

Mme Stéphanie Toutain*, Dr Michèle Weil**, Mme Maïca Reichert***

* Maître de conférences, Cermes 3, Université Paris Descartes Sorbonne Paris Cité, 45, rue des Saints-Pères, F-75270 Paris Cedex 06

Courriel : stéphanie.toutain@parisdescartes.fr

** Pédiatre, Service de néonatalogie, CMCO-CHU de Strasbourg, Réseau Maternité et addictions, Schiltigheim, France

*** Sage-Femme coordonnatrice, Réseau Maternité et addictions, Schiltigheim, France

Reçu juin 2013, accepté octobre 2013

Le réseau “Maternité et addictions” de Strasbourg

Dix ans d’expérience alsacienne et évolution du profil des jeunes mères (2005-2011)

Résumé

Objectif : le réseau “Maternité et addictions” est né suite au constat des professionnels de la naissance de leurs fortes méconnaissances des femmes usagères de substances psychoactives (problèmes médicaux, pharmacologiques et psychosociaux), mais aussi de leurs représentations parfois “erronées” sur la prise en soin de ces femmes. Après une dizaine d’années d’existence, on constate un changement de profil de la patientèle, mais aussi de regard des professionnels à leur rencontre sur la prise en soin. **Méthode :** étude rétrospective sur dossiers à partir des bases de données 2005-2011 tenues par le réseau et comportant au total 309 jeunes mères. Mise en œuvre d’une analyse factorielle des correspondances (AFC) à partir de dix des 58 variables extraites des bases afin d’élaborer une typologie des mères prises en charge. **Résultats :** trois profils de mères peuvent être dégagés : 1 – femmes âgées de 35 ans et plus avec des scores de précarité et de consommation supérieurs ou égaux à 3 (de 0 à 6 niveaux de consommation très élevée et de précarité maximale), mais moindre fréquence de ce profil entre 2005 (50 %) et 2011 (37,5 %) ; 2 – mères âgées entre 25 et 30 ans consommatrices d’un seul produit et stabilisées avec les traitements de substitution, mais moindre fréquence aussi de ce profil entre 2005 (33 %) et 2011 (16 %) ; 3 – femmes jeunes consommant du cannabis et enregistrant un score de précarité supérieur ou égal à 3 (de 0 à 6 niveau de précarité maximale), profil caractéristique des années les plus récentes (22,6 % en 2011 versus 3,2 % en 2005). **Conclusions :** le profil majoritaire du réseau a évolué de celui d’usagères d’opiacés en 2005 à celui de consommatrices de cannabis de moins de 25 ans en 2011, cumulant les vulnérabilités sociales et économiques, non repérés par les services d’addictologie et plus généralement non suivies médicalement.

Mots-clés

Réseau – Addiction – Grossesse – Profil de consommatrice.

Summary

The Strasbourg “Maternity and addictions” network. The 10-year Alsace experience and changing profiles of young mothers (2005-2011)

Objective: the “Maternity and addictions” network was formed following the awareness of maternity professionals of their poor knowledge of psychoactive substance users (medical, pharmacological and psychosocial problems), but also their sometimes “erroneous” representations concerning the management of these women. Review of the 10-year experience of this network reveals changing patient profiles as well as a changing approach of healthcare professionals to the management of these women.

Method: retrospective medical chart review based on 2005-2011 databases kept by the network and comprising a total of 309 young mothers. Factorial correspondence analysis (FCA) based on ten of the 58 variables extracted from the database in order to elaborate a typical profile of the mothers managed. **Results:** three profiles of mothers were identified: 1 – women over the age of 35 with precarity and consumption scores greater than or equal to 3 (from 0 to 6 levels of very high consumption and maximum precarity), but with a lower frequency of this profile between 2005 (50%) and 2011 (37.5%); 2 – mothers between the ages of 25 and 30 years consuming a single product and stabilized with replacement therapy, but also with a lower frequency of this profile between 2005 (33%) and 2011 (16%); 3 – young women consuming cannabis and presenting a precarity score greater than or equal to 3 (from 0 to 6: maximum precarity), the characteristic profile of more recent years (22.6% in 2011 versus 3.2% in 2005). **Conclusions:** the predominant profile of women of the network has changed from opioid users in 2005 to cannabis users under the age of 25 in 2011, combining social and economic precarity, not identified by addiction medicine departments and more generally not receiving medical care.

Key words

Network – Addiction – Pregnancy – Consumer profile.

Le réseau “Maternité et addictions” est né en Alsace au début des années 2000, suite au constat des professionnels de la naissance de leurs fortes méconnaissances concernant les problèmes médicaux, pharmacologiques et psychosociaux des femmes usagères de substances psychoactives. Toutes aussi importantes étaient leurs représentations parfois “erronées” sur la prise en soin de ces femmes. Initialement, ce réseau avait été missionné, d’une part, pour coordonner le suivi multidisciplinaire (obstétrical, pédiatrique, addictologique, virologique, social, psychologique et psychiatrique) des grossesses pour des femmes usagères de substances psychoactives et, d’autre part, pour former les professionnels et améliorer leur pratique. Après une dizaine d’années d’existence, il s’avère que le profil de la patientèle s’est modifié et que le regard des professionnels à leur rencontre sur la prise en soin a changé.

D’après les dernières données disponibles françaises (1), la consommation de substances psychoactives en population générale s’est modifiée depuis ces dix dernières années : les produits ont changé et leur niveau de consommation a évolué à la baisse. Les consommations de ces substances pendant la grossesse suivent assez logiquement ces deux mêmes tendances. Selon les données de la dernière enquête périnatale (2), la consommation de tabac pendant la grossesse entre 2003 et 2010 est passée de 21,8 % à 17,1 %. La consommation de cannabis – non mesurée en 2003 – concernait en revanche 1,2 % des femmes enceintes en 2010. L’intérêt croissant pour ce produit confirme les résultats des enquêtes de prévalence menées dans les lycées et explique l’émergence dans les nouvelles générations de femmes enceintes d’un nouveau profil de consommatrices. Par ailleurs, malgré le logo apposé sur les bouteilles d’alcool en France et les campagnes de prévention, la consommation d’alcool concerne encore 22,8 % des femmes enceintes (2) et ce sont les femmes ayant deux enfants ou plus qui enregistrent les consommations les plus élevées (3). Parallèlement, les traitements de substitution aux opiacés pendant la grossesse se sont développés avec la méthadone dès 1995 et la buprénorphine. En revanche, si on ne dispose pas de données concernant l’usage d’héroïne pendant la grossesse, les données en population générale concluent à sa stabilisation, voire une légère baisse (1).

Cet article vise à savoir si les caractéristiques de la patientèle de ce réseau entre 2005 et 2011 ont suivi les grandes tendances françaises en ce qui concerne la consommation de substances psychoactives, et ce dans l’objectif d’élaborer une typologie des mères prises en charge. Les substances retenues dans cette étude sont au nombre de cinq : l’alcool, le cannabis, la cocaïne, l’héroïne et le tabac.

Pour les traitements, ils sont au nombre de trois : les psychotropes, la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Cette typologie devrait constituer un point de repère pour les professionnels de la santé dans le suivi des mères et permettre de dégager des éléments de conduite à tenir.

Methodologie

Cette étude quantitative est issue d’une collaboration entre le réseau “Maternité et addictions” alsacien et un laboratoire de recherche, le Cermes 3 (Inserm, Cnrs, Ehess, Université Paris Descartes). Elle a été réalisée à partir des bases de données annuelles du réseau “Maternité et addictions” pour la période 2005-2011, soit au total sept années de recension. Cette étude ne concerne qu’une partie des femmes rencontrées par le réseau : seules celles suivies en anténatal et poursuivant leur grossesse ont été sélectionnées. Les bases de données sont renseignées par la sage-femme cadre du réseau à partir du dossier de la patiente. Concernant les variables non contenues dans le dossier obstétrical, comme celles concernant l’enfant, les renseignements ont été pris par téléphone auprès du service hospitalier compétent. Comme les bases de données ont été enrichies progressivement en fonction de l’évolution des préoccupations du moment (alcool en fin de grossesse, périmètre crânien, etc.), un travail d’homogénéisation des variables de ces bases a été réalisé sur la période étudiée. Au final, 58 variables ont été retenues. Elles décrivaient les conditions de vie de la mère, son passé obstétrical, ses consommations de substances psychoactives, le déroulement de la grossesse et de l’accouchement, les caractéristiques du nouveau-né, des données sur le père de l’enfant, la fratrie et le devenir de l’enfant à la sortie du service de maternité. Les données ont été fusionnées au cours du dernier trimestre 2012 sous Modalisa 8, puis ont fait l’objet d’un traitement statistique. Les résultats présentés ici portent sur 309 jeunes mères suivies par le réseau et ayant accouché entre 2005 et 2011, soit à peu près 45 mères par an jusqu’en 2010 et 54 mères en 2011.

Cette enquête est le résultat d’une exploitation de la base de données finale ayant fait l’objet d’une déclaration avec finalités à la Commission nationale de l’informatique et des libertés (Cnil), sous le numéro 1597822. Cette base de données a été complétée à partir des informations contenues dans les dossiers obstétricaux et pédiatriques.

Deux variables scores ont été créés. La première variable “score de consommation” (4) mesure le nombre de produits différents consommés par chaque femme pendant

la grossesse : chaque produit dont la consommation est déclarée au cours de la grossesse vaut 1. La variable a été construite à partir des données sur les six produits énoncés précédemment. Le score est donc compris entre 0 et 6 pour chaque femme. La seconde variable “score de précarité” évalue le niveau de précarité de chaque femme pendant sa grossesse. Il est calculé à partir de trois variables : logement (logement personnel, hébergement familial, foyer, sans domicile fixe), situation matrimoniale (en couple, seule) et revenu (travail, revenus sociaux, sans). La première modalité de chaque variable citée vaut 0 et la dernière vaut 3 pour le logement, 2 pour la situation matrimoniale et 2 pour le revenu. Le score de précarité est compris entre 0 et 7.

Les traitements statistiques ont été réalisés avec les logiciels Modalisa 8 (Kynos, Paris, France). Le test du χ^2 a été utilisé pour comparer les effectifs et le test exact de Fisher pour comparer les moyennes. Pour les comparaisons des variables continues, nous avons utilisé le test t de Student. Une analyse factorielle des correspondances (AFC) a été mise en œuvre pour élaboration de la typologie des mères prises en charge. Les deux premiers axes de cette analyse factorielle expliquent près de 45 % de l'inertie totale. À l'issue de cette analyse, trois profils de mères ont pu être dégagés.

Résultats

Entre 2005 et 2011, le nombre de parturientes rencontrées par le réseau “Maternité et addictions” a augmenté de 26 %. Le recrutement des mères concerne l'ensemble du département en termes de lieu de résidence des patientes (figure 1) : 2,2 % des patientes résidaient à Sarrebourg dans un autre département (Moselle) en raison de l'absence d'interlocuteurs spécialisés. Une majorité des femmes (53 %) sont orientées au réseau par les maternités, viennent ensuite les médecins de ville (18 %) et les jeunes mères elles-mêmes (18 %).

Entre 2005 et 2011, l'âge moyen à l'accouchement des femmes de ce réseau est resté relativement stable (tableau I). Mais cette stabilité masque une évolution de l'âge de la patientèle aux extrémités de la vie féconde. On constate, à la fois, un rajeunissement (24,1 % des femmes âgées de moins de 25 ans en 2011 contre 9,3 % en 2005) et un vieillissement (1,9 % des femmes âgées de plus de 40 ans en 2011 versus 0 % en 2005). Cette évolution se traduit en 2011 par davantage de femmes hébergées dans leur famille, en situation précaire (22,5 %) et sans revenu. Parallèlement, la situation économique des trentenaires s'est améliorée : la proportion de femmes percevant des revenus du travail (48 % en 2011 versus 35 % en 2005) et disposant de leur propre protection sociale évolue à la hausse. Ce constat tient, pour partie, à la modification du profil de la patientèle entre 2005 et 2011 et, plus précisément, de l'émergence d'une nouvelle sous-population présentant des problématiques différentes et, en conséquence, un profil sociodémographique distinct.

Les indicateurs de suivi médico-psychosocial (tableau II) montrent la coexistence de deux groupes de patientes. Le premier groupe majoritaire est composé de femmes avec un bon suivi, c'est-à-dire un suivi obstétrical plus précoce, davantage de consultations sociales et obstétricales, et moins de comorbidités psychiatriques. Le second groupe est composé de femmes – dont l'âge se situe aux extrémités de la vie féconde – très vulnérables consultant très tardivement et, de fait, très peu. On constate également une augmentation du recours à l'évaluation psychiatrique entre 2005 et 2011.

La vulnérabilité sociale des femmes prises en charge par ce réseau est aussi visible au travers de leur nombre élevé d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) et de pathologies obstétricales (interruption médicale de grossesse, grossesse extra-utérine, fausse-couche) et aussi leur prise de poids durant la grossesse inférieure à la moyenne natio-



Figure 1. – Répartition de la patientèle en Alsace.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des mères ; comparaison aux données de l'Enquête nationale périnatale 2010 (France)

Caractéristique		2005	2011	ENP 2010
Âge moyen à l'accouchement		29,7 ± 4,5	29,5 ± 5,6	29,7 ± 5,3
Structure par âge	15 à 19 ans	2,3 %	3,7 %	2,5 %
	20 à 24 ans	7,0 %	20,4 %	14,5 %
	25 à 29 ans	37,2 %	18,5 %	33,2 %
	30 à 34 ans	37,2 %	38,9 %	30,7 %
	35 à 39 ans	16,3 %	16,7 %	15,7 %
	40 ans et plus	0,0 %	1,9 %	3,5 %
Logement	Foyer	2,3 %	1,9 %	0,5 %
	Hébergement familial	7,0 %	14,8 %	6,2 %
	Logement (social et personnel)	83,7 %	77,8 %	93,0 %
	Sans domicile fixe	7,0 %	5,8 %	0,4 %
Source de revenus	Travail	34,9 %	48,1 %	85,1 %
	Revenus sociaux	60,5 %	42,6 %	14,1 %
	Sans	4,7 %	9,3 %	0,5 %
Protection sociale	CMU	65,0 %	40,7 %	12,9 %
	Personnelle	35,0 %	57,4 %	86,0 %
	Sans	0,0 %	1,9 %	1,1 %
Situation matrimoniale	En couple	58,0 %	67,0 %	92,8 %
	Seule	42,0 %	33,0 %	7,2 %

Tableau II : Caractéristiques du suivi médical et obstétrical

Caractéristique		2005	2011
Primipare		58,1 %	61,4 %
Consultations réseau Nombre	< 10	5,3 %	7,7 %
	> 10	94,7 %	92,3 %
Consultation obstétricale Âge	Âge moyen	14,1 ± 6	12,5 ± 7
	< 14 SA	50,0 %	67,4 %
	14 à 22 SA	40,5 %	17,4 %
	> 22 SA	9,5 %	15,2 %
Consultations obstétricales Nombre	< 5	7,2 %	14,3 %
	5 à 10	69,0 %	33,3 %
	> 10	23,8 %	52,4 %
Consultations sociales Nombre	< 5	7,2 %	14,3 %
	5 à 10	69,0 %	33,3 %
	> 10	23,8 %	52,4 %
Comorbidité psychiatrique		45,9 %	25,1 %
Évaluation psychiatrique		56,8 %	71,7 %

Tableau III : Passé obstétrical des mères

Variable	Médiane	Moyenne	Écart type Min. - Max.
Gestité	3,0	3,1	1,90 0 - 9
Parité	1,0	1,5	0,75 0 - 6
Nombre d'interruptions médicales de grossesse, de grossesses extra-utérines et de fausses couches	0,5	0,6	0,20 0 - 5
Nombre d'interruptions volontaires de grossesse	1,0	0,9	1,10 0 - 5
Prise de poids en kg	11,0	11,2	6,80 - 18 - 36

nale, s'expliquant en partie par les conditions socio-économiques de ces femmes, même si ces dernières semblent s'être améliorées pour certaines en lien avec l'émergence d'une nouvelle sous-population (tableau III).

Les femmes ayant eu recours à l'IVG sont surtout celles les plus vulnérables socialement et économiquement, vivant des revenus sociaux, bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU) et consommant du tabac et du cannabis. En effet, l'accès aux soins est plus difficile pour les femmes en situation de précarité, et la contraception ne déroge pas à cette règle, ce qui augmente leur taux d'IVG. C'est pour cette raison qu'un suivi contraception post-accouchement a été progressivement mis en place dans le cadre de ce travail en réseau.

Entre 2005 et 2011, même si le terme moyen de l'accouchement est resté stable, la part des femmes accouchant très prématurément, c'est-à-dire avant 28 semaines d'aménorrhée, évolue à la hausse et est nettement supérieure à la moyenne nationale, s'expliquant par le cumul des vulnérabilités (tableau IV). L'évolution à la hausse du taux de césariennes est majoritairement liée à l'hypotrophie du nouveau-né. En revanche, la proportion de péridurales est en nette baisse et davantage de femmes allaitent (formation et sensibilisation des professionnels du réseau sur addiction et allaitement).

Parmi les patientes du réseau, près d'une moitié consomme trois produits et plus. Les femmes avec un score élevé de précarité cumulent davantage de produits (p = 0,001).

Tableau IV : Caractéristiques de l'accouchement et de l'allaitement ; comparaison aux données de l'Enquête nationale périnatale 2010 (France)

Caractéristique		2005	2011	ENP 2010
Accouchement	Avant 32 semaines d'aménorrhée	38 ± 3,4	38,2 ± 2,9	-
		4,7 %	7,7 %	2,2 %
Mode d'accouchement	Voie basse instrumentale	8,6 %	5,8 %	7,8 %
	Césarienne	20,0 %	34,6 %	21,0 %
	Voie basse non opératoire	71,4 %	59,6 %	68,7 %
Pourcentage de péridurales		83,0 %	67,0 %	77,8 %
Mode d'allaitement	Biberon	48,8 %	34,7 %	42,0 %
	Mixte	0,0 %	16,3 %	7,0 %
	Sein	51,2 %	49,0 %	51,0 %

L'héroïne et le cannabis constituent les deux premiers produits déclarés par les femmes de ce réseau (respectivement 40,2 % et 30,4 %). L'alcool arrive en troisième position (22,8 %). La déclaration de consommation de tabac comme premier produit énoncé aux professionnelles du réseau (6,5 %) recouvre en fait d'autres problématiques sociales (violences conjugales par exemple). En ce qui concerne les traitements, la méthadone (38,5 %) est le premier traitement déclaré par les femmes de ce réseau (tableau V). Les psychotropes (31,9 %) arrivent en deuxième position et la buprénorphine haut dosage en troisième (29,7 %).

En moyenne, les enfants des mères suivies par le réseau naissent à 38 semaines et présentent un retard de croissance modéré concernant les poids, taille et périmètre crânien (tableau VI). Parallèlement, la proportion des nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie pour syndrome de sevrage a diminué, tandis que celle des enfants pris en charge en unité kangourou a augmenté. À la sortie de la maternité, la part des nouveau-nés ayant fait l'objet d'une mesure éducative en milieu ouvert (AEMO) est en hausse (2,7 % en 2005 contre 7,4 % en 2011), tandis que les placements en post-natal immédiat sont près de deux fois moins fréquents (7 % versus 3,7 %).

La mise en œuvre d'une AFC permet de dégager trois profils de mères prises en charge par le réseau.

Le premier profil est composé de femmes présentant un score de précarité (sans revenu, sans protection sociale, seule) et un score de consommation (alcool, buprénorphine haut dosage, benzodiazépines) supérieurs ou égaux à 3. Elles sont âgées de 35 ans et plus, ont déjà eu recours à deux IVG ou plus, et ont déjà deux ou trois enfants placés. Leur première consultation obstétricale est tardive, entre 14 et 22 semaines d'aménorrhées, et elles présentent des comorbidités psychiatriques. Après la naissance de leur enfant, elles sont orientées en unité kangourou, et le mode de contraception choisi est l'implant, progestatif sous cu-

Tableau V : Évolution des traitements et des produits des mères pendant leur grossesse

Traitement ou produit	Nombre	Moyenne	Écart type Min. – Max.
Méthadone début de grossesse (mg)	117	55,0	30,1 0 – 140
Méthadone fin de grossesse (mg)	111	65,7	36,5 0 – 160
Ancienneté méthadone (en années)	118	2,6	2,4 0 – 10
Buprénorphine haut dosage début de grossesse (mg)	84	7,3	5,6 0 – 24
Buprénorphine haut dosage fin de grossesse (mg)	84	7,0	5,5 0 – 18
Ancienneté buprénorphine fin de grossesse (en années)	96	5,2	4,1 0 – 16
Alcool début de grossesse	53	-	-
Alcool fin de grossesse	14	-	-
Ancienneté alcool (en années)	51	5,2	5,0 0 – 22
Tabac début de grossesse (nombre de cigarettes)	218	16,0	10,0 0 – 80
Tabac fin de grossesse (nombre de cigarettes)	149	9,0	7,0 0 – 40

Tableau VI : Caractéristiques des nouveau-nés ; comparaison aux données de l'Enquête nationale périnatale 2010 (France)

Caractéristique	Moyenne	Écart type	Effectif	ENP 2010
Semaines d'aménorrhée	38	3,45	303	-
Poids (gr)	2 745	623	300	3 254 (567,7)
Taille (cm)	47,4	2,9	54	49,2 (2,7)
Périmètre crânien (cm)	33	1,3	50	34,3 (1,9)

tané de longue durée. Entre 2005 et 2011, la proportion des femmes correspondant à ce premier profil a évolué à la baisse : ces femmes représentaient 50 % de la patientèle en début de période contre 37,5 % en fin de période.

Le deuxième profil comporte des femmes qui déclarent consommer un seul produit (héroïne puis méthadone ou buprénorphine haut dosage au cours de la grossesse). Elles sont âgées entre 25 et 30 ans, vivent en couple et n'ont aucun enfant placé. Leur première consultation obstétricale est réalisée avant 14 semaines, et elles ne présentent pas de comorbidité psychiatrique. Après la naissance de leur enfant, elles rentrent à leur domicile et allaitent. Entre 2005 et 2011, la part des femmes correspondant à ce profil au sein de cette patientèle a diminué passant de 33 % à 16 %.

Le troisième profil comprend des femmes avec un score de précarité supérieur ou égal à 3 (sans revenu, sans logement et SDF, sans travail, seule). Elles sont très jeunes, âgées entre 15 et 25 ans, et ont déjà un enfant placé. Elles consomment du cannabis et d'autres produits. À la sortie de la maternité, elles ne sont pas orientées vers l'unité kangourou et sortent sans contraception. Ce profil est caractéristique des années les plus récentes 2010 et 2011 : en effet, il concernait 3,2 % des femmes de cette patientèle en 2005 contre 22,6 % en 2011.

Discussion

L'augmentation du nombre de femmes rencontrées par ce réseau s'explique, d'une part, par la sensibilisation des professionnels de la naissance sur l'ensemble du département au repérage, par une meilleure visibilité du réseau et par la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et, d'autre part, par une certaine "fidélisation" de ces femmes revenant pour une deuxième voire une troisième grossesse(s), surtout depuis 2008, et dont le satisfecit entraîne une action de "bouche-à-oreille". Ce qui est confirmé par les résultats d'autres enquêtes qui montrent la pertinence d'une telle prise en charge pour les femmes et leur entourage (5). Cette fidélisation de ces femmes, réputées très difficiles à gérer, a été rendue possible grâce à leur prise en charge par une équipe pluridisciplinaire et la création d'une unité kangourou favorisant le lien mère-enfant (6).

L'âge moyen à l'accouchement de ces femmes est conforme à celle des femmes en France (2). Toutefois, cet âge moyen masque une plus forte proportion de femmes âgées de moins de 25 ans. Cette part croissante de femmes jeunes s'explique en partie par la modification du profil de consommation et, plus précisément, par l'émergence d'une seconde sous-population composée notamment de femmes consommant du "cannabis". Ce qui est conforme aux

évolutions constatées en population générale (1). En effet, selon les données du Baromètre santé 2010, la proportion d'expérimentatrices de cannabis a évolué à la hausse, passant de 21 % à 25 % entre 2005 et 2010 (1). En revanche, l'usage de cannabis chez les femmes diminue continuellement avec l'âge et enregistre les proportions les plus élevées parmi les plus jeunes générations (17 % entre 18 et 25 ans versus 2 % entre 35 et 44 ans). Ce qui constitue un phénomène de génération (7). L'apparition de ce profil de jeunes femmes – cumulant les vulnérabilités socio-économiques – au sein de la patientèle du réseau nécessite une sensibilisation des professionnels de la naissance à leur repérage et leur prise en charge spécifique.

À l'inverse de l'usage du cannabis, la consommation d'alcool des femmes augmente avec l'âge (1) et explique les âges plus élevés des mères du premier profil. Cumulant les vulnérabilités, la grossesse constitue, pour elles, un levier ou "fenêtre d'opportunité" (8) pour modifier leur consommation dans une perspective de réduction des risques, ce qui confirme non seulement les résultats de cette étude (tableau III), mais également d'autres études (4). Les campagnes de sensibilisation des professionnels de santé concernant le message de prévention "zéro alcool pendant la grossesse" menées par l'Inpes suite à l'apposition du logo sur toutes les unités de boissons alcoolisées depuis 2007 (9, 10) et leur relais par ce réseau constituent l'un des facteurs explicatifs de la diminution de près de trois quarts du nombre de femmes consommatrices d'alcool pendant la grossesse. La consommation d'alcool durant cette période est dangereuse à double titre : d'une part, il s'agit du produit le plus tératogène entraînant souvent des dégâts irréversibles chez le fœtus (11) et, d'autre part, il s'agit également du produit le plus stigmatisant pour les femmes enceintes, puisque les enfants de ces femmes, après une observation du lien mère-enfant dans une structure spécialisée, sont finalement davantage placés. En effet, sur 56 patientes suivies pour consommation d'alcool, dont une polytoxicomanie, 20 % ont vu leurs enfants placés contre 7 % de la population générale du réseau. Ce constat corrobore les résultats de nombreuses études (12-15), à savoir le maintien de représentations négatives de ces femmes mésusant de l'alcool.

Le deuxième profil de femmes qui consomment des opiacés et mises sous traitement de substitution (méthadone ou buprénorphine haut dosage) au début de leur grossesse – réputées pourtant il y a 20 ans comme très difficiles et victimes de représentations et préjugés négatifs de la part des professionnels (16-18) – ne se distingue guère plus de l'ensemble des femmes enceintes françaises tant par leurs

caractéristiques sociodémographiques que du suivi de leur grossesse (19).

Cette évolution a été rendue possible par des changements progressifs de pratiques des professionnels privilégiant une prise en charge globale et multidisciplinaire de la femme et de son enfant (4, 20). Ce qui a conduit à un changement de regard des professionnels à leur égard, au point que leur profil ne se distingue guère plus de la moyenne. Contrairement à la majorité des usagers français, la méthadone est davantage utilisée chez les femmes enceintes suivies par ce réseau : la nécessité de l'arrêt du mésusage du buprénorphine haut dosage devient primordiale pendant la grossesse où le risque infectieux concerne aussi le fœtus. Un certain nombre de changements thérapeutiques avec passage à la méthadone peut permettre la solution de ce problème. L'initiation du traitement par la méthadone débute par une hospitalisation en service de maternité avec surveillance des tracés fœtaux. Le suivi spécialisé a permis à de nombreuses femmes de diminuer leur consommation de produits pendant la grossesse (tableau V), notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et de tabac. Le sevrage alcool a parfois été obtenu grâce à une hospitalisation pendant la grossesse en milieu obstétrical ou psychiatrique.

Les consommations de substances psychoactives pendant la grossesse ne sont pas sans conséquences pour le nouveau-né (13, 21). Elles expliquent la part plus élevée de prématurés, de retards de croissance intra-utérin et, en conséquence, de mensurations physiques réduites. Néanmoins, l'évolution des pratiques des professionnels de la naissance et le développement des traitements de substitution aux opiacés ont été bénéfiques pour le nouveau-né, avec non seulement une fréquence moindre de la prématurité et du syndrome de sevrage (21), mais aussi, en cas de syndrome de sevrage, une moindre nécessité du recours au traitement médicamenteux (22) au profit des techniques de *nursing*. Ce qui est conforme aux résultats de nombreuses études (4). Le développement des techniques de "peau à peau" (22) a permis aux personnels soignants d'aborder et de développer l'allaitement maternel, comme le montrent les résultats de cette étude, mais aussi d'autres études françaises. Le changement du regard et des représentations des professionnels de la santé et de la justice grâce au travail en réseau – par la mise en évidence des effets délétères des placements et de leur multiplicité sur le devenir des enfants (23) – contribue à la diminution du taux de placements, ce qui est confirmé par les études françaises (7), mais infirmés par des études australiennes (24).

Conclusion

Entre 2005 et 2011, le profil de la patientèle s'est modifié considérablement et ne correspond plus au profil majoritaire du réseau lors de sa création, à savoir des femmes usagères d'opiacés. Actuellement, le profil des mères est surtout celui de femmes jeunes de moins de 25 ans, consommatrices de cannabis, cumulant les vulnérabilités sociales et économiques, non repérées par les services d'addictologie et plus généralement non suivies médicalement. L'amélioration de ces pratiques clairement identifiées par cette étude devra devenir une priorité du travail de réseau. De plus, des marges de progression demeurent dans certains domaines, comme pour la contraception et le soutien à la parentalité ultérieure. Des moyens devraient être dédiés à ce travail d'accompagnement. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

S. Toutain, M. Weil, M. Reichert
Le réseau "Maternité et addictions" de Strasbourg. Dix ans d'expérience alsacienne et évolution du profil des jeunes mères (2005-2011)
Alcoologie et Addictologie 2014 ; 36 (1) : 19-26

Références bibliographiques

- 1 - Beck F, Guignard R, Richard J.B, Tovar M.L, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France. *Tendances*. 2011 ; 76 : 1-6.
- 2 - Blondel B, Kermarrec M. L'enquête périnatale 2010. Paris : In-serm ; 2011. p. 1-132.
- 3 - Charles MA, Melchior M. Premiers résultats descriptifs de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Saint-Denis : Inpes ; 2013.
- 4 - Simmat-Durand L, Miossec E, Toutain S, Vellut N, Lejeune C. Grossesse et polyconsommations de substances psychoactives : modifications de la clientèle et des prises en charge 1999-2008. *Santé Publique*. 2011 ; 23 (3) : 231-46.
- 5 - Chanal C, Mazurier E, Rey Valérie, Toubin RM, Misaroui M, Gilles Burlet, Boulot P. Coordination grossesse et addictions : une prise en charge en réseau personnalisé. In : Bonnet N, Chihaoui T. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Londres : DrugScope ; 2013. p 98-106.
- 6 - Reichert M, Tajani T, Weil M. Un idéal pour l'accueil de la mère usagère de substances psychoactives et son bébé. In : Bonnet N, Chihaoui T. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Londres : DrugScope ; 2013. p. 234-41.
- 7 - Simmat-Durand L, Toutain S, Vellut N, Genest L, Crenn Hebert C, Simonpoli AM, Miossec E, Lejeune C. Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveau-nés de mères polyconsommatrices, Île-de-France, 1999-2008. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2010 ; 39 : 649-655.
- 8 - Aubisson S. Être mère et toxicomane, entre stigmatisation et espoir de changement. In : Simmat-Durand L. Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. Paris : L'Harmattan ; 2009. p. 89-120.
- 9 - Guillemont J, Léon C. Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans. *Évolutions*. 2008 ; 15 : 1-6.
- 10 - Dumas A, Toutain S, Simmat-Durand L. The French paradox: forbidding alcohol during pregnancy, but making an exception for wine! In : Hoffman JD. Pregnancy and alcohol consumption. Hauppauge, NY : Nova Science Publishers ; 2010. p. 245-61.
- 11 - O'Leary CM, Nassar N, Kurinczuk JJ, Brower C. The effect of maternal consumption on fetal growth and preterm birth. *Bristish Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009 ; 116 : 390-400.
- 12 - Toutain S. Parcours d'enfants SAF. In : Simmat-Durand L. Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. Paris : L'Harmattan ; 2009. p.199-236.
- 13 - Toutain S, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Simonpoli AM et al. Conséquences, pour l'enfant à naître, du maintien de la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Archives de Pédiatrie*. 2010 ; 17 : 1273-80.
- 14 - Simmat-Durand L. Mère négligente, mère abusive, les représentations de la femme usagère de drogues. In : Simmat-Durand L. Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. Paris : L'Harmattan ; 2009. p. 121-42.
- 15 - Murphy S, Rosenbaum M. Pregnant women on drugs. Combating stereotypes and stigma. New Brunswick : Rutgers University Press ; 1999.
- 16 - Luttenbacher C. La mère toxicomane et l'enfant : incidence des représentations sur la prise en charge. *Psychotropes*. 1998 ; 4 : 21-34.
- 17 - Simmat-Durand L. Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane. *Psychotropes*. 2009 ; 14 (3-4) : 179-99.
- 18 - Hoareau I. Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites). In : Bonnet N, Chihaoui T. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Londres : DrugScope ; 2013. p. 34-45.
- 19 - Simmat-Durand L. La mère toxicomane et le placement de l'enfant. *Drogues, Santé et Sociétés*. 2007 ; 6 (2) : 11-45.
- 20 - La Croix I. Médicaments de substitution des dépendances aux opiacés. In : Bonnet N, Chihaoui T. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Londres : DrugScope ; 2013. p. 46-51.
- 21 - Lejeune C. Les risques pour l'enfant. In : Simmat-Durand L. Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. Paris : L'Harmattan ; 2009. p. 49-64.
- 22 - Reichert M, Weil M, Lang JP. Prendre en soin une femme enceinte usagère de substances psychoactives en Alsace : le réseau Maternité et addictions. *Psychotropes*. 2010 ; 16 (3) : 33-46.
- 23 - Simmat-Durand L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Médecine et Hygiène. Déviance et Société*. 2007 ; 31 (3) : 305-30.
- 24 - McGlade A, Ware R, Crawford M. Child protection outcomes for infants of substance-using mothers: a matched-cohort study. *Pediatrics*. 2009 ; 124 : 285-93.