

Grossesse et addictions : un modèle de réseau personnalisé de soins

Addiction in pregnancy: a model of personalized health-care network

C. Chanal*, F. Molénat**, R.M. Toubin***, P. Boulot****



C. Chanal

Jusqu'au milieu des années 1990, en France, peurs et impuissance caractérisaient la situation des femmes toxicomanes enceintes. Les futures mères, envahies par la culpabilité, fuyaient le système de santé. Les représentations négatives des professionnels – eux-mêmes en insécurité – aggravaient leur peur. Les placements d'enfant survenaient dans l'urgence et le drame. Le devenir des enfants revus plus tard était lourdement grevé. Un changement radical s'est opéré sous l'impulsion d'équipes pionnières (1). Il a ensuite été validé par l'amélioration de tous les indicateurs : obstétricaux, pédiatriques, sociaux et psychologiques, à la condition que les acteurs concernés témoignent d'une grande rigueur dans leur action croisée.

Clé du changement : accueil bienveillant et suivi obstétrical d'une "femme enceinte souffrant d'addiction"

Dans un premier temps, l'écoute de ces patientes par une sage-femme sensibilisée a permis d'identifier leurs peurs et de les prévenir : peur d'être jugées, stigmatisées comme toxicomanes, séparées de leur enfant ; peur de faire confiance et d'être trahies ; peur de ne pas maîtriser ce qui se passe autour d'elles. Toutes ces craintes font écho le plus souvent à des parcours personnels chargés, plus ou moins colmatés par l'addiction. Le premier objectif est de réduire les risques médicaux. Il impose de créer une *alliance solide* le plus tôt possible pour que la future mère se saisisse des propositions qui marqueront le suivi type d'une

"grossesse à risque" (du fait des complications éventuelles liées aux produits), mais aussi l'intérêt d'un environnement professionnel resserré sur la sollicitude soignante, l'abord corporel, la valeur d'un enfant à naître. La succession de rencontres fiables avec des acteurs de soin étroitement reliés les uns aux autres dans le respect de l'intimité apporte des changements considérables dans l'image de soi. Le suivi médical doit respecter au mieux le réseau de proximité, choisi par la patiente ou activé, qui restera en piste par la suite. Si le premier professionnel impliqué est un médecin généraliste, ou un gynécologue libéral, il doit conserver sa place, avec des collaborations qui dépendent du niveau de l'organisation locale.

Le médecin ne peut rester seul devant la complexité des risques médicaux et psychosociaux ; en revanche, il doit garder en tête la globalité du suivi grâce aux liaisons personnalisées. Cette gestion a fait dire aux premiers praticiens qui en firent l'expérience : "Ces patientes qui nous accablaient sont devenues intéressantes, le travail est léger, on sait que tout est pris en compte et qu'on évitera l'imprévu avec la panique qui s'ensuit."

Cette légèreté demande une organisation extrêmement rigoureuse, qui depuis 2009 a fait l'objet de protocoles rédigés par des réseaux périnataux. Tout relais doit se faire dans un objectif commun aux futurs parents et aux équipes périnatales : que l'enfant naisse dans les meilleures conditions possible. La femme enceinte peut alors accepter des soins, parfois des orientations spécialisées, qu'elle n'aurait pas demandés pour elle-même. L'existence d'une sage-femme de coordination facilite grandement la sécurité de l'ensemble des professionnels, et

* Service de gynécologie obstétrique et de médecine E, CHU de Montpellier.

** Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (Afrée), Montpellier.

*** Service de médecine psychologique pour enfants et adolescents, CHU de Montpellier.

**** Service de gynécologie obstétrique, CHU de Montpellier.

Résumé

Le suivi de grossesse chez une femme enceinte souffrant d'addiction s'est radicalement transformé à la fin des années 1990. L'écoute de la demande des femmes a permis de mettre au point un premier accueil bienveillant, base de la confiance, puis un suivi médical resserré, une coordination efficace, des collaborations avec la pharmacovigilance, l'addictologue, le psychiatre selon les cas, un soutien social parfois, une rencontre anténatale avec un pédiatre, des liens étroits avec les acteurs de proximité. L'impact sur la sécurité globale des futures mères est remarquable. L'amélioration du devenir de l'enfant est notoire, tant sur le plan développemental qu'affectif. Actuellement, les mêmes principes de travail s'avèrent reproductibles sur les situations de grande vulnérabilité psychique ou sociale.

des parents eux-mêmes, dans des conditions drastiques de disponibilité, de transmission, d'attention à chaque acteur du réseau constitué progressivement à partir de l'expression, par la femme enceinte, de ses besoins, de son contexte personnel, de ses antécédents obstétricaux ou existentiels.

Les professionnels clés autour de la femme enceinte

Le *médecin traitant* est souvent le premier interlocuteur de la femme enceinte, qui l'adressera aux équipes rompues à ce type de problème. Sa place restera précieuse pour les prescriptions, le conjoint, le retour à domicile.

Idéalement, une *sage-femme référente* intervient précocement, sur proposition du médecin traitant, ou de tout autre professionnel, même si la fonction de coordination "grossesse et addiction" n'est pas généralisée à l'ensemble du territoire. Elle propose et organise avec la femme enceinte un agenda de suivi, en binôme avec le gynécologue-obstétricien, adapté à l'ensemble des facteurs de risque de la patiente, tout en tenant informé le médecin traitant. Cet agenda prévoit :

- des consultations rapprochées, dont un entretien prénatal précoce si nécessaire ;
- les échographies mensuelles ;
- la visite d'une sage-femme à domicile pour assurer le monitoring ;
- la préparation à la naissance centrée sur le corps et accueillant le futur père ;
- l'entretien anténatal avec un pédiatre ;
- la consultation d'anesthésie ;
- une visite personnalisée du lieu de naissance.

La rencontre avec le *pédiatre* avant la naissance sera d'importance majeure, tant pour les parents que pour l'équipe pédiatrique. Faire connaissance, répondre aux questions des parents, leur expliquer que leur enfant se calmera plus facilement dans leurs bras que dans ceux du personnel atténuent la culpabilité et permettent d'anticiper un avenir moins dangereux, puisqu'un partenariat se dessine entre parents et équipe soignante.

L'arbre du suivi médical, décrit d'emblée, offre un cadre où sont anticipées les diverses étapes : hoshi-

talisation de la mère, de l'enfant, retour à domicile. L'évaluation des ressources parentales se fait avec les parents, au fur et à mesure qu'ils dévoilent leurs conditions de vie, familiale et professionnelle. Le suivi obstétrical constitue la "colonne vertébrale" d'une prise en charge rassurante pour le couple, sur laquelle se grefferont les orientations spécifiques à chaque situation : addictologique, psychologique, sociale. Les orientations doivent se réaliser en concertation, afin d'éviter les divergences ou malentendus, et ainsi constituer un environnement humain protecteur, fait de confiance mutuelle entre professionnels qui ont des rôles différents. Le réseau de soins se construit sur celui, préalable, de la femme enceinte et non l'inverse, dans le respect de son choix. Il vaut mieux éviter une orientation trop rapide au titre de la toxicomanie, avant que ne soient consolidés l'alliance soignant/patiente et le cadre médical sécurisant. La qualité du premier contact et les préoccupations de la patiente régleront le rythme.

Les acteurs associés : l'équipe pluridisciplinaire

Les interventions spécialisées s'articulent au suivi de grossesse en place, indispensable à la sécurité de tous. Garder le fil médical est essentiel pour ne pas glisser trop vite dans les problématiques addictives, psychiatriques ou sociales, porteuses d'une valence négative, sans avoir assuré la part positive et sécurisante d'un suivi obstétrical "comme toutes les femmes".

La pharmacovigilance permet de contrôler les effets des produits sur la grossesse, sur l'enfant, d'envisager l'allaitement : elle est un allié indispensable, tout comme l'est la diffusion d'un avis lisible par tous et évolutif. Le suivi en addictologie est réalisé par les médecins généralistes ou les équipes de centres de soins spécialisés. La consultation avec l'anesthésiste permet de prendre en compte l'appréhension de la douleur comme chez toute parturiente, tout en optimisant l'analgésie périnatale en fonction des produits consommés. L'assistante sociale intervient sur des questions spécifiques, le psychiatre ou pédopsychiatre selon les cas, à partir des éléments de vulnérabilité confiés à la sage-femme ou au médecin. L'équipe de PMI trouvera sa place une fois balisées d'éventuelles

Mots-clés

Grossesse
Addiction
Coordination
Pédiatrie
Réseau de soins personnalisé
Parentalité

Summary

The care of pregnant women with addiction troubles has drastically changed since the late 90's. Listening to women's needs allowed to establish first a well-disposed reception, the pre-requisite for building trust, and then a tightened medical follow-up. Key parts of the care provided are the effective case management and coordination, the collaboration between Pharmacovigilance (known as Drug Safety), the addictologist and/or the psychiatrist when necessary. Additionally, social assistant support, antenatal consultation with a pediatrician and inclusion of local actors are often proposed. The impact on the overall security of future mothers and on the child's developmental and emotional evolution is remarkable. Currently, the same principles are reproducible in situations of both psychological and social vulnerability.

Keywords

Pregnancy
Addiction
Coordination
Pediatric
Personalized care network
Parenthood

peurs de mesure autoritaire. Pour être recevables par la femme et le couple, toutes ces orientations obéissent au même impératif : veiller au bien-être de l'enfant via le mieux-être maternel, en lien étroit avec le futur père si possible, toujours dans une concertation suffisante avec l'ensemble des intervenants pour maintenir la cohérence et la continuité en évitant les superpositions ou les divergences d'avis.

Pour parvenir au maintien de la confiance de tous, parents et acteurs de soin, une coordination s'impose dès que la situation se complexifie. Toute faille dans l'énoncé ou la réalisation des objectifs risque de briser le sentiment chez la femme enceinte toxico-mane qu'elle peut s'appuyer, qu'en face "ça tiendra" et qu'elle ne sera pas lâchée ou trahie par une transmission "dans son dos". La vie lui a souvent appris à se débrouiller seule et à se méfier, et un véritable déconditionnement doit s'opérer.

La coordination (2)

L'exercice médical habituel ne permet pas au gynécologue, ni même au médecin traitant, d'effectuer les multiples liaisons, de veiller à la sécurité de chaque professionnel, d'anticiper les étapes jusqu'à la sortie. Le financement d'une sage-femme *référente* ou de *coordination* a permis de transformer la pratique. C'est une tâche difficile, qui exige de connaître les problèmes d'addiction sans être addictologue, et d'avoir une bonne connaissance des besoins de chaque professionnel concerné : médecin traitant, gynécologue, échographiste, psychiatre, équipes d'hospitalisation, salle de naissance, équipes médico-sociales. Pivot de la qualité du suivi, cette fonction a des exigences et demande un éclairage régulier face à des situations chargées émotionnellement, d'autant que toute nouvelle rencontre soulève de l'anxiété chez la femme enceinte dans sa peur d'être jugée, de ne pas être entendue, d'être abandonnée. Une coordination efficace s'appuie sur des outils et un état d'esprit :

- une *ligne téléphonique directe et permanente*, avec messagerie, connue des acteurs concernés sur le bassin de naissance, puis des femmes enceintes. Les messages sont traités dans les 24 heures. Dès le premier contact, la sage-femme proposera de se relier à un professionnel déjà en place, en respectant la confidentialité requise et dans l'objectif de réduire les risques médicaux ;
- *l'implantation dans la consultation générale d'obstétrique*, respectant la "normalité" du suivi de grossesse, enrichi d'orientations éventuelles ;

➤ *des transmissions minutieuses* : elles relèvent d'une véritable stratégie d'"asepsie verbale", dès le départ. L'élaboration collective du projet exige des allers-retours permanents entre le praticien référent choisi, la patiente et le médecin généraliste, responsable de la continuité des prescriptions, de l'état général de la patiente, et des relations avec la famille. L'arrivée en salle de naissance se prépare avec minutie, tant pour les prescriptions que pour ce qui est de la place du conjoint, de la confidentialité ou de la sécurité émotionnelle des équipes selon les cas ;

➤ le "*suivi du suivi*". Il s'est développé au fil des années, à partir des ratés : rendez-vous manqués, liaison oubliée, divergence non reparlée, etc. Il convient aussi de téléphoner pour recueillir les émotions soulevées chez la patiente et revenir au projet. Il faut anticiper toute nouvelle étape, sans perdre de vue que l'addiction a souvent évité à la patiente de penser à un avenir angoissant. Celui qui adresse doit impérativement rester en place s'il oriente vers un tiers pour éviter un sentiment d'abandon. Un nouvel environnement humain se tisse peu à peu, en fonction de la dynamique propre de la patiente et du couple. Le réseau de professionnels doit se maintenir en post-partum puis au retour à domicile. L'anticipation anténatale des besoins permet que se mettent en place, au moment opportun, les aides nécessaires ainsi que les interventions centrées sur le bien-être de l'enfant et des parents : appel au médecin généraliste avant la sortie, visite de la sage-femme, prévision d'une rééducation périnéale, etc. Il s'agit d'assurer une continuité maximale ;

➤ *l'approche corporelle* proposée apporte des sensations nouvelles et une identification aux autres mères : monitorings à domicile, préparation à la naissance centrée sur les sensations corporelles ; et cette opportunité trouvera sa pleine utilité auprès de patientes en grande précarité, dont l'organisme a pu se délabrer. La conscience des contractions et des mouvements du bébé est une bonne préparation à la rencontre postnatale ;

➤ la sage-femme de coordination, elle, bénéficie d'un temps de *reprise hebdomadaire* avec un professionnel du champ psychologique en deuxième ligne, lui-même exercé à la pratique périnatale interdisciplinaire, à la continuité des soins, à la psychopathologie de l'enfant et de l'adulte. En effet, on se retrouve vite "embarqué" dans une relation complexe avec des parents souffrants, surtout quand s'ajoute la préoccupation des autres professionnels : de quoi ont-ils besoin à chaque étape pour que la rencontre se fasse dans une sécurité maximale ?

L'attention s'impose particulièrement face au risque d'interpréter l'angoisse de la future mère comme une manifestation d'un manque de produits, alors qu'elle est réactivée par une nouvelle rencontre.

L'anticipation de la prise en charge pédiatrique (3)

La création des unités kangourous a permis d'éviter les séparations mère-enfant redoutées, tout en faisant une large place aux parents dans le nursing du nouveau-né. La rencontre avec le pédiatre et l'équipe de l'unité permet de poser les questions angoissantes, tout en parlant de la culpabilité maternelle. La crainte d'un syndrome de sevrage chez l'enfant est exposée, balisée, et la prise en charge expliquée. Dans ces conditions, une baisse considérable du taux de syndromes de sevrage a été obtenue grâce à la présence des parents. Ces arguments sont importants à connaître par les équipes obstétricales, car ils rassurent quant à l'avenir. Si l'enfant doit être hospitalisé en pédiatrie, la place des parents doit être aussi large que possible, et l'accueil tout aussi bienveillant, ce qui n'était pas le cas auparavant du fait de l'insécurité des équipes.

L'anticipation, dès la grossesse, du retour à domicile

L'exploration de l'environnement familial, d'un éventuel réseau de proximité préexistant, permet de dessiner les contours de l'étagage nécessaire bien avant la sortie, d'éviter la montée du stress quand les parents se retrouvent seuls à la maison et, surtout, de faire en sorte qu'ils ne perdent pas, en même temps que l'enveloppe protectrice, la confiance dans le système. Selon les cas, l'évaluation avec les parents de leurs limites éducatives ou de leur insécurité permet d'envisager la durée du séjour hospitalier, un éventuel accueil social à temps partiel de l'enfant pour une construction progressive du lien. Tout cela ne s'improvise pas, et il faut à tout prix éviter les mesures d'urgence prises dans la panique qu'ont bien connues les maternités. En ce sens, des réunions de concertation en maternité s'organisent pour définir les points essentiels et, si nécessaire, une synthèse est réalisée par les services médicosociaux, en lien étroit avec les équipes médicales. La famille sera accueillie à chaque instant dans la plus grande bienveillance si l'ensemble des problèmes est traité par ailleurs.

Les moteurs du changement

- *Le dialogue élargi au plus tôt* permet de construire un projet dans le positif d'une naissance à venir. C'est la partie saine de la parentalité qui peut dès lors se développer, gagnant du terrain sur la part souffrante.
- *La découverte par la future mère que, en étant accompagnée, elle peut faire face à ses peurs* sera le fruit du minutieux travail de liaison et d'anticipation.
- *La fiabilité des liens humains* permet de réduire la dépendance aux produits et peut réorganiser les séquelles traumatiques d'une enfance personnelle bousculée.
- *Le devenir des enfants en est nettement amélioré, grâce au suivi précoce et continu* (4).

Un modèle pour toute forme d'addiction ou de vulnérabilité psychique (5)

Il est intéressant de constater la reproductibilité de l'expérience, non seulement sur divers terrains ou dans des pays différents, mais aussi d'une problématique à l'autre : alcool, psychopathologie maternelle (4), grande précarité relèvent désormais d'une même approche, qui donne des résultats positifs. Le fait pour les professionnels de sortir de l'impuissance est un atout majeur, modifiant les attitudes et la qualité d'accueil à chaque instant. L'organisation décrite ci-dessus tend à se diffuser. Les résultats satisfaisants amènent certaines tutelles à créer des postes de coordination, en même temps que se développent des méthodes de formation interdisciplinaires (6). Les réseaux périnatals jouent un rôle majeur dans la diffusion des expériences et la connaissance mutuelle des acteurs, variable selon leur dynamisme.

Conclusion

Une nouvelle médecine, transversale, est née des situations les plus complexes. Espérons que le bien-être qu'éprouvent les professionnels à travailler ensemble entraînera l'ensemble de la médecine périnatale, mais aussi la psychiatrie, à poursuivre le rapprochement nécessaire des disciplines et de leurs modes d'exercice. Le modèle décrit ici n'est pas encore appliqué partout. Il rejoint cependant la littérature internationale et devrait convaincre. ■

Références bibliographiques

1. Molénat F, Chanal C, Mazurier E et al. *Grossesse et toxicomanie*. Toulouse : érès, 2000, 154 p.
2. Molénat F, Chanal C, Havasi K, Toubin RM, Kojayan R. *Vulnérabilité psychique et fonction de coordination*. *Rev Méd Périnat* 2013;5:14-21.
3. Reichert M, Tajani T, Weil M. *L'unité kangourou : un idéal pour l'accueil de la mère usagère de substances psychoactives et de son bébé*. In : Bonnet N, Chihaoui T (éds.), Chardonnet E (trad.). *Guide concernant l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse*. Paris : RESPPAD, 2013:234-41.
4. Roy J, Toubin RM, Mazurier E et al. *Devenir à 5 ans des enfants de mères dépendantes aux opiacés : effets d'un suivi multidisciplinaire pendant la grossesse*. *Arch Ped* 2011;18(11):1130-8.
5. Baumler M, Kojayan R, Toubin RM et al. *Grossesse et troubles psychiatriques : recommandations de bonnes pratiques*. 37^{es} journées de la Société française de médecine périnatale. Arnette 2007.
6. *Référentiel des formations en réseau*. www.sfmp.net ; www.afree.asso.fr

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.