Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 116 (2018)
Heft: 4

Artikel: Vivre une grossess en situation de toxicomanie
Autor: Roulet, Céline / Zehnder, Géraldine
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949494

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Vivre une grossesse en situation de toxicomanie

La consultation Addi-Vie du CHUV à Lausanne accompagne les femmes enceintes ayant une problématique de dépendance. Sages-femmes consultantes au sein du programme, Céline Roulet et Géraldine Zehnder expliquent leur rôle dans ces suivis délicats et présentent une situation concrète qu'elles ont rencontrée.

Céline Roulet et Géraldine Zehnder

«Une problématique à la fois médicale et sociale met particulièrement à mal les services d'obstétrique: la toxicomanie chez les femmes enceintes. Les peurs mutuelles violentes paralysent les relations et la prise en charge médicale se résume souvent à un malaise. Les placements d'enfant en urgence laissent insatisfait.» (Molénat, 2000)

Au sein de la maternité du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne, la consultation Addi-Vie a été mise en place il y a 15 ans pour accompagner tout au long de leur grossesse les femmes enceintes présentant une problématique de dépendance. La consultation se compose de deux sages-femmes et d'un médecin cadre et ses objectifs sont les suivants:

- Garantir un suivi obstétrical adapté à chaque situation;
- Mettre en place un réseau pour soutenir la famille en devenir et assurer la sécurité de l'enfant à naître;
- Soutenir et former les équipes de professionnels.

Les défis sont nombreux. Il faut pouvoir à la fois proposer un suivi de grossesse en minimisant les risques, mettre en place un cadre sécurisant pour assurer l'avenir de l'enfant dans les meilleures conditions possibles (prioritairement auprès de ses parents) et cela tout en tenant compte des représentations et du vécu de chacun·e (patients et soignants), au moyen d'une communication interpersonnelle et interprofessionnelle adéquate.

Une «expérience de normalité»

En ce qui concerne le suivi de grossesse et sa réussite, il est important de pouvoir construire une alliance thérapeutique avec la mère dès le départ. C'est au moyen d'une écoute attentive, empathique et en considérant la femme, le couple «comme des parents tout venant et non pas comme toxico/malade mentaux» en leur offrant une «expérience de normalité» (Morisod, 2010) que cette alliance est possible et constructive. C'est également au travers d'un discours non moralisateur et non culpabilisant que la prise en charge se voit facilitée. Il n'est cependant pas toujours facile de rentrer en communication et d'obtenir la confiance des mères, la crainte d'un retrait de garde étant toujours présente à l'esprit. De plus, la peur d'être stigmatisée et considérée comme une mauvaise mère amène la patiente dépendante à une recherche tardive de soins avec pour conséquence une grossesse non suivie parfois pouvant aller, dans des cas extrêmes, jusqu'au terme.

Il est donc important de prendre en compte ses besoins et ses demandes, à savoir: être suivie comme une autre femme enceinte; pas de stigmatisation, pas de discrimination; transparence, empathie et congruence de la part du personnel soignant; être informée; que son bébé soit en bonne santé et ne pas être séparée de lui. Le travail en réseau dans ces situations est capital, car c'est seulement par une prise en charge multidisciplinaire que la sécurité de l'enfant à venir peut être assurée, mais aussi que les femmes vont pouvoir y trouver une certaine satisfaction, un appui, pour soutenir leurs efforts dans les différentes étapes du suivi.

Cela signifie beaucoup d'intervenants, mais la complexité de la situation demande, au vu des spécificités propres à la toxicodépendance et la grossesse, une réponse précise. Il n'y a pas de place pour de l'à peu près. Plus tôt le réseau est mis en place (en prenant en compte les aspects sociaux, médicaux, gynécologiques, obstétricaux et pédiatriques), plus les risques fœtaux-maternels diminueront. La collaboration avec un centre spécialisé est également recommandée.

La prise en charge au CHUV

Les femmes sont orientées au sein de la consultation Addi-Vie par différents biais: policlinique maternité, maternités régionales s'il y a risque d'accouchement prématuré, professionnels du domaine des addictions, gynécologues en ville, bouche à oreille au sein de la population de consommateurs, antécédent de suivi au sein de la consultation, professionnels dans le domaine des maladies infectieuses.

Auteures

Céline Roulet, infirmière sage-femme, consultation Addi-Vie de 2007 à 2018

Géraldine Zehnder, infirmière sage-femme, consultation Addi-Vie.

Fotolia

Rôle de la sage-femme au sein de la consultation

- Offrir un suivi de grossesse adapté tant dans la durée que dans la fréquence des consultations. Les femmes sont vues en moyennes toutes les trois semaines durant une heure minimum (temps estimé pour réaliser le contrôle de grossesse et avoir un espace de discussion pour évaluer régulièrement la situation et les avancées du réseau);
- Etre à l'écoute, accompagner, conseiller et soutenir;
- Valoriser les acquis et les ressources;
- Dépister les difficultés (bio-psycho-sociales);
- Orienter et mettre en place un réseau adapté, s'il n'est pas encore existant;
- Faire la liaison entre la parturiente et les milieux intra et extra-hospitaliers
- Soutenir et former les équipes soignantes.

Prise en charge de la parturiente avec une problématique de dépendance

- Présenter la consultation et les membres de l'équipe;
- Instaurer une relation de confiance;
- Expliquer le déroulement du suivi de grossesse;
- Aborder la problématique de la consommation: risques et recommandations;
- Poser le cadre et établir un contrat de confiance (tacite) dans l'intérêt de l'enfant: transparence, pas de discours moralisateur;
- Proposer des alternatives d'entraide et informer au sujet des différents partenaires du réseau;
- Informer et «jouer cartes sur table» quant aux procédures légales de signalement lors de consommation active (droits et devoirs des soignants et patients);
- Lors d'une hospitalisation, faire la liaison avec les différents partenaires du réseau et avec le personnel soignant au sein de l'institution pour favoriser la transmission des informations et la collaboration, afin d'augmenter la qualité de l'accompagnement.

«Un bébé seul, ça n'existe pas»

Donald Woods Winnicott

Lors du suivi de grossesse, en dehors des contrôles réguliers, la situation est présentée au colloque social du *Child Abuse and Neglected (CAN) Team* (voir article en page 36) ayant lieu tous les mardis matin afin de tenir informés les différents partenaires du réseau (assistants sociaux, puériculteurs, psychiatres de liaison et pédopsychiatres, pédiatres, intervenants sociaux du CAN Team).
Un travail en binôme est rapidement mis en place avec un·e collaborateur·trice du service social. S'il y a un risque de maltraitance ou négligence, un signalement sera envoyé au service de protection de la jeunesse (SPJ). Il est réalisé au plus tôt dès la viabilité du fœtus, conjointement entre la sage-femme et l'assistant·e social·e et si possible avec le couple.
Une rencontre avec le pédiatre responsable du CAN Team est organisée dès 28 semaines afin de discuter des risques de sevrage et d'une éventuelle hospitalisation dans le service de néonatologie.

Après la naissance

Plusieurs possibilités sont de rigueur en fonction de l'évolution de la situation:

1) Risque de maltraitance ou de négligence
   - Placement en foyer
   - Famille d'accueil
2) Situation à risque, mais plus de consommation
   - Foyer mère-enfant
   - Retour à domicile avec réseau serré (sage-femme indépendante, puériculteur·trice, pédiatre, SPJ ou tuteur·trice)
3) Et enfin, suivi à l'unité de développement

S'il y a un doute quant à la conduite à tenir, c'est une observation fine et une évaluation dans le post-partum qui va orienter les décisions en fonction de plusieurs paramètres: la présence des parents auprès de leur enfant, une adéquation dans les soins, une observation de la création du lien parents-enfant.

Présentation d'une situation

Mme X, 34 ans enceinte à 26 semaines de sa deuxième grossesse et déjà mère d'une petite fille, suivie par un centre de traitement des addictions dans le contexte d'une cure de maintenance à la méthadone à raison de 75 mg/jour, depuis trois ans. Consommation d'extra encore occasionnelle une à deux fois par semaine. Elle est également au bénéfice d'un traitement par benzodiazépines et anti-dépresseurs. A débuté sa consommation suite au décès de sa mère il y a sept ans, dont elle était fusionnelle. Après une forte dépression, elle s'est réfugiée dans la substance, proposée par une connaissance. Sa petite fille n'avait qu'une année. Son couple en est ressorti meurtri et cela a abouti à une séparation.

La garde de sa première fille, a été attribuée au père. Tous deux vivent dans un autre canton où Mme X peine à se rendre. Elle ne voit donc quasiment pas sa fille.

La compliance au suivi est irrégulière et il est difficile de pouvoir proposer un soutien adéquat à Madame qui peine à s'investir dans un projet thérapeutique et qui a déjà mis plusieurs propositions de soutien en échec. Elle est au bénéfice de l'assurance invalidité et sous curatelle administrative représentée par Mme Y, qui s'occupe principalement de lui trouver un logement. Mme X étant sans domicile fixe et «vivotant» de part en part chez des amis. Elle est très isolée, avec un père vivant dans un autre pays et un réseau social principalement dans le contexte de la rue et de la consommation.

Avec son compagnon actuel et géniteur de sa nouvelle grossesse, elle subit régulièrement des violences physiques et verbales, dont elle n'arrive pas à se protéger au vu des sentiments très forts qu'elle peut ressentir à son égard. Monsieur serait également au bénéfice d'un traitement de substitution à la méthadone. Ils se connaissent depuis deux ans et sont en couple depuis un an. Ils se sont rencontrés dans la rue. Monsieur est originaire d'Amérique du Sud, il a perdu ses parents dans l'enfance et est passé d'un foyer à l'autre. Il n'aime pas parler de sa vie. Très fermé à toute discussion.

Que faire?

Lors de la première consultation, il est important d'accueillir cette femme/ce couple en tant que futurs parents et non en tant que toxicodépendants avec un futur bébé à naître. C'est dans les premières minutes que se crée le contact avec une attitude bienveillante, tout en étant transparent·e dans les risques réels encourus par le bébé. Il est important de donner un consentement éclairé sur les produits, leurs effets et les risques à poursuivre la consommation. Expliquer l'importance du traitement de substitution afin de maintenir une stabilité et diminuer les risques de consommation annexe. Proposer de prendre contact avec le service d'addictologie avec les futurs parents pour réajuster le traitement de substitution, vu qu'il y a encore des consommations. Madame n'est peut-être tout simplement pas assez couverte. Nommer les différents éléments à risque du contexte et difficilement compatible avec la venue du bébé et proposer une collaboration et un accompagnement pour favoriser, dans la mesure du possible, un futur projet familial. Déjà instaurer un cadre en explicitant que si cela ne devait être réalisable, la possibilité d'un signalement serait envisagée autour de la viabilité du bébé, mais que signalement ne signifie pas retrait d'office. Nommer les risques de sevrage, qui seront repris avec un·e pédiatre ultérieurement durant la grossesse. Parler du réseau et de l'importance de la communication interprofessionnelle afin d'assurer un meilleur suivi.

Dans un second temps, il faudra penser à présenter la situation au colloque social, créer un binôme avec un·e assistant·e social·e, anticiper sur le risque de décompensation psychiatrique et en tenir informés les psychiatres de liaison. Organiser un réseau en anténatal afin de réunir les différents intervenants de la situation et penser ensemble, avec le couple, comment se passeront les suites une fois que le bébé sera né.

Favoriser le lien plutôt qu'un retrait

Les répercussions de la toxicodépendance sur l'enfant ne sont pas anodines et touchent toutes les sphères (bio-psycho-sociales et environnementales). Il ne faut donc pas les minimiser. Cependant, de nombreuses études ont démontré que le développement psychomoteur reste nettement favorisé lorsque l'enfant est auprès de sa mère, à l'inverse d'un retrait d'office avec un placement en institution ou en famille d'accueil, et cela malgré un contexte de précarité et de vulnérabilité. Pour ces différentes raisons, le plus important dans toute situation est de se demander s'il y a plus de bénéfices ou de désavantages (risque de négligence ou de maltraitance) pour l'enfant à rester auprès de sa mère (ses parents), et le critère prioritaire est l'assurance de sa sécurité et de son bien-être. Car il faut reconnaître que parfois, même avec une prise en charge adéquate, celle-ci reste insuffisante et dans certaines situations, la souffrance est telle, que la construction du lien est extrêmement difficile (sans pour autant être impossible), la mère (les parents) n'ayant pas suffisamment de disponibilité psychique sans qu'un travail ne soit fait au préalable. Dans ce contexte, il n'est certes pas optimal de laisser l'enfant rentrer à domicile, les risques encourus étant trop élevés.

Références

Molénat, F. (2000) Grossesse et toxicomanie. Ramonville Saint-Agne: Erès.

Morisod Harari, M. (2010) Cours sur les enfants vivant en contexte de vulnérabilité: période périnatale et petite enfance. Création du lien parents-enfants: compétences parentales/compétences du bébé. Lausanne: unité de pilotage de la prévention Secteur Petite Enfance.