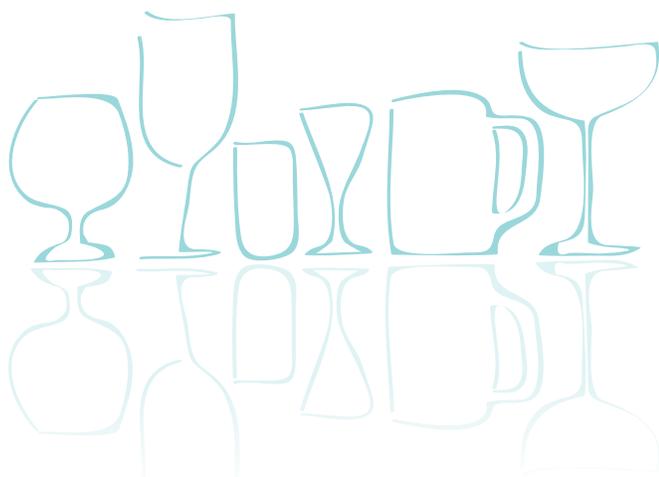
Le diagnostic uniformisé du TSAF permet de cadrer le diagnostic et de démontrer l'importance de s'attarder à la consommation d'alcool durant la grossesse. Il devrait être établi en équipe multidisciplinaire avec une évaluation physique et neurodéveloppementale complexe.

RECOMMANDATIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL DURANT LA GROSSESSE

Le pourcentage de grossesses non planifiées au Canada (50 %) est un enjeu majeur en prévention du TSAF. Sachant que 80 % des Québécoises consomment de l'alcool de façon occasionnelle ou fréquente, nous pouvons estimer qu'une proportion importante des grossesses peuvent être exposées à l'alcool de façon non intentionnelle. Le Québec a d'ailleurs le plus haut taux de mères qui disent avoir bu pendant qu'elles étaient enceintes (18 %). La consommation d'alcool durant la grossesse s'accroît à mesure que l'âge de la future mère ainsi que le nombre de grossesses antérieures augmentent.

On observe aussi que la consommation d'alcool chez les jeunes adultes est en constante progression au Québec. Cette tendance est préoccupante pour les grossesses des futures générations.

Le seul moyen sécuritaire de prévenir le TSAF est l'abstention de consommation d'alcool durant la grossesse. Toutes les femmes en âge de procréer devraient être dépistées quant à la consommation d'alcool, et ce, sans égard à l'âge, à la classe sociale, à la scolarité, au revenu ou à l'origine ethnique.



Comme il est mentionné dans les recommandations canadiennes sur la consommation d'alcool à faible risque, il est préférable de conseiller l'abstinence durant la grossesse. On y suggère également d'encourager les femmes à parler de leur consommation avec un professionnel de la santé. On s'attend ainsi à ce que les professionnels de la santé prêtent une oreille attentive aux préoccupations des femmes enceintes.

Questionner la femme sur sa consommation d'alcool durant la grossesse ne s'arrête pas à savoir si elle en consomme ou pas au moment de la rencontre. Il importe de creuser la question pour connaître les habitudes de consommation pré grossesse et actuelles. De nombreuses femmes rapportent avoir de la difficulté à s'abstenir dès qu'elles apprennent qu'elles sont enceintes. Un soutien adéquat peut s'avérer nécessaire pour guider les femmes vers l'abstinence ou du moins la diminution de la consommation durant la grossesse, et vers une consommation sécuritaire compatible aux recommandations pendant l'allaitement.

Les notions de quantité, de fréquence et de types d'alcool devraient être prises en compte dans un questionnaire d'évaluation. En effet, plusieurs mythes persistent sur la minimisation des méfaits de l'alcool durant la grossesse et des effets de celui-ci sur le développement fœtal. Pour des raisons éthiques, peu d'études sur la consommation d'alcool durant la grossesse peuvent offrir des directives sur la quantité d'alcool pouvant être consommée sans risque. Ainsi, le principe de précaution implique de recommander l'abstinence.

LA PRÉVENTION DU TSAF

À ce jour, les intervenants travaillant avec des familles et futurs parents notent une dichotomie des messages transmis aux femmes et à leurs proches. Les professionnels de la santé n'abordent pas le sujet de la consommation d'alcool de la même manière. On rapporte même une abstention d'aborder le sujet chez certains intervenants, de peur de devoir faire face à la problématique de consommation d'alcool durant la grossesse. Ces quelques intervenants se sentiraient démunis et à court de ressources pour intervenir adéquatement.

LES NIVEAUX DE PRÉVENTION

Nancy Poole présentait en 2008 une classification des différentes approches de prévention du TSAF au Canada. Divisée en quatre sections, la prévention vise des groupes de population déterminés et adopte des stratégies différentes selon les divers niveaux :

- **Prévention de niveau 1 :**
améliorer la connaissance des gens à l'aide de campagnes grand public de promotion de la santé;
 - **Prévention de niveau 2 :**
discuter de la consommation d'alcool avec toute femme en âge de procréer et avec son réseau de soutien;
 - **Prévention de niveau 3 :**
apporter un soutien holistique aux femmes enceintes éprouvant un problème de consommation d'alcool et d'autres troubles de santé mentale;
 - **Prévention de niveau 4 :**
apporter un soutien post-partum aux femmes ayant consommé de l'alcool durant la grossesse et avec leur entourage.
-

8 APPROCHES COLLABORATIVES EN PRÉVENTION DU TSAF

Les approches collaboratives sont un ensemble de pratiques permettant aux intervenants d'agir de façon coordonnée et intégrée afin de répondre aux besoins de la femme enceinte et d'établir avec elle un réel partenariat pour encourager un changement de comportement durable. L'intervenant verra à :

- Favoriser la motivation de la femme;
- Établir un partenariat avec la femme et son entourage pour déterminer des objectifs d'action;
- Accompagner la femme dans le processus de changement;
- Agir de façon concertée avec l'ensemble des intervenants impliqués auprès de la femme.

Une approche globale ou écologique permet à l'intervenant de prendre en considération la cliente dans son environnement. Il l'accompagne en répondant à ses besoins à court terme avant d'agir sur la consommation d'alcool proprement dite – à titre d'exemples, une femme avec des besoins de suivi en santé mentale ou un besoin identifié par elle-même, tel qu'un hébergement mère-enfant. Les interventions doivent répondre aux besoins de la femme pour qu'elle accepte de s'engager dans un processus thérapeutique.

Ainsi, les approches collaboratives s'ancrent dans une démarche d'accompagnement visant un objectif commun de diminution ou d'arrêt de la consommation d'alcool. L'intervenant guidera la femme à son rythme, en travaillant la motivation avec empathie. En prévention du TSAF, il est reconnu que ces méthodes apportent des résultats concluants. Elles se situent sur un continuum d'intervention et s'intègrent les unes aux autres selon les besoins de la femme enceinte et de son entourage.

RÔLES DE L'INTERVENANT

L'introspection de l'intervenant se fait naturellement au quotidien. Il est de mise que tout intervenant prenne du recul pour se mettre à jour avec ses émotions, ses valeurs et ses perceptions par rapport à la situation avant d'interagir avec une femme enceinte vivant une problématique de consommation d'alcool. Les interventions empathiques et sans jugement sont plus efficaces lorsqu'elles sont dispensées par des intervenants en phase avec eux-mêmes et au fait des plus récentes connaissances sur le sujet.

Lorsque l'intervenant abordera la femme enceinte sur sa consommation d'alcool durant la grossesse, il structurera son intervention ainsi :

1. Évaluer le niveau de changement de comportement, la motivation et le niveau d'engagement de la femme;

EN FONCTION DE CETTE ANALYSE :

2. Offrir des informations pertinentes sur la consommation d'alcool durant la grossesse;
3. Guider la femme vers le changement.

L'approche idéale dans ces situations sera d'adopter une attitude et des compétences professionnelles, qui se développent au fil des expériences de l'intervenant. Cette section éclaire les notions des rôles de l'intervenant et des savoir-être et savoir-faire qui sont cités dans l'aide-mémoire.

SAVOIR-ÊTRE

L'intervenant devrait adopter une attitude chaleureuse, empathique et sans jugement lors des rencontres avec la femme. Il devrait se concentrer dès la première rencontre à déboulonner les mythes sur l'alcool et la grossesse en adaptant les informations transmises au niveau des connaissances de la femme. Pour y arriver, les questions ouvertes permettront d'en savoir plus sur celle-ci et de la mettre à l'aise. L'intervenant pourra user de la reformulation, de la récapitulation et de la confirmation pour affirmer sa compréhension des réponses de la cliente. Elle pourra ainsi se sentir écoutée et comprise.

2

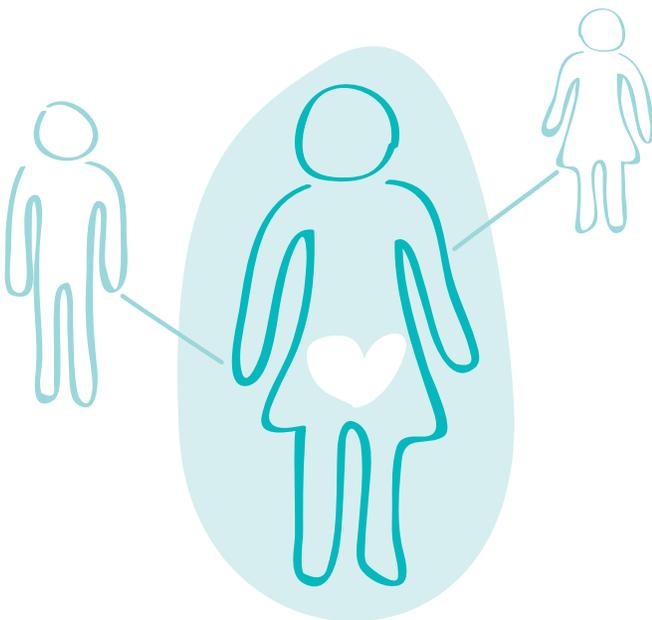
■ Ai-je la bonne approche?

CONNAÎTRE LA FEMME DANS SA GLOBALITÉ

En prévention du TSAF, on tente d'établir un partenariat avec la femme enceinte et son entourage. Il est recommandé de connaître la femme dans sa globalité, autrement dit, de prendre conscience des éléments contextuels de la vie de la femme enceinte. Les approches globale et écologique seront abordées ici, pour comprendre les facteurs qui influenceront les comportements et la motivation dans l'engagement vers un processus de changement.

APPROCHE CENTRÉE SUR LA FEMME ET SON ENTOURAGE

Il est reconnu qu'en axant les interventions sur les bénéfiques pour la santé de la femme et sur sa capacité de changement, on prévient des rechutes après la grossesse. En considérant la femme dans sa globalité, on adapte les interventions à sa situation unique. L'approche globale se caractérise par une analyse du contexte de la femme enceinte. **Un gabarit d'analyse non validé se trouve en annexe 2 : Analyse du contexte de la femme enceinte.** Cet outil vous offrira une vue d'ensemble du degré de satisfaction de la femme dans les différentes sphères de sa vie : santé physique et mentale, relations interpersonnelles (réseau de soutien), finances, habitation, responsabilités, habitudes de vie, etc.



AMBIANCE DES RENCONTRES CENTRÉES SUR LA FEMME :

→ ASSURER UN ACCUEIL CHALEUREUX

- Soyez souriant
- Faites lui visiter les lieux

→ S'INTÉRESSER À ELLE

- Parlez d'elle avant de parler du bébé
- Discutez de son état émotionnel, de ce qui la stresse et de ses difficultés personnelles
- Questionnez-la sur sa grossesse, la parentalité
- Informez-vous sur son bien-être

→ DÉVELOPPER UN LIEN DE CONFIANCE

- Prenez le temps nécessaire pour qu'elle soit à son aise
- Relancez-la lorsqu'elle manque un rendez-vous

→ PRENDRE LE TEMPS

Assurez-la de votre disponibilité

→ ÉCOUTEZ ACTIVEMENT

Utilisez les reflets et la reformulation (traduire en mots les émotions et sentiments exprimés)

6 CRITÈRES DE L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA FEMME

1. Considérez l'intervention de façon globale (ensemble de l'environnement)
2. Considérez les besoins et les souhaits de la future mère et de sa famille
3. Considérez le droit à la vie privée et à la dignité
4. Impliquez le partenaire
5. Offrez un accès rapide
6. Établissez un réel partenariat qui suscite l'engagement de la femme



3

■ Ai-je les outils pour guider vers le changement?

APPROCHE ADAPTÉE AU TRAUMA

La population canadienne n'est pas encline à accepter la consommation d'alcool durant la grossesse. Les femmes qui boivent de l'alcool font souvent face au jugement d'autrui et craignent de divulguer leur consommation aux intervenants.

Nancy Poole du British Columbia Centre of Excellence for Women's Health étudie depuis de nombreuses années le vécu des femmes abusant de substances telles que l'alcool et les drogues. Elle rapporte qu'une forte proportion des consommatrices d'alcool ou de drogues sont en fait victimes ou ont été victimes de violence physique ou psychologique. La problématique de consommation devrait donc être considérée de façon globale pour accompagner la femme dans une démarche de changement de comportement en considérant ces traumas potentiels.

Le rôle de l'intervenant est de créer un environnement propice aux conditions de changement et d'être à

l'écoute. Il doit comprendre la crainte de la femme de parler de sa consommation d'alcool. Quant à elle, la femme a les meilleures connaissances sur sa consommation, elle en est l'experte. Certains auteurs mentionnent aussi l'implication du partenaire dans les interventions pour renforcer le lien de parentalité durant la grossesse et après l'accouchement.

SAVOIR-FAIRE : APPROCHES MOTIVATIONNELLES

Pour éviter de brusquer une femme enceinte vivant un trouble de consommation ou d'infliger une culpabilité inutile chez celle qui aurait bu un verre en début de grossesse non planifiée, l'intervenant devrait adopter une ap-

proche d'ouverture pour informer et guider la femme et son entourage.

L'entretien motivationnel (EM) est un style d'intervention qui permet à l'intervenant d'entrer en relation avec son client. Plutôt que d'éduquer la femme sur les comportements à adopter, l'intervenant collabore avec elle en la guidant vers des comportements qui l'aideront à montrer plus d'ouverture face au changement. L'EM peut être utilisé en contexte d'interventions brèves ou plus intensives.

Cette section explique les grandes lignes des interventions en EM et leurs effets auprès des femmes enceintes, sans entrer dans les détails techniques de l'EM. Des formations dispensées par des membres accrédités du *Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT)* sont pertinentes.

LES EFFETS DE L'EM

L'EM est recommandé pour son efficacité et la réduction des coûts qu'il engendre. En effet, on note une diminution du temps d'intervention en utilisant ces techniques d'entretien. Des méta-analyses indiquent un effet durable, et ce, jusqu'à un an après les interventions.

PRATIQUE DE L'EM

Dans l'esprit de l'entretien motivationnel, il y a :

- L'ÉVOCATION Aider la femme à s'exprimer
- LA COLLABORATION La femme est considérée comme partenaire
- L'AUTONOMIE Respect de la volonté de la femme face à un éventuel changement

« Que connaissez-vous au sujet de la consommation d'alcool durant la grossesse? »

Les clientes ont plus de chances de surmonter l'ambivalence face au changement et de s'engager dans une démarche lorsqu'elles expriment les moyens pour y arriver. L'EM se caractérise par ses questions ouvertes qui permettent à la femme de verbaliser ses connaissances. L'une des techniques revient à demander à la cliente ce qu'elle connaît sur un sujet, pour ensuite lui fournir de l'information adaptée à ses connaissances et lui demander ce qu'elle en pense (approche « Demander – Fournir – Demander »). Par exemple, l'intervenant abordera le sujet de la consommation d'alcool avec une question plutôt qu'avec de l'information prescrite : « Que connaissez-vous au sujet de la consommation d'alcool durant la grossesse? »

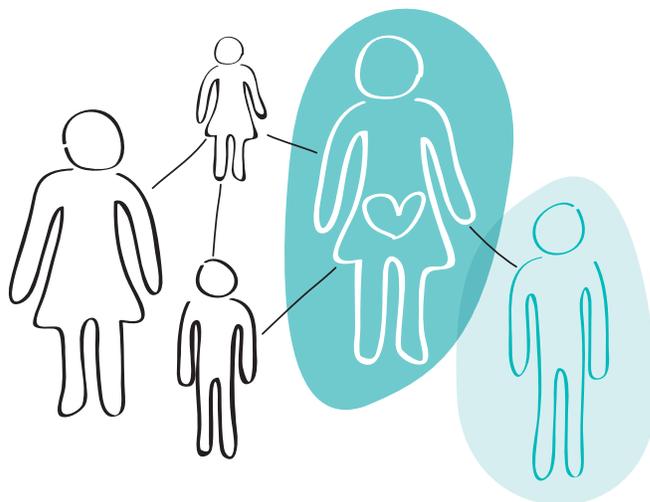
L'intervenant répond de façon empathique aux échanges par l'acronyme **REVE** :

- Il **ré**sume sa compréhension
- Il pratique l'**é**coute réflexive
- Il **val**orise les points forts de la femme
- Il fait **é**laborer : « Comment le ferez-vous? », « Qu'est-ce que ça signifie pour vous? »

Un intervenant expert des techniques de l'EM devrait parler moins de 50 % du temps, utiliser deux fois plus de questions ouvertes que fermées, et employer les reflets adéquatement (technique d'entretien).

Les intervenants qui utilisent les techniques de l'EM ont cinq compétences essentielles souvent rapportées dans la littérature par l'acronyme **OuVER + E** :

- Utilise des questions **ou**vertes
- Met en pratique la **val**orisation (valider, renforcer, affirme les forces)
- Pratique l'**é**coute réflexive
- **R**ésume les échanges
- **É**change de l'information et offre des conseils



OUTILS SUGGÉRÉS

Nous vous conseillons de prendre connaissance des outils d'EM. Des exemples de ces outils sont en Annexe 3. Ils seront utiles pour mettre en pratique les étapes de la section suivante : Intervention avec les approches collaboratives.

OUTILS	OBJECTIFS D'UTILISATION	CONTEXTE D'UTILISATION	RÉSULTAT ATTENDU
FLAMES Bien, Miller et Tonigan (1993); Miller et Rollnick (1991)	Faire prendre conscience de la consommation et des séquelles potentielles	En situation de consommation et de consommation problématique d'alcool Ne serait pas aussi efficace dans les cas de dépendance	Mener une intervention brève efficace
Échelle de Rollnick ou échelle de motivation Miller, William R. (1999)	Évaluer la motivation de la femme enceinte Identifier la force du désir de changement Reconnaître ses limites Reconnaître le moment approprié pour faire les changements Préciser les facteurs contribuant ou non à une mobilisation vers l'action : <ul style="list-style-type: none"> • importance accordée au changement, • priorité, • sentiment de capacité d'effectuer le changement. 	En entretien, lorsque la femme verbalise un désir de changement, mais qu'il semble y avoir des freins au niveau du passage à l'action En début de démarche et tout le long du suivi	Déterminer le niveau d'implication dans la démarche de changement Clarifier les éléments à travailler pouvant favoriser un plus grand engagement vers une démarche de changement
Balance décisionnelle Janis et Mann (1977)	Explorer l'ambivalence Creuser l'écart entre la situation actuelle et celle souhaitée par la femme Faire verbaliser sur les avantages et les inconvénients du statu quo, ainsi que ceux du changement Préciser la valeur relative des différentes raisons de changer et de ne pas changer	En phases de pré contemplation, et de contemplation (voir section Adapter les stratégies d'intervention du guide) En début de démarche et tout le long du suivi	Faire ressortir les aspects positifs du changement Reconnaître les obstacles au changement Présenter des options Préciser et mettre de l'emphase sur les avantages au changement Faire le point sur la perception des inconvénients liés au changement
Brainstorming Osborn (1953)	Laisser libre cours à l'imagination pour explorer les objectifs de changement et les stratégies de la femme enceinte	Au moment d'établir les objectifs et les stratégies avec la femme enceinte	Explorer de nouvelles avenues d'intervention
Coping Lazarus et Folkman (1984) « L'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être. » (Lazarus, 1993)	Valider les stratégies d'adaptation habituelles de la femme : <ul style="list-style-type: none"> • « La dernière fois que vous vous êtes retrouvée dans cette situation qu'avez vous fait pour vous en sortir? » • « Qu'est-ce qui vous aide habituellement ? » 	Lorsqu'on fait face à une problématique d'engagement	Comprendre les stratégies habituelles de la femme Reconnaître le contexte associé à ses habitudes de vie

COMPÉTENCES DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, une bonne collaboration interprofessionnelle (CIP) est associée à une amélioration de la capacité des intervenants à répondre de façon plus coordonnée et plus cohérente aux besoins en santé et bien-être de la population. Plusieurs avantages penchent vers une pratique en CIP. On observe une meilleure accessibilité, continuité et coordination des soins et services prodigués, ainsi qu'une amélioration de leur efficience et qualité. La CIP est aussi associée à une prestation de soins plus sécuritaires, et plus satisfaisants, tant du point de vue des intervenants que de celui des patients. D'ailleurs, par l'efficacité des services offerts en CIP, le rapport coûts-bénéfices reste avantageux : on utilise les expertises de façon coordonnée, tout en réduisant le temps consacré aux services.

En plus de s'assurer que les structures organisationnelles et les trajectoires de soins sont formalisées de façon à encourager la collaboration interprofessionnelle, il est nécessaire



que les professionnels développent leurs compétences collaboratives. Le niveau de complexité des situations de soins et de services déterminera l'ampleur de l'implication des membres de l'équipe. Le fait de se réunir n'apporte pas nécessairement une plus-value à l'exercice. Les membres de l'équipe de travail interprofessionnelle doivent prendre conscience de leurs façons d'interagir, pour ainsi optimiser leurs actions et atteindre les objectifs fixés en groupe. Plusieurs compétences sont définies dans la littérature pour supporter l'idée qu'il est possible de « devenir » un collaborateur exemplaire au fil des expériences personnelles et professionnelles. Six compétences clés sont illustrées dans le guide.

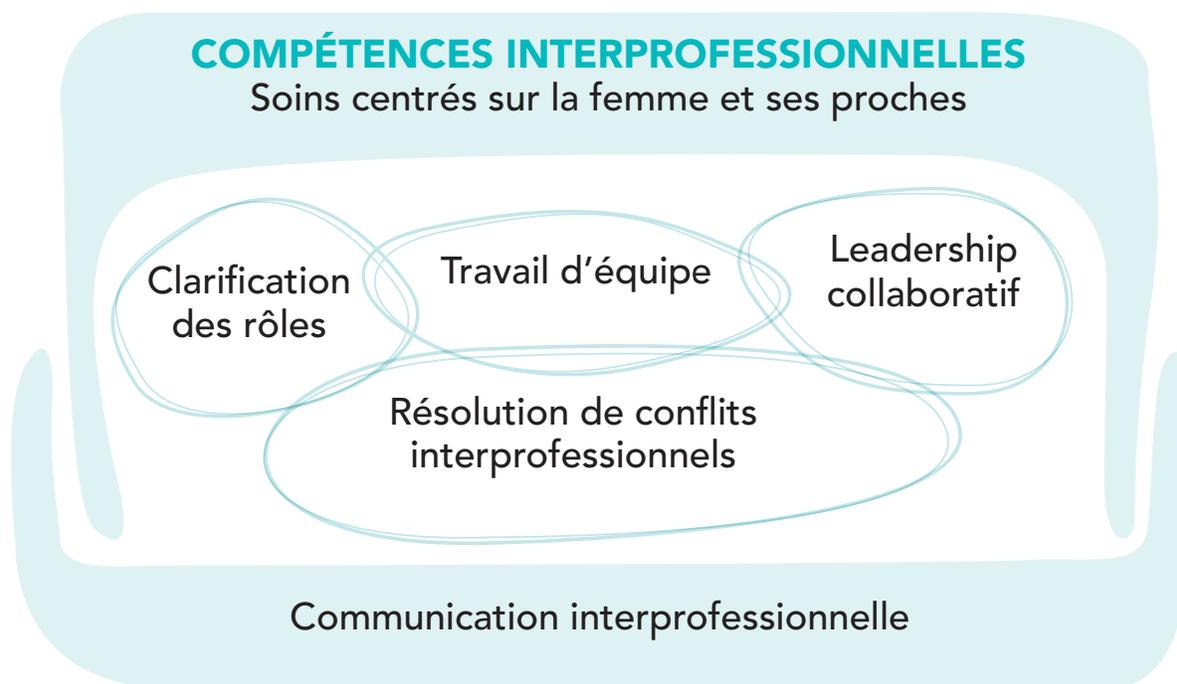


Figure 1

LES 6 COMPÉTENCES CLÉS*

Chaque intervenant a ses forces et ses limites personnelles. Il pourra situer son niveau de compétences interprofessionnelles avec le tableau suivant et celui de l'annexe 4. L'objectif initial sera d'apprendre à se connaître, pour ensuite cibler les compétences à travailler individuellement ou en équipe. Il pourra se fixer des objectifs de développement en adoptant les attitudes listées. La force d'une équipe réside dans sa capacité à allier les forces de ses membres pour que l'ensemble des compétences soient représentées.

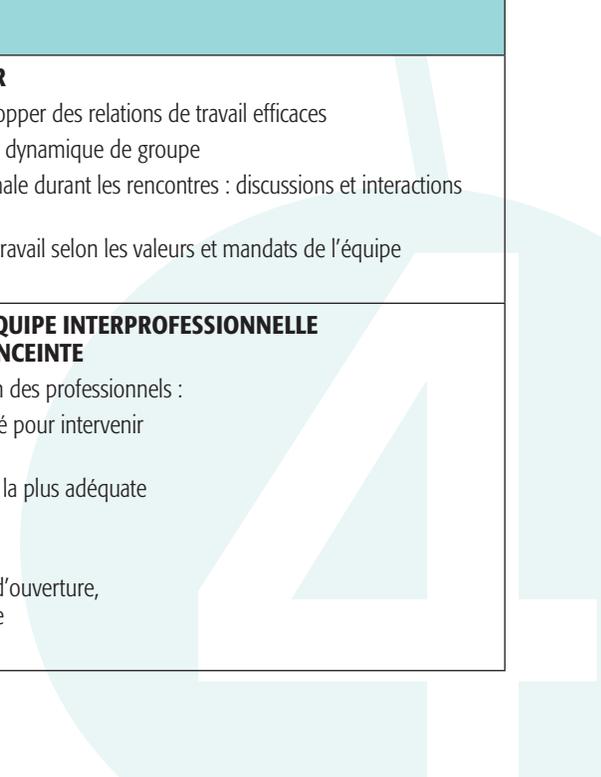
1. COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE	
<p>COMPÉTENCE</p> <p>Développer une communication interprofessionnelle efficace</p> <p>Mettre en place des modes de communications adaptés au travail d'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • protocoles • questionnaires • rencontres statutaires ou individuelles • formations interprofessionnelles <p>Le gestionnaire doit s'assurer que tous les membres ont les mêmes bases de connaissances théoriques pour l'intervention : connaissance des cadres de référence, des codes d'éthique, etc.</p>	<p>HABILITÉ À ACQUÉRIR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applique les principes de l'écoute active • Communique de façon compréhensible : évite le jargon de notre profession et explique dans un langage clair (vulgarisation) • Développe des relations de confiance avec les membres de l'équipe, de la femme et de ses proches • Observe le langage non verbal des membres de l'équipe et fait preuve de transparence le plus possible • La communication interprofessionnelle implique : <ul style="list-style-type: none"> - la négociation - la consultation - l'interaction - la discussion - le débat
<p>ATTITUDE À ADOPTER</p> <p>Est un communicateur responsable avec un esprit d'ouverture et de collaboration</p>	<p>AVANTAGES POUR L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE ET POUR LA FEMME ENCEINTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gagner du temps • Se faire comprendre • Les points de vue individuels sont considérés
2. SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE, SES PROCHES ET LA COMMUNAUTÉ	
<p>COMPÉTENCE</p> <p>Les intervenants doivent développer une relation de confiance avec la femme enceinte afin de permettre une ouverture et une expression de ses besoins.</p>	<p>HABILITÉ À ACQUÉRIR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutient la participation et l'engagement • Transmet l'information dans un langage clair et compréhensible • Écoute les besoins exprimés par les parties concernées • Est attentif au non verbal
<p>ATTITUDE À ADOPTER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorise la contribution et la participation de la femme et de son entourage • Discute des objectifs d'un plan de soins avec son équipe • Facilite l'accès aux ressources 	<p>AVANTAGES POUR L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE ET POUR LA FEMME ENCEINTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • La femme prend des décisions éclairées • Les services sont plus efficaces • Les actions collectives sont orientées vers les besoins, attentes et priorités de la femme et ne sont pas le reflet de divers besoins professionnels

*Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, 37 pages.



3. CLARIFICATION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS	
<p>COMPÉTENCE Connaître les autres professions et arriver à faire comprendre la plus-value de la nôtre dans l'équipe.</p>	<p>HABILITÉ À ACQUÉRIR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprend son rôle et celui des autres • A une bonne capacité d'écoute • S'exprime clairement • Se questionne régulièrement pour cibler le professionnel qui répondra le mieux aux besoins de la personne • Fait part de son expertise
<p>ATTITUDE À ADOPTER Lors de chaque situation clinique, remet en question son rôle d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel professionnel sera le mieux placé pour intervenir? • Faisons-nous face à un besoin simple, compliqué ou complexe? • En ce sens, aurons-nous besoin d'impliquer plusieurs intervenants et quels types de relations auront-ils? • Avec quel professionnel la femme a-t-elle développé une complicité ? 	<p>AVANTAGES POUR L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE ET POUR LA FEMME ENCEINTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévient les conflits • Assure un service coordonné et complémentaire • Assure l'efficacité par une utilisation optimale de l'expertise de chacun • Entretient une meilleure collégialité entre les membres de l'équipe • Prévient la duplication

4. TRAVAIL D'ÉQUIPE	
<p>COMPÉTENCE L'équipe interprofessionnelle sera composée de membres provenant de deux professions ou plus.</p>	<p>HABILITÉ À ACQUÉRIR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est en mesure de développer des relations de travail efficaces • Connaît les principes de dynamique de groupe • Participe de façon optimale durant les rencontres : discussions et interactions efficaces • Établit ses principes de travail selon les valeurs et mandats de l'équipe
<p>ATTITUDE À ADOPTER À chaque situation clinique, remet en question son rôle d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel professionnel sera le mieux placé pour intervenir? • Faisons-nous face à un besoin simple, compliqué ou complexe? • En ce sens, aurons-nous besoin d'impliquer plusieurs intervenants et quels types de relations auront-ils? • Avec quel professionnel la femme a-t-elle développé une complicité ? 	<p>AVANTAGES POUR L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE ET POUR LA FEMME ENCEINTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfléchit sur l'interaction des professionnels : <ul style="list-style-type: none"> - Qui est le mieux outillé pour intervenir selon la situation? - Quelle est la modalité la plus adéquate pour interagir? • Est disponible • Fait preuve de respect, d'ouverture, de confiance et d'écoute



5. LEADERSHIP COLLABORATIF

COMPÉTENCE

Processus par lequel chacun affirme son expertise et reconnaît l'expertise de l'autre. Le leadership est ainsi partagé entre les membres de l'équipe selon les situations et les contextes.

HABILITÉ À ACQUÉRIR

- Comprend son environnement
- Établit des objectifs communs
- Construit des relations de confiance par l'écoute, l'ouverture et la transparence
- Partage le pouvoir
- Stimule le développement de talents dans son entourage
- Soutient l'implication des membres de l'équipe
- Est novateur

ATTITUDE À ADOPTER

- Ouvert et inclusif
- Honnête et transparent
- Authentique et novateur
- Sollicite la rétroaction
- Développe les talents
- A une pensée systémique
- Fait confiance
- Anticipe et agit de manière responsable
- Orienté vers les objectifs communs

AVANTAGES POUR L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE ET POUR LA FEMME ENCEINTE

- Contribue à l'engagement individuel et collectif autour d'une vision, de valeurs et d'un champ d'expression commun
- Encourage la responsabilité professionnelle, individuelle et collective
- Aide à l'établissement d'objectifs consensuels
- Favorise :
 - la collaboration
 - les méthodes efficaces de travail d'équipe
 - la prise de décisions
 - le développement d'un climat et d'un environnement de travail de collaboration
 - l'amélioration continue

6. RÉOLUTION DE CONFLITS INTERPROFESSIONNELS

COMPÉTENCE

Les conflits interprofessionnels mettent en péril l'établissement d'interactions harmonieuses contribuant à la cohésion et à l'interdépendance. Cela influence donc la capacité des intervenants à collaborer efficacement, et affecte du même coup la qualité des services offerts aux parents. Il est possible de prévenir les conflits et de les gérer de façon efficace. Tous les membres de l'équipe sont invités à développer leurs compétences en ce sens.

HABILITÉ À ACQUÉRIR

- Reconnaît les risques de conflits et établit des mesures constructives
- Connaît et maîtrise des stratégies de gestion de conflits
- Analyse les causes de conflits
- Établit des procédures de gestion de conflits
- Crée un environnement propice à l'expression d'opinions différentes

ATTITUDE À ADOPTER

- A une attitude proactive
- Participe de façon positive et constructive
- Cible le consensus

AVANTAGES POUR L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE ET POUR LA FEMME ENCEINTE

- Stimule la création de liens renforcés entre les membres de l'équipe
- Ouvre la voie vers une meilleure collaboration

RÉFÉRENCES

- Cook, J.L. (2015). « Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale : lignes directrices pour un diagnostic tout au long de la vie », *Journal de l'Association médicale canadienne*. DOI:10.1503/cmaj.141593 <http://www.cmaj.ca/content/188/3/191/suppl/DC4>
- Intervenants de Rond-Point, rencontrés entre janvier et mai 2016.
- Poole, N. (2008). *Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) Prevention: Canadian Perspectives*, Agence de la santé publique du Canada, 20 pages.
- Taylor, G. (2015). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada en 2015 : La consommation d'alcool au Canada*, Agence de la santé publique du Canada.
- April, N. (2011). *Regards sur les activités en matière d'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale au Québec, de 2004 à 2010*, Institut national de santé publique du Québec, 71 pages.
- Tessier, S., D. Hamel et N. April (2014). « La consommation excessive d'alcool chez les jeunes québécois : portrait et évolution de 2000 à 2012 », *Surveillance des habitudes de vie*, no 5, Institut national de santé publique du Québec.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2013). *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*.
- Koren, G. (2002). « Drinking alcohol while breastfeeding: Will it harm my baby? », *Le médecin de famille canadien*, vol. 48, p. 39-41.
- Parkes, T., et collaborateurs (2008). *Double Exposure: A Better Practices Review on Alcohol Interventions During Pregnancy*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- Bell, E., et G. Andrew (2015). « It's a shame! Stigma against fetal alcohol spectrum disorder: Examining the ethical implications for public health practices and policies », *Public Health Ethics*.
- Parks, T., et collaborateurs (2008). *Double Exposure: A Better Practices Review on Alcohol Interventions During Pregnancy*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- Whittaker, A. (2013). *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*, Réseau de prévention des addictions, DrugScope.
- Miller, W. R., et S. Rollnick (2013). *L'entretien motivationnel*, InterÉditions.
- Lundahl, B., et B. L. Burke (2009). « The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses », *Journal of Clinical Psychology: In Session*, vol. 65 (11), 1232-1245.
- Miller, W. R., et S. Rollnick (2013). *L'entretien motivationnel*, InterÉditions.
- Chanut, F., et P. Berthiaume (2013). *L'entretien motivationnel et sa contribution en santé mentale*, présentation PowerPoint.
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (2014). *La collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne, ses proches ou la communauté : les connaissances nécessaires pour des pratiques de qualité*, Québec, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux.
- Oandasan, I., et collaborateurs (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Barr, H., et collaborateurs (2005). *Effective Interprofessional Education: Arguments, Assumptions and Evidences*, Oxford, Blackwell Publishing.
- Zwarenstein, M., J. Goldman et S. Reeves (2009). « Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes », *The Cochrane Library*, 1-29.
- Archer et collaborateurs (2012). « Collaborative care for depression and anxiety problems », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 10.
- Reeves, S., et collaborateurs (2013). « Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes » (mise à jour), *The Cochrane Library*, 2013(3), 1-47.
- Kohn, L. T., J. M. Corrigan et M. S. Donaldson (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Washington, D.C., The National Academy Press.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington, D.C., The National Academy Press.
- Oandasan, I., et collaborateurs (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- D'Amour, D., et I. Oandasan (2005). « Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept », *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 8-20.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, 37 pages.
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (2014). *La collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne, ses proches ou la communauté : les connaissances nécessaires pour des pratiques de qualité*, Québec, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux.
- Cook JL, Green CR, Lilley CM, Anderson SM, Baldwin ME, Chudley AE, et al. *Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan*. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Médicale Can*. 2016;188(3):191-7.
- Gouvernement du Canada SC et l'Agence de la santé publique du C. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) [Internet]*. 2015 [cited 2016 Jun 29]. Available from: <http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/index-fra.php>
- Portrait de la consommation d'alcool au Québec de 2000 à 2015 | INSPQ - Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cited 2016 Jun 29]. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2137>
- Agence de la santé publique du Canada. *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité [Internet]*. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2009. Available from: www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf
- Walker MJ, Al-Sahab B, Islam F, Tamim H. *The epidemiology of alcohol utilization during pregnancy: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey (MES)*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:52.



LES ENTRETIENS

Les approches collaboratives s’ancrent dans une démarche d’accompagnement visant un objectif commun de diminution ou d’arrêt de la consommation d’alcool. L’intervenant guidera la femme à son rythme, en travaillant sur sa motivation avec empathie. En prévention du TSAF, il est reconnu que ces méthodes d’intervention apportent des résultats concluants.

PREMIER CONTACT

Toutes les femmes en âge de procréer et enceintes devraient être questionnées sur leur consommation d’alcool. Il est important de soulever les questions de quantité et de fréquence de consommation pour assurer un repérage adéquat des consommatrices potentiellement à risque. Certains intervenants abordent la question de la consommation dans une conversation informelle. Nous proposons dans l’aide-mémoire des options de questions ouvertes qui permettent de laisser la parole à la femme pour qu’elle puisse exprimer ses perceptions sur sa consommation. Ces phrases et questions visent également à la mettre à l’aise. L’intervenant devrait avoir une attitude d’ouverture et reconnaître les connaissances et expériences de la femme. Elle sera ainsi plus réceptive aux informations qu’il lui transmettra.

D’autres intervenants préféreront utiliser un questionnaire validé pour faire un repérage et un dépistage structuré. Des questionnaires de repérage et de dépistage sont présentés en annexe 1, dont un questionnaire spécialement conçu pour les adolescentes.

1

■ **ABORDER le sujet**

Toutes les femmes en âge de procréer et enceintes devraient être questionnées sur leur consommation d’alcool actuelle et antérieure.

SUGGESTIONS POUR ABORDER LE SUJET DE FAÇON INFORMELLE :

- « À QUAND REMONTE VOTRE DERNIÈRE CONSOMMATION D’ALCOOL? »
- « AVANT LA GROSSESSE, COMBIEN DE VERRES D’ALCOOL BUVIEZ-VOUS PAR JOUR? PAR SEMAINE? »
- « COMBIEN DE VERRES AVEZ-VOUS CONSOMMÉS AU COURS DU DERNIER MOIS? »
- « QUE SAVEZ-VOUS DE LA CONSOMMATION D’ALCOOL DURANT LA GROSSESSE? »
- « PLUSIEURS FEMMES M’INDIQUENT QU’IL EST DIFFICILE D’ARRÊTER DE CONSOMMER DE L’ALCOOL DURANT LA GROSSESSE. »

Comme il a été mentionné précédemment, il importe de mieux connaître le contexte de la femme enceinte avant d’entamer une intervention spécifique à sa situation. L’analyse de son contexte suggérée en annexe 2 suivra l’analyse de son niveau de consommation actuel et antérieur.

ENTRETIENS DE COURTE DURÉE

Les entretiens de courte durée (ECD) permettent d'intervenir rapidement pour repérer et dépister le niveau de consommation d'alcool de la femme enceinte et l'aider à réduire celui-ci, le cas échéant. Les techniques d'entretien motivationnel sont utiles à l'intervenant durant ces interventions. On peut facilement intégrer des questions de dépistage validées lors d'ECD.

APPLICATIONS

Les ECD durent en moyenne de 5 à 30 minutes. La fréquence dépendra du besoin de la femme et de la capacité du milieu.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) précise que les interventions de courte durée sont reconnues pour leur efficacité auprès des femmes enceintes. Les auteurs citent les trois composantes des interventions de courte durée :

1. Faire une évaluation et offrir une rétroaction avec des conseils de sensibilisation;
2. Offrir des conseils à l'aide de dépliants ou de discussions;
3. Offrir de l'aide en utilisant les techniques d'entretien motivationnel. Établir des objectifs réalistes visant la réduction des méfaits (sera expliqué plus loin) ou l'abstinence. Le renforcement positif cadre l'intervention et se termine par une référence, si nécessaire.

Un outil de dépistage a été mis au point par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et le Collège des médecins de famille du Canada : SBIR-DIBA . Il permet de cibler les personnes aux prises avec un trouble de consommation ou une dépendance à l'alcool ou aux drogues et de diriger l'entretien de façon efficace vers les services et les soins correspondant aux objectifs du patient. Ce modèle est pertinent dans l'optique où l'on s'intéresse aussi au niveau de changement de la personne. Nous en proposons une adaptation pour la femme enceinte dans l'aide-mémoire à la section Intervention – Sélectionner l'intervention adaptée.

On rapporte également que l'implication d'un partenaire choisi par la femme enceinte (conjoint ou personne proche) donne de meilleurs résultats. La relation basée sur la confiance et la création d'un sentiment de sécurité avec

2

■ **SÉLECTIONNER l'intervention adaptée.**

l'intervenant constituent des facteurs de réussite. Enfin, il est préférable de considérer le niveau de changement de la femme lors de l'établissement des objectifs de changement (Prochaska et DiClemente, 1984).

EFFETS

Des ECD basés sur le changement de comportement peuvent être efficaces si l'on tient compte de ces éléments :

- Les femmes qui visent l'abstinence dès le début ont tendance à suivre leur objectif durant la grossesse et à diminuer leur consommation subséquente;
- Les femmes ciblant la diminution du risque du syndrome de l'alcoolisation fœtale réduisent plus leur consommation;
- Le soutien d'un partenaire (conjoint, membre de la famille, ami) améliore la réussite des interventions.

Les ECD seraient particulièrement efficaces avec les consommateurs d'alcool plus à risque (consommation élevée ou dépendance).

ANALYSE DU CONTEXTE DE LA FEMME ENCEINTE

Tel qu'expliqué dans la section Connaître la femme dans sa globalité, il est essentiel de s'attarder à l'environnement de la cliente pour mettre en contexte sa consommation. Nous proposons un gabarit en annexe 2 qui divise l'analyse en quatre points :

1. La femme;
2. Son entourage immédiat;
3. Son environnement physique;
4. L'environnement politique.

Quelques indicateurs d'analyse sont suggérés, mais libre à chaque intervenant de questionner la cliente sur les sujets qu'il trouvera pertinents selon le contexte. L'objectif est d'avoir un meilleur aperçu de la réalité de la femme, de son contexte de consommation, de son réseau de soutien, ainsi que de ses barrières et de son ouverture au changement. L'analyse vous informera sur d'autres problématiques vécues et perçues par celle-ci.

3

■ **ANALYSER le contexte de la femme et la complexité de ses besoins.**

20 RÉDUCTION DES MÉFAITS

Lorsque plusieurs problématiques sont notées pour une même femme, une approche plus globale est nécessaire. En s'intéressant aux problèmes à court terme, l'intervenant établit une relation de confiance avec la femme enceinte pour la soutenir par rapport aux besoins qu'elle reconnaît.

APPLICATIONS

La réduction des méfaits réfère aux pratiques qui visent à réduire les conséquences négatives de l'usage de substances sur la santé, la société et l'économie. Le concept soutient que les conséquences de la consommation d'alcool représentent un problème de société et il ne vise pas l'alcool en soi. L'objectif de la réduction des méfaits se situe sur un continuum entre l'abstinence et la réduction de la consommation, et s'adapte en fonction du niveau de changement de la personne. Ainsi, toutes les femmes qui boivent de l'alcool durant la grossesse sont considérées et des objectifs réalistes sont établis avec elles, en fonction de leur réalité respective.

Les services devraient être offerts par une équipe de spécialistes en santé et services sociaux ayant une approche non traditionnelle de suivi. En rafale, les interventions devraient ressembler à ceci :

- Un seul point de services;
- Approche sans jugement;
- Considération du niveau de changement de la femme;
- Pragmatisme : accorder la priorité aux objectifs à court terme (logement, finances, vie conjugale, emploi, autres préoccupations) et considérer le rapport coûts-bénéfices des comportements (avantages et conséquences de la consommation);
- Établissement d'une relation de confiance et d'un sentiment de sécurité qui incitent aux échanges.

Nancy Poole mentionne l'importance d'organiser des services dans les milieux communautaires pour améliorer l'accès. Au Québec, Marielle Venne et son équipe ont mis sur pied les programmes Main dans la main et Rond-Point dans les années 2000. Rond-Point mobilise les expériences de plusieurs professionnels de la santé, des services sociaux et de dépendances en un même lieu, au profit de familles et futurs parents aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Les principes de la réduction des méfaits, de l'approche centrée sur la femme et des approches interprofessionnelles guident les parents au fil des interventions.

LA SOGC CITE MOTZ ET LESLI POUR EXPLIQUER LE PRINCIPE DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS EN CONTEXTE DE GROSSESSE :

« Le fait de s'éloigner de la stigmatisation, de la culpabilité, de la confrontation et de la honte pour adopter une approche habilitante fondée sur les forces de la patiente. L'adoption d'une approche respectueuse et non critique par le fournisseur de soins de santé permet l'établissement d'objectifs visant la réduction de la consommation plutôt que l'abstinence immédiate . »

EFFETS

La réduction des méfaits se concentre sur les méfaits du contexte de la consommation d'alcool plutôt que sur l'alcool lui-même. On implique la femme et son entourage dans les décisions, et on tente de cerner la problématique dans son ensemble avec une vision écologique (considérer les environnements, comme dans l'approche centrée sur la personne).

CONTINUUM DES PRATIQUES DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Le continuum est utilisé pour analyser la nécessité de faire intervenir des collègues pour répondre aux besoins de la femme et de son entourage.

Les intervenants qui travaillent davantage en modèle multidisciplinaire (consultation, référence, coordination des actions) ou interdisciplinaire (prise en charge conjointe) doivent mettre au point des modalités de collaboration adaptées à la complexité de la situation, tout en s'assurant d'une bonne communication et d'un partage adéquat du leadership en fonction de l'expertise de chacun.

Néanmoins, ce ne sont pas toutes les situations qui demanderont l'implication de plusieurs professionnels, et ce ne sont pas toutes les situations qui demanderont la même intensité de collaboration. Le continuum de pratiques de collaboration du RCPI offre un modèle simple pour déterminer la nécessité d'impliquer ou non nos collègues.

4

■ DÉTERMINER la nécessité de faire intervenir plusieurs professionnels.

Selon le guide qui accompagne cette figure, le graphique des pratiques de collaboration est « composé de quatre axes distincts : La situation, L'intention, Les interactions et Les savoirs disciplinaires (figure 2). Ces axes sont étroitement liés entre eux de façon logique et cohérente. Ainsi, hormis l'établissement d'un partenariat avec la ou les personnes, qui transcendent tout le continuum, le degré de complexité des besoins bio-psycho-sociaux de la personne, de ses proches ou de la communauté (axe La situation) influence les trois autres axes (L'intention, Les interactions et Les savoirs disciplinaires). En effet, l'intention de collaboration et le besoin d'associer les savoirs disciplinaires pour répondre aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté de façon adaptée dépendent de la complexité de la situation. Ceci guide les interactions à privilégier, c'est-à-dire le degré d'interdépendance requis pour répondre à la situation. »

Les interactions et Les savoirs disciplinaires (figure 2). Ces axes sont étroitement liés entre eux de façon logique et cohérente. Ainsi, hormis l'établissement d'un partenariat avec la ou les personnes, qui transcendent tout le continuum, le degré de complexité des besoins bio-psycho-sociaux de la personne, de ses proches ou de la communauté (axe La situation) influence les trois autres axes (L'intention, Les interactions et Les savoirs disciplinaires). En effet, l'intention de collaboration et le besoin d'associer les savoirs disciplinaires pour répondre aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté de façon adaptée dépendent de la complexité de la situation. Ceci guide les interactions à privilégier, c'est-à-dire le degré d'interdépendance requis pour répondre à la situation. »

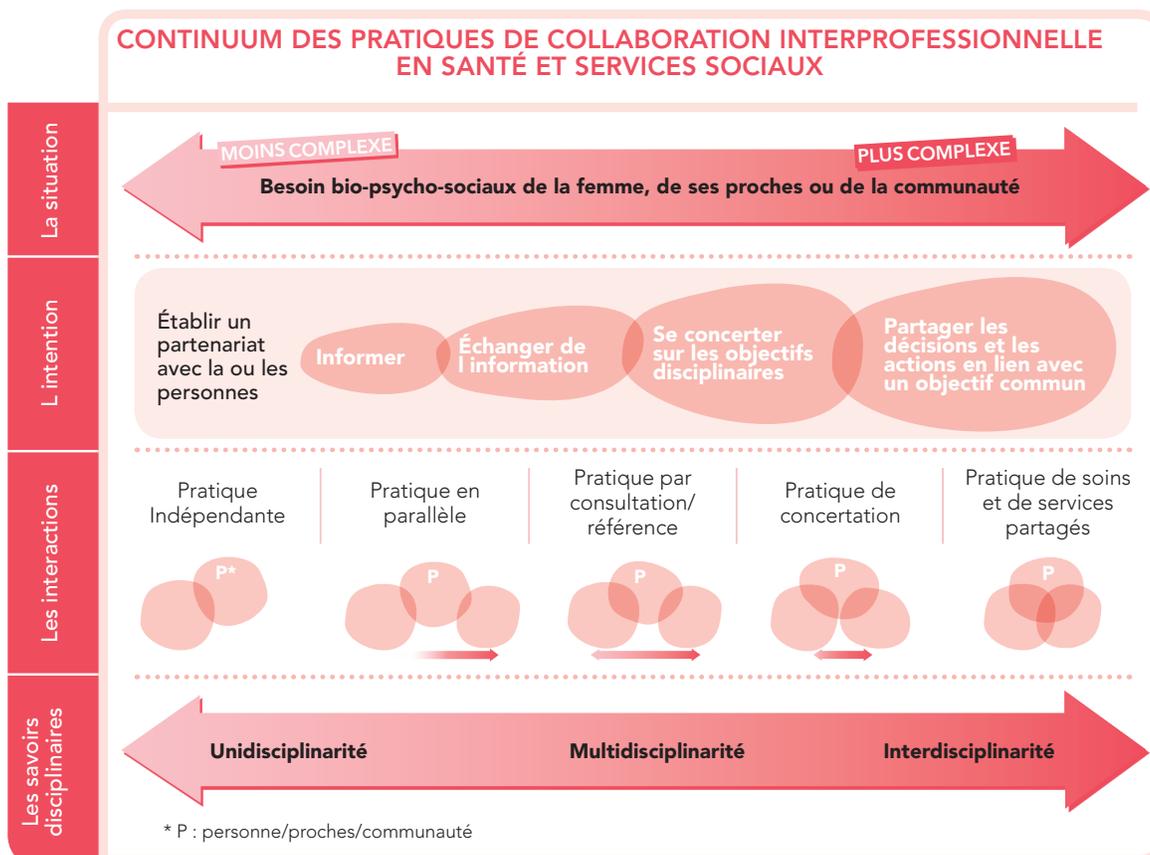


Figure 2
Continuum de pratiques de collaboration interprofessionnelle élaboré par le RCPI

Careau, E., (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

RECOMMANDATIONS → POUR LE PREMIER CONTACT

5

■ **INFORMER** sur les risques de la consommation.

Créer une relation de confiance et un sentiment de sécurité;

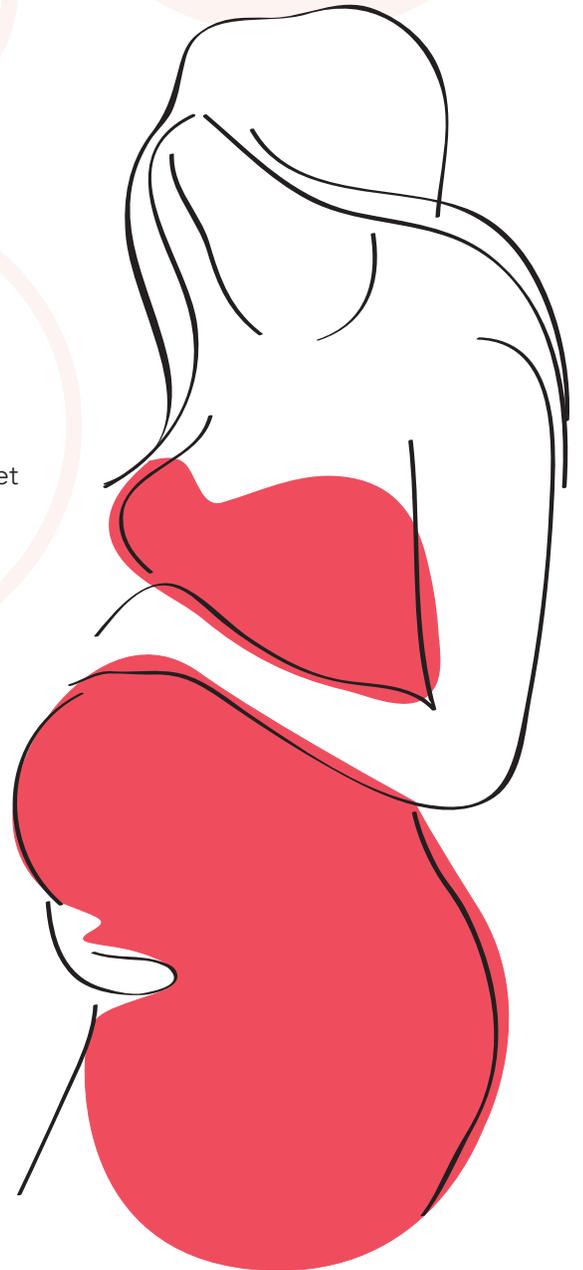
Faire un repérage et un dépistage, une analyse du contexte de la femme, et utiliser les techniques d'entretien motivationnel ou des interventions cognitivo-comportementales validées;

Impliquer un partenaire de l'entourage de la femme;

Informar la cliente sur les risques de consommation d'alcool durant la grossesse en fonction de son niveau de connaissances et des informations valides sur le sujet (consulter l'annexe 6 et l'introduction de ce document);

Considérer le niveau de changement de la femme lors de l'établissement des objectifs (Prochaska et DiClemente) et prioriser ceux-ci selon le niveau de réalisme;

Faire preuve d'humanisme : favoriser l'implication de la cliente et le respect de ses droits et libertés dans les démarches de changement, y compris à travers l'auto-organisation et l'auto-soutien.



ADAPTER LES STRATÉGIES D'INTERVENTION

L'intervenant peut guider la femme vers des objectifs pragmatiques et adaptés à sa réalité, en évaluant d'abord son niveau d'engagement dans la démarche, sa motivation et son niveau de changement. Des outils d'évaluation en annexe 3 vous aideront à déterminer où se situe la femme dans son niveau de changement. Aucun outil standardisé et validé n'existe pour évaluer l'engagement et la motivation de la femme. Au fil de leur pratique, les intervenants élaboreront des tactiques afin de détecter les signes de motivation et d'engagement. Le niveau de changement et les techniques proposées sont clairement expliqués dans l'aide-mémoire et se rapportent aux outils de la section Rôles de l'intervenant de ce guide.

ÉVALUER LE NIVEAU DE MOTIVATION

La motivation est un processus dynamique influencé par des facteurs internes et externes à la personne. L'intervenant adoptera une approche différente selon la motivation de sa cliente. Les perceptions de la femme enceinte influenceront sa motivation envers le changement :

- Perception de son niveau de compétence pour apporter un changement de comportement;
- Perception de l'ampleur des effets négatifs du comportement.

La motivation variera tout au long du processus de changement. Elle peut être située sur un continuum allant de l'absence de motivation à la motivation intrinsèque, en passant par divers stades de la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque est guidée par des sentiments de compétence et d'autonomie, et implique un niveau de perception qui permet à la personne de décrire le changement

6
■ ÉVALUER la motivation et l'engagement envers la démarche.

comme « agréable ». Quand les objectifs sont influencés par des facteurs provenant de notre environnement et de notre entourage, on parle de motivation extrinsèque. Par exemple, les femmes qui diminuent leur consommation d'alcool uniquement pour le bien-être du fœtus et non pour le leur ou pour des valeurs plus profondes.

Il est possible qu'une motivation extrinsèque devienne intrinsèque en internalisant* un comportement. Ainsi, dans l'exemple précédent, il pourrait y avoir des informations qui feront comprendre à la future maman l'importance de s'abstenir de boire de l'alcool durant la grossesse. Elle adhèrera plus facilement au comportement et sa motivation finira par devenir intrinsèque (plaisir de procurer un environnement sain pour le développement du fœtus et pour sa santé).

Les principes de l'approche motivationnelle présentés dans la première section du guide (Rôles de l'intervenant) seront utiles pour vous aider à aborder le changement de comportement.

→ FAIRE FACE À LA RÉSISTANCE ←

La résistance se crée en situation de perte de liberté de choix. Les reflets et réponses stratégiques seront utiles pour éviter la confrontation. Il arrive qu'un intervenant décide de changer de sujet volontairement pour éviter la confrontation en situation de résistance :

EXEMPLE DE REFLETS

OBSTACLE : « Je suis allée au 5 à 7 avec mes collègues comme d'habitude. Je n'ai pas d'autre occasion de voir du monde. »

REFLET : « c'est important pour votre vie sociale d'assister aux 5 à 7 avec vos collègues. »

REFLET AMPLIFIÉ : « Vous trouvez difficile d'avoir une vie sociale en dehors des occasions de 5 à 7. »

DOUBLE REFLET : « Vous ressentez de la culpabilité d'avoir assisté au 5 à 7 mais en même temps vous avez besoin d'avoir une vie sociale en ce moment. »

Amotivation	Motivation extrinsèque				Motivation intrinsèque
	Régulation externe	Introjection	Identification	Intégration	

Figure 3
Continuum de motivation (Deci et Ryan 1985)

*L'internalisation : processus par lequel une valeur ou une règle est acceptée parce que son importance est comprise.

	Précontemplation « Tu exagères! »	Contemplation « Peut-être mais j'aime ça! »	Préparation « Je veux changer »	Action « J'ai diminué »	Maintien « J'ai arrêté mais j'ai besoin de soutien »
OBJECTIFS	Augmenter la conscience du risque sans bousculer S'assurer que la femme voudra revenir	Guider vers la préparation Explorer l'ambivalence • Balance décisionnelle	Négocier un plan de changement Offrir plusieurs choix • Brainstorming • Coping	Guider et soutenir l'action Renforcement positif	Encourager l'action et prévenir les rechutes Soutien pour ses autres suivis
INTERVENTIONS RECOMMANDÉES	Établir une relation avec la femme enceinte	Explorer les raisons et la relation avec la consommation	Éliminer les barrières au changement • Balance décisionnelle • Diriger vers d'autres services	Pragmatisme: soutien aux autres problèmes • Brainstorming • Coping	Confirmer l'engagement
	Utiliser les reflets				Soutien émotionnel
	Rester pragmatique	Éviter de donner des directives • Brainstorming • Coping	Encourager l'auto-efficacité	Éliminer les barrières au changement • Balance décisionnelle • Diriger vers d'autres services	Pragmatisme
	Réduction des méfaits • Ne pas viser l'abstinence • Respecter le rythme de la femme	Encourager l'auto-efficacité	Établir un plan en collaboration avec la femme		Accepter les rechutes et aider à les prévenir
	Réduction des méfaits • Ne pas viser l'abstinence • Respecter le rythme de la femme	Réduction des méfaits • Ne pas viser l'abstinence • Respecter le rythme de la femme			



Figure 4
Approches motivationnelles pour accompagner les femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant les étapes du changement

ÉVALUER LE NIVEAU D'ENGAGEMENT

L'engagement vient confirmer les paroles par des actes. Par exemple, la femme peut désirer diminuer sa consommation, avoir les outils pour y arriver ainsi que la motivation pour ce faire, mais ne s'engage pas pour autant dans le changement. L'intervenant peut utiliser des techniques simples afin de stimuler l'engagement en période de préparation au changement.

- Encourager la femme à parler publiquement de son désir de changement;
- Employer des techniques de visualisation pour verbaliser le désir de changement;
- Poser des questions de manière à ce que la femme verbalise sur les premières étapes réalistes du changement souhaité, et lui faire préciser comment elle s'y prendra pour concrétiser son objectif.

INTERVENTIONS SELON LE NIVEAU DE CHANGEMENT DE LA FEMME

7

INTERVENIR selon le niveau de changement de comportement

Les interventions seront différentes selon les niveaux d'engagement et de motivation de la femme dans sa démarche de changement. Le modèle de changement de comportement élaboré dans les années 1980 par

Prochaska et Di Clemente se déploie en six étapes : de la pré contemplation par rapport au comportement allant jusqu'au maintien du comportement désiré.

Une personne peut progresser le long du continuum de changement et faire des rechutes. La progression vers le changement est rarement linéaire, c'est pourquoi elle est souvent représentée sous forme de cercle, parce qu'il y a des avancées comme des reculs dans les différentes étapes. L'ambivalence est normale et traduit un processus de changement. Elle peut se maintenir longtemps. Les reculs sont souvent des indicateurs qu'il y a des éléments supplémentaires à comprendre pour franchir une prochaine étape. L'important n'est pas tant la chute que de favoriser le retour rapide de la femme dans la roue du changement. Ce modèle est dorénavant utilisé dans plusieurs domaines et peut s'adapter à toute situation clinique.

Margaret Leslie et Wendy Reynolds ont rédigé un document détaillé sur le sujet : Guide SMART : *Approches motivation-*

nelles pour accompagner les femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant les étapes du changement – Guide de formation des intervenantes. La **figure 4** résume très succinctement les étapes proposées dans ce guide. Il est fortement conseillé de le consulter afin de comprendre le détail des approches motivationnelles suggérées pour intervenir auprès de femmes enceintes qui consomment de l'alcool.

ÉTABLIR DES OBJECTIFS EN COLLABORATION

Il importe de rester pragmatique lorsque vient le moment de définir des objectifs d'intervention. La consommation d'alcool peut sembler prioritaire pour l'intervenant, mais il reste préférable de garder le focus sur les besoins immédiats de la femme. L'intervenant pourra ainsi développer une relation de confiance et éventuellement permettre à la femme de se sentir à l'aise d'agir sur sa consommation.

8

ÉTABLIR des objectifs en collaboration

Les objectifs **SMART** offrent des balises intéressantes à l'intervenant pour préciser les stratégies de mise en place des changements. Les objectifs **SMART** sont :

SPÉCIFIQUES : Clarifier et spécifier les objectifs. Il est important que la femme verbalise le comportement qu'elle désire atteindre. L'intervenant la guidera pour trouver les termes justes en utilisant des reflets au besoin.

MESURABLES : Préciser comment nous saurons que les objectifs sont atteints.

ATTEIGNABLES : Déterminer comment la femme atteindra ses objectifs.

RÉALISTES : S'assurer d'avoir les ressources pour atteindre les objectifs.

(DANS LE) TEMPS : Déterminer un échéancier flexible pour l'atteinte des objectifs.

En lien avec les objectifs spécifiques, la femme peut exprimer des éléments modificateurs selon les divers niveaux de son engagement :

DÉSIR : J'aimerais arrêter de boire de l'alcool

CAPACITÉ : Je serais capable d'arrêter de boire de l'alcool

RAISONS : Boire de l'alcool peut affecter ma santé et celle du bébé

BESOINS : Il faut que j'arrête de boire de l'alcool

ENGAGEMENT : Je vais arrêter de boire de l'alcool

RÉFÉRENCES DE LA SECTION INTERVENTION

MDcme (2016). Module 1, cours prévention TSAF (en cours de traduction).

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015). Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances, Toronto, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Rowe, T., et collaborateurs (2010). « Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 32 (8), supplément 3, 37 pages.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et le Collège des médecins de famille du Canada (2012). Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation : Aider les patients à réduire les risques et les méfaits liés à l'alcool.

Parkes, T., et collaborateurs (2008). *Double Exposure: A Better Practices Review on Alcohol Interventions During Pregnancy*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015). Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances, Toronto, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

arkes, T., et collaborateurs (2008). *Double Exposure: A Better Practices Review on Alcohol Interventions During Pregnancy*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Site Internet www.canadianharmreduction.com visité en mai 2016.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015). Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances, Toronto, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Poole, N. (2008). *Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) Prevention: Canadian Perspectives*, Agence de la santé publique du Canada, 20 pages.

Morissette, P., et M. Venne (2009). *Parentalité, alcool et drogues : Un défi multidisciplinaire*, Éditions du CHU Sainte-Justine.

Motz, M., et collaborateurs (2006). « Breaking the cycle: Measures of progress 1995-2005 », *Journal of FAS International*, vol. 4 (suppl.), p. e22.

Landry, M., et M. Lecavalier (2003). « L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie », *Drogues, santé et société*, vol. 2, no 1.

Careau, E., et collaborateurs (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles.

Lecavalier, M. (2013). *La motivation, quelque chose qui se construit*, cahier de formation, Centre Dollard-Cormier, institut universitaire sur les dépendances, 53 pages.

Deci, E.L., et R.M. Ryan (2000). « Intrinsic and Extrinsic Motivation: Classic Definitions and New Directions », *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.

Reynolds, W., et M. Leslie (2009). *Guide SMART : Approches motivationnelles pour accompagner les femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant les étapes du changement – Guide de formation des intervenantes*, Mothercraft (Breaking the Cycle), 102 pages.

Prochaska, J. O., Carlo C. DiClemente et J. C. Norcross (1992). « In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors », *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Lecavalier, M. (2013). *La motivation, quelque chose qui se construit*, cahier de formation, Centre Dollard-Cormier institut universitaire sur les dépendances, 53 pages.

Reynolds, W., et M. Leslie (2009). *Guide SMART : Approches motivationnelles pour accompagner les femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant les étapes du changement – Guide de formation des intervenantes*, Mothercraft (Breaking the Cycle), 102 pages.

FL Fuller Landau, Montréal, <http://www.flmontreal.com/fr/how-smart-are-your-objectives>, 8 juin 2016.



ANNEXE 1 OUTILS DE REPÉRAGE ET DE DÉPISTAGE VALIDÉS

27

T-ACE¹

T – TOLÉRANCE Combien de verre(s) vous faut-il pour ressentir les effets de l'alcool?
Moins de 2 : 0 point. 2 ou plus : 1 point

A – AGACEMENT Est-il arrivé que des proches, des professionnels de la santé s'inquiètent de votre consommation d'alcool? Non : 0 point. Oui : 1 point

C – CESSATION Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation d'alcool?
Non : 0 point. Oui : 1 point

E – ÉVEIL Avez-vous déjà eu besoin de consommer de l'alcool le matin pour être en forme? Non : 0 point. Oui : 1 point

ÉCHELLE DE POINTAGE

Consommation à risque à partir de 2 points (1 point pour certains auteurs).

Au-dessus de 2 points, risque élevé et nécessite un suivi.

TWEAK²

T – TOLÉRANCE Combien de consommations pouvez-vous supporter?

Moins de cinq consommations : 0 point. Plus de cinq consommations sans s'endormir ou s'évanouir : 2 points

W (WORRY) – INQUIÉTUDE Est-ce que des proches se sont plaints ou inquiétés de votre consommation dans la dernière année? Non : 0 point. Oui : 2 points

E (EYE OPENER) – RÉALITÉ Est-ce qu'il vous arrive de boire de l'alcool dès le réveil?
Non : 0 point. Oui : 1 point

A AMNÉSIE Est-ce que des proches vous ont rapporté des actes ou des paroles dont vous ne vous souvenez plus après avoir bu? Non : 0 point. Oui : 1 point

K (CUT DOWN) – DIMINUE Est-ce qu'il vous arrive de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool? Non : 0 point. Oui : 1 point

ÉCHELLE DE POINTAGE SUR 7 POINTS

Buveuses à risque : 2 points ou plus.

CRAFFT³

REPÉRAGE DE L'USAGE NOCIF DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS

- C (CAR)** 1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncee? Oui Non
- R (RELAXER)** 2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup? Oui Non
- A (ALONE)** 3. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes seul(e)? Oui Non
- F FORGET** 4. Avez-vous oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues? Oui Non
- F (FAMILY/FRIENDS)** 5. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues? Oui Non
- T (TROUBLE)** 6. Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues? Oui Non

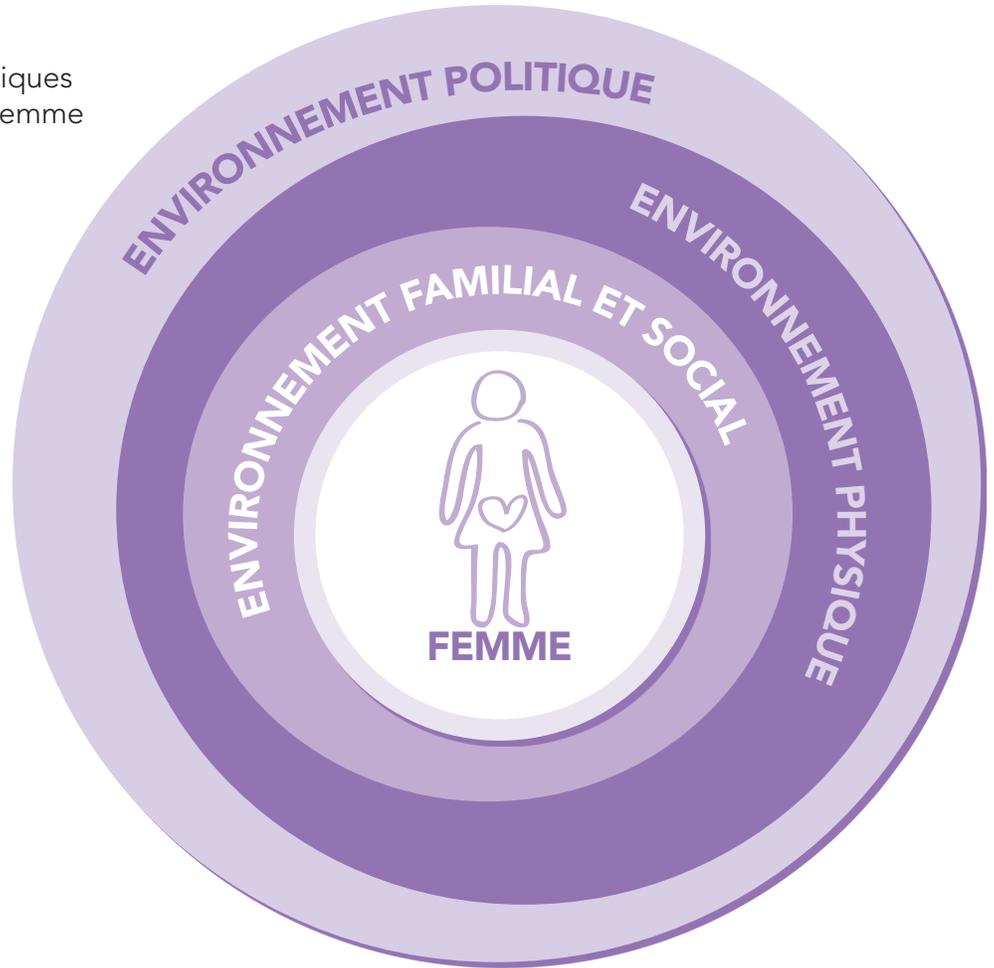
ÉCHELLE DE POINTAGE

Chaque « oui » donne un point. Plus le pointage est élevé, plus la probabilité de dépendance augmente.

ANNEXE 2 OUTILS D'ÉVALUATION DU CONTEXTE ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT

28 → OBJECTIFS :

1. S'informer des problématiques vécues et perçues par la femme
2. Dresser un portrait de :
 - sa réalité,
 - son contexte de consommation,
 - son réseau de soutien,
 - ses barrières et de son ouverture au changement.



FEMME Habitudes de vie État de santé physique et psychologique Grossesses antérieures	ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL Parentalité Vie conjugale Relation avec sa famille	ENVIRONNEMENT PHYSIQUE Logement Emploi	ENVIRONNEMENT POLITIQUE Finances Accès aux services
---	---	---	--

ANNEXE 3 OUTILS D'INTERVENTION EN ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

29

FLAMES ⁴

SIX ÉLÉMENTS DE L'ENTRETIEN DE COURTE DURÉE EN EM :

- FEEDBACKS** : rétroaction personnalisée sur la façon dont la consommation nuit
- LIBRE ARBITRE** : accent sur la liberté de choix et la responsabilité
- AVIS PROFESSIONNEL** : donner des conseils clairs après avoir demandé la permission
- MENU D'OPTIONS** : offrir plusieurs options de changement
- EMPATHIE**
- SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE**

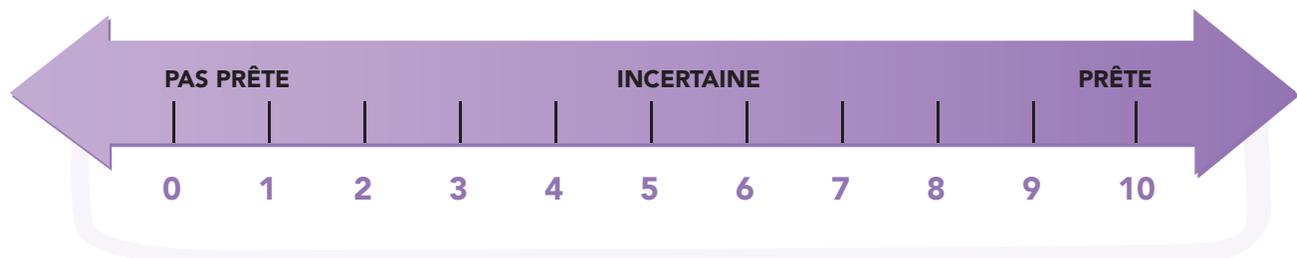
ÉCHELLE DE ROLLNICK ⁵

OBJECTIFS

- Évaluation du niveau d'engagement et de motivation
- Explorer les limites au changement

UTILISATION

- Demander le niveau de motivation et d'engagement (de 0 à 10)
- Explorer pourquoi ce n'est pas plus élevé.



SOLUTIONS DE REMPLACEMENT ⁶

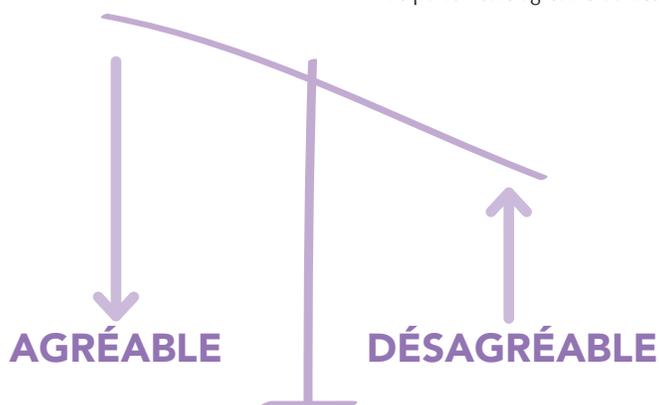
UTILISATION

- Faire une liste des situations, des endroits et des personnes qui stimulent l'envie de consommer
- Trouver des solutions de remplacement

BALANCE DÉCISIONNELLE ⁷

UTILISATION

1. Faire une liste des éléments agréables et désagréables de la consommation d'alcool
2. Demander à la femme de tracer la ligne de la balance pour illustrer où les éléments ont plus de poids : côté agréable ou désagréable?



COPING ⁸

STRATÉGIES NON AIDANTES OU NON PRODUCTIVES

Ne rien faire, s'inquiéter, consommer,
prendre des risques, s'accuser, se blâmer,
ignorer le problème, se renfermer sur soi

STRATÉGIES AIDANTES OU PRODUCTIVES

S'efforcer de résoudre le problème,
travailler fort pour réussir, avoir une pensée
positive, s'affirmer, se détendre, se divertir,
parler à une personne de confiance,
faire une activité physique

ANNEXE 4

**TABLEAU SYNTHÈSE
DES COMPÉTENCES INTERPROFESSIONNELLES**
 COMPLÉMENT DES PAGES 12-16

31

DOMAINES DE COMPÉTENCES	CONNAISSANCES SAVOIRS	HABILITÉS SAVOIR-FAIRE	ATTITUDES SAVOIR-ÊTRE
Clarification des rôles	Je peux décrire mon rôle et celui des autres.	J'ai recours au savoir des autres intervenants pour atteindre les objectifs de la personne, des proches et de la communauté.	J'assume mon rôle tout en respectant celui des autres. J'écoute les autres pour mieux les connaître.
Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté	Je comprends la philosophie associée à une approche de soins et de services centrés sur la personne, ses proches et la communauté.	Je communique de façon respectueuse et dans un langage compréhensible l'information avec la personne, ses proches et la communauté de façon à encourager la discussion et à favoriser la participation à la prise de décision éclairée.	Je reconnais l'expérience de la personne, de ses proches et de la communauté.
Travail d'équipe	Je connais les attitudes à développer pour établir un climat de confiance (respect, ouverture, écoute).	Je suis en mesure d'établir un consensus autour d'un objectif précis au début d'une rencontre.	Je développe des relations de confiance avec les autres. Je respecte le point de vue des autres.
Leadership collaboratif	Je connais mes forces et mes limites dans une équipe.	J'exprime mon point de vue, peu importe si celui-ci est différent des autres.	J'encourage l'intégration des points de vue et de l'information fournis par les autres professionnels. Je partage mon expertise dès que la situation le demande.
Communication interprofessionnelle	Je suis en train de faire une rétroaction.	Je communique mon opinion professionnelle dans un langage adapté pour que les autres puissent comprendre.	Je démontre du respect envers la personne, ses proches et la communauté. Je suis transparent dans mes communications avec les autres.
Résolution de conflits interprofessionnels	Je connais des stratégies de gestion de conflits.	Je fais ressortir ma complémentarité avec un autre intervenant plutôt que nos différences.	Je ne cherche pas à imposer mon point de vue, mais à comprendre celui des autres et à m'assurer que le mien soit compris.

Plusieurs obstacles peuvent survenir lors de l'implantation de la démarche de collaboration. Chaque personne aura son propre niveau de compréhension de la démarche de collaboration, ainsi que ses expériences personnelles et professionnelles qui influenceront son engagement.

1 MÉCONNAISSANCE DES VALEURS PROFESSIONNELLES DE SES PAIRS.

Certains professionnels ont une approche plus paternaliste, tandis que d'autres travaillent sur l'autonomie des patients. Des objectifs divergents peuvent émerger.

2 NON-RECONNAISSANCE DES FAÇONS DE TRAVAILLER.

Les professionnels utilisent des cadres théoriques dont les besoins et les démarches sont différents. Il sera essentiel de revenir aux principes de l'éducation interprofessionnelle pour rassembler l'équipe sur des cadres théoriques qui se complètent ou se ressemblent.

MÉCONNAISSANCE DES CHAMPS D'EXERCICE (LOIS ET ACTIVITÉS RÉSERVÉES).

Plusieurs lois et politiques cadrent les professions. Il est essentiel de les connaître et de prendre conscience des contraintes que cela impliquera au quotidien. Le site de l'Office des professions du Québec offre beaucoup d'information à ce sujet.

À titre d'exemples :

- Loi 90 (2002) : encadre les champs d'exercice;
- Projet de loi 21 (2013) : redéfinit l'exercice en santé mentale, dont la psychothérapie;
- Projet de loi 41 : modifie la loi en pharmacie.

Mais au-delà de la connaissance théorique des champs d'exercice, il est important que les intervenants reconnaissent le champ d'action de leurs collègues, qui peut prendre différentes formes d'un établissement à un autre. Reconnaître les particularités des responsabilités de chacun contribue aussi à l'établissement d'une bonne cohésion entre les membres de l'équipe.

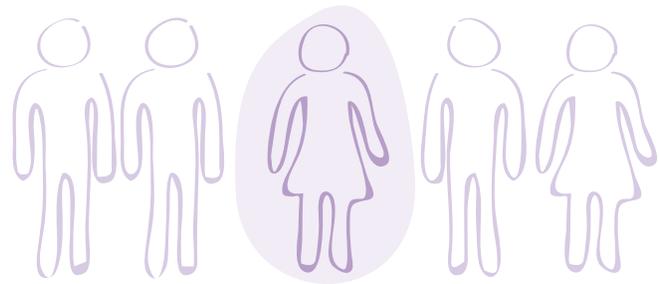
4 PRÉJUGÉS, FAUSSES CROYANCES ET STÉRÉOTYPES.

Nos expériences personnelles et professionnelles forgent notre perception envers les autres professions. Que ces croyances soient fausses ou réelles, il faudra en prendre conscience et faire le point sur notre vision, en faisant preuve d'ouverture de soi.

5 NON-ADHÉSION DES INTERVENANTS ET DES GESTIONNAIRES AUX VALEURS DE L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE.

Lorsque des conflits surgissent, on remarque souvent que les intervenants se retranchent derrière des considérations

et objectifs professionnels. Se recentrer sur les réels besoins et attentes des patients aide à surmonter les obstacles.



TAUX DE ROULEMENT ÉLEVÉ DANS UNE ÉQUIPE DE TRAVAIL.

Ce facteur tend à diminuer la cohésion d'un groupe. Pour assurer une bonne collaboration, les partenaires doivent apprendre à se connaître professionnellement et personnellement. Ainsi, il est important de donner l'espace et le temps nécessaires pour nourrir les liens interpersonnels entre les intervenants.

LEADERSHIP HIÉRARCHIQUE. Pour favoriser une collaboration réussie, les relations entre partenaires devraient être non hiérarchiques, c'est-à-dire que le « pouvoir » devrait être partagé selon l'expertise demandée lors d'une situation précise. Les gestionnaires de premier niveau ont un rôle primordial puisqu'ils coordonnent les efforts de tous, mais ils doivent valoriser un rôle de mentor, d'accompagnateur, plutôt qu'un style de gestion plus directif.

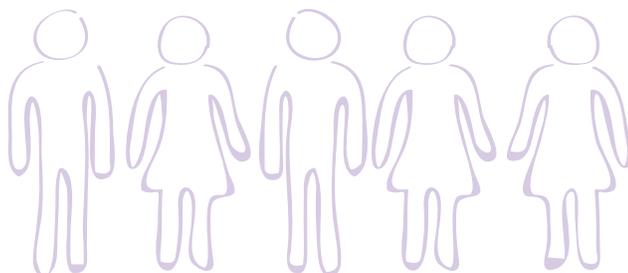
ABSENCE DE VISION DE L'IMPORTANCE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA HAUTE DIRECTION.

Il est fondamental que toute l'organisation soit empreinte d'une culture de collaboration. Elle devrait laisser temps et place aux communications efficaces et aux processus administratifs que celles-ci nécessitent.

RÉSEAUTAGE SOUS-ESTIMÉ.

Assouplir les structures organisationnelles pour laisser place aux communications interprofessionnelles. Les relations

informelles sont notamment extrêmement puissantes pour établir des interactions positives. Il faut que les gens et les organisations puissent adopter des modalités de collaboration flexibles pouvant s'ajuster aux réalités de chacun.



ANNEXE 6 AUTRES RÉFÉRENCES À CONSULTER

34 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)

Le RCPI est un centre d'expertise sur la collaboration interprofessionnelle (CIP) et l'expertise humaine qu'elle implique. Ce centre d'expertise est dédié au développement des meilleures pratiques de CIP pour répondre aux besoins de santé et de mieux-être des personnes et des communautés.

(418) 681-8787, poste 3805

Info-rcpi@cifss.ulaval.ca

TSAF

Dépliants prévention du TSAF

dispensaire.ca

Breaking the cycle

mothercraft.ca

Alanna – Film sur le TSAF

Rocher A-M, Turgeon J. 2009. ONF - www.onf.ca/film/alanna

Coalescing on women and substance use

www.coalescing-vc.org

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

www.ccsa.ca

CHOICES

cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/choices_onepager_-april2013.pdf

Centre québécois de documentation en toxicomanie

cqdt.dependancemontreal.ca

INTERVENTIONS EN APPROCHES COLLABORATIVES

Rond-Point

Centre d'expertise périnatal et familial de toxicomanie à Montréal

Centre Domrémy

Centre de réadaptation en dépendances de la Mauricie et du centre du Québec

Portail virtuel France-Québec sur les interventions en dépendances

parentalite-dependances.com

Guide SMART

Guide PRIMA

Guide de changement de ma consommation d'alcool et de drogues

Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie Centre-du-Québec

Parentalité, alcool et drogues : Un défi multidisciplinaire

Morissette, P., et M. Venne (2008). Éditions du CHU Sainte-Justine.

Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation

sbir-diba.ca/fr

Delivering an ABI: Process, Screening Tools and Guidance

Notes, NHS Health Scotland (healthscotland.com/documents/4096.aspx)

GROSSESSE

Motherisk

Ligne téléphonique pour la population et les professionnels de la santé au Canada

En français et en anglais.

1 877-327-4636

www.motherisk.org/FAR/

Centre IMAGE

Info-médicaments en allaitement et grossesse

CHU Sainte-Justine

514 345-2333

Drogue : aide et référence

Soutien, information et référence pour l'ensemble du Québec

514 527-2626

1 800 265-2626

SOS Grossesse

Organismes communautaires québécois pour le soutien des familles durant la grossesse

Région de Québec

1 877 662-9666

(418) 682-6222

Région de l'Estrie

(819) 822-1181

1 877 822-1181

RÉFÉRENCES DES ANNEXES

1. Sokol, Robert J., "Finding the Risk Drinker in Your Clinical Practice" in G. Robinson and R. Armstrong (eds), Alcohol and Child/Family Health: Proceedings of a Conference with Particular Reference to the Prevention of Alcohol-Related Birth Defects. Vancouver, BC., December, 1988.
2. Russel M (1994) New assesment tools for risk drinking during pregnancy. Alcohol health & research world. Vol. 18 No 1
3. Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. (2007) Validation of a questionnaire to screen for harmful use of alcohol and cannabis in the general population: CRAFFT-ADOSPA. Presse Med. Apr; 36(4 Pt 1):582-90. Epub 2007 Feb 2.
4. Bien T, Miller W, Tonigan J (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction 88: 315-336
5. Miller W (1999) Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US)
6. Idem
7. Lecavalier M (2013) La motivation, quelque chose qui se construit. Cahier de formation. Centre Dollard-Cormier Institut universitaire en dépendances. 53 pages
8. Maheux K, Michaud N Dion-Simard F (2014) Programme Vire au vert. Outil de travail destiné aux intervenants travaillant auprès des adolescents ayant un problème émergent de consommation. CSSS Drummond, Centre de réadaptation en dépendance Domrémy
9. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et en services sociaux (2014). La collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne, ses proches ou la communauté : les connaissances nécessaires pour des pratiques de qualité. Québec : RCPI





2182, avenue Lincoln
Montréal (Québec) H3H 1J3
Tél. : 514 937-5375
info@dispensaire.ca
www.dispensaire.ca

Fondé en 1879, le Dispensaire diététique de Montréal est, au Québec, le chef de file en nutrition sociale adaptée aux femmes enceintes en situation de pauvreté. Il aide chaque année quelque 1500 de ces femmes du Grand Montréal à donner vie à des bébés en santé. Ses interventions cliniques et communautaires innovantes permettent aux nouveaux parents de veiller au développement optimal de leur nouveau-né et de leur famille.