

**« Trois (ou quatre, ou cinq, ou six) professionnels et un couffin
(...et des parents) »**

Corinne CHANAL

Je suis sage-femme au CHU à Montpellier depuis 1997, j'ai un poste de coordination autour de la prise en charge des femmes enceintes qui ont des addictions. Je dis aux patientes que je suis référente à la maternité de l'hôpital pour le suivi des femmes qui prennent des psychotropes et qui ont des addictions ; je suis aussi par extension des patientes avec des pathologies psychiatriques et des gros traitements. J'interviens également au Réseau Périnatal Régional où j'essaie d'aider les différents bassins de naissance du Languedoc Roussillon à s'organiser autour de la prise en charge des patientes et du repérage des addictions et des vulnérabilités dans les maternités.

On m'a demandé aujourd'hui, pour pouvoir introduire le repérage, de parler de l'accompagnement et de la prise en charge des femmes enceintes en difficulté avec des consommations. En effet, on s'est rendu compte que pour pouvoir bien repérer et être à l'aise de sa place pour aborder cette question avec les femmes enceintes ou avec les couples, le premier facteur est de savoir quoi répondre et quoi faire quand les patients disent « oui » pour libérer la parole et le dialogue entre eux et les professionnels.

Ce qui est un peu particulier, c'est que le cas clinique qui va être abordé, est un cas clinique que j'avais déjà évoqué quand j'étais venue il y a 3 ans. Marijo TABOADA tenait absolument à ce que l'on reparte sur cette base-là mais avec plus de temps pour échanger que la dernière fois.

Ce cas clinique a été choisi et illustré en diaporama avec une trame de suivi de travail en réseau. Il y a beaucoup d'outils que l'on utilise qui y sont représentés. Tous les outils que l'on a utilisés sont discutables et à discuter.

Le rappel de nos objectifs de l'accueil en maternité est d'abord de mettre les parents en confiance, pour qu'ils reviennent ; que la patiente accroche au suivi de grossesse et qu'une fois cette accroche faite, qu'elle puisse arriver à se confier, avec une importance à donner au terme « se confier ». Pour qu'une patiente arrive à parler de ses consommations de substances psychoactives et notamment d'alcool, il faut qu'elle ait confiance, qu'elle arrive à dépasser la honte, la culpabilité et qu'elle sente qu'en face on peut l'entendre. Et que tout ne va pas se mettre en branle de façon complètement désordonnée tout de suite. On a par exemple besoin de prendre en compte la place des pères, et une fois que la patiente a accroché au suivi, qu'elle puisse adhérer aux propositions que l'on va faire. Tout ça, c'est un cheminement que l'on va faire avec les gens, ça vous le savez aussi.

Ensuite, le deuxième objectif est la sécurité de l'enfant, puisque l'on suit aussi ces femmes enceintes pour qu'elles accouchent d'un enfant en bonne santé. C'est leur désir,

c'est pour ça qu'elles viennent à la maternité, c'est pour ça qu'elles viennent rencontrer un professionnel de la grossesse, bien souvent à la maternité ou à l'extérieur. Ça veut dire que sur cette question de la sécurité de l'enfant, on peut travailler à la réduction des risques pendant la grossesse et à les aider pour qu'elles arrivent à accoucher à terme. On va également s'attacher à préparer une continuité entre ce qui va se passer pendant la grossesse et l'après. On va donc anticiper sur l'après, même avec des patientes qui, quelques fois ne peuvent pas, elles, anticiper, parce qu'elles sont dans le tout de suite, le maintenant, l'immédiateté. On ne va pas être dans une même temporalité. Il va falloir que l'on arrive à percevoir là où elles en sont, tout en veillant, de notre place de professionnel, à l'après, au futur lien mère-enfant, aux conditions du suivi précoce et prolongé de l'enfant, à la préparation de ce suivi, ce, dès le début de la grossesse.

Dans ce cas clinique, je vais vous expliquer ce qu'il s'est passé avec cette patiente. Sur la droite du diaporama, on a mis ce que l'on a pu tirer de l'expérience de ce cas.

Dans ma pratique clinique, je fais des consultations de grossesse, je fais des entretiens, mais je fais des entretiens « ciblés », c'est-à-dire que je ne vois que des patientes qui ont déjà parlé d'une difficulté quelque part, et ensuite je peux faire des suivis de grossesse, en alternance ou non avec un gynécologue obstétricien qui soit de ville ou d'hôpital.

Dans cette situation, c'est un médecin généraliste qui me contacte, qui m'appelle en me disant : « J'ai une patiente-là, je la connais, je suis toute la famille, c'est sa troisième grossesse, elle est à cinq semaines d'aménorrhées, elle est enceinte de trois semaines, elle a 38 ans, c'est la première fois qu'elle est enceinte spontanément. Elle a fait deux procréations médicalement assistées et là elle me dit qu'elle a arrêté l'alcool depuis trois semaines. Je lui demande comment elle a su qu'elle était enceinte. Elle me répond qu'elle est allée voir la sage-femme libérale qui lui a dit qu'elle était enceinte. Cette femme avait une amie qui était enceinte, qui faisait une préparation à la naissance avec une sage-femme libérale de son village et quand elle lui a dit « retard de règles », son amie lui a répondu d'aller voir sa sage-femme »... Voilà, c'est le réseau.

La sage-femme lui a donc fait une prescription de test de grossesse, la dame appelle ensuite son médecin généraliste et lui dit : « J'ai arrêté l'alcool depuis trois semaines, est-ce que je risque quelque chose pour le bébé ? Qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? ». Le médecin généraliste répond : « Je vais me renseigner, je vous rappelle ».

Après que ce médecin m'ait dit tout ça, elle me demande : « Bah qu'est-ce que l'on fait ? Est-ce qu'il y a un suivi particulier ? Qu'est-ce que je dis à cette dame ? ».

Je lui demande : « Elle en était où ? ».

Elle me répond : « Je ne sais pas trop combien elle buvait, elle m'a dit qu'elle buvait un peu le soir mais c'est la première fois qu'elle m'en parle. Je n'ai jamais parlé d'alcool avec cette femme ».

Le médecin généraliste suit la famille, son mari est artisan, elle est femme d'artisan, ils sont propriétaires de leur maison, ils sont installés dans le village.

Je dis au médecin généraliste : « Bon écoutez, si elle a arrêté depuis trois semaines, on est relativement tranquille, essayez de la rassurer, essayez de la voir en consultation le plus tôt possible ».

Bien évidemment, on est juste avant une période de vacances scolaires, je crois même avant Noël, donc il n'y a pas beaucoup de monde sur le pont. Le médecin généraliste ne prend pas de vacances et la sage-femme libérale non plus. Je lui propose donc de voir la

patiente le plus tôt possible puis une fois par semaine pour la soutenir dans sa démarche et essayer de creuser un peu plus avant de lui préciser : « Puisqu'elle en a parlé à la sage-femme, peut-être que la sage-femme pourrait la voir également une fois par semaine pendant ce temps où il n'y a pas beaucoup de monde pour faire éventuellement un peu de relaxation ». Et face aux inquiétudes manifestées par la patiente, je lui propose de prendre rendez-vous dans un cabinet d'échographie un peu sensibilisé, spécialisé dans les échographies fœtales plutôt que dans un cabinet de radiologie basique. Je prévois un rendez-vous avec moi à l'hôpital au CHU, les rendez-vous avec les gynécologue-obstétricien pouvant avoir deux ou trois mois de délai. Je ne sais pas si c'est comme ça chez vous, mais chez nous c'est le cas, je bloque donc un rendez-vous. Un rendez-vous est plus facile à annuler, qu'à programmer.

J'appelle aussi la sage-femme libérale pour lui demander si elle peut voir cette dame pour faire de la relaxation. Elle me signifie : « Cette dame m'a dit qu'elle avait arrêté l'alcool mais moi je n'y connais rien, je ne sais pas quoi faire ».

Je lui réponds : « Tu fais juste de la relaxation comme tu le ferais pour une femme enceinte, ou pour une femme avant une pose de stérilet qui a besoin d'être décontractée ».

Sur le diaporama, je vous ai mis « médecin connu » dans « suivi précédent grossesse et addiction ». C'est, en effet, un médecin généraliste avec lequel j'ai suivi une dame quelques années auparavant.

Dans ma pratique, j'appelle quasiment systématiquement les médecins généralistes des patientes si elles sont d'accord. Je les appelle pour les informer de ce que l'on va faire comme suivi de grossesse, de ce que j'ai dit à la patiente et pour donner mes coordonnées. Ce qui fait que j'ai assez régulièrement des appels de ces médecins à qui je peux également adresser des suivis car sensibilisés au travail de collaboration entre la maternité et le village. Montpellier est une petite ville avec une zone rurale importante et il faut pouvoir travailler avec tout le monde. On opte en premier pour le réseau de proximité et les professionnels que la patiente a choisi, on essaie de ne pas réorienter tout de suite, même si ce sont des gens avec qui on n'arrive pas à travailler.

Je fais pareil avec les gynécologues de ville qui m'adressent des patientes en début de grossesse pour que je fasse le point, l'évaluation. Leur place est très importante, toutes les décisions qui vont être prises doivent passer par leur accord. Ils gardent donc leur suivi tous les mois, je m'intercale entre les deux et on décide ensemble du lieu d'accouchement vers sept mois de grossesse.

C'est pour essayer de faire le contrepied. Avant les libéraux avaient du mal à adresser à l'hôpital parce qu'une fois l'adressage réalisé, il n'y avait pas de retour vers eux. On a donc essayé de trouver un système pour que la place de chacun soit respectée.

Dans la méthodologie de la première consultation, j'ai un canevas : je me présente et je demande comment la patiente est arrivée jusqu'à la consultation. Ça me donne plein d'informations sur la capacité de la patiente à s'emparer des propositions. Et puis je vais aussi savoir si une ou plusieurs personnes lui ont conseillé ou proposé de prendre rendez-vous avant qu'elle arrive à le faire ou si quelqu'un a pris rendez-vous pour elle. Ensuite je vais répondre aux questions, je vais ouvrir la porte à leurs premières préoccupations sans les interroger sur leurs consommations et la totalité de leurs difficultés à ce moment-là. Certaines ont beaucoup de réponses, d'autres moins.

Après je repars sur la grossesse : « Comment vous-êtes-vous rendu compte que vous étiez enceinte ? ».

Je ne demande jamais si la grossesse est désirée, je pose toujours cette question pour avoir des informations sur la perception qu'elles ont de leur corps, sur le repérage dans le temps au niveau des règles, des cycles, sur qui s'en est aperçu, le conjoint, la mère... Ça donne des informations qui sont beaucoup plus larges que cette simple question.

Puis après je demande à qui elles l'ont annoncée et comment ils ont réagi. Là du coup, j'ai tout le réseau relationnel, j'ai aussi le moment, la date précise où elles se sont aperçues qu'elles étaient enceintes. Ça me donne également des informations pour après, s'il y a des consommations, s'il y a des comportements à risque. Dans la majorité des cas les patientes modifient leur comportement quand elles savent qu'elles sont enceintes. Elles nous disent : « j'ai arrêté pendant la grossesse », ça veut dire j'ai arrêté dès que j'ai su que j'étais enceinte mais parfois elles ne savent qu'à six mois de grossesse. Ensuite, je reprends les grossesses d'avant, surtout les toutes premières... celle qui a été faite en Belgique, à 20 semaines d'aménorrhées, l'interruption de grossesse à 17 ans parce qu'elle était enceinte et que ses parents lui ont mis la pression. Les interruptions médicales de grossesse, on en a moins, mais il y a 20 ans on avait beaucoup de patientes qui avaient des antécédents d'interruptions médicales de grossesse pour des raisons psychiatriques et avec des conséquences sur les grossesses ultérieures, ce qui a beaucoup diminué à l'heure actuelle.

Donc, je reviens sur toutes les grossesses, les IVG, les fausses couches et je cherche comment elles ont été accompagnées et comment elles ont vécu cet accompagnement. Après on part sur les antécédents médicaux, les professionnels qui sont en place autour d'elles puis tous les facteurs environnementaux, les facteurs de stress, l'alimentation et les consommations de substances psychoactives. Si elles parlent de consommations ou de traitements, je demande qui est au courant de la prise de ces traitements ou de ces produits, si son médecin généraliste en fait partie, si elles lui en ont parlé et qu'est-ce qu'on leur a dit.

Cela permet de ne pas partir dans des explications différentes de ce que la dame aurait entendu avant. Après on va travailler sur ce dont elle a besoin pour atteindre notre objectif commun que l'on a vu dans le premier diaporama, c'est à dire la naissance d'un enfant en bonne santé, qui ne soit pas séparé d'elle. Si la patiente a parlé des consommations, on les replace parmi l'ensemble des facteurs médicaux et ensuite on va proposer des choses. Proposer des choses qui sont adaptées à la grossesse, au suivi de grossesse : « Comment réduire les risques ? ».

On va faire un protocole de suivi adapté aux facteurs de risques à la fin de l'interrogatoire. On fait des suivis de grossesse à risque, c'est-à-dire avec des alternances de consultations gynécologue/sage-femme, avec des consultations plus rapprochées, plus d'échographies, plus de monitorings. On va le faire quand il y a des alcoolisations aiguës répétées ou des alcoolisations quotidiennes, quand il y a des consommations de substances, de cocaïne ou d'amphétamine, quand il y a des patientes sous traitement de substitution ou sous héroïne et quand il y a des traitements psychiatriques. Quand les patientes sont consommatrices de cannabis ou de tabac, on ne fait pas un suivi aussi rapproché, on n'est pas calqué sur un suivi de grossesse à risque.

C'est là qu'interviennent le médecin généraliste et le gynécologue puisqu'une fois les risques évalués ensemble, je vais proposer un suivi à cette patiente et je vais contacter son gynécologue. Si c'est son gynécologue qui me l'a adressée, c'est lui que je vais

contacter, si c'est son médecin généraliste qui l'a adressée, je vais contacter son médecin généraliste. Si elle est arrivée par le bouche à oreille et que personne ne l'a adressée, je vais chercher avec la patiente un professionnel en qui elle a confiance et qu'elle va me laisser appeler, pour ne pas être toute seule dans le suivi et sortir de la relation duelle. Ce sont, en effet, des patientes qui sont très attachantes souvent et qui demandent à rester en suivi sans trop ouvrir à d'autres. A un moment, elles peuvent dire : « Moi je ne veux pas voir une autre personne que vous » ou « Surtout vous dites à personne ce que je vous ai dit », et on se laisse enfermer.

Comment arriver à ne pas se laisser enfermer dans une relation exclusive, avec des gens qui ont des problématiques de dépendance ?

On a des antennes pour faire attention. Le fait d'appeler tout de suite un professionnel fait sortir du duo. En général je propose un appel ou deux appels mais si la patiente m'a parlé de dix professionnels qui la suivent je ne vais pas appeler dix personnes différentes. C'est trop, c'est vécu comme étant trop. On a essayé différentes techniques et on a mis des suivis à mal car on a voulu faire trop à un certain moment. J'ai un temps de travail hebdomadaire avec un pédopsychiatre, je travaillais avec l'équipe de Françoise MOLENAT et c'est à partir des reprises de situations hebdomadaires que l'on a proposé ce canevas de suivi.

Cette dame est à onze semaines de grossesse, elle vient avec une tante à elle, je la fais rentrer toute seule sans sa tante et lui dis : « Tiens, vous venez avec quelqu'un ? ».

Elle me répond : « Oui, j'aime bien quand il y a quelqu'un qui m'accompagne ».

Je reprends, je fais mon canevas de suivi, comment est-elle arrivée là, d'autant plus qu'elle est venue avec une tante.

Elle me dit : « Quand je suis allée faire l'échographie, c'est ma mère qui est venue avec moi ».

Pendant l'entretien, je reprends la grossesse, je reprends les antécédents et donc les deux histoires de grossesse non spontanées. En fait les deux grossesses se sont terminées par un diagnostic de retard de croissance et des césariennes avant terme pour préserver la santé du bébé. Ce n'était pas très clair sur le pourquoi du comment, elle a été séparée deux fois de ses enfants parce qu'il n'y avait pas de service pédiatrique dans l'hôpital où elle a accouché. Les deux fois, les enfants ont été mutés à l'hôpital.

Là c'est sa première grossesse spontanée, elle est hyper contente, elle déborde de joie et tout en me disant qu'elle est hyper contente et qu'elle déborde de joie, elle m'explique au moment où l'on parle des produits : « Ah, j'ai craqué quand même deux fois, deux fois ou j'ai rebu un peu ».

Sur l'évaluation des consommations, cette femme consommait de l'alcool toute seule dans son garage où elle cachait une bouteille. Elle buvait à peu près une bouteille tous les deux jours de vodka ou de gin, ça dépendait des jours, sans que sa famille ne soit au courant.

« Depuis que je suis enceinte, j'en ai parlé à ma famille et c'est pour ça que ma tante est là, c'est pour ça que ma mère est venue avec moi, ils sont tous là à vouloir m'aider ». Ce n'est pas fréquent les familles où tout de suite tout le monde se mobilise comme ça autour d'eux. Dès que l'on parle d'alcool d'habitude, ça soulève des réactions ambivalentes donc je m'étonne et lui dis : « Ce n'est pas fréquent quand même qu'il y ait de suite cette cohésion familiale, tout ce soutien ».

Elle me répond : « C'est parce qu'ils savent que c'est compliqué, mon père avait un problème d'alcool et quand j'étais petite, on a été placé. Quand il a arrêté de boire, on est retourné dans la famille, chez nos parents ».

A ce moment-là, je lui explique brièvement les effets de l'alcool sur la grossesse. Je vois qu'elle ne peut pas entendre ce que je dis. Dès que je parle d'un effet possible sur la grossesse elle me dit : « Mais mon fils il a ça, c'est parce qu'il y a eu ça ».

Je me dis que ça ne va pas être simple, qu'il va falloir que l'on réfléchisse à comment présenter le suivi de l'enfant à cette dame. Son fils de 8 ans est scolarisé dans sa classe d'âge, il est suivi par un orthophoniste et par le médecin généraliste qui m'a appelée, il n'y a pas de suivi avec un pédiatre. Je propose donc (là je suis contente d'avoir gardé mon rendez vous avec le gynécologue obstétricien !) un rendez-vous avec le gynécologue.

Dans mon protocole, on est sur des consommations d'alcool, qu'elle ait arrêtée ou pas, ça ne change pas le suivi de grossesse. On met donc en place des consultations en alternance sage-femme/gynécologue et puis j'essaye d'organiser un peu le soutien autour du domicile de cette patiente. C'est une patiente qui habite à 50 kilomètres de Montpellier, on est sur une zone rurale. Et le souci, c'est son mari. Toute la famille est participante mais elle me dit : « Mon mari, quand on est à table, il me propose un verre de vin, mais en fait moi je n'aime pas le vin, je n'aime que les alcools forts. Donc je dis non mais il ne comprend pas ».

Je lui propose, comme elle me dit que son mari ne peut pas venir étant donné qu'il travaille : « Est-ce que l'on peut organiser un rendez vous chez le médecin généraliste qui consulte le samedi matin ? ».

Elle me répond que c'est possible.

Je lui précise que je vais appeler le médecin généraliste pour lui en parler, qu'elle continue la relaxation avec la sage-femme puisque ça lui plait bien et que ça l'aide, puisque le soir, elle est beaucoup stressée. Je demande à la sage-femme qu'elle la valorise beaucoup dans tous ces efforts. J'appelle ses gynécologues précédents pour avoir les dossiers des accouchements.

Je lui dis : « Pas très loin de chez vous, dans le village d'à côté, il y a une antenne de l'ANPAA avec une consultation soit avec une psychologue ou soit avec un éducateur, ça pourrait peut être vous aider pour le maintien de l'abstinence » puisque c'est comme ça qu'elle se décrit, comme abstinente.

Elle hésite et me dit : « Bof, je réfléchis ».

Je lui réponds : « On en reparle la prochaine fois ».

Dans la reprise hebdomadaire avec la pédopsychiatre, on reprend souvent plus en détails ce qui s'est passé lors de la première rencontre avec les personnes. En général, quand on reprend cette première consultation, il y a quasiment toutes les clefs de lecture du mode de fonctionnement de la patiente et du mode relationnel. Ça ne veut pas dire que j'ai toutes les clefs, mais la reprise avec la pédopsychiatre aide à pointer les éléments importants et le travail à effectuer derrière. Donc pour cette dame, la conclusion est de voir le père, ce que j'avais bien compris ; d'explorer un peu plus les liens avec cette famille qui se soude mais qui a quand même été mise à mal avec des antécédents ; de prévoir du monde autour ; et de ne pas hésiter à l'hospitaliser un peu pour peser la sévérité des problèmes, voir qui suit les grands enfants ; de prévoir une rencontre avec le pédiatre... Et puis, de garder dans la tête sans pouvoir l'utiliser de suite, cette information : « Attention au suivi de cet enfant de 8 ans »

Marijo TABOADA

Pédiatre prénatal ?

Corinne CHANAL

Oui, en prénatal avec le pédiatre. Dans notre protocole de suivi de la grossesse à risque, on a les consultations rapprochées, l'alternance gynécologue/sage-femme, des échographies un peu plus importantes (trois de plus), les monitorings à domicile (surtout autour du 6^{ème} mois et tout à la fin de la grossesse) et la consultation anténatale avec le pédiatre. Pour les femmes qui sont sous traitement de substitution, c'est plutôt 34-35 semaines et pour les consommations d'alcool, plutôt autour de l'échographie morphologique c'est-à-dire entre 22 et 24 semaines. Les femmes sont trop rassurées par les échographies et après elles n'ont plus envie de penser au suivi de l'enfant.

La méthodologie de la reprise est un petit peu particulière et porte surtout sur ces questions : Qu'est-ce que m'a amenée la dame ? Et moi qu'est-ce que je suis allée chercher ? Tout ce que j'ai oublié a du sens dans la relecture avec le pédopsychiatre. Donc qu'est-ce que je vais chercher ? Quelle impression j'ai ? Qu'est-ce que moi j'ai dans la tête ? Qu'est-ce que je garde et qu'est-ce que je vais transmettre ?

A la fin de la consultation avec la dame, quand je lui dis : « Vous verrez le gynécologue la prochaine fois », je rajoute : « Vous allez venir seule à ce rendez-vous ? Car vous êtes allée à l'échographie avec quelqu'un, vous êtes venue au rendez-vous avec moi avec votre tante, là comment ça va se passer avec le gynécologue ? ».

La patiente me dit : « Ah bah si vous, vous y êtes, je peux venir toute seule ».

Finalement c'était compatible avec mon planning et j'y vois aussi l'avantage de pouvoir l'accompagner à la consultation avec le gynécologue pour faire des transmissions orales devant la patiente, expliquer sa problématique, et expliquer devant elle pourquoi on a ce rendez-vous. Ça lui permet aussi de lier nos relations et de voir comment je vais traduire ce qu'elle m'a dit.

Donc elle vient, je l'emmène voir le gynécologue obstétricien, il lui explique le protocole de suivi de grossesse : rendez-vous tous les 15 jours, IRM (ce gynécologue, s'il y a consommation d'alcool pendant la grossesse et un retard de croissance, il fait des IRM cérébrales fœtales).

Quand il l'examine, il lui dit : « Qu'est-ce qui vous est arrivé ? »

Elle lui répond : « Je bois depuis la mort de mon père ».

Le gynécologue lui dit : « Ecoutez, si vous rebovez, si vous consommez de nouveau d'ici le prochain rendez-vous, je vous hospitalise à la maternité une semaine pour protéger le cerveau fœtal ».

Cette phrase maintenant c'est mon indication d'hospitalisation en maternité, je n'hospitalise pas les femmes pour sevrage d'alcool, je les hospitalise pour protection du cerveau fœtal.

Marijo TABOADA

Et elles entendent ça comment ?

Corinne CHANAL

Les femmes l'entendent de façon très positive. L'interne du service et la sage-femme aussi parce que si je les hospitalise pour sevrage d'alcool c'est du champ de

l'addictologie. Si j'hospitalise pour protection du cerveau fœtal ou prévention du SAF c'est du champ de la grossesse.

Marijo TABOADA

Je reprends parce que l'une des questions qui nous traverse beaucoup dans ce travail avec le DAPSA : « Comment passe-t-on de la préoccupation par rapport à l'alcoolisation maternelle à la préoccupation par rapport au fœtus ? ». Là vous proposez une hospitalisation au fœtus, il se trouve que le fœtus est abrité par le corps de la mère, mais votre préoccupation commune à vous et à la mère c'est le fœtus.

Corinne CHANAL

L'accueil en maternité c'est la mise en confiance des parents et la sécurité de l'enfant.

Marijo TABOADA

Et c'est entendu ?

Corinne CHANAL

Oui

Marijo TABOADA

C'est entendu par elles aussi ?

Corinne CHANAL

Oui.

Au rendez-vous suivant, elle me dit qu'elle a re-craqué.

Je lui demande : « Vous avez re-craqué une fois ? »

Elle me dit : « J'ai craqué une fois ».

Je lui dis : « Le docteur vous a dit qu'il vous hospitaliserait si vous craquiez, donc j'organise l'hospitalisation ». Avec elle, j'appelle son généraliste pour organiser tout ça. Souvent, on fait rentrer les patientes vers 14h pour qu'elles voient l'addictologue, l'équipe de liaison tout de suite dès l'entrée, et pour obtenir une prescription de traitement avant que la pharmacie ne ferme. L'hospitalisation en maternité d'une femme avec une problématique addictive, nécessite que l'équipe en place se sente partie prenante de cette hospitalisation pour que ça ne complique pas trop leur organisation. Si ça complique trop leur organisation, c'est plus difficile à gérer, donc il ne faut pas que l'équipe de nuit soit en difficulté et il ne faut pas que l'équipe de jour ait une charge de travail qui augmente et qui soit différente des autres patientes.

Salle

C'est toujours une hospitalisation en maternité ?

Corinne CHANAL

Principalement en maternité, bien qu'en maternité on ait plus de difficulté avec les temps de séjour. C'est-à-dire que les patientes qui sont enceintes et que l'on va hospitaliser pour un sevrage d'alcool, elles peuvent être hospitalisées en sevrage complexe ce qui ne se fait que dans des services d'addictologie sur trois semaines. Dès qu'elles sont enceintes et que ça se voit, on les hospitalise en maternité parce que c'est

trop difficile pour elles d'aller en service d'addictologie et que leur motivation concerne leur grossesse.

C'est l'équipe d'addictologie qui se déplace. Mais en tout début de grossesse, il arrive qu'on les hospitalise dans le service d'addictologie directement. Je disais à Marijo tout à l'heure, que nous avons, il y a 2 jours, hospitalisé une dame enceinte de sept semaines dans le service d'addictologie pour 24h pour l'hospitaliser ensuite à la maternité. Ça nous a permis de répondre à l'urgence de la demande de la patiente qui était : « Je veux arrêter l'alcool parce que j'ai peur pour mon bébé ». C'est une femme avec une pathologie psychiatrique associée, ça demande beaucoup de temps de présence et l'équipe de liaison psychiatrique est très peu disponible, donc il vaut mieux être hospitalisé dans un service où il y a déjà quelqu'un. Les mises en place de traitement de substitution pour les femmes qui prennent de l'héroïne quand on veut démarrer un traitement de substitution peuvent être faites lors d'une hospitalisation à la maternité. Dans ces cas-là, ce sont des hospitalisations de 72h. Tout ce qui est hospitalisation courte en maternité est très bien reçu par les patientes parce que c'est là qu'elles ont envie d'être et c'est aussi très bien reçu par l'équipe parce qu'il faut que ce soit très court et organisé. Dès que c'est long, c'est plus difficile à gérer pour l'équipe, il faut un gros soutien. C'est là où, par contre, on a besoin des équipes d'addictologie, que ces équipes viennent en renfort et en soutien répété de l'équipe, plus qu'auprès de la patiente.

Pour revenir au cas clinique, quand on prépare l'hospitalisation ensemble, elle me dit : « Je bois tous les jours, je n'ai jamais arrêté depuis le début ».

On prépare les transmissions ensemble, c'est quelque chose auquel je tiens, cette femme avait très peur du jugement des professionnels de la maternité. On a préparé ensemble l'écrit dans le dossier et ce qu'on allait dire à l'équipe. Ensuite, pour bien préparer l'hospitalisation, surtout pour cette patiente-là (mais je fais ça presque à chaque fois, quand je monte un dossier), je présente la patiente et les indications de l'hospitalisation à l'interne, celui qui est là tous les jours, aux sages-femmes qui sont en place et aux aides-soignantes. La plupart de ce qui va se jouer au niveau relationnel et au niveau de sentiment de sécurité est en lien avec les aides-soignantes. Et si elles ne sont pas parties prenantes du projet dès le départ, elles peuvent parfaitement détricoter ce que l'on essaie de tricoter. Et c'est assez facile car souvent ce sont des patientes qui ont été un peu carencées ou qui n'ont pas été beaucoup soutenues dans l'enfance. Je vais donc dire ça aux aides-soignantes, je vais leur dire que c'est d'elles dont j'ai besoin, parce que la personne qui va être hospitalisée a très peur qu'on l'a juge et qu'elle a plus souvent été critiquée que valorisée. Qu'elle a besoin que l'on s'occupe d'elle, de tout ce qui est soin de base, d'empathie et de beaucoup de soutien.

Chaque fois qu'il y a des transmissions ciblées entre aides-soignantes, elles sont beaucoup plus attentives, de fait. Ce sont elles qui me donnent des nouvelles après. Quand je monte dans le service, je vais les voir et leur demande comment elles se sentent. Le retour des aides-soignantes est différent de celui de la sage-femme ou de l'interne. L'interne va me donner le résultat de l'échographie, la sage-femme va me dire comment elle est la nuit à 3 heures du matin lorsqu'elle sonne et les aides-soignantes me raconteront d'autres choses.

Elle voit évidemment l'addictologue qui précise qu'il aimerait bien avoir une évaluation avec un psychiatre pour savoir si elle n'a pas besoin d'un traitement antidépresseur. Sa mère et sa tante viennent la voir. Mais, par contre, le père, n'est venu qu'une fois, le

week-end quand on ne pouvait pas le voir. Pas d'échanges donc possibles avec lui, le médecin généraliste n'a pas pu le voir encore. Elle va rester finalement 2 semaines. Au bout d'une semaine, à la visite, elle dit au gynécologue: « A 17 heures, je vois des bouteilles partout ».

Il lui répond : « Bon bah vous restez une semaine de plus ! ».

Pour le traitement de sevrage, le gynécologue et l'addictologue se sont mis en contact pour se mettre d'accord. J'ai, de mon côté, proposé que pendant le temps de séjour, elle rencontre le psychologue et l'éducateur de l'ANPAA. D'habitude, ils ne font jamais ça, mais là ils ont été partants, ils sont venus la rencontrer tous les 2. Et l'addictologue lui a proposé une postcure. On a une postcure pour les femmes uniquement en Lozère, ils prennent des femmes et éventuellement des femmes avec enfant, ils sont tout à fait d'accord pour prendre les femmes enceintes pour peu que l'on organise le suivi de grossesse en amont. Il fait la demande de postcure ; je vois toute la famille, sauf le père.

Pourquoi hospitalise-t-on les femmes à la maternité ? Vous le savez déjà. C'est parce que les soins sont centrés sur la grossesse et pour que la patiente vive une expérience très contenante, d'où l'importance de la place des aides-soignantes. On a besoin que les transmissions soient faites à l'équipe et que la fluidité de la communication dans l'équipe soit soutenue. En fait c'est l'équipe qui a besoin de soutien pendant le temps de séjour d'une patiente en difficulté. La patiente a besoin de l'équipe et l'équipe a besoin de soutien. Cela permet de faire appel et de connaître les intervenants intra hospitalier, souvent on en profite pour faire visiter les locaux, la salle d'accouchement... Ensuite elle rentre à domicile, on organise donc une hospitalisation de jour qui a l'avantage de réunir l'ensemble des consultations le même jour, ça fait une facturation importante pour l'hôpital donc en général ils sont participants et d'accord....

Ce sont des patientes qui prennent du temps donc là le temps est valorisé. On garde notre canevas de suivi, et donc de nouveau, c'est suivi à l'hôpital, suivi à domicile assez resserré pour que cette patiente tienne le coup. Ce que l'on a prévu avec elle, comme elle se sent plus en difficulté le soir, c'est qu'il y ait un passage, ou un rendez-vous, chez elle tous les jours autour de 17 heures. Le lundi c'est rendez-vous à l'ANPAA, le mardi ça doit être sage femme de PMI, mercredi la sage femme libérale, le médecin généraliste le jeudi, sa tante le vendredi soir, sa mère le samedi. On s'organise comme ça pour ne pas qu'elle soit toute seule, et puis au bout d'une semaine, la postcure nous appelle en disant : « Finalement on a fait de la place, on la prend ». Donc on est content, on est très content, mais on ne sait pas si elle, elle est contente.

Elle va y aller, mais elle ne va y rester que 11 jours. Normalement ces séjours durent entre 4 et 12 semaines. Le projet de départ de cette dame était de 8 semaines. Mais dès elle a senti son bébé bouger, elle n'a plus voulu rester là-bas, disant : « Je ne veux pas devenir comme elles, j'ai vu ce que j'allais devenir si je continue ».

Ça nous a beaucoup interrogés, on a beaucoup moins envoyé de femmes enceintes en postcure depuis. Ce n'est pas pour rien que les projets mûrissent. Là, on a collé à l'urgence. En maternité, on fonctionne à l'urgence, l'urgence c'est 10 minutes, le temps de sortir un bébé. Le champ de l'addictologie, ce n'est pas la même urgence, l'urgence c'est 15 jours. Et nous on a obligé l'équipe d'addictologie à fonctionner dans l'urgence et ça n'a pas été opérant.

« Bon on recommence » a-t-elle mentionné.

On a repris le même suivi. Elle parle beaucoup, elle se livre beaucoup surtout aux soignants de la grossesse. Par contre, elle s'arrange pour rater les rendez-vous avec le champ addictologie. Elle y va de temps en temps. Ce qu'elle retient d'important de l'équipe d'addictologie est la venue de l'éducateur chez elle. Ils le font très rarement et surtout pas de façon répétée et régulière, mais c'est la seule chose qu'elle a relevé comme positif. Le fait qu'il soit venu chez elle, il a pointé des choses dans son mode de fonctionnement, dans son organisation de vie qui l'a interrogée.

Marijo TABOADA

Donc on a une équipe mobile. On est très content de ce que tu nous dis...

Corinne CHANAL

Bon après elle racontait que son père était alcoolique, violent. Elle a commencé à parler à beaucoup de professionnels.

Puis à un moment, elle dit à la sage-femme libérale : « J'ai peur de craquer ».

La sage-femme m'appelle, elle me dit qu'elle a peur de craquer.

J'appelle le gynécologue, je le lui dis aussi : « Elle a peur de craquer ».

Il me répond : « On l'hospitalise une semaine ».

Et on l'a hospitalisée une semaine. Cette deuxième hospitalisation a été extraordinaire, car elle connaissait tout le monde dans le service, les gens étaient contents de la revoir, ce deuxième séjour a été très valorisant pour elle.

Marijo TABOADA

Vous ne saviez pas, et ce n'est pas la question qui vous intéressait. Le fait qu'elle dise « J'ai peur » vous a suffit ?

Corinne CHANAL

On n'a pas cherché si elle avait consommé ou pas. On a fait intervenir de nouveau le médecin addictologue, mais de toute façon ce que l'on voulait c'était qu'elle arrive à s'appuyer sur nous. Qu'elle ait reconsommé ou pas ce jour-là, ça ne peut pas changer l'attitude. On a les mêmes protocoles de suivi qu'elles arrêtent ou pas. Ça permet de se détacher de cette question « A-t-elle rebu ou non ? ».

C'est une femme qui avait un bilan hépatique nickel avec ce qu'elle buvait et puis une apparence très soignée, donc on n'avait pas du tout de signe d'appel autre que la relation avec elle et ce qu'elle pouvait dire. On a profité de l'hospitalisation pour organiser la consultation anténatale avec le pédiatre puisque j'avais gardé en tête qu'il fallait que cette rencontre soit protégée. Si elle se sentait mal, il y avait du monde autour.

Une consultation anténatale pédiatrique quand il y a eu alcoolisation pendant la grossesse, c'est important qu'elle soit faite avec un pédiatre qui soit participant et qui ai des images positives du devenir de l'enfant et du suivi possible pour l'enfant avec la famille, il ne faut pas avoir d'images trop négatives. L'idée c'est qu'il explique les risques, sans faire de pronostic pour préparer le suivi avec les parents. Qui va pouvoir suivre cet enfant ? Le pédiatre devait essayer de voir s'il pouvait proposer un bilan au premier enfant. Cette femme déclarait 10 ans d'alcoolisations massives.

A 30 semaines, on a les doppler pathologiques faits par la sage-femme de PMI à domicile.

Elle est adressée à l'hôpital et quand elle arrive, elle est césarisée, à 30 semaines. On a un bébé qui fait 1,060 kg, 37 centimètres et 26 centimètres de périmètre crânien. Il est muté en réanimation, le père est présent. Bilan mitigé, l'avantage c'est que tout ce que l'on avait mis en place au domicile, a fait qu'il est arrivé vite, et que l'on a sorti le bébé. C'est un bébé qui a un retard de croissance avec un périmètre crânien pas très gros. Une séparation mère-enfant s'annonce de nouveau. Se pose alors la question « Que transmettre ? Comment transmettre à l'équipe pédiatrique ? Le texte de l'**HAS** reprend ces questions.

Cette histoire de transmissions est très compliquée, parce que dans la relation avec les patients, on détient parfois des informations qui peuvent parfois déstabiliser l'équipe si on les transmet. Donc on va être obligé de trier, et dans l'intérêt de la patiente, et dans l'intérêt de la sécurité de l'équipe. Avant, j'allais toujours aux concertations alors que maintenant quand il y a un précédent d'enfants placés, je n'y vais plus du tout. Parce que lorsqu'il y a un passif au sujet des aînés, ils invitent un éducateur qui transmet des informations pas très drôles sur l'avant. Je n'arrive plus à m'occuper de la patiente, je n'arrive pas à faire du neuf. On s'arrange donc avec l'assistante sociale de la maternité, c'est elle qui va à la concertation et qui me filtre les informations. Une fois qu'elles entrent dans la tête, c'est fini.

Marijo TABOADA

Vaste débat... débat toujours ouvert.

Corinne CHANAL

Les transmissions doivent avoir du sens pour les parents, et aider les professionnels à travailler, tout doit être dans une dynamique. Là, pour cette patiente, il va falloir trouver tout ce qui est positif à transmettre pour rendre compte de cette dynamique. Je fais souvent des transmissions écrites ou par téléphone. Normalement, vers 34 semaines, je fais un courrier avec les parents pour qu'ils arrivent avec en salle d'accouchement. Quand on met des informations un peu sensibles dans le dossier, ce qui est important pour l'équipe en place c'est : « Est-ce que ça a été parlé avec la mère ou pas ? ».

Le pire est quand on marque « OPP prévue », et qu'on ne sait pas si ça a été parlé avec la mère ou pas, c'est le drame total.

Pour cette dame, concernant les transmissions en pédiatrie, la personne qui est le mieux situer pour assurer la continuité, c'est la cadre de service ou la psychologue du service parce qu'elles vont à tous les STAFF. Je vais donc transmettre l'antécédent de séparation mère-enfant à cause du retard de croissance et toute la dynamique depuis la grossesse avec les professionnels (tous les noms et coordonnées des gens qui l'ont soutenue, l'organisation du soutien autour du domicile, ce qui est prévu après en postnatal). Quand les patientes sont hospitalisées, souvent il y a une coupure entre ce qui se passe à l'extérieur et à l'intérieur. On essaie que les professionnels de l'extérieur soient au courant de ce qu'il se passe à l'hôpital et que l'hôpital ne fasse pas abstraction des professionnels de l'extérieur. On prévoit les rendez-vous, la sage femme libérale donne rendez-vous pour les suites de couche et pour la rééducation.

Cette femme va rester 12 jours avec sa césarienne, son accouchement prématuré et le contexte. Au bout de 12 jours, elle est rentrée chez elle à 50 kilomètres. Quand on rentre à la maison sans le bébé, c'est risque plus, plus, plus... On essaie d'organiser le soutien de la mère autour de son domicile. La sage femme libérale lui donne des rendez-vous, il est prévu que la sage femme de PMI continue de la voir de temps en temps pour elle et pour

rester dans la continuité de visite à domicile jusqu'à la sortie du bébé avec l'idée que la puéricultrice prenne ensuite le relai.

Tous les rendez-vous organisés avec la maman et avec les professionnels sont communiqués au médecin généraliste, parce que c'est ce médecin généraliste qui va se retrouver en position de coordination. Le gros problème du postnatal chez nous, c'est que l'on n'a pas le DAPSA, la coordination n'existe qu'en anténatal. Après il faut chercher qui peut être, dans le paysage professionnel, autour de la patiente, qui peut être dans cette position de coordination, qui peut avoir un regard global.

Les transmissions, les antécédents, les deux séparations mère-enfant et cette troisième séparation mère-enfant interpellent beaucoup les équipes de pédiatrie. Elles ont envie de s'impliquer, c'est motivant. Elles faisaient à ce moment-là un protocole de recherche sur l'observation du nourrisson et le posturage. Elles ont inclus cette maman dans ce protocole parce que ça permettait qu'elle ait plus de temps de soutien de l'équipe, qu'elle ait beaucoup plus de temps en peau à peau avec son enfant, ce que l'équipe a trouvé bénéfique. Les mères qui ont été incluses, se sont auto-soutenues. Ensuite, comme leur bébé était né à peu près en même temps, elles ont bénéficié de consultations pluridisciplinaires à la maternité. Le passage au CAMSP s'est fait similairement, ce qui a amélioré l'adhésion au suivi CAMSP. Ça a été fait à travers un projet de recherche.

Donc qu'est ce qui tient en postnatal ? Pour la mère, le médecin généraliste, point. Elle a arrêté tout suivi en addictologie, on ne sait rien de ses consommations. Par contre, elle a adhéré à tous les suivis pour l'enfant. J'ai vu le papa, une fois après l'accouchement, il est venu voir le bébé quand la mère était en chambre mère-enfant. Sur les fins de séjour d'enfants prématurés, on peut avoir quelques jours en chambre mère-enfant. J'ai pu voir les deux et leur expliquer l'intérêt d'avoir un suivi postnatal avec l'équipe d'addictologie mais ça n'a pas été suivi d'effets. Alors qu'avons-nous gagné dans cette histoire ? On peut dire qu'il y a eu moins d'alcool pour cet enfant.

Marijo TABOADA

Juste une question, tu as marqué « relais CAMSP », c'est systématique à 3 mois, c'était lié aux conditions de naissance ?

Corinne CHANAL

C'est parce que c'est un grand prématuré. Alors c'est relais CAMSP et inclusion dans le réseau des nouveaux nés vulnérables.

Marijo TABOADA

Mais au titre de la prématurité ?

Corinne CHANAL

Oui, au titre de la prématurité, parce que lui, il avait les deux. Quand ils sont prématurés, jusqu'à 36 semaines et 6 jours, s'il y a eu de l'alcool pendant la grossesse, ils sont inclus (même s'ils sont nés à 36 semaines et 6 jours, mais pas à 37). On n'a pas eu de rupture du lien mère-enfant, on a gardé un suivi de l'enfant, cet enfant est encore suivi au CAMSP. Il doit approcher de la sortie, il doit avoir 3 ans.

En post-natal, l'équipe du CAMSP n'a pas pu aborder la question de l'alcool avec cette dame. Elle a toujours dit : « Non mais c'est fini, c'était avant ».

Elle n'est jamais arrivée alcoolisée. Il y a eu un suivi avec la puéricultrice de PMI à la sortie et ce suivi s'est interrompu à la fin de la première année. L'enfant a un SAF partiel.

On s'est dit que cette femme avait vécu des choses pendant sa grossesse. Elle a pu s'appuyer sur des professionnels, elle s'est sentie valorisée par le regard des soignants, elle a repéré tous les professionnels qui étaient autour d'elle, notamment les professionnels du champ de l'addictologie, elle sait où les trouver, elle sait qu'elle peut y aller, après ça lui appartient.

« Est-ce que l'on a rempli les premiers objectifs ? »

« Est-ce que l'on a rempli les objectifs de l'accueil en maternité ? ».

Et on nous demande toujours : « Est-ce qu'elles ont arrêté ? ».

L'objectif de la maternité est que la patiente accroche au suivi de grossesse, qu'elle puisse confier ses fragilités, ses craintes et ses besoins, que la place des pères soit prise en compte, qu'elle puisse s'approprier une proposition ultérieure. Voilà, sécurité de l'enfant, réduire les risques, moins d'appréhension vis-à-vis de l'alcool, la continuité anté/post natal, le bon lien mère-enfant et les conditions de suivi précoce et prolongé de l'enfant.

Marijo TABOADA

On va travailler là-dessus, et on va travailler aussi sur ces projets de groupe autour de l'auto-questionnaire. C'est vrai que c'est moi qui ai insisté pour que l'on travaille sur cette situation.

La question du repérage pendant la grossesse, ça fait 20 ans que c'est en travail. On sait que ça progresse mais on sait que l'on a du mal, que par moment on en a marre et que l'on recommence, et que tout ça n'est pas extrêmement satisfaisant. Mais s'il y a des perspectives sur : « Comment un travail se construit, y compris avec un enfant qui grandit, donc dans la continuité ? », ça nous donne un peu plus d'allant pour faire ce travail. Si on travaille maintenant autour de l'auto-questionnaire, c'est : « Comment l'objectif que l'on se donne par rapport à l'auto-questionnaire va nous donner la façon de l'utiliser ? ». Si cet auto-questionnaire doit être travaillé en anténatal dans les maternités, c'est-à-dire effectivement si on se donne l'objectif de construire un dispositif autour d'un bébé à venir, ce n'est pas la même chose que de construire un dispositif autour d'une maman qui boit. C'est ce changement de regard-là, qui nous paraissait intéressant, mais je ne pensais pas que tu finirais aussi brillamment. C'est comment effectivement, le fait que ce soit le bébé à naître, le bébé à venir qui va permettre d'orienter ce travail d'une autre façon, que la satisfaction du travail accompli va être autre aussi si ce bébé a trouvé un endroit pour être soigné et surtout si la mère ne rate aucun des rendez-vous du bébé. Le reste lui appartient, parce que ce qui nous appartient à tous c'est la responsabilité collective, que nous avons tous en tant que société auprès de ce bébé. En voyant ce déroulé là, on se dit que l'on peut faire quelque chose pour que cet enfant puisse avoir, y compris de la part de sa mère, le soutien qu'il mérite.

Est-ce que par rapport à la présentation, vous aimeriez avoir des précisions ?

Salle (intervenant 1)

J'aimerais juste revenir sur une chose. Je suis sage-femme. Je suis un tout petit peu interpellée car, dans la présentation, on sent bien que l'un de vos objectifs, était de mettre une présence quasi quotidienne auprès de cette femme dans le but de la soutenir. Ce qui m'interpelle un peu, c'est la multiplicité des professionnels.

Je m'interroge : « Est-ce que finalement ça n'a pas été contre productif ? » C'est-à-dire jusqu'à quel point ? Dans ma vision, l'important était plus d'avoir une personne pour cette femme, référente, un réel point d'appui.

Corinne CHANAL

Vous voulez dire quelqu'un qui passe tous les jours ? La même personne ?

Salle (intervenant 1)

Non, pas tous les jours, mais quand on reprend un peu l'ensemble, cette femme a raconté son histoire à chaque professionnel.

Corinne CHANAL

Je n'ai pas dit ça. Les transmissions que l'on fait de professionnel à professionnel avec l'accord de la dame, servent à éviter à la dame de raconter son histoire dix fois.

Salle (intervenant 1)

Oui, je suis d'accord avec vous, sauf qu'effectivement, elle voit tel professionnel le lundi, à qui elle dit : « Je suis peut-être un peu tentée ». Le mardi, elle en voit un autre, le mercredi encore un autre, vous comprenez ?

Corinne CHANAL

Non, je ne comprends pas parce que personne n'est en position de parler d'alcool, personne n'est allé la voir pour parler d'alcool.

Salle (intervenant 1)

Non, mais dans un soutien, indirectement. Tout cet étayage a été en rapport avec cette question. Je ne sais pas comment elle, elle a pu vivre ça. Le nombre impressionnant de professionnels autour de cette femme m'interpelle.

Corinne CHANAL

Oui, il y a deux sages-femmes, une de la PMI, une libérale, le médecin généraliste de la patiente. La sage-femme libérale et le médecin généraliste ont été choisis par la femme dans son cursus. Après, en intervention à domicile, on a rajouté la sage femme de PMI parce que l'on a pensé que c'était important qu'elle puisse ensuite préparer la place de la puéricultrice. Puis il y a l'équipe d'addictologie avec le rendez-vous le lundi pour avoir quelqu'un du champ de l'addictologie, voilà.

Salle (intervenant 1)

Il y a le psychiatre, l'éducateur, l'obstétricien... Je continue de dire que la somme m'interpelle.

Marijo TABOADA

Est-ce que vous pensez que ça peut être confusant pour cette dame ?

Salle (intervenant 1)

Quand on additionne, le pédiatre, l'équipe d'hospitalisation de suite... on se dit que cette dame a rencontré beaucoup de monde. Ca fait beaucoup.

Corinne CHANAL

Quelqu'un qui est hospitalisé va voir 30 personnes différentes au CHU, il y a une équipe de jour, une équipe de nuit....

Salle (intervenant 1)

Mais ce n'est pas la même chose.

Marijo TABOADA

Je trouve que la question est intéressante. Je m'interroge aussi, ça nous interroge. Quand vous dites contre-productif, c'est à dire qu'à un moment donné, il y aurait comme une dispersion, c'est ça ? Mais il y a des dames d'ailleurs qui disent qu'elles voient trop de monde, qu'elles ont un agenda bien rempli. Peut-être que selon les situations on peut construire des dispositifs très serrés parce que la dame ne va vouloir ne voir qu'une seule personne.

Salle (intervenant 1)

Oui, je pense, c'est à réfléchir quand même.

Marijo TABOADA

Oui c'est ça, il ne faut pas que ce soit systématique, c'est ce que vous voulez dire ?

Salle (intervenant 1)

Est-ce qu'à un moment donné, ça ne devient pas trop pour cette dame ? Ou est-ce qu'on ne lui impose pas trop de professionnels différents ?

Corinne CHANAL

D'ailleurs elle a lâché avec l'équipe d'addictologie.

Marijo TABOADA

Elle a lâché une des équipes c'est vrai...

Salle (intervenant 1)

C'est pour ça, je disais juste, se reposer, se requestionner, ce n'est pas une critique.

Corinne CHANAL

Après, il faut faire avec les vacances des uns et des autres.

Marijo TABOADA

Nous, ça nous est arrivé dans le cadre du DAPSA, où l'on fait de la concertation. On ne connaît pas forcément les familles donc c'est une autre pratique. C'est vrai que nous pouvons parfois être troublés par des personnes qui sont suivies, par exemple, par trois psychiatres différents et deux addictologues. On ne sait pas où se situe chacun. Donc je pense que la question mérite d'être posée à chaque fois. Qu'est ce qui fait millefeuille et qui devient inefficace ? Et qu'est-ce qui fait éventail et devient efficace ? C'est peut être ça qu'il faut interroger. Est-ce que c'est une simple superposition qui plombe tout, ou est-ce que c'est un éventail qui fait que cette personnalité en mosaïque trouve à exprimer une chose différente auprès de chacun ? Peut être qu'il faut que l'on interroge à chaque fois notre construction et ne pas l'accepter comme ça d'emblée, c'est peut être

ça la question, interroger le pourquoi. A ce moment-là on pourrait varier, c'est ça que vous vouliez dire ?

Corinne CHANAL

C'est vrai que sur l'aide au domicile, on s'était un peu calé sur les propositions de Réunionaff à la Réunion. Je ne sais pas si ça vous dit quelque chose, ils fonctionnent en intervention à domicile quotidienne en incluant la famille.

Salle (intervenant 2)

D'abord, c'est sur un temps de 9 mois...

Corinne CHANAL

Un peu moins, 6 mois, elle a accouché à 30 semaines.

Salle (intervenant 2)

C'est hyper compliqué de mettre en place un soin pour une première fois si elle n'a jamais consulté, c'est forcément de l'urgence quand il y a un bébé. Je trouve qu'on n'a pas la suite. La surveillance qui a été mise en place est importante pour l'avenir mais on voit rarement des gens s'arrêter de boire la première fois, c'est rare, c'est très rare. Elle y arrivera peut être le jour où son fils ou sa fille lui rentrera dedans mais peut-être pas avant. Ou bien, elle essayera quand les enfants partiront du domicile, c'est tellement long... Mais ceci dit, il y a quand même une urgence, qu'est-ce que l'on peut faire pour que l'enfant soit au mieux ? Nous, en 20 ans, depuis que je travaille au Centre Regain (il s'agit d'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), on a eu deux femmes enceintes seulement.

Corinne CHANAL

Ah oui, deux en 20 ans...

Salle (intervenant 2)

L'idée est de faire lien avec les PMI. Il y a quelques années, ce n'était pas la priorité donc je n'ai jamais réussi à faire un travail de concertation et de suivi. Il y en a une que l'on a réussi à bien tenir parce qu'on avait une infirmière qui allait à domicile. La deuxième nous a filés entre les doigts. Mais déjà, elles ne viennent pas quand elles sont enceintes et celle qui était enceinte et qui a tenu, elle était déjà suivi chez nous avant c'est pour ça. Je pense qu'effectivement ce qui m'a intéressé c'est qu'il puisse y avoir l'équipe de l'ELSA qui vienne en maternité. Que l'hospitalisation se passe en maternité me paraît intéressant.

Brigitte DALET

Ce que j'ai trouvé intéressant dans cette situation est comment les professionnels arrivent progressivement et comment vous vous posez les questions : « Ah je parlerais bien de l'ANPAA, mais je sens que ce n'est pas tout de suite le bon moment ». C'est tout ce travail de présenter un professionnel dans l'idéal bien sur au bon moment, au risque d'entendre un premier refus puis de le garder en réserve. C'est vrai qu'au bout du compte, il y a beaucoup de professionnels mais ce qui m'a bien plu est comment ils sont arrivés progressivement. Ils se sont posés les uns après les autres, certains étaient mobiles et venaient à domicile, d'autres étaient mobiles autrement puisqu'ils se

déplaçaient d'un service à l'autre. J'aime bien que ces professionnels ne soient pas tous pareils, pas tous au même moment et pas tous mobiles de la même façon.

Corinne CHANAL

C'est vrai qu'il y avait beaucoup de professionnels, mais il y a tellement de situations où il y a des professionnels qui ne savent même pas que les autres existent dans la situation. Là, dans ce cas, il y avait un lien entre tous, tout le monde savait qui il y avait. Effectivement parfois, dans les réunions, on est 30 !

Salle (intervenant 3)

Ce n'est pas une question, c'est un partage. Je suis infirmière sur le CSAPA de l'Hôpital Avicenne dans le 93 et sur l'équipe parentalité et addiction. Je trouvais très intéressant ce que vous disiez sur le travail en partenariat car je pense que c'est très important. On est à des temps différents de la prise en charge, souvent on ne sait pas qui gravite autour des situations et pour pouvoir vraiment travailler ensemble, faire du lien, pouvoir penser une prise en charge, c'est, pour ma part, fondamental. Je peux comprendre que l'on soit, parfois, un peu anxieux de voir tout le monde et tous les professionnels qui sont autour des situations, mais il y a aussi des situations de grande précarité avec des décisions assez anxiogènes pour les familles, de placement. C'est important que les équipes puissent à tout niveau partager avec l'accord de la famille et pouvoir penser aux soins.

Salle (intervenant 4)

Vous parlez uniquement de l'enfant et de la grossesse, il me semble qu'elle en a un autre enfant...

Corinne CHANAL

Oui, elle a un grand qui doit avoir 16-17 ans, né avant sa période d'alcoolisation, en apprentissage ou en alternance. Elle n'avait pas de difficulté avec lui, elle était en difficulté avec celui de 8 ans parce qu'elle disait qu'il bougeait beaucoup, qu'il avait du mal à l'école.

Salle (intervenant 4)

Oui, parce que finalement quand on refait toute l'histoire, elle a reproduit pour cette grossesse-ci, ce qu'il avait dû se passer pour la grossesse de son enfant de 8 ans.

Corinne CHANAL

Pendant la grossesse précédente, elle n'en avait parlé à personne. Elle n'avait parlé à aucun professionnel de son problème d'alcool jusque-là.

Salle (intervenant 4)

Mais c'est vrai que c'est impressionnant de voir le nombre de professionnels que ça mobilise.

Corinne CHANAL

Oui, et encore, on n'a pas le social, il n'y a pas d'assistante sociale, il n'y a pas d'éducateur, il n'y a personne du champ social, il n'y a pas eu de concertations, pas de réunions, pas de staff mère-enfant, ça peut être pire !

Marijo TABOADA

Je me questionne. C'était une grossesse à priori désirée puisqu'il y avait eu une PMA. On suppose qu'il était un enfant désiré, et peut être que tout le long de cette PMA, personne ne s'est posé la question et à fortiori ne lui a pas posé la question. Alors que cette grossesse spontanée était peut être imprévue. Autour de cet enfant de 8 ans, on ne s'est pas posé la question puisque l'on a supposé que c'était un enfant désiré, et donc à priori, qu'elle avait mis en place tout ce qui était nécessaire pour l'arrivée formidable d'un enfant formidable, ce qui n'a manifestement pas été le cas. Que l'enfant ait des troubles est une chose. On n'est pas obligé de trouver la cause du trouble pour s'intéresser au trouble.

Corinne CHANAL

En plus, il avait un retard de croissance.

Marijo TABOADA

Oui, donc voilà. Est-ce que l'on a proposé ou pas les choses à cet enfant ? C'est une question aussi qui m'interroge. Est-ce que l'on est obligé de connaître l'alcoolisation maternelle pour s'intéresser aux troubles de l'enfant ? On ne peut pas s'intéresser aux troubles de l'enfant tout court ? On peut toujours chercher les causes après si l'on veut. Mais je ne me souviens plus comment elle en a parlé. C'est parce qu'elle a dit au généraliste qu'elle buvait un peu de temps en temps ? Comment est arrivée la première fois où elle a dit « je bois » ?

Corinne CHANAL

Elle en a parlé à la sage femme, quand elle lui a fait le test de grossesse.

Marijo TABOADA

Comme ça, spontanément ?

Corinne CHANAL

Oui, en fait, elle lui a dit : « J'ai bu jusque-là, je suis enceinte est-ce que c'est grave ? ».

Et la sage-femme lui a dit : « Appeler votre médecin généraliste ».

Les femmes comme elle sont celles que je vois le plus souvent. Ce sont celles qui appellent et me disent : « J'ai pris 3 lignes de cocaïne, 4 extasies, est-ce que je garde le bébé ou pas ? ».

Très rarement, elles me parlent spontanément des consommations d'alcool qu'elles ont associées.

Marijo TABOADA

Maintenant, je me souviens de ce que tu as dit. Je me demande si dans une situation banale où une femme nous dit : « Depuis que je sais que je suis enceinte, j'ai arrêté de boire », est ce que nous n'avons pas tendance à considérer la question comme réglée ? Le fait que la dame ait dit : « Je buvais mais j'ai arrêté de boire dès que j'ai su que j'étais enceinte » aurait pu clore la question, on aurait pu s'appuyer sur le fait qu'elle a arrêté, c'est formidable, après elle arrêterait, elle n'arrêterait pas.... On ne se posait plus la question, puisqu'elle avait fait ce que tout le monde demande c'est-à-dire s'arrêter. Mais qu'est-ce qui a fait que vous proposiez à cette dame, cette enveloppe (trop grande, trop petite, on peut toujours discuter) qui a permis que cet enfant arrive quand même à bon port, enfin à peu près ?

Alors qu'à priori moi je me dis que dans les trois quart des situations, pour les femmes qui nous disent en début de grossesse : « Je buvais mais j'ai arrêté depuis que j'ai su que j'étais enceinte », on répondrait : « C'est formidable madame ». Je ne pense pas trop me tromper quand je dis ça ; je pense que l'on aurait tous fait ça. Et là, qu'est-ce qui fait que vous n'avez pas fait ça justement ? Et que vous avez continué à cheminer avec cette femme-là ? Ce qui n'était pas une mauvaise idée, la preuve.

Corinne CHANAL

Sur le premier appel, j'étais quand même relativement tranquille, mais malgré ça, cette femme avait parlé de consommations d'alcool. On met en place des choses au titre de la grossesse pour soutenir et resserrer le suivi de grossesse. La première chose c'est ça, et après on essaie de greffer du soutien ou de la confiance par-dessus, mais d'abord on ressert le suivi de grossesse. Alors je lui ai donné rendez-vous, elle a fait une échographie avec un référent... Je ne l'ai vu qu'à 11 semaines, le médecin l'a appelée quand elle était à 5 semaines, du temps est donc passé. Puis, elle a été hospitalisée, elle a parlé réellement de ses consommations d'alcool quotidiennes que quand on l'a hospitalisée à 14 semaines.

Marijo TABOADA

Est-ce que l'on se rend bien compte de ce que cette histoire nous raconte ? Elle nous dit que lorsqu'une femme s'autorise elle-même à nous dire : « Je buvais mais j'ai arrêté », ça n'a pas clos les choses, ça a créé une ouverture. Comment on travaille ça dans notre tête pour faire une proposition qui ne soit pas rebutante pour la dame ? « Vous avez eu cette fragilité, et parce que vous avez eu cette fragilité, on se propose de cheminer avec vous tout au long de cette grossesse pour accueillir cet enfant ensemble ». Ça nous oblige à une gymnastique particulière dans le cadre de l'accompagnement de la grossesse. Je suis sûre qu'on fait l'inverse d'habitude, et que l'on dit : « C'est formidable ». « Donc puisque vous avez arrêté, c'est une grossesse normale », alors que là « vous dites que vous avez arrêté mais votre vulnérabilité nous oblige à vous proposer quelque chose d'autre ». Comment on articule ça ?

Salle (intervenant 1)

C'est ça la clef. C'est vrai que lorsque l'on reçoit pour un suivi de grossesse une maman en première consultation, quand on aborde l'alcool, on a comme réponse : « J'ai arrêté ». On présuppose que l'orienter amènera à cette remarque : « Attendez, je viens de vous dire que j'ai arrêté ».

Corinne CHANAL

L'orientation au titre de la consommation, ça ne passe pas.

Salle (intervenant 1)

On est tous bien conscients de ça mais il est vrai que l'on suppose que comme elle dit avoir arrêté, c'est un peu une fin, on clos le débat. Et pourtant, il faut réussir à dépasser ça et c'est vraiment la clef.

Marijo TABOADA

Oui c'est d'autres difficultés...

Salle (intervenant 5)

A la différence, l'impression que j'ai, sur cette situation-là, c'est qu'elle a devancé la question et c'est peut être ça qui a mis la puce à l'oreille à la sage-femme. Le fait qu'elle ait devancé en demandant : « Est-ce que je risque quelque chose ? », peut être entendue comme une demande cachée. Moi je l'entends un peu comme ça.

Corinne CHANAL

Ca nous déclenche une alarme.

Salle (intervenant 5)

Mais c'est différent quand c'est vous qui posez la question dans un entretien, où là vous abordez le sujet et qu'elle vous dit : « Non, je ne bois plus ». C'est compliqué de passer à autre chose, de couper la conversation, tandis que là, elle l'évoque. Comment entendre ce qui nous est mis sur la table dans un entretien et comment s'en saisir à un moment donné ?

Salle (intervenant 4)

Mais quelques fois effectivement le fait d'aborder la question, permettent qu'elles rebondissent mais pas tout de suite, un peu plus tard, lors de la consultation ou sur une autre consultation.

Corinne CHANAL

C'est pour cela que l'on fait les mêmes protocoles de suivi de grossesse, qu'elles aient arrêté ou pas, à partir du moment où il y a une imprégnation au début de la grossesse, on ne change pas le suivi.

Salle (intervenant 4)

C'est ça qui est intéressant, car souvent c'est : « J'ai arrêté dès que j'ai su que j'étais enceinte ».

Corinne CHANAL

Oui mais c'est pour ça, interrogez sur comment elle a su qu'elle était enceinte...

Salle (intervenant 4)

Mais on peut supposer aussi qu'elles diront, de toute façon « non » à tout ce qui va leur être proposé puisque elles ont arrêté. Donc pourquoi aller chercher plus loin ?

Dans notre tête c'est important aussi d'élaborer autre chose.

Salle (intervenant 5)

Et on voit un intérêt quand on passe par l'intérêt de l'enfant et non plus par leur intérêt à elle. Il doit être, je pense, culpabilisant par moment. « Je bois et en plus je fais du mal ». Mais si on s'intéresse à deux à l'enfant, la mère et nous, on fait alliance pour un autre être. On déplace le problème de l'alcoolisation puisque l'on parle de l'enfant. Je pense à votre idée, la petite excuse pour rentrer en maternité : « Protéger le cerveau fœtal ». Si on amène les personnes à se préoccuper de ce qu'elles ont dans le ventre, de la vie qu'elles vont donner, c'est autre chose que de s'occuper de soi.

Brigitte DALET

Et c'est probablement la raison pour laquelle, elle a tiré la sonnette d'alarme pour être hospitalisée une deuxième fois, elle a dit ce qu'il fallait.

Corinne CHANAL

Le gynécologue a eu pas mal de clef. Ce n'est pas un grand bavard, il ne parle pas beaucoup, il a dû dire 3 phrases dans la consultation. Il lui a dit : « Si vous re craqué une fois je vous hospitalise », alors que de ma place de sage-femme, je n'aurais même pas osé demander au gynécologue une hospitalisation en maternité pour une femme qui craque une fois. C'est lui qui l'a proposé. Rétrospectivement, quand j'ai écrit le cas clinique, je me suis dit que j'allais me faire sabrer, j'ai regardé cette femme boire pendant trois mois !

Marijo TABOADA

Au moins tu l'as regardée, c'est mieux que de détourner le regard. Parce que c'est bien ce qui nous réunit ici aujourd'hui. « Comment on continue de regarder même quand les gens ne font pas ce que l'on aimerait qu'ils fassent ? ». Quand tu parles du soutien aux professionnels c'est aussi ça : « Comment accepte-t-on de rester à côté de quelqu'un qui fait comme il fait alors que ça vous déplaît profondément ? ». Pourtant c'est mieux que de s'en aller. Ce que tu décris par rapport au travail des aides-soignantes, c'est : « On hospitalise un fœtus qui se trouve être à l'intérieur d'une femme » et tu proposes que les aides-soignantes pouponnent un bébé qui est la maman. C'est-à-dire que tu as un bébé adulte qui garde à l'intérieur de son corps un bébé et tu as des mamans aides-soignantes qui pouponnent la maman avec en arrière-fond une sage-femme qui vient pouponner les aides soignantes. Nous avons une série de bébés les uns derrière les autres, accolés, mais qui se protègent réciproquement. Le gynécologue qui ne dit que quelques phrases a compris que cette femme est dans une souffrance, ce qui me fait penser qu'elle n'a peut-être pas que tord quand elle refuse les soins. Ce que je veux dire, c'est que cette dame tient aux rendez-vous par rapport à son fils et peut être que si elle était amenée à s'occuper d'elle, elle ne tiendrait plus par rapport à l'enfant. Elle a fait un choix. Elle ne peut peut-être pas s'occuper des deux en même temps. On voit ça souvent : des personnes prises dans des doubles choix qui font le choix de l'enfant pendant un certain temps à leur détriment. Quand elles ne font pas les soins pour l'enfant, on est bien embêté.

Salle (intervenant 6)

Sur la situation exposée, on a l'impression que l'ensemble des acteurs qui ont traversé cette situation avaient tous une forme de bienveillance ou de sensibilité à la situation, comme si tout avait très bien fonctionné. Vous nous dites que l'éducateur n'a pas l'habitude de se déplacer : il ne vient pas à l'hôpital, et là il accepte ; il ne vient pas à domicile, là il accepte. On a un médecin généraliste (en général les médecins généralistes ne sont pas les plus formés à cette sensibilité) qui prend le temps de vous appeler pour ça, ce n'est quand même pas commun. Vous avez une sage-femme qui porte attention à la phrase de la dame et qui vous appelle aussi ; le gynécologue qui propose cette hospitalisation si elle rechute.

Corinne CHANAL

En même temps, on n'a pas choisi des intervenants sensibilisés, on a pris en grande partie ceux de la dame. Ça fait quand même 20 ans que l'on travaille autour de ces situations chez nous, donc il y a une sensibilisation des professionnels au fil des années. Les médecins généralistes sont quand même isolés dans leur cabinet. Quand on les désisole, ils ont bien envie de désisoler les dames aussi. Et puis je donne mon numéro de téléphone personnel aux médecins généralistes, quand ils appellent certaines fois je suis en vacances. Il faut que ce soit tout de suite, sinon ils passent à autre chose, ils oublient et ils laissent tomber. C'est comme ça que ça fonctionne.

Salle (intervenant 6)

C'est pour entendre ça que je vous posais cette question...

Salle (intervenant 7)

En fait, vous avez un vrai travail de réseau mais nous ce que l'on constate sur la maternité de Melun, c'est que l'on est démuné par rapport à ces situations. La patiente annonce en consultation à la sage-femme qu'elle a un problème : « Je bois » ou « J'ai bu » ou « Je bois pratiquement plus » ; la sage-femme en parle au staff et dit : « Qu'est-ce que je fais ? ». Donc, on essaie de la mettre dans un réseau où se fait un suivi en l'addictologie, elle n'accroche pas vraiment. On sent qu'il y a une difficulté à articuler tous les professionnels, à se faire confiance, à savoir ce que l'on va faire. On essaie de l'envoyer à Evry sur une consultation spécialisée pour le bébé, pour lui parler du syndrome du SAF, etc...

Finalement, cette patiente va accoucher d'un enfant hypotrophe avec probablement un SAF partiel. Il y a un certain nombre d'échec dans le suivi, dans la prise en charge et on est démuné. Pour les faire accrocher à une démarche, c'est compliqué et c'est vrai qu'au niveau de l'équipe, on a tendance à dire que la priorité est l'arrêt de l'alcool.

Corinne CHANAL

La priorité c'est d'être en adéquation avec ce que la dame a dans la tête et sa demande à elle. Si on reste sur notre priorité, celle d'arrêter l'alcool, on se décale de sa priorité, celle que son bébé aille bien. En général, elles ont peur qu'il y ait une malformation, le plus important et capital va être l'échographie et l'accueil de l'échographiste. Si elle arrive à parler de sa crainte, d'effets possibles négatifs de consommation d'alcool à l'échographiste, c'est un premier pas. On reste sur la filière obstétricale donc on est plus en adéquation avec les patientes.

En fait, on les perd parce qu'on les envoie un peu partout et on les oriente par rapport à nos préoccupations et pas par rapport aux leurs. Ce n'est pas facile de rester en adéquation avec les leurs.

On se plante beaucoup avant d'y arriver, et on apprend des échecs et des erreurs.

Salle (intervenant 7)

Quand on leur dit à l'échographie morphologique que tout va bien, qu'il n'y pas de souci, elles ne vont pas poser des questions qui vont susciter des inquiétudes vis-à-vis de l'équipe, des choses qu'elles ne veulent peut être pas entendre. C'est difficile et on est seul.

Corinne CHANAL

C'est aussi pour ça que la consultation pédiatrique est collée à l'échographie morphologique car c'est souvent rassurant. Quand je vous parle des échographistes c'est parce que pour moi ce sont des adresseurs de patientes. Ils m'adressent des patientes régulièrement, des patientes avec des consommations d'alcool de début de grossesse avec des consommations d'autres produits, parce que ce sont des femmes qui arrivent stressées à l'échographie. Ils sentent celles qui sont plus inquiètes que d'autres. Tous les échographistes qui s'intéressent à « Pourquoi vous êtes inquiètes ? » ou « Est-ce que vous avez des facteurs de stress ? » peuvent avoir des réponses des patientes. Ca veut dire qu'il faut aussi connaître dans notre réseau les échographistes avec lesquels les patientes puissent parler, surtout parmi ceux qui font des diagnostics anténatals.

Marijo TABOADA

C'est pour cela aussi que l'on n'a pas souhaité établir une continuité entre l'anténatal et le postnatal, y compris le postnatal tardif. Cette situation, dont on avait déjà parlée, montre bien que c'est tout à fait déprimant de mettre en place plein de choses pour une dame pour que finalement arrive un enfant qui a des troubles liés à l'alcoolisation fœtale. On peut ressentir un sentiment d'échec. Je n'en sais rien si c'est un échec. Si je trouve fondamental de pouvoir établir une continuité entre l'anténatal et le postnatal, c'est qu'effectivement nous ne sommes pas maîtres de la vie des personnes. Elles ne font que ce qu'elles veulent, ou ce qu'elles croient vouloir. Comment nous préoccupons-nous d'un enfant, quelles que soient les conditions dans lesquelles il arrive ? Cet enfant peut naître avec des troubles liés à l'alcoolisation fœtale et néanmoins nous pouvons mettre en place tout ce qui permettra le meilleur développement possible pour lui, la meilleure récupération. Ma position a changé depuis 10 ans. Il y a 10 ans, je n'aurais pas du tout tenu ce discours-là. Il est vrai que les perspectives de développement d'un enfant à partir du moment où l'on en prend soin, sont devenues tellement plus importantes et vérifiées que je me dis : « Certes, là, je n'ai pas pu faire plus que ça, la dame n'a pas voulu, mais je peux continuer à faire des choses pour cet enfant ». Et à ce moment-là, la question de l'échec est abondée par tous les efforts que j'aurais faits pour que cet enfant bénéficie, malgré tout, d'un soin adéquat à sa situation, voir même d'une mère qui est capable de l'aider pour ses soins, ce qui n'est pas toujours le cas. Dans la perspective antérieure, on était très préoccupé par l'anténatal puisque l'on pouvait avoir le sentiment que tout se jouait sur cette période et que si cet enfant avait des troubles pendant la période de gestation, d'une certaine façon, c'était joué. Il est touché, c'est affreux, il n'est pas touché, alors tant mieux. C'était très binaire. A partir du moment où l'on peut rentrer dans une perspective de l'accompagnement de l'enfant, où l'on commence à savoir qu'avec des soins appropriés, il peut être touché mais néanmoins avoir une réelle progression et de réelles conditions d'épanouissement et de développement, on ne peut plus être dans le binaire. On est dans une culture tout à fait dynamique. « Combien de temps va-t-on accompagner cet enfant pour être sûr qu'il va avoir un développement à la limite de la normale, quelque chose qui le rend susceptible de vivre en société de façon adéquate ? ». Je pense que l'importance que prend maintenant la question du repérage prénatal et de l'accompagnement, évidemment est pour que la mère puisse réduire les risques au maximum pendant la grossesse mais pas seulement. C'est aussi pour pouvoir réduire les risques après la naissance par l'inclusion de ces enfants dans des réseaux de suivi, par des bilans réguliers, par les soins donnés au moment adéquat et par le soutien à cette mère ou à ce père pour qu'ils soutiennent leur enfant. On est donc dans une perspective à beaucoup plus long terme. C'est ça qu'il

faut que l'on arrive à mettre en place, cette dynamique qui va jusqu'aux 7 ans de l'enfant pour nous (on est passé de 3 ans à 7 ans, ça nous oblige à aller plus loin). Je pense que c'est ça qui fait que l'on ne pourra peut-être plus parler comme avant d'un grand sentiment d'échec. C'est vrai qu'il y a un échec partiel mais si, malgré tout, avec cette mère, on a pu travailler les appuis à l'extérieur, la démarche vis-à-vis du CAMSP, le résultat n'est pas que de l'échec. On peut quand même pondérer un peu notre sentiment d'abattement parce que ça n'accroche pas car c'est vrai que dès fois ça n'accroche pas.

Salle (intervenant 8)

Bonjour, je suis assistante sociale en MDS et dans ce que j'entends, je perçois aussi que la coordination et l'accompagnement sont difficiles. Tout ça me paraît bien médical aujourd'hui. Je voulais parler aussi de la place que l'on peut avoir dans les MDS sur ces accompagnements-là et de cette notion de coordination. En tant qu'assistante sociale, je pense à mes collègues TISF et à l'idée qu'ils peuvent être un maillon entre les différentes sphères dont l'on vient de parler. On a vu aussi que la visite à domicile marche. Ne pas attendre de la personne qu'elle soit en capacité d'aller vers mais bien tendre la main et aller directement vers la personne. Ça mérite de mettre l'accent sur ces missions qui peuvent permettre pendant la grossesse, également dans l'après, d'être dans ce soutien, cet accompagnement et aussi cette vigilance. Car, en ce qui concerne l'après, j'ai entendu des choses qui m'alertaient un peu sur le champ de la protection de l'enfance, comme pour l'enfant de 8 ans, comme sur les interrogations que l'on a pour le papa.

Corinne CHANAL

Je n'ai pas parlé d'assistante sociale, mais elle a rencontré l'assistante sociale de la maternité pour organiser la demande en postcure. L'assistante sociale a revu son dossier au niveau de la sécurité sociale, de la mutuelle. Cette femme a une sécurité sociale, une mutuelle, des revenus, des revenus par son mari avec un statut d'artisan donc un statut pas très simple, le RSI, ça parle aux assistantes sociales. La postcure n'était pas prise en charge par la mutuelle, donc elle a payé chaque journée de postcure et l'assistante sociale a retourné tout dans tous les sens sans trouver de solution. Comme la patiente avait un peu enterré les factures sur ses derniers mois d'alcoolisation, c'était dur de mettre la situation à jour. Par contre, au niveau des aides à domicile, TISF, etc... si on n'avait pas de TISF de prévention, on n'avait pas d'appui financier. Parfois, on arrive mieux à faire des choses avec des gens qui n'ont pas de sous.

Marijo TABOADA

On parle un peu de l'auto-questionnaire ?

Brigitte vous a proposé que l'on fasse le projet des groupes de travail pour la grande région Est Francilienne. Je ne sais pas comment on va l'appeler. Il porte sur un outil qui a une validation nationale par le GEGA. Le GEGA est une association nationale qui a été fondé par Claude LEJEUNE et qui est une association de professionnels parfaitement bénévoles. Ces derniers animent intellectuellement cet espace où on essaie de réfléchir. Il y a eu, notamment, un gros travail, surtout fait par Corinne, autour d'un auto-questionnaire, outil qui pourrait permettre plusieurs choses. Déjà de travailler ensemble autour d'un sujet en commun, et quand je dis ensemble, je parle de ce qui relève de l'obstétrique, du pédiatrique, de l'addictologie, du social, c'est-à-dire de toute cette diversité de professionnels et de champs qui a un moment donné doivent se croiser, se frotter les uns aux autres pour faire un accompagnement sur la longue durée autour de cette question de l'alcoolisation fœtale. Ce questionnaire est accessible mais c'est vrai

qu'il est en lui-même un outil et un outil en lui-même, ça ne dit pas ce que l'on en fait. Ça peut être un outil de soins ou une arme mortifère, tout dépend comment vous l'utilisez. C'est l'intentionnalité qui fait l'outil.

Corinne CHANAL

L'équipe de l'ELSA de Melun a beaucoup participé à ce travail. L'idée de l'auto-questionnaire tourne depuis quelques temps. Entre 2006 et 2008, à Lille- Roubaix, il y a une interne en gynécologie obstétrique qui, pour sa thèse, a choisi d'essayer de mettre en place un auto-questionnaire en maternité avec le soutien de l'équipe d'addictologie. Elle l'a réalisé avec 17 questions à réponse « oui »/ « non » pour une lecture assez facile. Elle l'a constitué en se basant sur un mélange de questionnaires validés avec 4 questions sur l'alcool, des questions sur le tabac, des questions sur le sentiment de sécurité, sur les violences, sur le besoin d'aide à l'extérieur. En fait, sur les addictions et les facteurs de vulnérabilité qui peuvent prédisposer aux addictions. Elle a essayé, ensuite, trois méthodes pour faire passer cet auto-questionnaire. En premier, elle a essayé l'envoi à domicile. Après l'inscription des patientes, elle leur envoyait un dossier à domicile dans lequel il y avait l'auto-questionnaire qu'elles devaient remplir et ramener en consultation. En deuxième, elle utilisait la consultation, la secrétaire donnait le questionnaire, il était alors rempli en salle d'attente et donné au consultant. La troisième méthode a consisté à donner au consultant le questionnaire lors du premier rendez-vous pour qu'elles le rapportent au 2^{ème} rendez-vous. La méthode qui a le mieux fonctionné est la deuxième.

Elle a récupéré 88% de questionnaires, c'est énorme. Elle a construit cette méthodologie avec une étude préalable sur la méthodologie. Elle a récupéré presque 2000 questionnaires et a comparé les résultats avec informations citées dans les dossiers. Il était prévu avec l'équipe d'addictologie que le relecteur, le consultant de la grossesse, adresse au psychologue de la maternité à l'addictologue, ou à l'assistante sociale. Elle a ensuite fait une enquête de satisfaction auprès des consultants.

Il y a eu énormément de repérages, quasiment 4% de tests positifs concernant la consommation d'alcool face à un taux de 0.1% dans les dossiers. Un gros repérage sur les violences aussi, ce qui a quand même étonné tout le monde. Il y avait également des questions sur le sentiment de mal être, tirées du score d'Edimbourg avec des résultats tout aussi impressionnants. Leur conclusion est allée dans le sens d'un meilleur repérage mais, par contre, il n'y a eu aucune consultation en addictologie. Donc ça n'a pas du tout fonctionné au niveau de l'orientation. Ils ont déduit de leur étude qu'il fallait peut-être améliorer la formation des relecteurs avec une formation sur l'entretien motivationnel et qui puisse faire un peu le maillon manquant. Mais comme l'appréciation de cet auto-questionnaire avait été très positive par les consultants, 92% d'entre eux disaient vouloir le garder pour une utilisation courante, ce qu'ils ont fait à Lille. J'ai appelé les sages-femmes de Lille ; elles m'ont transmis s'en servir beaucoup avant les entretiens. Elles trouvent que cela a amélioré et fluidifié la discussion avec les patientes autour de toutes ces vulnérabilités.

Au départ, je n'étais pas trop pour l'idée d'un auto-questionnaire, ça me heurte. En plus, je travaille beaucoup avec l'équipe de pédopsychiatrie. Je me suis intéressée au vécu des professionnels par rapport à ça et au vécu des patientes. Le fait que ça reste utilisé couramment, c'était assez interpellant et positif. Dans ma région, on a beaucoup travaillé par bassins de naissance autour du travail en réseau et de la connaissance du réseau

local, des orientations, des conduites à tenir quand il y a des patientes avec des consommations. Au niveau des prises en charge, c'était fluide, mais on bloquait toujours sur le repérage alcool et cocaïne. Du coup on s'est dit que l'on allait peut-être essayer l'auto-questionnaire, que de toute façon ça allait être expérimenté donc autant l'accompagner.

Au réseau périnatal, on a monté un projet, notamment financé par la DGS. On a proposé l'expérimentation d'un auto-questionnaire que l'on a retravaillé un petit peu, dans toutes les maternités de la région, privées et publiques. Chez nous, c'est un peu spécial, il y a plus d'accouchements dans le privé que dans le public, c'est le contraire du Nord. On a 10 maternités privées et 10 maternités publiques. Cette expérimentation de l'auto-questionnaire s'est accompagnée de la formation d'une sage femme référente par établissement qui voyait les patientes pour des entretiens dans le cadre de leur établissement. On a aussi formé ces sages-femmes sur le travail en réseau et l'entretien motivationnel pour essayer de répondre aux conclusions des enquêtes de Lille. On a constitué un groupe de pilotage régional avec des addictologues, des sages femmes, des psys, un peu tout le monde. Dans l'enveloppe budgétaire que l'on avait eu de la DGS, ils nous avaient dit « il faut qu'il y ait l'ARS absolument dans le groupe de pilotage ». On a donc contacté le médecin inspecteur de l'ARS.

On a modifié légèrement l'auto-questionnaire, par rapport à une question sur les psychotropes parce que l'on a énormément de patientes avec des traitements puis par rapport à une ou deux questions. Quand on s'est adressé aux maternités, on s'est adressé aux cadres sages-femmes en leur demandant si elles étaient d'accord pour participer à ce projet et désigner une sage-femme référente. On avait demandé à ce que ce soit une sage-femme qui fasse déjà des consultations de grossesse et des entretiens, pas quelqu'un sorti du suivi de grossesse. Il ne fallait pas que ce soit une sage-femme tabacologue qui ne fasse que de la tabacologie. Il fallait qu'elle soit repérée par les gynécologues comme étant inscrite dans le suivi de grossesse.

Les dix maternités publiques et la moitié des maternités privées ont participé. J'ai fait le tour des maternités pour proposer des organigrammes de prise en charge, un guide de lecture de l'auto-questionnaire ainsi qu'un petit diaporama, inspiré du travail qui avait été fait à Lille et à Roubaix. Je suis allée aux staffs du matin dans les maternités pour rencontrer les gynécologues obstétriciens et avoir l'adhésion de l'équipe. On a démarré les formations. Puis, quand on est passé à la phase « on démarre l'auto-questionnaire », on a eu une surprise très agréable. L'ARS nous a appelé en nous disant : « On va soutenir votre projet, on va financer un temps de sage-femme par établissement public ». Ils ont financé entre 0.2 et 0.5% d'équivalent temps plein de postes de sage-femme dans les maternités. Ça fait 20 ans que l'on travaille là-dessus dans toute la région, on a passif, avec une commission régionale de la naissance. Ça faisait au moins 10 ans que les recommandations disaient : « Il nous faut une porte d'entrée dans chaque maternité », cette porte d'entrée doit être un gynécologue ou une sage femme référente. On a démarré avec ça et on a eu des chiffres encore plus élevés que ceux de Lille. Notre auto-questionnaire était un triptyque avec la dernière page à envoyer au réseau. On a récupéré 3000 questionnaires avec des résultats similaires à ceux de Lille. On est retourné dans chaque maternité pour leur restituer les résultats avec comparaisons avec les chiffres de la région et les chiffres de Lille. L'accueil avait complètement changé parce que le vécu de l'auto-questionnaire a été beaucoup plus facile que la représentation qu'en avaient les consultants avant que ça se mette en place.

Ca a mieux marché dans les maternités où il n’y avait rien d’organisé. Ca a le plus mal fonctionné là où je travaille, avec 43% de pertes d’auto-questionnaires. On a donc du arrêter l’expérience en cours car on s’est dit qu’il était dangereux de garder des questionnaires remplis par des patientes qui n’étaient jamais relus. Ca a le mieux marché dans les maternités où il y a beaucoup de sages-femmes qui consultent et qui font les premières consultations.

On a quand même eu un problème. Les 4 questions sur l’alcool sont des questions indirectes et ne concernent pas la question de la consommation d’alcool pendant la grossesse. C’est : « Est-ce qu’il vous faut plus de 2 verres par jour pour ressentir les effets de l’alcool ? Est-ce que ça vous gêne quand on vous dit que vous buvez trop ? ».

Et lorsque les sages-femmes disaient : « Et est-ce que vous avez consommé pendant la grossesse ? », les femmes répondaient : « Bah non pas pendant la grossesse ».

Du coup ça passait à l’as.

Il y a donc eu très peu d’orientations en addictologie sur les consommations d’alcool alors qu’il y en a eu beaucoup sur le cannabis et sur les médicaments psychotropes. On s’est dit qu’il fallait réfléchir de nouveau aux questions « alcool » et retravailler cet auto-questionnaire. C’est comme ça qu’on l’a retravaillé au sein du GEGA pour avoir un groupe davantage pluridisciplinaire et multicentrique, avec des gens qui l’avaient déjà expérimenté. C’est plus un auto-questionnaire pour démarrer l’abord du sujet, de la consommation, des fragilités. On l’a tourné dans l’autre sens pour commencer par les questions plus soft.

On l’a retravaillé au GEGA parce que l’expérience de Lille a fait réfléchir pas mal de gens. On souhaitait que cet auto-questionnaire soit entouré de précautions pour être utilisé dans des maternités. Par précaution, on entendait, préparer avec l’équipe en place à ces questions : « Qu’est-ce qu’on faisait des croix positives ? Qu’est-ce qu’on faisait des patientes ? Qu’est ce qu’on leur proposait ? ». Pour ne pas travailler un auto-questionnaire sans préparer l’après. On a, également, rajouté des questions sur le trouble du comportement alimentaire.

Sur le site, on a fait des recommandations au préalable sur la mise en place de l’auto-questionnaire. Il faut, au moins, qu’il y ait un groupe pluridisciplinaire dans chaque bassin de naissance pour travailler au sujet de : « Qu’est-ce que l’on fait avec les patientes ? ». La base est là, ça doit être réfléchi avant...

Marijo TABOADA

C’est vrai que l’on n’a pas envie d’aller beaucoup plus loin car ce serait entamer le travail sur les groupes, alors que j’ai le sentiment que pour que ces groupes soient intéressants, il faut qu’ils aient une implantation locale. L’idée est que l’auto-questionnaire serve à la fois à un meilleur repérage et à la fois à créer la micro cellule ou le micro réseau local qui va permettre justement de créer cette configuration partenariale qui fait que l’on est jamais seul ou isolé avec un suivi complexe mais que l’on a toujours des partenaires qui peuvent vous servir de soutien. Le travail autour de l’auto-questionnaire a ces deux fonctions-là.

Corinne CHANAL

Dans ma région, en pratique, il n’y a plus que quatre maternités qui utilisent l’auto-questionnaire en pratique courante. Par contre, on a depuis cette expérience, tous les ans une augmentation du chiffre du repérage dans toutes les maternités. C’est progressif tous les ans mais tous les ans ça augmente. Le principal bénéfice de cet auto-

questionnaire est d'avoir créé un électrochoc dans les maternités. On a eu un taux de 5% de femmes en usage nocif d'alcool, les gynécologues n'en revenaient pas !

Salle (intervenant 9)

Qu'est-ce qui a fait justement que les maternités n'ont pas poursuivi si l'auto-questionnaire avait été si bien reçu et en plus avec de bons résultats ? Quel a été le frein à un moment donné ?

Corinne CHANAL

Le frein est la non relecture par le consultant. C'est-à-dire que quand les femmes étaient vues par un professionnel de la grossesse, le consultant ne relisait pas toujours le questionnaire avec la patiente. Dans certaines maternités, les sages femmes allaient rechercher les feuilles dans les dossiers, rappelaient les patientes pour leur proposer un entretien et les femmes qui ne voulaient pas venir faisaient un entretien téléphonique. Il y a eu une adaptabilité dans chaque maternité sur l'organisation. Il y a des maternités où c'était trop lourd, donc trop lourd pour rester dans une utilisation courante. On ne peut pas monter de projet si on n'a pas d'évaluation des besoins, là, ça nous a permis d'avoir une évaluation des besoins. Là où c'est resté assez fluide, c'est là où il n'y a pas trop de consultants ou là où les sages-femmes font l'ouverture de dossier. On a une clinique privée qui, après le projet, a proposé l'auto-questionnaire à toutes les femmes qui sont venues et qu'ils ont suivies, parce qu'ils avaient une consultation d'inscription. Elles avaient toutes l'auto-questionnaire. Ils sont allés voir l'ARS avec le résultat de l'auto-questionnaire et ils ont obtenu un temps, après les autres, sur un reliquat de budget, ils ont obtenu un 0.15% dans une maternité privée. Sauf que les autres maternités privées ne se sont pas impliquées comme ça, ils ont fait des expériences sur des consultations de gynécologue qui étaient d'accord et il n'y en a aucune qui a fait plus de 50 questionnaires. Alors que la petite maternité, elle a fait 350 questionnaires et elle a eu moins de 350 accouchements dans l'année

Marijo TABOADA

La question que je me posais est par rapport à l'abandon de l'auto-questionnaire. Est-ce que c'est un échec ou est-ce qu'à un moment donné, le personnel de ces maternités est suffisamment à l'aise pour ne plus avoir besoin du support ?

On peut aussi imaginer ça...

Corinne CHANAL

On continue de travailler avec les sages-femmes référentes de chaque établissement. On organise deux journées par an, que l'on appelle « Journée de Regroupement Régional des sages-femmes référentes, vulnérabilité et addiction », avec des formations continues, des reprises de cas. Ça permet d'avoir une cohésion de groupe. On les a rendues visibles au niveau du réseau extérieur avec leurs coordonnées. Sur l'évaluation actuelle, il faudrait que l'on fasse une étude : d'un côté, les maternités qui ont auto-questionnaires et sages-femmes référentes et de l'autre, les maternités qui n'ont pas gardé l'auto-questionnaire mais qui ont la sage femme référente. Nous avons les deux, nous ne savons pas si c'est la présence de la sage-femme qui fait que l'on a une augmentation du repérage, parce que quand on sait à qui adresser c'est beaucoup plus facile, d'aborder le sujet. Ou si c'est l'utilisation de l'auto-questionnaire avec le fait d'être plus à l'aise avec les questions qui y a participé. Dans les endroits, où l'on n'utilise pas l'auto-questionnaire, on va reprendre une idée, celle du réseau périnatal du Pays de

Loire qui utilise une réglette qui s'appelle « repérer-orienter ». Elle est téléchargeable sur leur site. Ca reprend un peu les questions du questionnaire. En fait, c'est plein de petites questions pour aider le professionnel à aborder les consommations et les vulnérabilités avec les personnes. On trouve aussi les coordonnées locales.

Pour travailler sur les groupes de travail dans les différents bassins de naissance, il y a des endroits où l'on va retravailler ça, par exemple, à Nîmes, qui est une ville où il y a beaucoup de structures et pas assez de liens ; ils ont choisi de travailler là-dessus et de faire leur propre plaquette. Ils ont mis deux référents, un référent addictologie et un référent grossesse.