

Dr. Pierre –Yves BELLO
Chef de bureau des addictions
Direction Générale de la Santé

Le Docteur Pierre-Yves BELLO, modérateur de la première table ronde précise non seulement le programme de cet atelier mais, pour plus de compréhension, la journée est organisée sur un continuum temporel sur les trois axes selon le graphique présenté par le Dr. David Germanaud.

Premier axe : la prévention, qui sera présenté sous deux aspects :

Le niveau populationnel et national par Mme Chloé COGORDAN de Santé Publique France, avec le travail qui est fait sur un certain nombre d'actions, un certain nombre d'études.

Le niveau individuel avec un travail de proximité en direction de femmes enceintes et Mme le Docteur Sarah COSCAS va nous expliquer la manière dont elle intervient, à la fois de manière générale comme psychiatre addictologue et plus particulièrement dans le cadre d'une consultation auprès de femmes enceintes.

-

Par la suite deux autres tables rondes :

2^{ème} table ronde : sur le **repérage**,

Et 3^{ème} table ronde : sur la **prise en charge**.

Donc première étape : **Prévention**,

et première étape fondamentale nous avons vu l'importance numérique de l'exposition à ce toxique qu'est l'alcool auquel la population jeune française est très exposée à la puissance de cette toxicité ce qui nous met dans une équation complexe qui est : un produit d'achat courant que l'on va rencontrer partout et une toxicité très forte même à petite quantité et essayer de travailler sur : comment faire pour éviter autant que faire se peut ou boire par rapport en quantité limitée afin d'en réduire l'exposition donc la parole

est donnée à Chloé COGORDAN de Santé Publique France.

PREVENTION :	Table ronde 1
REPERAGE :	Table ronde 2
PRISE EN CHARGE :	Table ronde 3

Madame Chloé COGORDAN
Santé Publique France
Table ronde : **PREVENTION**

Présentation de la connaissance de la perception des risques au sein de la population générale et professionnels de santé ainsi que deux outils dont il a déjà été fait mention en introduction, deux outils de prévention au niveau national donc le pictogramme et la campagne de prévention.

Alors tout d'abord une enquête menée par Santé Publique France, pour la quatrième fois cette année, une enquête qui est répétée et ce sont les mêmes questions qui sont posées depuis 2004 et qui s'adresse au grand public et qui cherche à mesurer le niveau de connaissance du risque de consommation d'alcool pendant la grossesse. Ce sont des enquêtes téléphoniques auprès de 1000 personnes.

Dans l'enquête de cette année constatation d'évolutions assez importantes qui vont dans le bon sens.

Présentation : les indicateurs avec les évolutions significatives on constate que les personnes qui pensent qu'il n'existe pas de consommations d'alcool sans risques pour le bébé étaient de 25% en 2015 et sont 44% en 2017. La consommation comporte des risques seulement à partir d'un verre par jour, l'indicateur est en baisse et va dans le bon sens de 37% à 25%.

Il est choquant de voir une femme enceinte boire un verre d'alcool.

Afin de mesurer la perception de voir la consommation d'alcool par la femme enceinte, la nombre de personnes choquées est en augmentation et parallèlement on s'aperçoit qu'il y a des idées reçues qui sont en net recul, notamment certaines personnes pensaient qu'il était conseillé de boire un petit verre de vin de temps en temps pendant la grossesse, 27% en 2015, 21% en 2017 et enfin pour une femme enceinte boire un verre de bière ou de vin était aussi dangereux que de boire un verre d'alcool fort là également une évolution qui permet de dire que les équivalences sont un petit peu mieux connues, donc en conclusion : le sens est positif malgré tout constat que la marche de progression est encore importante et qu'il y a encore du travail de communication à faire auprès du grand public.

Une précision les niveaux de connaissance sont plus importants parmi les femmes et parmi les plus jeunes.

Auprès des professionnels de santé : 2 études. La première, un enquête qualitative menée en 2013 auprès de différents professionnels de santé (médecins généralistes, sages-femmes, obstétriciens,) les deux messages qui ressortaient essentiellement : tout d'abord ces professionnels ne trouvaient pas que le message « Zéro alcool » soit légitime et fondé, ce qui est un frein relativement important.

Ils pensent que le message public est suffisamment clair et qu'il n'était pas nécessaire pour eux de l'aborder.

Il y a également le sujet du tabou, la difficulté d'aborder le sujet de l'alcool qui était également relativement présente.

La deuxième enquête d'ordre qualitative auprès des médecins généralistes seulement qui nous dit que 61% d'entre eux déclarent dépister systématiquement la consommation d'alcool chez leurs patientes enceintes et 77% d'entre eux recommandent l'arrêt de la consommation d'alcool.

Constat : il y a encore du travail à faire chez les professionnels de santé afin de les impliquer davantage et de leur donner aussi les outils pour pouvoir aborder ce sujet là avec leurs patientes.

En termes de prévention à l'échelle nationale il y a évidemment le pictogramme dont on a déjà parlé via l'arrêté du 2 octobre 2006 qui stipule que toutes les unités de conditionnement doivent comporter un avertissement sanitaire qui peut être en fait soit le pictogramme soit un message que cet avertissement doit être dans le même champ visuel que l'indication relative au titre d'alcoométrique et qu'il doit être écrit sur un fond contrastant de manière à être visible, lisible, parfaitement compréhensible et indélébile.

Dans les faits, deux prises de position l'année dernière, au niveau institutionnel, dont l'académie nationale de médecine qui s'est positionnée sur ce sujet-là en disant que cette mesure était pour l'instant insuffisamment efficace et quelle recommande d'agrandir et d'assurer une meilleure mise en valeur du logo et de repositionner le message sanitaire et, également, le comité interministériel du handicap qui s'est positionné là-dessus et qui recommande d'améliorer la visibilité et la lisibilité du pictogramme.

En termes d'études, que sait-on sur ce sujet ? Un retour sur l'étude du début où également trois questions ont été posées sur le pictogramme.

Il y a plus de la moitié des individus qui déclarent connaître la présence d'une indication sanitaire sur les bouteilles d'alcool, c'est une proportion qui va plutôt à la baisse par rapport à il y a dix ans, en revanche une très large partie de la population approuve cette mesure 92% (proportion stable) et 75% de la population qui considère que ces indications peuvent avoir un impact important sur la consommation d'alcool des femmes enceintes.

Une autre enquête, qualitative cette fois-ci faite par l'EHESP (*Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*) menée auprès des jeunes à Rennes qui a cherché à mesurer la mémorisation spontanée du pictogramme et qui a ensuite exposé les jeunes à quatre stimuli, il y avait deux affiches publicitaires et deux bouteilles (vodka) et de mesurer la visibilité du pictogramme, la compréhension la crédibilité, etc.

Ce qui est ressorti de cette étude c'est que parmi les personnes interrogées personne n'avait jamais vu le pictogramme sur les bouteilles en mémorisation spontanée et après l'exposition aux quatre stimuli les personnes devaient lister les cinq éléments qu'ils avaient le plus remarqués et **le pictogramme n'était jamais cité**, ce qui était le plus cité c'était des éléments marketing comme la marque, le logo, etc.

Lorsque l'on demandait aux participants pourquoi ils n'avaient pas cité le pictogramme c'était essentiellement parce qu'il était à l'arrière de la bouteille et qu'il était trop petit et entouré par des éléments marketing donc la visibilité était trop réduite.

Le pictogramme était plus facilement compréhensible que la phrase, l'avertissement sanitaire ou publicitaire, certains regrettaient le manque de détails et d'explication du logo.

En terme d'efficacité, la majorité des participants pensaient que les avertissements sanitaires ne sont pas efficaces pour changer les comportements car, et c'est un petit peu contradictoire avec le début, ils estimaient qu'il y avait une désensibilisation en raison de la surexposition à ces avertissements (*pour quelqu'un qui ne l'avait pas vu, alors.....*) et une idée qui ressort c'est que sur toutes les thématiques les messages sanitaires soient variés et qu'ils changent régulièrement afin que l'on ne s'habitue pas trop au pictogramme et au message surtout et ce qui est ressorti également c'est que les messages sur l'alcool étaient un petit peu trop soft par

rapport à ceux du tabac, c'est quelque chose qui ressort assez souvent, lorsque l'on demande aux personnes ce qu'elles attendent c'est qu'elles aiment bien avoir des messages un petit peu choc, alors ce n'est pas nécessairement ce qui est le plus efficace.

Un autre élément de prévention au niveau national c'est la campagne dont les objectifs généraux sont de réduire les conséquences de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes sur l'enfant à naître et également de justifier le dialogue entre les professionnels de santé et leurs patientes sur ce sujet-là.

La cible principale ce sont les femmes enceintes et plus généralement les femmes en âge de procréer et en secondaire les professionnels de santé de premier recours et l'entourage de la femme enceinte parce que, on n'en a pas parlé tout à l'heure mais en fait c'est la première source d'information des individus derrière les professionnels de santé et les choses que les gens ont appris sur la grossesse proviennent en général de leur famille.

Le dispositif de communication, les visuels vous les connaissez, c'étaient déjà ceux de l'année dernière.

Cela se passe en deux temps.

Le premier c'est la création de l'événement, ça commence aujourd'hui avec la parution de communiqués l'un à la presse, les autres auprès du grand public et des professionnels de santé.

Il y a également des partenariats différents avec des bloggeurs, avec des influenceurs, il y a un plan de diffusion assez large par des affiches, des brochures qui ont été envoyées à toutes les têtes de réseaux.

Ensuite on va faire en sorte que ce message s'installe un peu dans la conscience collective tout au long du mois de septembre donc les partenariats s'étalent dans le temps avec des prises de parole essentiellement digitales, je vous en parlais les bloggeurs, les influenceurs qui vont twitter etc.

Auprès des professionnels de santé il y a un partenariat assez important avec le « quotidien du médecin » qui a une page dédiée sur son site avec différents articles sur, notamment : « Comment aborder la question de l'alcool avec ses patientes » qui permet également de télécharger les documents qui sont mis à disposition.

Merci à tous.

Synthèse :

Il n'existe pas de consommation d'alcool sans risques pour le bébé :

2005 : **25%**

2017 : **44%**

Risques à partir d'1 verre / jour :

2005 : **37%**

2017 : **25%**

Il est choquant de voir une femme enceinte boire un verre d'alcool !

Il est conseillé de boire un verre de vin de temps en temps pendant la grossesse :

2005 : **27%**

2017 : **21%**

L'**équivalence** entre vin, bière et alcool fort **mieux connue**.

La **marche de progression** sur les connaissances **reste très importante**.

Les **professionnels** (généralistes, sages-femmes, obstétriciens) **trouvent le message « zéro alcool » non légitime et fondé**.

Un sujet tabou : la difficulté d'aborder le sujet de l'alcool.

Chez les femmes enceintes :

61% des généralistes dépistent les consommations d'alcool.

77% recommandent l'arrêt de la consommation (reste **23%** qui **ne le font pas**).

50% de la population connaissent la présence d'un message sanitaire.

92% approuvent cette mesure.

75% considère qu'ils ont un impact.

Enquête EHESP :

Personne n'a vu le pictogramme sur la bouteille.

Sur cinq éléments : **pictogramme jamais cité**.

Parce qu'il est **à l'arrière** et est **trop petit** de plus **mêlé d'éléments marketing**.

Pictogramme plus facilement compréhensible que le message sanitaire.

Avertissements sanitaires inefficaces pour modifier les comportements.

Messages trop soft.

Manque de variété des messages.

Objectif de la campagne :

Réduction des conséquences de la consommation sur l'enfant à naître.

Justification du dialogue entre professionnels et patients.

Cible : femmes enceintes ou en âge de procréer.

Docteur Sarah COSCAS
Addictologue Hôpital Paul Brousse
Vice Présidente du GECA
(Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions)

Remerciements aux organisateurs pour l'invitation.

On voit à quel point c'est compliqué d'aborder de parler des addictions d'une manière générale, à quel point on a tous des représentations et culturellement en France c'est compliqué d'aborder ce thème mais alors, en maternité, je vous raconte pas.

On m'a demandé de parler, de débloquent, comment je pratique mon intervention en maternité et comment auprès de mes patientes addictes, j'évoque aussi le projet de maternité s'il est là.

J'aborderai beaucoup la question de prise en charge en maternité puisque nous sommes vraiment dans ce cadre là.

Cela fait quelques années que j'interviens en maternité du Kremlin-Bicêtre en consultations et aussi en liaisons pour voir les femmes addictes, alors j'ai pu facilement avoir cette consultation grâce au mot « tabac » qui a d'abord été abordé j'ai donc une consultation « tabac et autres addictions ».

C'est de cette manière là que j'ai pu aussi rentrer dans la maternité à petits pas.

On aborde les choses en disant : oui il faut savoir poser les questions, faire avouer la patiente, et je n'aime pas du tout cette manière d'aborder les choses mais malheureusement c'est un peu ça, on attend qu'elle avoue sauf qu'il faut aussi pouvoir entendre la réponse.

Déjà on est dans un temps court, les neufs mois ça passe vite, on ne le voit pas au début, c'est un temps très défini, on se rend compte aussi quand on intervient en maternité que c'est un peu : tout est positif, tout est merveilleux parce que les gens veulent avoir des enfants, ils vont avoir un enfant c'est un

moment merveilleux, on est dans le monde de Mickey.

Sauf que nos patientes ne vivent pas le monde de Mickey au quotidien, et il arrive très souvent que cette grossesse n'est pas forcément désirée, cette grossesse n'est pas attendue, la grossesse arrive comme cela on ne connaît pas forcément le père, on ne sait pas aussi dans quel cadre elle a été conçue.

Alors qu'en maternité nous n'avons que des femmes qui veulent des enfants, qui sont heureuses d'être enceintes parce que quand on est enceinte, on est heureuse d'être enceinte, et on doit être une bonne mère parce que quand on doit être mère on doit être bonne, on doit être gentille, on doit aimer son enfant quoi qu'il arrive.

Ca c'est le monde de Mickey, il y a certaines mères qui n'ont pas forcément envie d'avoir d'enfant, qui sont très inquiètes dans la manière d'aborder cette relation parce qu'elles ont eu elles-mêmes des relations difficiles avec leur propre mère et elles n'ont pas forcément de repères de ce qu'est une bonne mère, elles sont culpabilisées par leurs propres consommations et elles arrivent dans un environnement qui est assez difficile pour elles.

C'est pour cela qu'elles loupent, je pense, pas mal de consultations, y compris la mienne.

Alors, les addictions en maternité ; lorsque je parle à des amies, qu'est-ce que tu fais dans la vie, voilà des nouvelles connaissances « alors je m'occupe des addictions et aussi en maternité », alors c'est : « *Quoi, ça existe, il y a des femmes enceintes qui consomment ?* » et bien c'est très, très souvent la première réponse que j'ai des gens qui ne sont pas du milieu médical où c'est un sujet extrêmement tabou, les addictions et c'est même parfois inenvisageable, c'est-à-dire que pour le grand public : on est enceinte, on arrête, c'est simple !

C'est ce que j'entends souvent aussi par les professionnels, le monde de la maternité «

ben elle est enceinte, alors elle arrête, c'est simple » NON, ce n'est pas simple et donc, je me rends compte que ce sont deux mondes qui doivent se rencontrer et ce sont deux montagnes alors c'est un petit peu compliqué, et ces patientes ont beaucoup de mal à trouver leur place en maternité et c'est pour cela qu'elles ont du mal à « avouer », parce qu'elles sentent bien que le professionnel qu'elles ont en face d'elles n'est pas capable d'entendre ça et sont déjà prêtes à cocher le « non » et cela dans la chance où il pose la question et même pour les addictologues, on évoque assez peu ce monde de la maternité et j'avoue que moi aussi j'ai eu du mal à rentrer dans la maternité en temps qu'addictologue. J'imagine les patientes alors que moi j'étais super-motivée pour avoir ma place. Donc c'est une rencontre qui s'avère extrêmement délicate entre ces patientes et ces soignants. L'idée c'est donc de créer un climat de confiance, voilà, on sait que ce sont des patientes compliquées, les patients addictes en général sont des patients compliqués, que le systématique permet de ne pas se poser trop de questions « *Elle n'a pas la tête ! C'est pas son style ! Elle vient d'un milieu bourgeois ! Je connais la famille ! Elle sent bon l'eau de Cologne !* », donc poser la question de manière systématique permet comme je pose une autre question ; moi-même lors de ma première grossesse, lorsque le gynéco m'a posé la question par rapport au cannabis j'avais envie de l'embrasser tellement j'étais contente qu'il me pose la question, il ne l'a pas bien compris au départ, « *merci de me poser la question !* » non pas que je consomme mais que je pose la question de manière systématique et même que je suis psychiatre, et que forcément je suis au courant des effets ; ne pas essayer de faire avouer comme j'ai entendu tout à l'heure, surtout s'il y a le doute et communiquer à la patiente le sentiment que vous êtes prêt à l'entendre le « OUI », parce que quelques fois

on se dit « *si elle me dit oui, c'est la merde et qu'est-ce que j'en fais* », où je vais l'envoyer, je doit partir plus tôt en plus aujourd'hui, voilà, il faut savoir avoir un réseau, je dis ce n'est pas la peine d'être extrêmement formé, il faut juste poser la question de manière à ce que la personne puisse dire oui, « *J'imagine que vous ne consommez pas d'alcool ?* ». La patiente n'a qu'une envie c'est de vous rassurer, « *bien évidemment Madame !* ».

Mais avoir la possibilité de dire « oui », comme « *Est-ce que cela vous arrive de consommer ? Est-ce que depuis que vous êtes enceinte vous avez changé vos habitudes, est-ce qu'avant d'être enceinte vous consommiez beaucoup ? Vous consommiez un peu ? Est-ce que beaucoup pour vous c'est 1 litre, 2 litres ?* » Il faut savoir aussi poser la question en quantité, car ce qui est beaucoup pour vous ce n'est pas beaucoup pour la patiente. Pour elle qui buvait 2 bouteilles quand elle est passée à 1 bouteille pendant la grossesse, et bien elle boit moins.

Il faut aussi savoir entendre cela et ne pas faire « **OUHA !** » comme je vois certains stagiaires lorsque je suis en consultations et que j'ai envie d'égorger.

Il faut aussi être à l'aise et être à l'aise ce n'est pas forcément être formé, mais savoir qu'il y a des collègues derrière et savoir à qui vous allez les adresser, pas forcément moi, parce que je ne suis pas le centre du monde mais il y a d'autres collègues qui travaillent dans les maternités, il y a déjà beaucoup de réseaux qui sont en place et notamment vous parliez du GEGA, ainsi que le groupe grossesse addiction au niveau national qui a mis en place un D.U. que je coordonne avec Emmanuel PERRET et Claude LEJEUNE, qui permet de sensibiliser et de mettre plus à l'aise, les sages-femmes, les assistantes sociales, les gynécologues, les pédiatres vis-à-vis de ce sujet pour pouvoir orienter et qui est dans toute maternité une possibilité de gens formés dans ce domaine.

L'autre idée c'est de créer aussi un réseau car avant de poser la question il faut savoir aussi qu'est-ce que l'on va faire de cette réponse, donc avoir éventuellement quelqu'un qui puisse vous répondre assez rapidement, vous donner un avis assez rapide, dans la possibilité de la semaine.

J'ai appris à travailler un peu différemment depuis que je travaille dans la maternité, en périnatalité, c'est vrai que dans les addictions on attend la naissance de la demande du patient qui la demande et l'appel de lui-même quant il sera prêt, moi, j'avoue que là, elle est là, on essaye de trouver une consultation dans la journée. Voilà on essaye de faire les choses un petit peu plus rapidement, que c'est des sujets délicats, que la grossesse cela passe très vite et que c'est très difficile pour elles que de parler de ça et de ne pas être dans la culpabilité.

Donc il faut avoir un interlocuteur privilégié qui pourra vous donner un nom ou un avis en urgence et qui pourra créer ce climat de confiance et pour mieux préparer ce lien mère et enfant qui commence déjà un peu difficilement avec cette maman.

Pour parler d'addictions en général aussi, parce qu'on ne parle pas que d'alcool, vous comprenez bien que je ne pose pas la question que de l'alcool, et que souvent il y a d'autres consommations, c'est extrêmement important parce que souvent les patients, et notamment en addictions en général viennent avec une étiquette « *c'est un patient tabac* », « *c'est un patient cannabis* » il faut savoir que ces patients ont souvent l'habitude de consommer plusieurs produits et que lorsqu'ils viennent pour un il ne faut pas se focaliser sur ce produit là, il faut savoir aussi poser la question pour les autres.

« Je sais à fond ce qu'il consomme comme cannabis ! Tu lui as posé la question pour l'alcool ? Ben non parce qu'avec tout ce qu'il consomme comme cannabis il n'a pas le temps de boire ! A ben si, figure-toi que si ! ».

Donc c'est des grossesses compliquées, avec découvertes très tardives. Je suis extrêmement déçue quant on me contacte dans l'urgence pour une grossesse qui est à 7 mois. Une grossesse extrêmement mal suivie, dans les préjugés, alors que les femmes consomment, alors certes, elles consomment moins que les hommes, pour tous les produits sauf les psychotropes, mais elles consomment de plus en plus et on voit que souvent cette consommation féminine est toujours ou souvent chez les femmes en âge de procréer, d'où la problématique.

Et on est dans un sujet avec un manque de confiance réciproque des soignants et des soignés. Il faut arrêter de dire que c'est les patientes qui ont plein de préjugés.

Elles n'ont souvent pas de suivi et elles ont extrêmement peur du signalement et elles ont raison.

Elles ont extrêmement peur de la réaction des soignants. Alors que la meilleure façon d'aider ces enfants c'est d'aider la mère en premier lieu et leur père bien sûr et éviter toute urgence qui ne soit pas appropriée pour la grossesse.

Les produits qui posent problème pendant la grossesse j'imagine que vous les connaissez, je vais insister un petit peu sur les représentations, que je peux entendre des deux cotés.

Les soignants ont tendance à dire, « *voilà elle est enceinte il suffit d'arrêter ! Elle consomme, hum, on va appeler les services sociaux ! C'est forcément une mauvaise mère ! Les patientes issues d'un milieu favorisé ne sont pas concernées, elles savent ! Elles sont cortiquées (qualifier quelqu'un de cortiqué, c'est admettre qu'il a une facilité de compréhension, une intelligence réelle. C'est un adjectif employé dans le secteur médical pour désigner les patients qui comprennent leur vocabulaire) donc elles savent qu'il ne faut pas consommer ! Ce n'est pas son style de consommer* », alors ça c'est vraiment tous les jours et puis, voilà moi en tant que

professionnel à la consultation du 4^{ème} mois je te dis pas tout ce que je dois leur demander et si en plus je dois repérer les consommations ? Ce n'est pas mon rôle ! Je ne peux pas, je n'ai pas le temps, le timing », oui, on peut l'entendre mais il faut que cela fasse partie de la problématique.

C'est souvent un problème social, on revient dans ces représentations d'extérieur.

Et ce que j'entends beaucoup des gynécos, *« ben il vaut mieux fumer un petit peu que de stresser, de toute façon elle ne consomme pas beaucoup ! Combien ? Je ne sais pas mais elle ne consomme pas beaucoup ! »*. *« Et puis, si on consomme, on ne peut pas allaiter ! Madame vous êtes enceinte de deux mois, vous fumez cinq cigarettes par jour, vous ne pouvez pas allaiter ! »*.

Déjà pour celles qui sont hyper-motivées c'est le drame, donc ça c'est faux et la dernière c'est une redite de la deuxième.

Du côté des patientes, alors *« Voilà Docteur, je suis enceinte, j'arrête tout demain »*.

Doucement, on sait que le sevrage pour le bébé c'est une souffrance fœtale, c'est une hypoxie, c'est vraiment dangereux notamment en début de grossesse, bien évidemment que le message « Zéro alcool » nous l'avons mais il faut aussi modérer un petit peu les choses, il faut que ce soit accompagné. Que notamment il y a l'alcool mais aussi les produits de substitution, les opiacés, le cannabis, il ne faut pas tout faire en même temps. Ne pas tout faire de manière précipitée. On va dire que l'alcool est l'urgence pour l'arrêt mais que les autres produits doivent se faire aussi dans un cadre bien particulier, être aidé notamment pour les opiacés, et ne surtout pas arrêter les traitements de substitution pendant la grossesse.

C'est extrêmement difficile pour les patients d'accepter cela, *« Voilà, je suis enceinte je vais pouvoir tout arrêter, pour faire une grossesse magique, NON, votre bébé, là vous êtes*

enceinte, vous êtes dépendante de votre traitement, vous ne pouvez pas tout arrêter parce que vous risquez de le perdre votre bébé, lié aux souffrances liés au sevrage ».

Le sevrage doit vraiment être soutenu, et accompagné de soignants.

Pourquoi elles ne disent pas, pourquoi elles n'avouent pas ? Parce qu'elles savent qu'on va mettre en doute leur capacité à être mère et donc *« les institutions elles vont m'enlever mon enfant »* donc il vaut mieux que je ne leur dise pas, je gère, voilà d'où leurs craintes.

Et, si on ne boit pas tous les jours, les conséquences sont moindres, *« moi je bois moins que ma voisine, elle a eu son enfant, tout va bien, je ne vois pas pourquoi moi je n'aurais pas de chance »* et bien NON, voilà, il y a un petit peu une loterie en génétique, on n'a pas de dose sans risque, et cela, le plus souvent elles ne le savent pas. Il ne faut rien prendre au premier trimestre et après cela ira, c'est ce que l'on entend, ou alors il y a des patientes qui disent *« je viens à trois ou quatre mois de grossesse parce qu'en fait je veux allaiter et comme je sais que quand on allaite il ne faut pas consommer, pourquoi ? Parce que ce n'est pas bon pour le bébé ! Mais là, il est là déjà ! »*. Mais pour l'allaitement, il y en a qui sont focalisées sur l'allaitement parce que pour l'allaitement le bébé il est là vraiment alors que dans le ventre, il n'est pas encore là, c'est pour cela qu'il y a les neuf mois.

Quant j'ai de la chance de les choper à ce moment là, ça m'aide. S'il n'y a rien à l'écho c'est que ça va, c'est qu'il n'y a rien, ce qui est faux, Docteur Germanaud pourra le dire.

Egalement les substituts nicotiques sont contre indiqués, il y a des femmes enceintes à qui l'on dit *« c'est quoi cette ordonnance là, vous êtes enceinte Madame, on ne prend pas cela, il suffit d'arrêter de fumer ! »*

La bière favorise l'allaitement, j'espère que tout le monde est au courant que cela n'est pas le cas et que c'est le malt qui est contenu dedans et pas la bière alors certes, cela

augmente la quantité de lait mais ce n'est pas le but avec un lait alcoolisé. Après quelques idées reçues un petit peu plus sur le conjoint, « *mon conjoint ce n'est pas mon problème* » et bien si c'est un peu votre problème, même, c'est pour toutes les addictions si on soigne un patient sans s'occuper, en oubliant ce qui ce passe à la maison, on passe à côté de la prise en charge. Soit parce que le patient, le conjoint consomme aussi, et qui va être source de rechute, soit il ne consomme pas mais il est en souffrance, et que c'est important aussi de le prendre en charge parce que c'est déjà le futur papa mais c'est aussi le conjoint qui va avoir une influence directe sur cette patiente que l'on prend en charge donc c'est extrêmement important d'avoir une idée, d'avoir rencontré au moins une fois le conjoint, en maternité cela arrive mais parfois on ne voit pas du tout le conjoint.

Vous savez que toutes ces fausses croyances nous bloquent vis-à-vis de cette prise en charge alors que pour le tabac, cannabis, c'est une maladie chronique qui va avoir une influence sur la grossesse et que, il est utile, l'on peut aider fortement ces femmes consommatrices de tabac et de cannabis qui sont souvent sous déclarées et on constate souvent en consultation, le nombre important de trentenaires qui consomment du cannabis, qui viennent en consultation en me disant : « *Bonjour Docteur je viens parce que je souhaite arrêter de fumer* ». C'est bien de vouloir arrêter de fumer puis je les interroge sur les autres consommations à oui, oui, « *je fume un joint mais pour celui-là il n'y a pas de problème puisque personne ne m'a jamais dit que le cannabis n'était pas bon pour le bébé par contre le tabac il paraît que c'est hyper mauvais, donc je veux arrêter la cigarette par contre le joint je le garde* ». Ceci est aussi représentatif de notre message, on n'est pas très clair du côté de la littérature sur les effets du cannabis sur la grossesse et les patientes

s'en saisissent assez facilement alors que l'on est très clair pour le tabac les messages sont incisifs, et beaucoup moins pour l'alcool et les autres addictions

Alors que le sevrage tabac peut être simple, et être pris en charge. Il faut savoir aussi que la particularité des femmes qui continuent à fumer pendant la grossesse, c'est souvent des femmes extrêmement dépendantes. Souvent celles qui sont peu dépendantes arrivent, par le fait d'être enceinte, à arrêter ou à diminuer fortement leur consommation.

Celles que l'on continue à voir pendant la grossesse ce sont celles qui sont fortement dépendantes et qui ont besoin d'une aide et qui ont une dépendance physique importante et avec besoin de substitut.

Il est donc essentiel de former les soignants, de poser les questions de manière systématique alors que si on ne les prend pas en charge c'est extrêmement difficile pour la patiente de se sevrer toute seule ou même de continuer à consommer.

Il est extrêmement important d'avoir affaire au conjoint puisque le tabagisme passif peut avoir un impact important notamment sur la mort subite du nourrisson par la suite et il est donc important que le nourrisson soit dans un environnement non fumeur et moi je propose de voir le conjoint même si ce n'est pas forcément fait en systématique.

Le tabac par rapport à la grossesse est souvent un tabac identitaire, quand on leur dit qu'il serait bien d'arrêter j'ai remarqué que ces femmes enceintes perdaient un petit peu de leur identité. Elles se sont toujours vues avec une clope à la main, ça fait vingt ans que c'est comme cela, ou, cela fait quinze ans. Il y en a même une qui m'a dit : « si je fais cela je perds ma meilleure amie, je ne vais plus avoir de contenance, comment je vais me tenir vis-à-vis des gens ? ». Donc c'est extrêmement difficile et ce poids psychologique de la cigarette...

L'alcool je ne vous apprend rien, pour moi c'est l'urgence : lever les tabous et prendre en charge rapidement donc un sevrage fait rapidement et le mieux c'est quand même à l'hôpital, de manière institutionnelle parce qu'on a peur des contractions, du stress et que surtout on va être dans une dose minimale efficace, c'est-à-dire que l'on ne va pas mettre en place un sevrage systématique avec des benzodiazépines à forte doses comme on peut le faire chez nos patientes non enceintes on va plutôt à la demande dans le milieu efficace parce que l'on sait que les benzodiazépines ne sont pas forcément très bonnes pour le nourrisson enfin pour le fœtus. Mais c'est mieux de mettre un petit peu de benzodiazépine pour éviter le stress pendant la grossesse, lié au sevrage que de ne pas en mettre du tout avec une dé-vitaminothérapie. Pour les opiacés, juste quelques mots pour dire que c'est horrible de boire de l'alcool pendant la grossesse et dire qu'il y a des femmes qui prennent de l'héroïne ou de la codéine pendant la grossesse, c'est horrible elles doivent avoir des bébés atroces et bien non, l'héroïne n'est pas tératogène, ne crée pas de malformations contrairement à la représentation extrêmement négative que l'on a en société et que là on va plus facilement poser la question et plus facilement prendre en charge. Par contre ce que l'on va craindre c'est le syndrome de sevrage à la naissance et c'est pour cela qu'il ne faut surtout pas arrêter les traitements de substitution pendant la grossesse et au contraire, quelque fois même les majorer et prendre en charge de manière un petit peu plus étayante ces mamans qui vont avoir un enfant un petit peu plus difficile puisqu'il va être plus agité et pour les unités kangourou, je fais des messages éclairs. Le cas de la cocaïne, il y en a ! Il y en a pas beaucoup, c'est quand même la deuxième substance illicite consommée en France.

Et donc il y en a chez nos femmes enceintes, souvent extrêmement caché, et c'est souvent associé à un style de vie chaotique qui est plus dangereux lui-même que finalement la consommation elle-même.

Des femmes qui ne se nourrissent pas bien, qui ne dorment pas dans des lieux tous les jours les mêmes, qui se mettent en danger sexuellement.

Même si la cocaïne en elle-même a un effet vasculaire pendant ces grossesses.

L'idée c'est de lutter contre les préjugés et d'avoir une prise en charge personnalisée avec un accompagnement psycho-social et d'être plusieurs à se réunir autour de ces cas là, de ne pas travailler tout seul dans son coin pour anticiper la relation mère enfant, parce ces mères quant elles vont savoir que l'enfant va être difficile vont aussi pouvoir mieux aborder cette relation mère enfant, s'interroger sur le conjoint pour proposer systématiquement une aide parce que le risque c'est que l'on retire ces enfants à ces mères et qu'elles refassent un enfant tout de suite après.

Donc la grossesse de remplacement que l'on constate assez souvent alors que voilà, elles peuvent créer un lien assez magique avec leur enfant même s'il y a ce problème là qui se pose.

Moi ce que je peux en dire c'est que je fais des consultations Tabac et autres addictions à la maternité du Kremlin Bicêtre qui est une maternité de niveau 3 qui a aussi pas mal de patientes consommatrices même si elles ne sont pas en grande quantité par rapport à l'alcool peut-être parce qu'elles sont moins bien repérées et je passe de manière systématique en hospitalisation, épaulée par l'équipe de liaison qui est aussi disponible dans les cas d'urgence. On a déjà fait un stage de sensibilisation et pour certaines patients, comme je suis aussi responsable d'une unité d'hospitalisation à Paul Brousse, des addictions en général, je propose une hospitalisation plus facilement pour ces

femmes là lorsqu'elles ont besoin d'un sevrage un petit peu compliqué, lorsqu'il y a plusieurs produits et lorsque c'est en début de grossesse cela passe assez bien parce qu'elles ont beaucoup de mal à arriver dans nos services d'addictologie avec leur ventre. Elles se sentent un peu stigmatisées même si à chaque fois l'expérience a été très bonne c'est-à-dire que les autres patients ont vraiment soutenu ces patientes là et elles se sont vraiment senties aidées.

Juste un mot pour l'addictologie, c'est important, cela ne se fait pas en systématique c'est de parler de contraception chez nos patientes en âge de procréer, de parler de projet de grossesse même si elles ont des vies chaotiques, même si elles ont des consommations importantes, parce que là on est vraiment dans la prévention. Prévention afin de prendre en charge les choses en amont, de les informer parce que parfois elles ne savent pas. Aussi de déculpabiliser un petit peu, de ne pas être forcément dans le zéro de tout, mais de dire : « *voilà si vous consommez encore ça un petit peu on peut éventuellement vous aider, c'est moins dangereux que ça* » et bien elles sont très preneuses ces patientes de ces conseils et en tout cas les déculpabiliser pour qu'elles puissent mieux prendre ce projet là surtout quand il y a un problème d'alcool et d'opiacés.

Juste si on est dans un contexte psychiatrique déjà établi, déjà présent et que l'on a un projet de grossesse, il y a certains médicaments psychiatriques qui sont tolérés pendant la grossesse et que l'on introduira pour les femmes qui ont un projet de grossesse et privilégier les eaux lfts en tant qu'antidépresseurs et en tant qu'anxiolytique le « *Largactil* », éviter bien sûr les benzodiazépines et essayer d'informer l'entourage même si c'est très difficile, j'en ai parlé deux fois sans l'accord de la patiente parce qu'il y avait urgence notamment au pédiatre de ville qui me dit « *mais c'est pas*

possible, vous dites n'importe quoi, mais attendez, je reprends mes notes, et j'avais noté dysmorphie faciale inexpliquée ». Enfin voilà, c'est difficile, même en temps que professionnels de se rencontrer.

Je vous remercie.

S'adapter à la patiente que l'on a devant soi.

1 verre en moins c'est des neurones en plus.
On ne consomme jamais par hasard ;

Attention aux préjugés !

Stigmatisation par l'aide à l'enfance d'où importance de **clarté dans les dossiers**.

Formations des professionnels, éducateurs et magistrats.

Il faut **en parler, être clair et communiquer** dans l'ensemble de la population, générale et professionnelle d'où l'importance de relancer le combat sur le pictogramme.