

Au CHU de Strasbourg, le réseau Maternité et Addictions accompagne les femmes enceintes usagères de substances psychoactives dans la réduction ou le sevrage d'alcool et de tabac pendant la grossesse.

À Strasbourg, « les femmes enceintes trouvent soutien, écoute et soins auprès d'un réseau »

Entretien avec Maïca Reichert, cadre sage-femme, coordinatrice du réseau Maternité et Addictions au CHU de Strasbourg.

La Santé en action :
Comment accompagner les femmes enceintes dans la réduction, voire la suppression, de leur consommation

de tabac ou/et d'alcool ?

Maïca Reichert : La consommation de tabac et/ou d'alcool pendant la grossesse, même si les répercussions obstétricales et pédiatriques sont fort différentes, représente un enjeu de santé publique important.

Concernant le tabac, un tiers des femmes fument en France. Sur cette proportion, un tiers d'entre elles vont se sevrer pendant la grossesse, un

tiers vont diminuer leur consommation et le tiers restantes va maintenir, voire augmenter, sa consommation. Il est avéré que la consommation de tabac va diminuer le poids de naissance de l'enfant d'environ 200 grammes à terme, mais aussi contribuer à multiplier par deux le risque de pathologies obstétricales pendant la grossesse : fausse couche, menace d'accouchement prématuré, hématome rétroplacentaire, etc.

Ce sont également les femmes en situation de vulnérabilités psychosociales qui vont continuer à fumer, voire augmenter leur consommation, pendant leur grossesse, le contexte psychosocial majorant déjà en soi l'impact en termes

de risque de pathologies obstétricales.

D'où l'importance d'une proposition de soin, d'orientation adaptée qui suppose au préalable la sensibilisation des professionnels de la naissance à ces problématiques et par conséquent le repérage des consommations. C'est notre mission.

S.A. : La grossesse est-elle un « moment » propice de sensibilisation ?

M.R. : Ce temps très particulier dans la vie d'une femme qu'est la grossesse, est un moment propice à la proposition d'une offre de soin et d'orientation en vue d'une aide au sevrage tabagique, ou du moins à une diminution des consommations dans une optique de réduction des risques. Nous savons que la plupart du temps, les femmes reprennent leur consommation de tabac dans le post-partum. Mais les tabacologues nous apprennent que cette première tentative de réduction ou de sevrage est aussi une étape importante vers un sevrage ultérieur.

S.A. : Et concernant l'alcool ?

M.R. : La problématique est tout autre. L'alcool est, en France, la première cause de retard psychomoteur non génétique évitable pour lequel il n'existe pas de dépistage systématisé, contrairement à d'autres pathologies parfois moins fréquentes comme la trisomie 21. Le syndrome d'alcoolisation fœtale concerne, en France, environ 2 000 enfants par an, son pronostic est plutôt sombre. La question du repérage des consommations à toutes les étapes de la grossesse est donc particulièrement

importante, car l'existence de la grossesse et de l'enfant à naître peut mobiliser des énergies parfois insoupçonnées, chez des femmes en difficulté avec une consommation d'alcool.

Il s'agit pour les professionnels d'aborder cette question sans tabou, de connaître les risques de l'exposition à l'alcool, d'avoir des correspondants réactifs (le temps de la grossesse est court) et de permettre un véritable travail multidisciplinaire en réseau.

S.A. : Alcool, tabac : ces risques sont-ils bien connus des femmes que vous recevez tous les jours ?

M.R. : Pour le tabac, la réponse est clairement oui, même si le risque est parfois encore banalisé tant par les femmes que par les professionnels.

Pour l'alcool, la réponse est moins catégorique. On a constaté une évolution en termes de prise de conscience et de connaissances dans les dix dernières années autant du côté des femmes que des professionnels. La question de l'alcool est plutôt d'ordre « culturel », il n'y a pas si longtemps, la consommation d'alcool pendant la grossesse était considérée comme bénéfique sur un certain nombre de petits maux ou ne serait-ce que pour favoriser l'allaitement par exemple.

S.A. : Vous coordonnez le réseau Maternité et Addictions, comment fonctionne-t-il ?

M.R. : Il existe effectivement sur le département du Bas-Rhin un réseau de santé Maternité et Addictions depuis dix ans. Ce réseau a donc une aire géographique d'intervention départe-

L'ESSENTIEL

- **Maïca Reichert, sage-femme coordinatrice, met en avant l'importance d'une proposition de soins et d'orientation adaptés.**
- **Elle souligne que la grossesse et la perspective de l'enfant à naître peuvent mobiliser des énergies parfois insoupçonnées chez les femmes en difficulté avec une consommation d'alcool.**
- **Ces dernières peuvent se réunir en « groupes de parole » pour rompre isolement et culpabilité.**

mentale. Il peut être sollicité par toutes équipes hospitalières, médico-sociales, ou tout professionnel libéral, pour l'évaluation et la coordination d'une situation clinique ainsi que par les femmes elles-mêmes (30 % de la file active, ce qui montre bien que les femmes sont en recherche d'interlocuteurs sur ces questions). Ce réseau a vocation à évaluer les consommations, orienter, proposer et organiser un parcours de soin personnalisé, spécialisé et coordonné avec les différents professionnels impliqués dans la prise en charge. Une autre dimension importante du réseau est justement la sensibilisation, la formation des professionnels afin de favoriser le repérage et l'orientation des femmes. Au niveau national se sont développés différents fonctionnements ou organisations : des sages-femmes formées par un DU de tabacologie, un DIU Parentalité et addictions, parfois des temps d'intervention dédiés, des collaborations avec des équipes de liaison en addictologie, mais aussi beaucoup d'établissements où cette réflexion est en friche voire inexistante.

S.A. : Concrètement, comment travaillez-vous pour réduire les addictions chez les femmes enceintes ?

M.R. : Il faut des professionnels formés à ces questions et des temps d'intervention dédiés dans les établissements et leurs services, ce qui va permettre de faciliter le repérage par les professionnels de première ligne, ceux-ci sachant qu'ils auront une possibilité d'orientation et de soutien. Pouvoir solliciter un professionnel formé leur permettra d'aborder la question des consommations.

Les femmes concernées par ces problématiques de consommations nous disent toutes leur crainte du jugement, de la stigmatisation. À partir du moment où ces questions sont abordées sous l'angle de la réduction des risques pour la grossesse et leur enfant, avec la connaissance des processus de dépendance, il est finalement relativement facile de construire une adhésion thérapeutique avec les femmes, en partant de : « *Qu'est ce qui*

est possible pour vous ? ». Les femmes sont pour la plupart soulagées d'avoir un interlocuteur avec lequel évoquer leurs difficultés. Pour preuve, les 30 % de femmes qui s'adressent à nous directement ayant eu connaissance du réseau par le « bouche-à-oreille » ou trouvant les coordonnées de notre structure sur Internet. Il s'agit avant tout d'évaluer le contexte, les difficultés, la demande et les possibilités dans une dimension à la fois médicale (obstétricale, pédiatrique mais aussi addictologique, psychiatrique parfois) mais aussi, assurément, sur le plan social et sur le plan familial.

Au vu de cette évaluation, il sera proposé à la patiente des rencontres avec des professionnels en fonction des besoins exprimés, dans une approche nécessairement pluridisciplinaire. La condition de l'efficacité est la coordination des professionnels afin d'introduire de la cohérence et de la fluidité dans le projet de soins.

S.A. : Comment recueillir l'adhésion de la femme enceinte, qu'elle se sente « partie prenante » et que l'on ne lui impose pas une injonction ?

M.R. : L'injonction médicale est certainement inopérante dans ce domaine, comme dans d'autres. Tout dépend de la formation des professionnels et de leur philosophie du soin. On ne soigne pas un utérus, ou une consommation à risque d'alcool mais une personne avec un parcours de vie, des difficultés plus ou moins conscientes. Il faut s'appuyer sur l'énergie présente au moment de ce temps de grossesse avec ce que cela permet de libérer comme potentialités, sur l'investissement de la grossesse et la préoccupation qu'ont les femmes pour leur enfant à naître. Elles connaissent bien souvent leurs niveaux de difficultés et sont de fait soulagées de pouvoir trouver un soutien, une écoute et des propositions de soins.

S.A. : Et la culpabilité ?

M.R. : Elle doit aussi être abordée. Elle l'est bien souvent par les femmes en premier lorsqu'on laisse ouvert le dialogue à cette question. Il y a ensuite

beaucoup à expliquer, à rassurer, car comment construire une relation avec le nouveau-né si celle-ci a pour fondation un sentiment de culpabilité ?

Nous avons, depuis plus d'un an, mis en place un groupe de parole dans le cadre d'un projet financé par la Fondation de France, qui permet aussi aux femmes que nous rencontrons de bénéficier de cette espace, de sortir de l'isolement, d'énoncer leurs difficultés, d'exprimer leurs craintes et où la présence des autres femmes du groupe et l'échange que cela occasionne leur offrent un soutien indéniable.

S.A. : Quelles sont les forces de votre travail en réseau et les difficultés rencontrées ?

M.R. : Les points forts ont été la formation et la sensibilisation de professionnels à ces problématiques, l'amélioration du repérage et l'organisation du recours à des prises en charge pluridisciplinaires.

Le réseau Maternité et Addictions connaît actuellement ses derniers mois d'existence puisqu'à la demande de l'Agence régionale de santé, cette activité de coordination clinique devra être relayée vers des structures de soins de droits communs. Nous entamons actuellement une réflexion sur la manière d'organiser ce relais avec l'objectif de ne rien perdre de ce qui a été mis en place jusque-là en termes d'accès aux soins pour les femmes concernées.

À l'instar des recommandations du Groupe d'études grossesse et addictions (Gega), présidé par le professeur Claude Lejeune, qui a été professeur de pédiatrie à l'hôpital Louis-Mourier à Colombes et anime le groupe Grossesses et Addictions au sein de cette structure, nous proposons qu'en fonction du nombre de naissances dans chaque maternité puisse être financé et mis en place en temps de sage-femme formé en addictologie dont la fonction sera l'évaluation clinique et la coordination du parcours de soin des femmes usagères de substances psychoactives. ■

Propos recueillis par Yves Géry