

# Deux ans avec l'équipe mobile d'addictologie

**Claudine Rassion a travaillé auprès des femmes enceintes dépendantes de septembre 2003 à septembre 2005 à l'hôpital Cochin-Port-Royal. Elle était sage-femme au sein de l'équipe mobile d'addictologie (EMA) et nous livre son expérience.**



## *Pourquoi avoir choisi ce poste ?*

Je souhaitais avoir davantage de temps avec les femmes pour approfondir les relations qui se tissent au cours de la grossesse. J'étais également intéressée par la problématique de l'addiction car j'ai connu des patientes en difficulté majeure. Ce sont des situations qui nous bousculent : dans nos représentations, toxicomanie et maternité ne peuvent aller de pair. Les personnels hospitaliers ont aussi parfois des réactions violentes. Car lorsqu'on rencontre une femme toxicomane uniquement en salle d'accouchement, il est difficile d'imaginer l'enfant dans cet univers. Mais je pense que la maternité garde un sens même dans cette situation.

## *Comment se sont passés vos débuts ?*

Je n'ai pas suivi de formation spécifique, mais j'ai suivi une formation sur la précarité médico-psycho-sociale pendant mes deux années à l'EMA. C'était difficile de remplacer une sage-femme en place depuis cinq ans. Pour assurer la transmission de ce poste, nous avons d'abord rencontré ensemble les patientes. Elles étaient très méfiantes et me l'ont clairement fait comprendre. Le travail "d'apprivoisement" mutuel est inévitable car il faut du temps pour instaurer la confiance. Elles se méfient de l'hôpital et tout changement d'interlocuteur est anxiogène. Elles craignent aussi les services sociaux car elles ont peur qu'on leur retire leur enfant. Et elles ont honte ou peur d'être jugées. C'est pourquoi lors du premier entretien, elles sont soit en retrait, soit très agressives. Parfois elles n'arrivent même pas à venir ou alors avec beaucoup de retard. Les rendez-vous manqués font d'ailleurs partie intégrante de la grande disponibilité exigée par ce poste.

## *Comment les patientes vous sont-elles adressées ?*

Elles nous sont presque toujours adressées par d'autres structures. En général, elles sont prises

en charge par un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST). D'autres sont suivies par un médecin qui accompagne leur substitution. Certaines nous sont adressées lors de garde à vue par l'Hôtel-Dieu ou "découvertes" in extremis, comme certaines SDF que les pompiers conduisent à l'hôpital. Parfois, les femmes révèlent leur toxicomanie lors d'un entretien avec une sage-femme de la maternité. Elles sont alors souvent déjà prises en charge, et ont plutôt un problème de consommation de cannabis à haute dose ou d'usage festif et régulier de cocaïne ou d'alcool. Un peu moins d'un tiers des femmes suivies est bien inséré socialement.

## *Comment se déroule le suivi de grossesse ?*

J'assure toutes les consultations de suivi. Leur fréquence est adaptée au cas par cas. Par exemple, on peut proposer davantage de rendez-vous au premier trimestre – pour gérer la toxicomanie ou prévenir le risque de fausse-couche – puis les espacer ensuite à une fois par mois si la situation est très stable. L'EMA dispose d'un médecin référent qui est également spécialiste en échographie. Nous lui adressons de préférence nos patientes, surtout en cas de consommation d'alcool, de crack ou de cocaïne. Mais je rencontre souvent les patientes avant ou après pour réinterpréter ce qui vient de se passer. Je n'assure pas la préparation à la naissance. Certaines patientes pourront s'intégrer à un groupe, d'autres non. Pour ces dernières, je fournis les explications lors des consultations qui durent au moins une demi-heure. Je leur explique le déroulement de l'accouchement, mais d'une façon quelque peu différente des cours de préparation classiques. Leur rapport à la douleur est autre, car leur corps se rappelle à elles uniquement dans la souffrance. Les toxicomanes lourdes n'écourent pas leur corps et il faut tenter de les y

ramener. Dès 37 SA, je fais un monitoring toutes les semaines, car nos patientes identifient souvent très mal les contractions utérines, et la surveillance fœtale de fin de grossesse est importante pour ces fœtus souvent petits.

### **Le sevrage est-il le but de cet accompagnement ?**

De nombreuses patientes sont déjà substituées. Avec les autres, nous cheminons vers le sevrage. Pour les héroïnomanes, cela nécessite une hospitalisation pour la mise en place du traitement substitutif et un encadrement important. C'est plus difficile avec la cocaïne et le crack car il n'existe pas de substitution. On les inquiète sciemment sur les effets de ces produits. Parfois nous avons recours à une aide médicamenteuse prescrite par le psychiatre ou le médecin addictologue de l'EMA. La consommation de crack et de benzodiazépines a tendance à perdurer pendant la grossesse. L'abstinence totale pour l'alcool est difficile à obtenir, de même que pour le tabac. L'alcool reste le produit pour lequel la honte, la culpabilité et le déni sont les plus ancrés. Le cannabis semble être évoqué plus facilement. Par ailleurs, les poly-toxicomanes sont nombreuses, et un sevrage total n'est pas toujours envisageable.

### **Vous arrive-t-il de suggérer un avortement ?**

Il n'est jamais proposé, même lors d'une dépendance majeure. Mais nous sommes totalement à l'écoute en cas d'ambivalence ou de grande difficulté exprimée par la femme pour répondre le mieux possible à sa demande. En général, nous rencontrons peu de femmes avant 24 SA. Celles que nous rencontrons au premier trimestre de grossesse sont en général déjà bien prises en charge.

### **Quel est votre rôle pendant l'accouchement et les suites de couches ?**

Je joue un rôle de médiateur avec les équipes. Chaque mois, nous tenons une réunion médico-psycho-sociale avec certains membres du personnel pour évoquer les patientes en cours de suivi. C'est une façon de présenter celles qui vont bientôt accoucher et de préparer le personnel soignant à la prise en charge de certaines situations. Il peut arriver par exemple qu'une patiente se shoote en salle de naissance. Le jour J, je suis toujours prévenue par mes collègues et je reste disponible. Parfois j'interviens, comme lorsqu'une patiente débranche son monitoring pour aller fumer. J'explique qu'il

vaut mieux accepter qu'elle fume une cigarette plutôt que de lutter pendant des heures et basculer dans l'agressivité générale. D'autres fois, il faut user d'une certaine poigne, parfois même de l'intervention du psychiatre ou du chef de service quand la patiente est ingérable et les soins nécessaires impossibles. On fait des concessions, mais les patientes doivent aussi s'adapter. Je rends visite également aux femmes en suites de couches.

### **Vous devez sans cesse vous interroger sur l'aptitude des patientes à prendre en charge leur enfant. La question du signalement est-elle omniprésente ?**

On ne prend jamais de décision à l'avance, car on ignore l'évolution d'une patiente. Certaines personnes ont un profil catastrophique en début de grossesse, puis elles évoluent vers un parcours de sevrage, et rentrent dans un suivi de façon exemplaire. La relation mère-enfant se noue. Ce qui n'augure pas de son avenir à plus long terme. Nous prenons en compte la facette que les femmes nous présentent, mais aussi l'avis du CSST qui la suit ou de son médecin de ville. La situation est instable pour tous jusqu'au bout. Ce qui demande une bonne capacité d'adaptation. Nous essayons surtout de leur donner les moyens d'appeler au secours. Celles qui savent le faire pendant leur grossesse nous montrent leur capacité d'appeler à l'aide quand elles perdent pied. Tout est donc en nuance. Quand nous sommes inquiets, nous prévenons la mère. Il n'y a pas de signalement d'enfant "surprise". Par ailleurs, nous sommes en relation avec un CSST spécialisé dans la famille et la périnatalité avec qui nous tenons des réunions trimestrielles. Cela permet de connaître le parcours des mères et de leur enfant une fois qu'elles ont quitté la maternité.

### **La crainte de l'erreur est-elle importante ?**

Il est inévitable de s'interroger, c'est pourquoi le travail en équipe est nécessaire. Nous savons que l'enfant ne va pas grandir dans un environnement idyllique. Par ailleurs, de nombreuses femmes sont dans une situation très précaire, à l'hôtel ou hébergées. Mais il serait trop facile de nous sécuriser en optant d'emblée pour un placement en pouponnière. Les décisions sont plus faciles à prendre dans des cas de dépendance extrême : les femmes ont une perception modifiée et elles ne parviennent pas à s'impliquer dans la prise en charge concrète des soins

## → L'EMA en chiffres

L'équipe intervient dans tous les services du groupe hospitalier en cas de besoin. En 2004, 29 patientes ont été prises en charge et 24 ont accouché à la maternité de Port-Royal.

**Profil des patientes prises en charge : 40 % vivait de leur salaire ou de celui de leur conjoint. 15 % était sans ressources. 75 % avait un domicile personnel. Les antécédents psychiatriques lourds sont fréquents. La prise en charge est relativement précoce : seul un tiers des parturientes a été pris en charge après 24 SA. La moitié était primipare. Un peu plus de la moitié des patientes ont eu un suivi régulier.**

**Les enfants : un tiers a été admis en suites de couches avec leur mère, un tiers a séjourné à l'unité mère-enfant et un tiers en réanimation néonatale. Un tiers des enfants a présenté un syndrome de sevrage. Deux enfants sont suspects de SAF (pour 13 femmes ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse dont trois avec l'alcool comme produit d'élection). Deux enfants ont fait l'objet d'un signalement avec placement dès la naissance. Deux signalements sont envisagés actuellement par les équipes de secteur pour placement éventuel.**

Source : EMA, Rapport d'activité 2004.

nécessaires à leur bébé. En revanche, les décisions les plus difficiles concernent celles qui ont un terrain fragile mais qui ont conscience de ce qui se joue. C'est le cas de la majorité de nos patientes. Dans ces situations, on se reproche parfois le manque de présence, de contact auprès d'elles. Je me souviens d'une femme qui a fugué une demi-journée en suites de couches, laissant son enfant dans le service. À son retour, elle était effondrée de constater que l'enfant allait lui être retiré. La fragilité au cours de la grossesse puis après la naissance de l'enfant exigeait que nous posions des limites. Mais pour cette mère et son enfant, ce ne sera pas facile à effacer et à reconstruire plus tard.

### **Vous êtes de retour en salle de naissance depuis septembre dernier. Quel bilan tirez-vous de votre expérience à l'EMA ?**

J'avais besoin de me ressourcer, de refaire des accouchements et de mettre un bébé dans les bras de sa mère sans me poser autant de questions. Mais j'ai énormément appris, notamment grâce au travail constant en équipe. Les travailleurs des CSST m'ont également beaucoup formée. Cette expérience m'a changée : j'essaie de ne plus avoir d'a priori avec toutes les patientes que je rencontre. En salle de naissance, les jugements sont permanents, sur la gestion par les femmes de leur douleur, sur l'attitude des pères... Les émotions de tous sont omniprésentes. J'y suis plus sensible qu'auparavant et je me méfie de nos impressions premières.

■ Propos recueillis par Nour Richard-Guerroudj