



Réseau de santé DAPSA

CHANTIER N°6 : « Docteur, je voudrais arrêter... »

Vendredi 25 juin 2010

Intervenants :

Dr Jean Ebert, association Horizons

Dr Gilles Grangé, hôpital Saint-Vincent-de-Paul

Dr Anne Marie Simonpoli, hôpital Louis Mourier



Dr Marijo TABOADA, psychiatre DAPSA – Paris

« Elle est enceinte, elle le sait depuis quelques jours, quelques semaines, quelques mois... Elle suit un traitement de substitution aux opiacés, méthadone ou subutex®, en ville ou en centre spécialisé. Ce traitement lui a permis de stabiliser, peu ou prou, la prise de substances psychoactives, sa vie est moins chaotique, ... et la grossesse survient. Elle sait que les opiacés traversent la barrière placentaire, elle sait que son bébé baigne dedans. Elle s'interroge sur cette question, sur le « mal » que cela pourrait lui faire. Elle sait, peut-être même que son enfant précédent en a souffert, que son futur bébé risque un syndrome de sevrage à la naissance. Alors elle s'interroge ou ne s'interroge plus : il faut que cela cesse, que son bébé naisse indemne et ne risque pas de souffrir de ce syndrome de sevrage. Alors elle vient voir son médecin et dit : « docteur, je voudrais arrêter le traitement avant... ».

Pour réfléchir ensemble à l'accompagnement et au traitement de cette demande, à ce qui la sous-tend et à ce qui sous-tend nos réponses, trois conférenciers aujourd'hui : le Dr Gilles Grangé, obstétricien à Cochin-Port Royal-Saint Vincent de Paul ; le Dr Anne-Marie Simonpoli, responsable de l'ECIMUD de l'hôpital Louis Mourier ; enfin le Dr Jean Ebert, psychiatre, médecin directeur de l'association Horizons.

Dr Gilles GRANGÉ, obstétricien à Cochin-Port Royal-Saint Vincent de Paul

Je voudrais souligner tout d'abord que les produits qui donnent le plus de complications pour le fœtus sont l'alcool, avec le syndrome d'alcoolisation fœtale terrible pour le nouveau-né et le futur adulte, et le tabac, loin devant les benzodiazépines, le cannabis et autres produits illégaux qui sont souvent à l'origine de l'entrée dans le circuit de soins.

Ceci étant posé, la personne qui exprime le désir d'être sevrée n'a pas forcément la volonté ni la capacité de le faire, du fait de la perte de liberté et du désinvestissement que provoque l'addiction. D'où une certaine incompréhension de la part des personnes en charge de la patiente, les infirmières, les sages-femmes et les médecins ayant tendance à considérer les



toxicomanes comme des hypocrites ou des manipulatrices dès lors que ce que leurs actes ne correspondent pas à ce qu'elles disent. De fait, dans la culture de la sincérité qui est la notre, la parole de la toxicomane est souvent jugée sans valeur. D'où des phénomènes de rejet, voire de violences au sein de l'équipe soignante, source de difficulté à gérer les patientes. Il ne faut cependant pas oublier qu'une femme enceinte toxicomane doit être considérée d'abord comme une femme enceinte.

La prise en charge de la patiente implique donc l'établissement d'un contrat, ou plutôt d'une alliance qui engage les deux parties, avec une écoute active de la part du soignant et le respect d'un certain nombre de principes simples de la part de la toxicomane : venir aux rendez-vous, ne pas fumer dans la chambre, prendre de la méthadone, etc. En tant qu'obstétricien, il me semble inutile d'insister sur les dosages urinaires qui viendront montrer à la patiente qu'elle est consommatrice : nul besoin de chercher à la convaincre qu'elle est toxicomane et donc qu'elle doit arrêter, au risque d'en passer par un chantage à la santé de l'enfant.

Cela étant, si la toxicomanie est source de nombreuses complications obstétricales, beaucoup sont liées au tabac. Sachant que la probabilité d'être enceinte est réduite chez les fumeuses, la probabilité de fausse-couche est ainsi deux fois plus élevée chez les personnes qui fument, tandis que le risque de grossesse extra utérine est multiplié par cinq. Sur l'ensemble des malformations possibles, une sur deux sera significativement augmentée par le tabac, par exemple les fentes labio-palatines, mais pas au point que l'on puisse parler de tératogénicité.

Concernant le laparoscisis¹, le risque apparait faiblement supérieur en cas de toxicomanie. D'autres complications obstétricales sont possibles en cas de présence de virus (hépatites, HIV) ou de pneumopathies. Les veinites sont également susceptibles de gêner dans la prise en charge en cas de syndrome inflammatoire, car on peut suspecter une infection de l'œuf qui impose un accouchement rapide en fin de grossesse.

¹ Il s'agit d'un défaut de développement localisé de la paroi de l'abdomen en un endroit distinct au niveau de l'ombilic (du nombril) à l'origine quelquefois d'une éviscération (sortie des viscères de l'abdomen).



Pour ce qui est des hématomes rétroplacentaires, la cocaïne et le crack sont indubitablement des facteurs de risque, de même que pour les accidents vasculaires cérébraux du fœtus. Cela reste assez rare, mais la consommation de ces deux produits est en augmentation en France. Leur effet anorexigène peut aussi avoir une influence sur les cas de retard de croissance intra utérins, mais ces derniers sont surtout liés à la consommation d'alcool et de tabac.

J'en viens à l'accouchement, pour lequel il convient de distinguer entre différents types de toxicomanies et de populations, selon qu'il survient dans un squat, avec des pompiers, ou dans un circuit de soins. Dans le premier cas le travail est souvent rapide, d'où une difficulté à gérer l'analgésie. Plus généralement, la gestion des antalgiques devrait être confiée à un anesthésiste sénior en cas de toxicomanie, si l'on veut éviter l'échec de la prise en charge le jour de l'accouchement.

Les IVG sont fréquentes dans cette population, mais il faut savoir résister à cette tentation tant l'ambivalence règne chez les patientes toxicomanes en début de grossesse. Bien sûr elles ne pourront pas toujours s'occuper de leur enfant, mais cette grossesse est souvent réparatrice même si elles font des projections parfois disproportionnées ou irraisonnables.

La prise en charge est forcément pluridisciplinaire : médicale, sociale, psychiatrique, psychologique, hospitalière, voire judiciaire... L'important pour les équipes est que chacun puisse être disponible, malgré la difficulté d'être entièrement présent pour telle patiente à tel moment. Et puis il faut aussi accepter la possibilité de l'échec, sachant qu'il reste à se mettre d'accord sur les critères de l'échec et de la réussite...

Concernant la substitution, méthadone ou Subutex, j'y suis favorable car il me semble important de réduire la consommation des patientes mais aussi de les inscrire dans un circuit de soins qui les soutienne. Les doses prescrites ne sont pas de mon ressort, mais il me semble important de souligner qu'elles doivent être proportionnelles à la consommation illégale sans quoi la patiente ira chercher ailleurs, y compris en nicotine et en alcool. C'est un message que je souhaite faire passer dans les équipes : attention à ne pas systématiquement



chercher à diminuer les doses. En néonatal, il arrive que l'on ait de bonnes surprises en matière de sevrage.

J'ajoute qu'il ne faut pas avoir peur des médicaments éventuellement prescrits par le psychiatre : antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques peuvent être associés sans risques pour le fœtus, de même que pendant l'allaitement. S'ils sont jugés nécessaires, alors ils le sont.

42% de nos patientes sortent en allaitant, soit presque une sur deux, et j'en suis heureux. Certes il faut allaiter avant la prise de toxiques quels qu'ils soient, mais les équipes médicales qui découragent l'allaitement en cas de substitution ou de prise de médicaments méconnaissent la grande importance de cet acte dans la relation mère – enfant.

En matière de contraception, je suis partisan de poser un implant contraceptif dès le lendemain de l'accouchement pour celles qui le demandent. Pour cela, il faut obtenir des surveillantes qu'elles en aient... Il existe aussi des stérilets intégrant un progestatif qui possèdent l'avantage de durer cinq ans mais ils ont l'inconvénient de ne pouvoir être posés que trois mois après l'accouchement.

Le séjour de la patiente doit par ailleurs être organisé dans le détail : permissions de sortie, horaires de prescription, degré de liberté de l'interne le soir, etc. Quant à la sortie définitive des polytoxicomanes, une femme sur deux à Port-Royal part avec son enfant.

Pour conclure, l'addictologue apprend auprès des toxicomanes que son travail demande générosité, souplesse, respect, fermeté et tolérance, avec à l'esprit la nécessité de naviguer entre l'écueil du rejet et celui de la pitié.

Dr Marijo TABOADA

Merci d'avoir souligné que les femmes enceintes toxicomanes sont d'abord des femmes enceintes !



Si la maladie mentale est le fait des psychiatres, on devine que la santé mentale est le fait de tous, même des obstétriciens... Oui, en l'absence d'addiction le désir, la volonté et la capacité peuvent sembler aller de soi, mais il existe l'inconscient, même chez les psychiatres...

Les traitements de substitution, s'ils ont beaucoup d'avantages pour les femmes enceintes, ne concernent cependant que les produits opiacés.

Pour avancer sur cette question « Docteur, je voudrais arrêter », voyons maintenant comment, avec des connaissances communes et des conférences de consensus, un professionnel d'un autre métier peut recevoir différemment cette même demande.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI, responsable de l'ECIMUD de l'hôpital Louis Mourier

Je suis médecin dans une équipe de liaison en addictologie à l'hôpital, au service néonatalogie. L'équipe comprend une assistante sociale, une infirmière, une psychologue et une secrétaire à mi-temps. Depuis 1995, médecins et sages-femmes ont essayé d'améliorer la prise en charge obstétricale et pédiatrique des patientes toxicomanes. Lorsque la demande concerne l'arrêt des traitements de substitution, un entretien avec la patiente permet d'en cerner les motivations : est-ce une demande personnelle ou bien est-elle inspirée par son entourage, souvent le conjoint ? C'est une question importante. Il faut aussi la questionner sur son parcours pour comprendre où elle en est : si elle a déjà eu des enfants, quels traitements a-t-elle reçus pendant la grossesse, quid des traitements de substitution et du sevrage en cas de grossesses précédentes, etc. Autre question, en cas d'hospitalisation du bébé : comment sauvegarder le secret ?





Dr Jean EBERT, psychiatre, médecin directeur de l'association Horizons

Autre question sous-jacente : quel est son rapport avec le produit pris de façon récurrente ? Il peut s'agir d'héroïne, et s'il est important de comprendre son histoire, il faut être conscient de la dynamique propre de la dépendance, dont les mécanismes ont souvent à voir avec une quête identitaire.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI

Oui, on ne peut régler cela en un seul entretien. Il importe aussi tenir compte de l'état d'avancement de la grossesse. Il faut encore pouvoir répondre de la place où on est, c'est-à-dire se positionner en tant que médecin, pas uniquement addictologue. Et lorsqu'une femme pose cette demande, la réponse doit provenir d'une réflexion collégiale.

Dr Marijo TABOADA

Il est intéressant de comprendre les différentes réponses en fonction du lieu d'exercice de chacun, de façon à voir comment ces points de vue peuvent s'organiser pour le mieux-être de la maman et du bébé.

Dr Gilles GRANGÉ

Les sages-femmes sont attentives au dépistage des patientes qui consomment des produits, mais on ne leur demande pas, lorsqu'elles en expriment le désir, pourquoi elles veulent arrêter. Quel que soit le produit, je reconnais que nous sommes plutôt dans l'envie de vous les envoyer, vous psychiatres et addictologues, afin de les insérer dans un circuit de soins. Mais cela demande beaucoup de travail préalable : il s'agit surtout de leur donner l'énergie de prendre rendez-vous avec vous...



Dr Laurent Joseph – médecin généraliste- Melun

J'ai travaillé avec des sages-femmes et des obstétriciens en maternité et il y a ce problème de non-détection, voire de fuite de celles qui se sentent piégées. La consultation en addictologie ne voyait ainsi que 20% à 30% des femmes qui avaient pris rendez-vous. Comment s'opère le recrutement des personnes qui viennent en consultation à l'ECIMUD ?

Dr Anne-Marie SIMONPOLI

Nous avons établi un protocole dans le service en lien avec les obstétriciens et mis en place des outils permettant une remontée des informations, dont une réunion d'équipe hebdomadaire et une réunion mensuelle avec une sage-femme référente. Nous avons organisé une équipe mobile avec plusieurs acteurs de santé, de façon à être le plus possible disponible. Lorsqu'une sage-femme référente nous indique une patiente, un premier contact est pris par une infirmière ou une psychologue. Mais ce pistage n'est pas dans la violence institutionnelle : si la personne ne souhaite pas donner suite, nous n'insistons pas. Cela étant, il est rare que l'on ne détecte pas les femmes qui ont un problème de consommation. Et la plupart d'entre elles, avant de pouvoir aller consulter en obstétrique, passent d'abord par le service d'addictologie.

Je ne sais pas, cependant, si une telle action sera toujours possible du fait du devoir de rentabilité imposé à l'Assistance publique, compte tenu du fait que nous ne « rapportons » pas grand-chose...

Dr Emmanuelle Peyret, Hôpital Robert Debré

Je voudrais revenir sur le terme d'alliance mis en avant par le Dr Grangé : celle-ci doit aussi voir le jour entre professionnels. En effet, le monde des obstétriciens est parfois un peu fermé et il faut du temps pour se faire reconnaître dans sa position d'addictologue dans une



maternité. Quand on parle de réflexion collégiale, cela suppose de monter des staffs multidisciplinaires et de former des personnels en addictologie.

Dr Marijo TABOADA

Il faut toutefois comprendre que l'obstétricien ne peut passer deux heures à discuter pour comprendre le comment du pourquoi... Nous formons depuis 25 ans des personnes à l'addictologie, mais sans doute faudrait-il aussi former les addictologues aux autres domaines, afin qu'ils comprennent mieux les représentations et les contraintes des autres acteurs de santé.

Nathalie Le Bot – sage-femme- Hôpital Saint Vincent de Paul

Le temps de la grossesse est très court. En cas de demande de sevrage, surtout lorsqu'il y a urgence - pour l'alcool par exemple -, il est vrai qu'on ne peut prendre le temps de tout comprendre...

Dr Anne-Marie SIMONPOLI

De fait, on hospitalise facilement une femme enceinte pour un sevrage rapide en cas d'alcoolisme, car il y a véritablement urgence. Concernant le sevrage des produits de substitution, on dispose de plus de temps.

Dr Jean EBERT

L'hospitalisation est urgente aussi en cas d'addiction au crack. Et parfois le sevrage réussit, les femmes décidant de demeurer à l'hôpital pour cela. On apprend beaucoup des autres spécialités. Loreta Finnegan, pionnière de l'accompagnement des femmes enceintes



toxicomanes, disait : « finalement, quand une patiente arrête un produit, je suis contente ». Il faut pouvoir mettre en place des stratégies thérapeutiques différenciées.

Dr Marijo TABOADA

Il ne faut pas mésestimer l'importance des protocoles de soins dans leur aspect réglementaire. Car en fonction des représentations que l'on aura quant à la grossesse, à l'addiction et à l'obéissance au protocole, on sera confronté selon les services à l'impossibilité d'augmenter les posologies ou bien à des cas de « consommation illégale de sevrage », avec les conséquences afférentes en matière obstétricale. Il faut pouvoir s'adosser à l'expérience. Que se passe-t-il par exemple lorsqu'une patiente tient absolument au sevrage alors que l'obstétricien n'y est pas favorable ?

Mercedes Maj-Pélissier - Médecin alcoologue Centre Magellan

Il est difficile de répondre au « tout, tout de suite » des femmes enceintes consommatrices. C'est pourquoi il est important de créer une alliance avec ces personnes qui, in fine, décideront. L'expérience montre que l'on travaille pour les enfants à venir plus que dans l'objectif d'un sevrage immédiat. En terme de stratégie, il est vrai que les entretiens avec les patientes peuvent représenter un outil important dès lors que l'on s'inscrit dans le respect du rythme et des motivations de la personne.

Une intervenante dans la salle - (Service national téléphonique d'information sur la toxicomanie)

Les femmes enceintes, inquiètes du fait de leur consommation, ont surtout besoin d'informations dans un premier temps. Souvent, de crainte qu'on leur prenne leur enfant, elles éprouvent des difficultés à en faire la demande. D'où l'importance d'établir un minimum de confiance, pour être à même d'expliquer à celles qui expriment le désir d'arrêter que la grossesse n'est pas le bon moment pour être en manque, car cet état est dommageable pour le futur bébé.



Dr Jean EBERT

Les entretiens permettent aussi de vérifier la mécanique du désir. Mais notre travail est avant tout de donner de l'information, de dire à ces patientes qu'en effet il peut être dommageable d'arrêter un opiacé brutalement. Cette alliance, du côté de la clinique, permet d'aborder les modes de vie et les comportements, de faire appel à leur responsabilité. Plus que d'inciter ou de convaincre, il s'agit de comprendre les ressorts de la demande et d'être capable de continuer à accompagner ces femmes. Certes il peut être question de mettre en place un protocole de sevrage, mais je voudrais attirer l'attention sur le fait qu'en modélisant les comportements médicaux, les conférences de consensus ne font pas assez place aux qualités cliniques du praticien.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI

Je travaille en addictologie mais aussi avec des malades du Sida. Quand ces patients sont en fin de vie, les demandes d'euthanasie ne sont pas rares, provoquées par la souffrance, l'angoisse face à la mort ou l'absence d'écoute des soignants. Or, si on les accompagne avec l'assurance d'une prise en charge de la douleur, alors ces demandes diminuent. J'y vois un parallèle avec le sevrage des traitements de substitution (« il faut que j'arrête ») : si on prend le temps d'écouter, d'expliquer que le sevrage peut être dangereux pour le bébé et qu'il importe surtout d'avoir un dosage à peu près constant dans le sang, alors on peut observer une certaine confiance chez la patiente, parfois une diminution des prises. Il ne suffit pas de faire une ordonnance, il faut expliquer ce que va faire le traitement de substitution pendant la grossesse. En cas d'allaitement, insister sur le fait que ni la méthadone ni le Subutex ne vont passer dans le lait maternel, qui sera donc sans danger pour le bébé. Ces informations vont aider les patientes à se projeter dans l'avenir, à penser à ce qui va se passer après la grossesse.

Outre l'alcoolisme, il est cependant des cas où le sevrage et l'hospitalisation s'imposent, notamment en cas de consommation de crack et d'héroïne. Cela permet aussi à ces femmes de se nourrir, de se reposer, de penser à leur grossesse. Mais il ne faut pas s'obnubiler sur le



produit car les conditions sociales et psychologiques d'après grossesse sont tout aussi importantes, sachant que les risques obstétricaux sont souvent liés à la précarité.

Dr Marijo TABOADA

Les femmes enceintes, comme les soignants, savent que c'est un moment crucial de leur vie. Avec parfois une ambivalence mortifère vis-à-vis de leur fœtus. Mais quid de l'ambivalence des soignants, dans leur représentation de ces femmes toxicomanes ? Une même information peut être donnée de façon ouverte ou fermée...

Dr Jean EBERT

Il est clair qu'une information donnée brutalement peut être contreproductive. C'est justement cette alliance thérapeutique qui permet de dire les choses, sachant qu'il faut de l'expérience pour délivrer les informations de bonne façon. Comprendre les mouvements intérieurs qui motivent la demande permet de se prémunir autant que possible de réactions telles que la coupure du lien avec les soignants, la patiente choisissant alors de faire comme elle veut jusqu'à la fin de la grossesse.

Béatrice Le Duot – puéricultrice de secteur

J'observe actuellement une augmentation des arrêts d'allaitement : quelques cigarettes suffisent pour que les mères se voient accusées d'empoisonnement. C'est sans doute la raison pour laquelle on hésite peu à interrompre la médication de femmes psychotiques ou maniaco-dépressives, alors même qu'après la naissance, souvent la mère ne va pas très bien. Je suis donc surprise par ce taux d'une femme sur deux qui sort de Port-Royal avec des médicaments et une autorisation d'allaiter.



Dr Gilles GRANGÉ

Ma fille de 13 ans me demandait récemment : « papa, c'est mal de prendre de la caféine quand on est enceinte ? C'est mon prof de math qui l'a dit... ». Il s'agit là d'un mouvement qui nous dépasse, ce bain culturel catastrophiste est le quotidien de mes consultations. Quand on me dit : « docteur, j'ai mal à la tête », je réponds « ben reprenez du café »! Précisons que chez le bébé, le taux de nicotine est 600 fois moindre que chez la mère fumeuse.

Dr Marijo TABOADA

Si le risque de un sur un million est multiplié par deux, ce n'est en effet pas trop grave...

Dr Gilles GRANGÉ

Je suis consterné de constater que certains médecins généralistes arrêtent tout traitement en cas de grossesse. Se pose la question de la formation médicale et de ses carences : nous sommes censés avoir un savoir en commun !

Dr Marijo TABOADA

Les femmes qui arrêtent l'allaitement peuvent aussi avoir d'autres motivations ; l'ambivalence perdue après la naissance.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI

Les pharmaciens sont d'autres acteurs importants : on peut avec eux discuter et obtenir la délivrance de Subutex ou autres.



Une intervenante dans la salle (Brigitte Le Cozannet – psychologue -maternité de l'hôpital de Villeneuve Saint-Georges

Il faut aussi être attentif à l'entourage, recevoir la famille en résistant aux pressions diverses.

Dr Jean EBERT

Oui, c'est important pour mener à bien le projet thérapeutique. Mais je voudrais aussi dire halte à l'allaitement à tout prix ! Une femme qui donne le biberon parce que toxicomane n'est pas une mauvaise maman pour autant. Bien administré, à la bonne heure, en lien avec l'enfant, le biberon sera très bien aussi.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI

Il est vrai que beaucoup de femmes veulent allaiter à tout prix, sans trouver toujours un écho favorable à cette demande dans les équipes soignantes. En cas de douleur au sein, ou bien lorsque le conjoint se fait insistant, on peut laisser tomber. Mais quand l'allaitement s'interrompt, faute de soutien, cela est vécu par la mère comme un échec. C'est pourquoi l'accompagnement doit consister aussi bien à aider à démarrer l'allaitement qu'à aider à arrêter parfois ensuite.

Dr Gilles GRANGÉ

Le jugement des médecins, c'est vrai, peut être brouillé par l'aspect médico-légal et la recherche de diminution du risque. Pourtant, le risque de procès est très faible en vérité. C'est un défaut médical : rester dans le contrat, plutôt que de s'engager dans l'alliance. Pourtant, être dans le soin, c'est être engagé. En tant qu'obstétricien, réussir cela veut dire pour moi ne pas échouer à vous envoyer une patiente pour une prise en charge. Et pour vous, réussir ce serait quoi ?



Dr Marijo TABOADA

Pour ce qui me concerne, le premier souci du DAPSA doit être que ces femmes n'accouchent pas dans les rues, mais qu'elles arrivent chez vous !

L'idée est de passer d'une dépendance pathologique (« Phèdre tout entière à sa proie attachée ») à une dépendance humaine.

Dr Jean EBERT

Pour nous, réussir, c'est vous envoyer ces patientes en meilleur état, après les avoir accompagnées dans leur projet de grossesse et avoir pris soin d'elles, notamment en leur permettant d'avoir accès à des rythmes de vie normaux, afin que vous puissiez faire votre travail.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI

Pour nous, la réussite consiste à voir se créer un lien entre la mère et son enfant, lien qui sera ensuite recréé avec d'autres. L'absence de ce lien peut toutefois être due à une pathologie invalidante pour l'un ou l'autre, sachant que la séparation éventuelle de la mère et de l'enfant n'empêche pas forcément l'établissement de ce lien.

Dr Marijo TABOADA

La question de l'échec ou de la réussite dépend aussi de l'image dominante. Quand la séparation est nécessaire, par exemple en cas de troubles psychologiques en lien avec l'addiction, comment considérer que ce n'est pas un échec ?



Une intervenante dans la salle Equipe de liaison d'addictologie

Il faut aussi s'intéresser aux infrastructures : quid des lieux d'accueil après accouchement ? Il me semble qu'un centre a ouvert en région parisienne récemment.

Dr Jean EBERT

C'est une question nationale : que fait-on des mères avec bébé qui ont une problématique ? Les centres maternels et les CHRS prennent peu en compte les dynamiques relationnelles. Nous avons suivi beaucoup d'enfants qui n'arrivaient pas à se construire, attendant une visite de leur mère. Il y a bien, outre Horizons, un SSR de l'Est parisien qui reçoit les femmes avec bébé de moins d'un an, mais il faudrait cinq ou six structures comme cela en région parisienne.

Dr Marijo TABOADA

Il faut encore tenir compte du rôle de l'entourage, notamment du père...

Dr Jean EBERT

L'addiction, parce qu'elle est une alternative au lien à l'autre au travers un produit, empêche l'établissement de liens affectifs structurants. La grossesse vient réinterroger cette notion de lien, jusqu'au compagnon. De fait, beaucoup de couples toxicomanes explosent au moment de la grossesse.





Dr Gilles GRANGÉ

A la maternité, à la demande des sages-femmes, nous avons organisé une réunion des pères. J'ai observé que quand un père réussit le sevrage du tabac en cours de grossesse, alors les mères le réussissaient aussi.

Dr Marijo TABOADA

Voyez comme ce qui est transmis est bien plus profond que la simple information. La semaine dernière, dans un autre colloque, cette information fut rapportée comme marque de la soumission ou « l'influçabilité » des femmes. Ce qui était tout à fait désobligeant et pouvait pousser à la reprise de la cigarette. Ici, ce qu'on peut entendre est que si la femme ressent l'intérêt que son compagnon porte à sa grossesse et qu'il va l'accompagner, y compris en renonçant lui aussi au tabac, elle aura plus de facilité à cesser de fumer, car ils peuvent mener cela à bien ensemble. Quoi qu'il en soit, il me semble que les femmes enceintes ont en général une appréciation floue de l'investissement du futur père. Selon moi, ce qui est agi en ces parents dans les premières semaines, c'est le souvenir archaïque du bébé. C'est pourquoi le père peut avoir une fonction maternante, si la maman est un peu « dans les choux », tout simplement parce que c'est ce dont le bébé a besoin à ce moment là. Et les liens pluriels sont bons pour le bébé.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI

Il y a aussi des couples désastreux, avec des rapports de violence, souvent en cas de consommation de crack et de cocaïne. Dans ces cas, je remarque l'impossibilité de faire un projet de soin avec le père à l'hôpital en l'absence de suivi ailleurs.



Une intervenante dans la salle - Air de famille - 75019

Nous suivons dans l'hôpital les couples toxicomanes à la dérive qui ont leur premier bébé, par un travail d'accompagnement avec des psychiatres et des éducateurs, y compris à la maternité. Mais un tel soutien des pères est encore rare.

Dr Jean EBERT

Au centre Horizons, nous observons une différence de temporalité en cas de problématique d'addiction chez les parents. La femme enceinte réinterroge son rapport à la drogue, tandis que l'homme cherchera plutôt à ce que la femme arrête. Cela dit, les projets communs d'abstinence aident la femme, de par ce message : « nous attendons un enfant ». Le travail avec les pères reste rare il est vrai, mais certains centres maternels l'introduisent de plus en plus, notamment pour distinguer si la relation de couple participe d'une logique d'emprise et de maltraitance, ou bien d'accompagnement et de soutien. Dans le premier cas, il arrive que la femme demande de l'aide pour s'en sortir, sachant qu'il importe aussi de ne pas totalement exclure les futurs pères.

Dr Marijo TABOADA

Beaucoup de femmes font un enfant pour rester dans ce tête-à-tête fatal, mais je ne me vois pas dire « cet enfant a aussi droit à un père » si la maman demande de l'aide pour sortir de la relation de couple lorsque la dyade, devenue duo, se transforme en duel.

Dr Jean EBERT

Cela dépasse le cadre de l'addiction. On peut penser que tel compagnon est toxique pour telle femme, mais il faut faire avec : les liens existent et ce n'est pas à nous de les dénouer.



S'il s'agit d'évacuer le père, alors cela risque d'être préjudiciable pour le bébé. Il ne faut pas d'a priori sur la question de savoir ce qu'est un bon père. Celui-là, très maternant, peut être est-il dealer ou bat-il sa femme. Il n'est jamais simple d'accompagner de telles familles.

Dr Marijo TABOADA

Je pense surtout à ces hommes « addicts », rendus perplexes par la grossesse de leur compagne, qui peuvent se sentir rejetés et qui feront appel à la violence pour remettre la main sur ces femmes. A la maternité, ils se retrouvent à côtoyer beaucoup de femmes et peuvent se sentir en insécurité, rejetés dans le néant par toutes ces femmes. Or, pour accepter de se frotter à l'autre, il faut être sûr de soi, ne pas avoir peur de disparaître. C'est pourquoi l'idée de faire parler les hommes entre eux peut être une bonne idée.

Dr Gilles GRANGÉ

Je précise que le groupe de pères n'est pas dédié exclusivement aux toxicomanes. Il est important pour ces pères que ce lieu de réunion soit dans la maternité, qu'il soit là pour eux.

Un intervenant dans la salle (M. Lionel Fouré - psychologue ANPAA 75 - CSAPA Nation)

Je voudrais revenir à la question de la réussite ou de l'échec dans l'orientation des patientes vers d'autres structures. Dans notre centre, le projet thérapeutique est structuré autour du développement de liens en réseau. Car il reste compliqué de travailler ensemble, les acteurs du soin travaillant en amont ou en aval de la grossesse se rencontrant trop peu.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI

Tel est l'un des objectifs du DAPSA. Pourquoi par exemple cette difficulté persistante à mettre en place un dépistage des femmes enceintes alcooliques ? Quid du suivi des pères



ayant déjà eu un enfant, du parcours de vie des parents ? Comment accompagner ces hommes pour les aider dans leur future paternité ?

Dr Jean EBERT

C'est ce sur quoi nous travaillons à Horizons, qui recevait au début 95% de femmes et aujourd'hui 70%. Nous avons donc su faire venir les compagnons, qui d'ailleurs ne sont pas toujours les pères. Mais quelle que soit leur vie, s'ils investissent l'enfant, on peut soutenir et accompagner dès lors qu'on les entend en tant que sujet d'abord plutôt qu'en tant que père. Si on dit : « un père ça doit assurer », ça les fait fuir !

Dr Marijo TABOADA

Le réseau DAPSA, qui relie aujourd'hui un certain nombre d'établissements, s'intéresse aussi à ces pères qui ont des enfants dont ils ont perdu la trace. Même si on ne sait pas trop comment faire, ce souci est là. On constate aussi que le frère peut être considéré comme parent, ce qui peut permettre d'éviter le placement. Peut-être que les pères qui se sont sentis dépossédés de leur paternité devraient se révolter contre l'image disqualifiante d'égoïstes donnée des hommes ici et là, par exemple dans les plaquettes récapitulant les procédures de sécurité dans les avions : en cas de chute, c'est la femme qui doit s'occuper de l'enfant !