

Alcool pendant la grossesse, parlons-en



Guide à l'usage des professionnels

Tous les professionnels de santé au contact des femmes doivent être sensibilisés à la question et se l'approprier afin de pouvoir prévenir l'exposition prénatale à l'alcool et, si la future mère continue de consommer, en réduire les effets, permettre une prise en charge précoce du bébé et éviter la récurrence lors de grossesses ultérieures. Lors de la grossesse, de nombreuses femmes diminuent spontanément leurs consommations, mais plus de 40 % continuent d'en boire, le plus souvent par méconnaissance du risque, dont près de 5 % plus de 2 verres standard par jour¹.

¹ Vabret F., Houet T., Dreyfus M., Davy A. Consommation déclarée d'alcool de 150 femmes hospitalisées en maternité. *Alcoologie et addictologie* 2006;28 (3):217-222.

Il faudrait également apprendre à repérer les facteurs de risque et de vulnérabilité très souvent à l'origine de conduites d'alcoolisation.

Il est primordial de distinguer :

- l'alcoolisation non perçue dans sa dangerosité pendant la grossesse, situation majoritaire, où l'alcool n'est qu'un épiphénomène de la grossesse,
- la grossesse survenant chez une femme malade alcoolo-dépendante, situation très minoritaire (moins de 1 % des grossesses) où c'est la grossesse qui devient un épiphénomène de la maladie, mais qui rend nécessaire et permet d'aborder plus facilement le problème alcool.
- les situations frontières cumulant plusieurs difficultés rendant une grossesse vulnérable et dont l'alcoolisation n'est qu'un problème parmi les autres, qui ne peut qu'être renforcé par sa non-prise en compte.

Une politique globale : information du public, référentiels de bonne pratique clinique, outils pédagogiques

Toutes les femmes doivent recevoir des messages clairs, cohérents et identiques des professionnels de santé : « **Recommandation Zéro alcool pendant toute la grossesse !** » En effet, il n'y a pas de seuil de consommation d'alcool sans danger pour les femmes qui sont enceintes ou prévoient de l'être ; les experts internationaux² précisent que le seuil de consommation à risque établi pour les femmes (14 verres standard par semaine pour un usage régulier, soit 2 verres standard par jour en moyenne) n'est pas valable lors de situations physiologiques particulières comme la grossesse.

Plusieurs **référentiels de bonne pratique** recommandent le dépistage de la consommation d'alcool le plus tôt possible durant le suivi de la grossesse, l'information des femmes enceintes « Zéro alcool pendant la grossesse » et la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire des femmes enceintes ayant une addiction à l'alcool (cf. annexe).

Parce qu'il n'est pas facile de parler d'alcool, l'INPES a élaboré **différents outils, à destination du grand public et des professionnels pour amorcer le dialogue** (cf. annexe) :

L'objectif est d'aider les professionnels à prévenir l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF) en intervenant auprès des femmes enceintes.

Pour cela, cet ouvrage s'efforce de donner aux professionnels des réponses aux deux questions les plus difficiles :

- **Comment aborder la consommation d'alcool et accompagner une femme enceinte dans une démarche d'abstinence ?**
- **Comment, dans les situations les plus complexes, inscrire son action dans une continuité et une cohérence des prises en charge de la mère et de l'enfant ?**

Ce guide concerne au premier chef tous les professionnels (médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, pédiatres...) en contact avec les femmes enceintes et celles qui sont en désir de grossesse.

1. Comment aborder la consommation d'alcool ?

1.1. Pourquoi ne parle-t-on pas d'alcool ? les freins et les blocages :

La consommation d'alcool, souvent partie intégrante de notre héritage culturel et social, reste un sujet difficile à aborder tant dans la vie sociale courante que dans le cadre d'une consultation. Il est important de connaître les raisons qui nous empêchent, nous professionnels ainsi que nos patientes, de parler d'alcool. La prise de conscience de ces freins devrait nous permettre de vaincre nos réticences, face aux enjeux de santé.

² Alcoologie et addictologie 2001;23 (4suppl.):67S-75S

Les freins des professionnels

Pour beaucoup d'entre nous, l'alcool au féminin reste une question encore **tabou** et ce, d'autant que l'alcool fait partie de **notre culture** et de notre vie courante. Nous n'en parlons pas, de **peur de ne savoir que faire**, en cas de réponse affirmative.

Parler alcool **demande du temps**, de la disponibilité pour l'écoute, une **formation** et un savoir faire pour aborder la question et pour donner des conseils et accompagner la personne.

Nous avons **peur de déplaire** à la patiente, peur d'être intrusif, de nous tromper, de choquer, de blesser car alors, parler d'alcool équivaldrait à suspecter la patiente d'alcoolisme.

De plus, le déni de certaines patientes peut désorienter certains d'entre nous.

Dans les situations complexes, le **découragement ou le fatalisme** empêche de poser les bonnes questions.

Beaucoup d'entre nous pensent à tort que les dommages induits n'apparaissent que comme la conséquence de la dépendance et **sous-estiment la prévalence du risque alcool pendant la grossesse**.

Enfin bien peu de professionnels de santé évoquent un problème d'alcool dans un contexte de difficultés psychiques ou sociales en l'absence de problèmes somatiques ou de consommation d'autres toxiques.

Les freins de la femme

Tout d'abord, beaucoup de femmes **méconnaissent encore les risques de toute consommation d'alcool pendant la grossesse**, en ayant le sentiment de boire « comme tout le monde » et en sous-estimant souvent leur consommation ou en minimisant le risque par le fait qu'elles connaissent des enfants dont les mères ont consommé de l'alcool pendant la grossesse et qui sont nés « sains ».

La réprobation sociale généralisée concernant la consommation d'alcool chez les femmes, responsable de **la honte**, de l'isolement, pousse au mutisme.

Le déni reste le frein principal, tout particulièrement en cas de dépendance, du fait de la honte éprouvée mais aussi **par peur de voir son enfant placé**, et parfois par peur du sevrage.

Certaines, plus rares, ne souhaitent pas perdre les effets « positifs » de l'alcool.

Ces difficultés doivent conduire chaque professionnel à prendre en compte ses propres représentations de l'alcoolisation et de la maladie alcoolique, ses propres consommations, son rapport à l'alcool. Il devra aussi garder à l'esprit que si l'on consomme, ce n'est pas pour se faire du mal, mais bien pour les qualités sensorielles des boissons, pour leur rôle dans la vie sociale, et pour les effets psychotropes de l'alcool (anxiolytique, désinhibiteur, euphorisant, calmant, antalgique, hypnotique, antidépresseur...).

Parfois, boire de l'alcool peut résulter aussi d'une pression sociale. Il faudra que le professionnel prenne conscience de la méconnaissance sincère des effets nocifs potentiels de l'alcool, et notamment des effets sur le fœtus.

Les bébés qui naissent de mère ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse ne sont pas tous atteints de la même façon.

Autre point : ce n'est pas parce qu'une femme s'alcoolise qu'elle n'aime pas son bébé. Elle souhaite, comme les autres femmes, avoir un bébé qui va bien. Ainsi la grossesse ou mieux, le désir de grossesse s'avère être un moment clé pour tout faire pour répondre à son désir d'avoir un bébé bien portant.

Enfin, bien sûr, le professionnel ne doit pas se placer sur le registre de la morale.

1.2. Comment parler de la consommation d'alcool ?

Deux aspects du message doivent être distingués :

➤ **Orienter l'entretien sur une évaluation de la consommation d'alcool de la femme :**

La recherche d'une consommation d'alcool doit être systématique auprès de toutes les femmes enceintes. En raison de leur plus grande vulnérabilité à l'usage des boissons alcooliques, une attention particulière est recommandée chez la femme dont les antécédents sont marqués par des

troubles psychopathologiques, des antécédents personnels de mésusage : usage à risque, usage nocif, dépendance à l'alcool et autres substances psycho-actives, les femmes sous traitements de substitution aux opiacés, les femmes fumeuses de tabac, les femmes vivant en grande précarité, les femmes victimes de violences³ et les femmes ayant déjà donné naissance à un enfant porteur d'un SAF.

L'entretien est la méthode la plus efficace pendant la grossesse pour évaluer la consommation d'alcool. Il ne faut pas en effet trop compter sur l'examen clinique ni sur les marqueurs biologiques dont la positivité est tardive. De plus, à ce moment-là, les marqueurs biologiques sont moins spécifiques. Cependant, si la décision de les rechercher est prise, il convient d'en informer la mère. Nous avons tous notre technique d'entretien qui nous permet de « parler alcool » avec nos patients. Plus nous sommes à l'aise, plus la patiente sera en confiance. Parmi celles-ci :

Quelques exemples de formulations

- La question de l'alcool peut être intégrée aux questions concernant le mode de vie : sommeil, activité physique, prises de médicaments, tabac, consommations alimentaires.
- Suggestions de questions intégrées dans l'entretien à la recherche de toxique :
 - *Prenez-vous des médicaments, tranquillisants ou autres ?*
 - *Fumez-vous ? Combien de cigarettes ?*
 - *Buvez-vous du café, combien de tasses ? Du thé ?.....*
 - *Vous est-il arrivé ces derniers mois de consommer des apéritifs, du vin, de la bière, du champagne, des alcools forts...? À quand remonte votre dernière consommation de vin, bière ou autre ?... À combien d'occasions ? Chaque jour ? Au cours des repas ? Plusieurs fois par semaine ? le week-end ? combien de verres ?*

Il est préférable de citer les différentes boissons que de parler de verres d'alcool ; pour beaucoup en effet, « alcool » signifie alcool fort et non vin ou bière. De plus, il est bon de saisir l'opportunité de ces questions pour informer ou rappeler la dose de 10 g d'alcool (une unité alcool) par verre standard utilisé dans les débits de boissons ou restaurants.

- Interroger la femme sur sa consommation d'alcool en dehors de la grossesse permet de décentrer l'entretien en sachant que, plus une femme consomme en dehors de la grossesse, plus elle a de risques de poursuivre sa consommation en étant enceinte.

• Les questions doivent être simples et claires, sans connotation morale, en évitant les questions fermées du type : « *vous ne buvez pas d'alcool ?* » ou « *pas d'alcool ni de tabac ?* ».

Autres formes de questions des éléments cliniques orientent vers une consommation ou un usage à risque ou de dépendance :

- *Qu'est-ce qui vous fait penser qu'il faudrait que vous changiez votre consommation ?* »
- *ou : « Comment votre entourage perçoit-il vos consommations ? » permettent une ouverture à l'entretien et de favoriser la parole*
- *ou : « L'alcool est-il un problème pour vous ? » Réponses : oui : on en parle ; non : affiner la question avec : « Que serait pour vous un problème d'alcool ? »*
- *ou : « Pensez-vous pouvoir ne pas consommer ?... »*

Parler d'alcool nécessite une écoute empathique, avec une absence de jugement de valeur et de menace. Dédramatiser sans banaliser.

Des questionnaires et/ou auto-questionnaires peuvent aussi être utilisés comme le FACE ou l'AUDIT, intégrés ou non dans un questionnaire de santé (cf. annexe). Le FACE est plus approprié à la pratique

³ Enquête ENVEFF

ambulatoire et en établissement de soins. Les questions de l'AUDIT peuvent être révélatrices et intéressantes pour engager la discussion sur la thématique alcool.

Si l'usage d'alcool est manifeste et lorsque la femme est dans une position de déni, il ne faut pas chercher à préciser davantage le degré d'addiction, mais chercher en priorité à installer une relation de confiance pour favoriser la mise en place de l'accompagnement d'une grossesse à risque et des soins à son bébé.

La relation de confiance indispensable pour aborder sereinement ces questions peut demander du temps. Celui-ci est fonction de la capacité et de la facilité du professionnel à être simple, vrai, et à l'aise avec les principaux repères en la matière.

De la part d'un professionnel, ne pas parler d'alcool avec une femme enceinte équivaut à lui laisser penser à tort que son usage est anodin. Ne pas informer la patiente sur les risques qu'elle prend pour son enfant ferait peser la responsabilité des conséquences sur le praticien.

➤ **Faire passer l'information sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse :**

« Il est dorénavant recommandé de ne pas consommer d'alcool pendant toute la grossesse ! ». « Si vous n'y parvenez pas ou si vous en avez consommé même ponctuellement, n'hésitez pas à m'en parler... » Ce niveau d'information doit être dispensé à toute femme, qu'elle soit enceinte ou susceptible de l'être ou de le devenir.

1.3. À quel moment parler alcool ?

Plusieurs moments peuvent être privilégiés pour parler alcool : les consultations pour contraception (Centre de Planification et Éducation Familiale, avec une attention particulière pour les adolescentes), pour un entretien prénatal précoce, pour un suivi de grossesse, les rencontres avec des femmes alcoolo-dépendantes en consultation, en cure et postcure, mais aussi lors du suivi d'un enfant porteur d'un retard de croissance intra-utérin, d'une microcéphalie, de malformations, de troubles du développement inexpliqués...

2. Comment, dans les situations les plus complexes, inscrire son action dans une continuité et une cohérence de la prise en charge ?

Deux types de situations à bien distinguer :

2.1. Les situations simples :

La plupart des femmes enceintes, ou qui désirent l'être, et qui boivent, sont des consommatrices à moindre risque⁴. Le repérage d'une alcoolisation le plus souvent non encore pathologique pour la femme, mais à risque pour l'enfant, doit être de la responsabilité de tout professionnel de santé et nécessite un apprentissage de notions simples autorisant le repérage précoce et une intervention brève dont l'efficacité a fait l'objet de nombreuses études^{5,6}. Bien renseignées sur les risques pour leur bébé, la plupart interrompent leur consommation.

Dans ces situations, les outils de l'INPES peuvent être très utiles :

Les professionnels peuvent notamment consulter et utiliser le guide « Alcool : ouvrons le dialogue », la Lettre « Évolution » (femmes enceintes et alcool), le guide pour les médecins formateurs au repérage précoce et intervention brève (RPIB), disponibles sur le site Internet de l'INPES. Le guide nutrition pour les femmes enceintes peut également être un outil intéressant à leur transmettre pour les aider au quotidien.

⁴ Sur quels critères ? *Alcoologie et addictologie* 2001;23 (4suppl.):67S-75S

⁵ Recommandations de la Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. *Alcoologie et Addictologie* 2002

⁶ INPES : Interventions auprès des consommateurs excessifs d'alcool. Repères pour votre pratique

Exemple pratique de situation clinique : Que dire ? Que Faire ? Point de vue du gynéco-obstétricien, du pédiatre, et de l'alcoologue

Situation 1 : Alcoolisation exceptionnelle avant le diagnostic de la grossesse :

« J'ai bu plusieurs verres de champagne le jour de mon anniversaire, je me suis aperçue ensuite que j'étais enceinte de 3 semaines »

Informé : Que savez-vous des conséquences de l'alcool sur la grossesse ?

Éléments de réponse : le risque malformatif est très faible, et nous allons surveiller tout au long attentivement la grossesse.

Conseil : alcool = 0 pour le reste de la grossesse et s'enquérir des consommations au rendez-vous suivant

• **Suivi obstétrical : attentif**

Échographie morphologique de référence

• **Consultation pédiatrique : en cas de questionnement persistant des parents** sur les conséquences et le devenir, prévoir l'examen du bébé après la naissance avec une attention particulière aux signes de dysmorphie faciale par un pédiatre habitué.

Suivi enfant par pédiatre ou médecin formé aux troubles du développement

2.2. Les situations complexes :

Celles qui nous posent le plus de problèmes sont les femmes consommatrices nocives et surtout dépendantes¹¹ qui, souvent, sont dans le déni. Ce sont elles qui mettent le plus en danger leurs enfants, avec un risque qui s'accroît à chaque grossesse.

Exemple pratique de situation clinique : Que dire ? Que Faire ? Point de vue du gynéco-obstétricien, du pédiatre, et de l'alcoologue

Situation 2 : Alcoolisations aiguës répétées malgré la grossesse connue :

« Je suis enceinte de 5 mois, j'ai bu quelques apéritifs le soir, 2 à 3 fois par semaine »

• **Informé : Que savez-vous des conséquences de l'alcool sur la grossesse ?**

Éléments de réponse : les risques malformatifs et cognitifs sont possibles, inconstants. Ils dépendent de la dose, du métabolisme maternel, de l'âge maternel⁷, du fœtus lui-même (plus ou moins fragile selon le terrain génétique), des co-toxicités associées (tabac).

NB : Le devenir de l'enfant est difficilement évaluable car il dépend de l'atteinte de l'enfant, du suivi (précoce, spécialisé), et de son environnement familial et social.

• **Suivi de grossesse à haut risque**

Échographie morphologique de référence et échographies mensuelles de surveillance (recherche de retard de croissance intra utérin : RCIU) ; surveillance par monitoring à domicile (par une sage femme PMI ou libérale)

• **Consultation anténatale avec pédiatre,**

En lien avec le suivi de la grossesse, axée sur le bien être fœtal, les conditions du retour à domicile et l'importance du suivi de l'enfant (pédiatre formé ou CAMSP), se préoccuper d'un éventuel frère ou d'une sœur né précédemment dans un contexte d'alcoolisation prénatale (petit poids ? petite taille ? microcéphalie ? difficultés scolaires ?), de placement antérieur... pour pouvoir l'orienter vers un CAMSP ou un CMPP.

• **Addictologue :**

⁷ Jacobson SW, Jacobson JL, Sokol RJ, Chiodo LM, Corobana R. Maternal age, alcohol abuse history, and quality of parenting as moderators of the effects of prenatal alcohol exposure on 7.5-year intellectual function. Alcohol Clin Exp Res. 2004 Nov;28(11):1732-45

Conseil et aide pour arrêter : " Vous et votre bébé se porteraient mieux sans consommation d'alcool. Si cela vous est difficile, un accompagnement spécialisé est possible. Je vous propose de faire le point dans 15 jours, mais n'hésitez pas à m'appeler d'ici là si vous souhaitez qu'on se voie plus tôt "

Revoir 15 j après : réévaluer consommations, parler des envies de boire

Si difficile, proposer une consultation en addictologie (alcoologie) pour un travail sur les comportements.

En plus, lien à mettre en place entre les différents intervenants nécessaires autour du couple pendant la grossesse.

Contacter le médecin généraliste (si la mère est d'accord)

S'assurer d'un soutien de proximité +++

Exemple pratique de situation clinique : Que dire ? Que faire ? Point de vue du gynéco-obstétricien, du pédiatre, et de l'alcoologue

Situation 3 : alcoolisations quotidiennes actuelles :

« Je suis enceinte de 5 mois, je ne bois pas d'alcool, juste 3 ou 4 bières tous les jours »

• **Informé : Que savez-vous des conséquences de l'alcool sur la grossesse ?**

Éléments de réponse : les risques malformatifs et cognitifs sont possibles, inconstants. Ils dépendent de la dose, du métabolisme maternel, de l'âge maternel, du fœtus lui-même (plus ou moins fragile selon le terrain génétique), des co-toxicités associées (tabac).

NB : le devenir de l'enfant est difficilement évaluable car il dépend de l'atteinte de l'enfant, du suivi (précoce, spécialisé), et de son environnement familial et social.

• **Suivi de grossesse à haut risque**

Échographie morphologique de référence + échographies mensuelles de surveillance (RCIU)
Surveillance monitoring à domicile (SF PMI / libérale)

• **Consultation anténatale avec pédiatre,**

en lien avec le suivi de la grossesse, axée sur le bien être fœtal, les conditions du retour à domicile et l'importance du suivi de l'enfant (pédiatre formé ou CAMSP), se préoccuper d'un éventuel frère ou d'une sœur né précédemment dans un contexte d'alcoolisation prénatale (petit poids ? petite taille ? microcéphalie ? difficultés scolaires ?...), de placement antérieur... pour pouvoir l'orienter vers un CAMSP ou un CMPP.

• **Addictologue :**

Évaluer dépendance (importance consommation, score, tremblement le matin, heure du 1^{er} verre) avant conseil d'arrêt (danger d'arrêter seule)

Si pas de dépendance : proposer sur une semaine de faire le test de ne pas consommer d'alcool

Si difficulté, ne pas hésiter à proposer un avis spécialisé

– envisager hospitalisation pour sevrage en milieu protégé en maternité.

– alcool utilisé comme anxiolytique ou somnifère = prise en charge par thérapie cognitivo-comportementale possible). " La décision vous appartient, je suis là pour vous aider "

Revoir 8 - 15 j après

• **Travail en partenariat pluridisciplinaire et coordonné nécessaire :** individualisé, personnalisé, avec notamment une personne de confiance, soutenue par le professionnel désigné comme référent de proximité

Soutien de proximité +++ (cf. partie 3)

Très souvent ces futures mamans **cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilités préexistantes**^{8,9}:

- Relationnels : en particulier de couple avec, comme conséquence, l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage,
- Violences domestiques : antécédents de maltraitance dans l'enfance...
- Troubles mentaux : dépression, déficiences mentales, troubles de la personnalité, schizophrénie... Parfois en rapport avec leur propre statut (ETCAF)...

⁸ Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité, HAS, nov 2005

⁹ Reunisaf (en annexe)

- Sociaux : chômage, précarité, rupture conjugale avec souvent signalement à la PMI pour maltraitance, placement d'enfants, prostitution, sans domicile fixe...
- Poly-consommation (addictions aux substances psycho-actives : Tabac, drogues illicites)
- Fragilité somatique et malnutrition
- Absence de contraception fiable et/ou adaptée
- Enfants atteints de l'ETCAF dans la fratrie
- Dettes...

Elles sont connues de nombreux services hospitaliers, des services sociaux (parfois sur plusieurs générations), de la justice... et pourtant échappent parfois totalement à la prévention.

Face à ces femmes et ces familles, les professionnels du médical et du social sont en grand désarroi¹⁶. C'est trop tardivement, à la naissance d'un enfant porteur du SAF ou, plus tardivement, devant des troubles du développement ou des négligences, que le problème de l'addiction est soulevé.

Des mesures de sauvegarde de l'enfant sont prises en urgence par les services compétents. Mais que propose-t-on pour la maman ? Quand les mamans sont entendues, elles nous éclairent à ce sujet :

- Elles ont perdu confiance en notre système de Santé qui n'a pas su les écouter, voire les protéger, lorsqu'elles étaient plus jeunes.
- Elles ont honte de parler de leur maladie alcool (tabou), ce qui les incite au silence
- Face à l'incohérence de la vie de ces femmes sans repère, notre société leur offre des aides morcelées et temporaires. Les professionnels leur demandent de faire des démarches individuelles trop lourdes. En effet, nous leur proposons des consultations psychologiques ou psychiatriques, des consultations d'addictologie, des rendez-vous avec des travailleurs sociaux pour l'accès au logement, avec la justice pour se protéger des violences domestiques, en se souciant peu de leurs capacités physiques, cognitives, matérielles...
- Pourtant elles souhaitent un bébé qui aille bien et se culpabilisent des risques qu'elles prennent, mais ne peuvent faire autrement face au cumul des difficultés qu'elles rencontrent.
- Elles sont prêtes à faire des efforts pour sauvegarder l'avenir de leur enfant, à condition d'être épaulées pour tous les tracass qu'elles rencontrent dans la vie quotidienne.

2.3. Que faire dans ces situations de grande détresse ?

Ces situations sont le plus souvent prévisibles, car cumulant de nombreux facteurs de vulnérabilité préexistants à leur grossesse. Elles nécessitent la mise en place ou la réactivation d'un réseau médico-psycho-social de proximité où la femme et son bébé à venir doivent être au centre des préoccupations et des actions des professionnels.

Objectif :

Le but est d'utiliser au maximum le positif du temps de la grossesse pour éviter les atteintes fœtales, grâce à une prise en charge précoce de la mère et de son environnement, de permettre une prise en charge adaptée de son bébé dès la naissance, mais aussi d'éviter une récurrence pour les grossesses futures.

Proposition de conduite à tenir :

- **Repérer** les situations d'addiction et de vulnérabilité au travers de toutes les consultations pré-conceptionnelles et prénatales, surtout lors de l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre de la grossesse¹⁵.
- En accord avec les femmes, **communiquer** à partir des « situations repérées », **créer et garantir du lien entre les professionnels**, à partir du suivi médical de la grossesse, pour faciliter la **cohérence et la continuité du projet de soins** auprès de ces familles.

- La problématique alcool, quand elle est associée à des autres difficultés, nécessite un travail en **partenariat médico-psycho-social en lien avec la famille**. Cela demande une bonne connaissance mutuelle des différents acteurs potentiels. Les solutions ne peuvent être trouvées que dans une approche transversale, où se rejoignent **dans un même objectif les professionnels du social et du médical, les services éducatifs...** Ce partenariat évite le passage à l'acte et coordonne les soins tant pour les adultes que pour les enfants.
- Faire attention à ne pas demander à une maman déjà « exclue » de faire des démarches actives vers de multiples « personnes ressources » souvent éloignées de son domicile, mais essayer de s'ajuster à ses besoins et ses capacités, en lien notamment avec la famille et la personne ressource du projet de vie quand cela est possible
- Mettre en place auprès de chaque femme un **dispositif flexible afin qu'il puisse** :
 - **être vite réactif** pour trouver des solutions dès que les facteurs de vulnérabilité sont exacerbés (par exemple : ne pas laisser sans réponse de nouvelles violences domestiques, au risque de voir la femme de nouveau s'alcooliser, éviter une nouvelle grossesse dans un moment de grande dépression en mettant en place une contraception fiable, garantir autant que faire se peut les liens mère-enfant...);
 - **assurer la continuité de la relation de soins**, face à la maladie chronique qu'est l'alcoolisme, dont les enjeux sont la femme, l'enfant en devenir et la famille.
- Développer dans les meilleurs délais un véritable travail en partenariat avec la personne de confiance de **proximité¹⁰ (réfèrente du projet de vie 11)**, les professionnels de la périnatalité, les acteurs sociaux et éducatifs, afin que le projet de soins s'élabore en harmonie avec le projet de vie de la femme (et la famille).

Projet de soins sur les court, moyen et long termes

Dès le repérage des facteurs de vulnérabilité dont l'alcoolisation, il convient de créer une alliance avec la femme, puis de l'élargir à d'autres professionnels, ce qui suppose de :

- **Mettre en confiance** la femme enceinte :
 - en respectant sa demande : être accueillie en tant que femme enceinte, ne faire l'objet d'aucun jugement, recevoir des informations appropriées, avoir l'assurance d'un suivi adapté et ne pas être séparée de son enfant ;
 - en valorisant la fonction de mère, le bien être fœtal et le positif de la grossesse ;
 - en lui rappelant nos obligations de respect des droits des malades (respect du secret des informations...);
 - en lui proposant de l'accompagner dans ses démarches, dont l'urgence doit être le suivi de sa grossesse ;
 - en se rendant disponible à l'écoute ;
 - en développant une aisance dans l'abord du sujet, pour savoir quoi dire et quoi faire.
- **Savoir quoi dire et quoi faire** : ce qui suppose :
 - des sensibilisations et des formations croisées aux conduites addictives et à l'ETCAF ;
 - de savoir appréhender les difficultés parentales, apprécier l'aide à fournir, posséder des images positives du devenir de l'enfant en fonction du soutien apporté ;
 - un contexte porteur où l'ETCAF est considéré comme une priorité de santé publique. En amont, une véritable volonté locorégionale facilitera la mise en relation et renforcera le maillage de toutes les structures (privées, publiques, administratives et associatives) aptes à répondre aux exigences multiples de cette problématique pour

10 La personne de confiance de proximité : elle est choisie par la femme pour la confiance qu'elle a en elle. Son rôle est d'être le fil rouge de son projet de vie avec la capacité d'alerter très rapidement les professionnels dès qu'il y a un risque de rupture. Elle peut faire partie de la famille, du voisinage, et est, avec l'accord de la femme, connue de tous les professionnels inscrits dans le projet de soins.

11 Le projet de vie de la femme se définit avec elle dans le respect de ses demandes, de ses priorités, de ses motivations et de ses capacités. Le projet de soins n'est qu'une partie du projet de vie et, tant qu'il ne représente pas pour elle une priorité, il sera difficile d'assurer une continuité dans la relation de soins.

converger vers l'optimisation du suivi chronique de la patiente et de l'enfant en devenir ;

- de ne pas être seul pour pouvoir proposer des possibilités d'accompagnement de proximité, en s'entourant de personnes qualifiées et motivées par l'objectif commun qu'est la prévention de l'ETCAF. Pour cela, il conviendra de faire émerger des pratiques complémentaires, des personnes ressources des différents champs d'interventions, de partager et mettre en synergie les expériences, de se faire confiance pour un abord cohérent et rassurant des futures mamans dans une relation « négociée ».

- Préconiser qu'une femme enceinte aussi vulnérable puisse bénéficier d'un **accès prioritaire aux filières de soins du droit commun**. Par exemple, en tant que grossesse à risque, l'accueil en hôpital de jour à la maternité paraît être une meilleure manière de lever les réticences de soins que vous pourriez rencontrer chez cette future maman (difficulté d'exposer sa maladie alcool, angoisse à l'idée de laisser trop longtemps ses enfants seuls à la maison,...). Il permettra de faire le point tant sur le déroulement de sa grossesse, que sur sa « maladie alcool », et sur ses fragilités psychiques et autres vulnérabilités qui peuvent exister sans consommation d'alcool.
- **Ce moment important à la maternité doit donc être mis à profit** pour :
 - organiser une rencontre, en fonction des besoins, avec un alcoologue ou le service d'alcoologie de liaison, un psychologue ou un psychiatre, le service social de l'hôpital, ...
 - de plus il peut être intéressant de proposer à la femme de rencontrer assez tôt le pédiatre qui pourrait l'accompagner après la naissance afin de répondre à ses questions sur les risques et de mettre en place un suivi précoce du bébé à naître ;
 - proposer à la patiente, après une synthèse en présence du référent de proximité, une conduite à tenir sur la suite à donner à domicile.

Schéma récapitulatif

