



# Alcool et grossesse : évolution des pratiques de prise en charge au sein du réseau « Maternité et Addictions »

Laetitia Siegler, sage-femme référente addictologie

Maïca Reichert, sage-femme cadre

42emes Journées de la Société Française de Médecine Périnatale, Montpellier

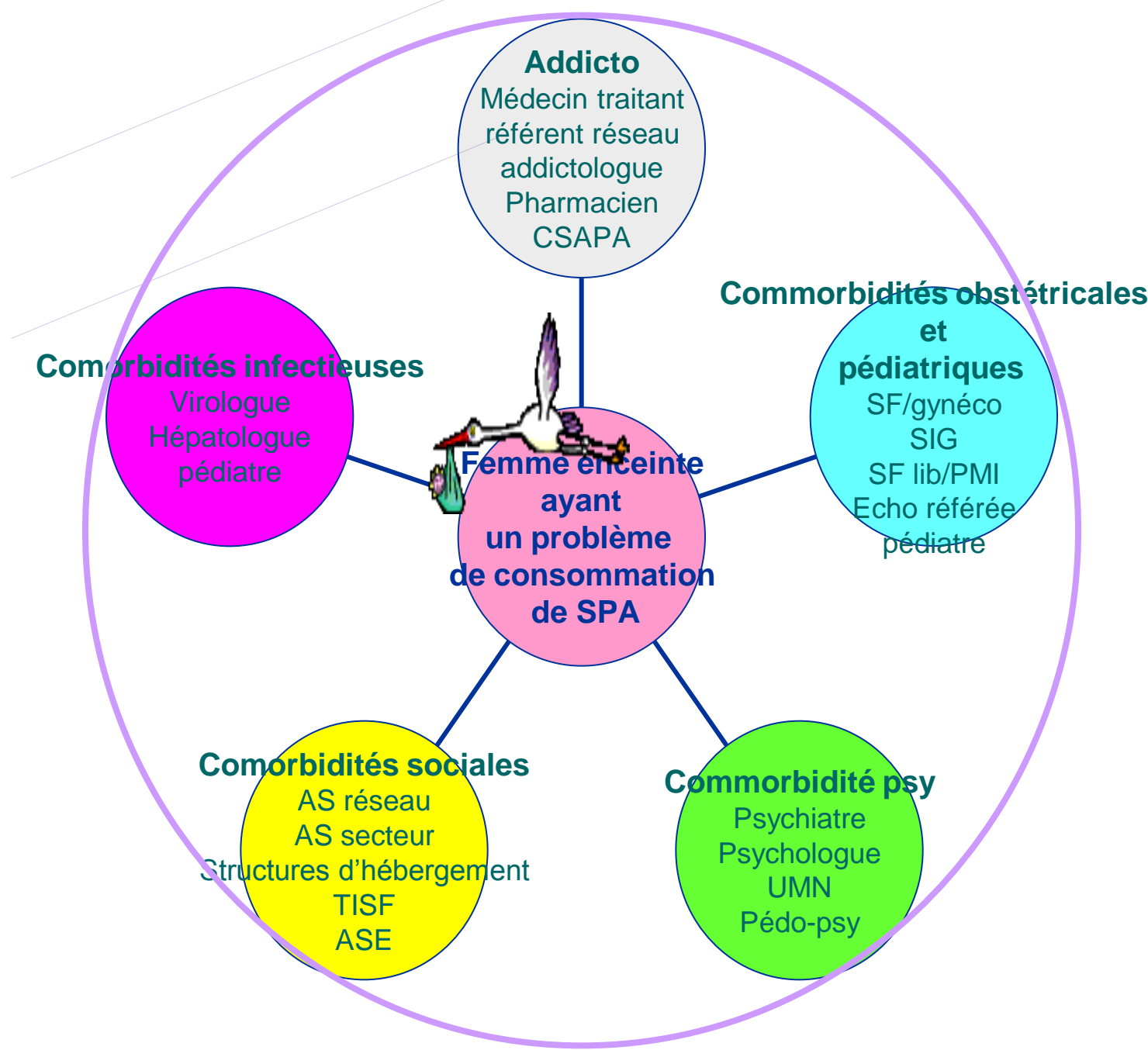
GEGA 18 10 2012

[Reseau.maternite-addiction@chru-strasbourg.fr](mailto:Reseau.maternite-addiction@chru-strasbourg.fr)

[www.matadic.fr](http://www.matadic.fr)

# Le Réseau Maternité et Addictions

- Depuis 2002
- Opiacés sur le devant de la scène tant sur le plan clinique que sur le plan des représentations chez les professionnels de la naissance
- Centré sur l'anténatal
- Pluridisciplinaire, personnalisé, médico-psycho-social
- Diminuer les conséquences des comorbidités, évaluer le plus tôt possible au niveau : addictologique, obstétrical, virologique, psychiatrique, pédopsychiatrique, psychologique, évaluation psycho-sociale précoce, pédiatrique



# Les missions

*Premier objectif* : somatique, grossesse bien suivie, accouchement à terme, un bébé en bonne santé, pas de séparation à la naissance grâce à l'Unité kangourou

- favoriser le repérage des consommations par les professionnels de la naissance dans une perspectives de réduction des risques +++
- avoir une visibilité pour les MG, CSAPA, CHRS, les structures médico sociales

*Deuxième objectif* : formations, amélioration des pratiques

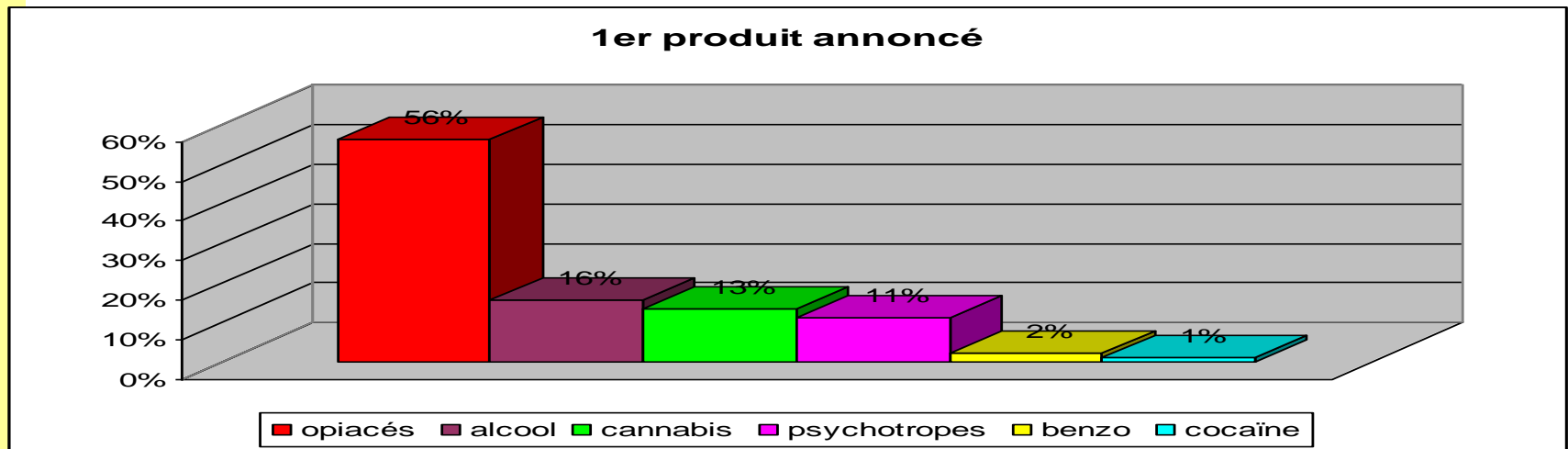
*Troisième objectif* : recueil de données

## De 2004-2011 : 524 situations, file active environ 100 femmes / an

Travail sur le lien avec les patientes, avec les professionnels  
En 2002, exclusivement : en anténatal, 100 % opiacés,

Actuellement :

- diversification au niveau des SPA ( filière alcool, cannabis, psychotropes), en 2011 : alcool 16 %



- en postnatal : puéricultrice, pédopsychiatre, mise en place d'un groupe de parole



# Au niveau obstétrical : l'alcool

Passage placentaire important

1<sup>ère</sup> cause de retard psychomoteur non génétique évitable en France

## Prévalence

- **SAF : 3 pour 1000 naissances vivantes, environ 2000 naissances/ an en France**

**Triade clinique : retard de croissance, trouble cognitif, syndrome dysmorphique et malformatif**

- *ETCAF* : Ensemble des *troubles causés par l'alcoolisation foétale* : **1 pour 100 naissances** troubles du comportement et de l'apprentissage

# La prévention / le coût

**Coût 1 enfant SAF estimé = 5 à 6 Millions d'€**

**Prévalence :**

- **Phénylcétonurie** = 1 / 10 000
- **Hypothyroïdie** = 1 / 4000
- **Trisomie 21** = 1/700

**Avec dépistage généralisé**

**Or**

**SAF = 0,3 à 5 /1000**

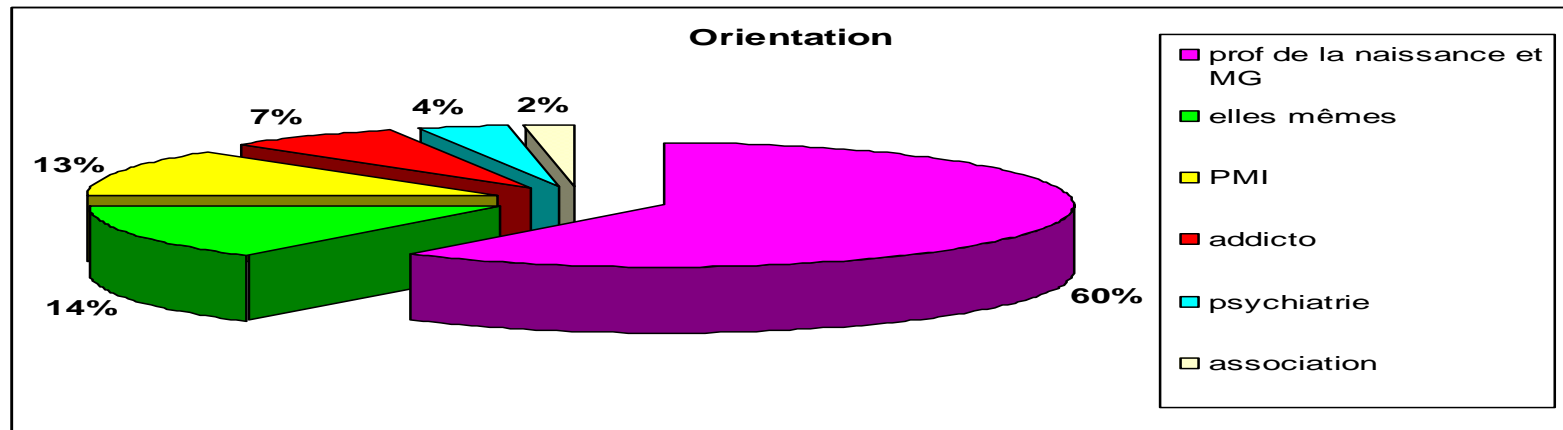
**= 700 à 3000 enfants / an en France**

# Données épidémiologiques Alcool 2004- 2010

Laetitia Siegler, sage-femme, Strasbourg

Mémoire DU GEGA Périnatalité et addictions 2011

56 patientes de 2004 à 2010 énoncent comme problématique première leur consommation l'alcool.



Les acteurs principaux dans le dépistage et l'orientation de ces patientes sont les professionnels de santé : importance de la formation et sensibilisation



# Grossesse et consommations

- Elles consultent précocement dans la grossesse en moyenne vers 14-15 semaines d'aménorrhée,
- Elles ont dans leurs antécédents en moyenne 3 grossesses par femme mais un seul enfant.
- Hormis le tabac (qu'elles consomment pour 85% d'entre elles),
  - 50% d'entre elles ne consomment aucune autre substance psycho active en dehors de l'alcool.
  - Pour l'autre moitié, les substances retrouvées au cours de la grossesse sont l'héroïne, le cannabis, les benzodiazépines et l'Efferalgan codéine,  
se rajoute les traitements de substitution aux opiacés.

# Conditions socio économiques

- 52% des patientes ont un logement personnel
- 46 % vivent seules
- couverture sociale: 58% CMU

les patientes ne consommant que de l'alcool semblent être d'un niveau social plus élevé que les femmes poly consommatrices :

plus nombreuses à avoir un logement personnel et une couverture sociale autre que la CMU

# Naissance

- Modalités d'accouchement : voie basse 72,5%,  
césarienne 27,5%. (pop gale, 20,2 %)  
Les indications de césarienne sont principalement : altération du rythme cardiaque fœtal ou stagnation de la dilatation.
- Sur l'ensemble de la population, le poids moyen des enfants nés à terme (36SA et plus) est de 2790g.
- Sur l'ensemble de la population : 8 % d'accouchements prématurés (7% pop gale)

# Devenir

Pour les 56 patientes suivies depuis 2004

- 7 enfants ont un SAF avéré (12,5 %),
  - 5 enfants de femmes polyconsommatrices et deux de femmes ne consommant que de l'alcool.
- Sur ces 7 enfants : 5 enfants placés dans l'année (9 %)
- 6 autres placements avec examen clinique normal à la naissance
- Taux de placement : 20 % vs 7 % sur la pop gale du réseau

# Les constats

- Jusqu'en 2009 aucun suivi spécifique SAF, depuis 2010 proposition consultation spécialisée et suivi mis en place
- Repérage : Amélioration en 5 ans chez les prof de la naissance : mémoires d'étudiants, diagnostic anténatal, Entretien Prénatal Précoce,
- L'information des femmes : consultations en préconceptionnel
- **Objectifs** : formaliser, au vu des enjeux, une filière de soin régionale déclinée en zones de proximité

# La prévention

- *Information aux jeunes à partir de 14-15 ans:*
  - *La structure INFO ADO :*
    - les collèges, lycées
    - Un site internet <http://info-ado.u-strasbg.fr>
  - *La Maison des adolescents*
- *Le planning familial*
- *Consultations de gynécologie (arrêt de contraception) ou de procréation médicalement assistée*
- *Formation et sensibilisation des professionnels*
- *Plaquettes d'information locale*

# DEPISTAGE/DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DURANT LA GROSSESSE

- ***Pendant la grossesse, améliorer le repérage***

- ***consultations obstétricales,***

- ***Entretien Périnatale Précoce :***

Pour une population de 500 femmes

63,8 % alcool avant grossesse

42 % en début de grossesse

22 % au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse (15 SA)

Si déclaration tardive 49 % consomment encore à 25 SA

*Chantal Barrière, sage-femme, Limoges, DU GEGA Périnatalité et Addictions, 2009*

# Protocole alcool et grossesse : Objectif sevrage

Premier entretien réseau d'évaluation médico-psycho-social

Proposition d'un sevrage alcool le plus précoce possible :

- orientation vers un CSAPA pour suivi en ambulatoire ,
- ou hospitalisation en maternité ou en lit de sevrage

Si sevrage en maternité : y associer une prise en charge globale durant l'hospitalisation axée sur la grossesse, le sevrage, mais aussi des soins de confort : acupuncture, kinésithérapie, entretien avec un psychologue et selon le terme: préparation à l'accouchement, rencontre avec le pédiatre.

Au niveau du suivi de grossesse: grossesse à risque, suivi renforcé

- Une consultation par mois jusqu'à 28SA, puis un suivi rapproché en Surveillance Intensive de Grossesse une fois par 15 jours jusqu'à 32-34 SA, puis une fois par semaine jusqu'à terme
- Un suivi en échographie référée à 12, 18, 24, 27, 32, et 36 SA
- rencontre avec le pédiatre et éventuellement avec la généticienne



# Protocole alcool et grossesse

Prendre en charge les autres difficultés de la grossesse (logement, revenus, couverture sociale...)

Travail de soutien au sevrage avec le psychiatre, le service d'alcoologie, le CSAPA...

Orientation vers un groupe de parole pour pouvoir échanger avec d'autres femmes enceintes ou ayant déjà des enfants

Proposition d'un relais si nécessaire avec la sage-femme de PMI en anténatal et la puéricultrice et le pédiatre de PMI en post natal

Anticiper le retour à domicile et le suivi post-natal en mettant en place les relais post-nataux, réunion de synthèse si nécessaire

Coordination des partenaires

# Elaboration d'un protocole de prise en charge de l'enfant dès la naissance

Examen à la naissance par le pédiatre de la maternité, examen par la généticienne référente SAF en période néonatale et proposition de suivi personnalisé à 3 mois et 9 mois

Si diagnostic de SAF ou suspicion d'ETCAF : orientation vers le CAMSP de proximité

Prise en charge spécialisée qui peut être proposée si besoin :

- Soit vers des spécialistes : Ophtalmologique, Neurologique, Troubles de l'alimentation : orientation vers l'orthophoniste, ORL
- Soit vers des partenaires du CAMPS si l'enfant y est pris en charge

Prise en soins des patientes par le psychiatre addictologue tout au long de la prise en soins de l'enfant.

Evaluation cognitive vers l'âge de 5-6 ans

Mise en place d'un tableau de bord des enfants exposés à l'alcool pour une meilleure organisation et une meilleure vision du suivi post-natal. :

Autres structures ressources : Centre Médico-Psychologique, SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile)



# L'alcool, en 2011

Pour 60 femmes qui ont accouché en 2011:

- **8 femmes enceintes orientées avec comme 1<sup>er</sup> motif une consommation d'alcool problématique**
- **11 énoncent une consommation d'alcool** au moment de la rencontre avec l'équipe du réseau, entre 8 et 33 SA, (moyenne de 24 SA).
- **Ces 11 femmes ont en moyenne une consommation excessive d'alcool depuis 4, 1 années.**
- **Ces 11 femmes ont cessé leur consommation au cours de la grossesse.**
- **8 d'entres elles ont accepté une orientation vers le service de génétique médicale pour évaluation du développement psycho moteur des enfants, repérage d'un ETCAF et prise en charge spécialisée si nécessaire.**

# Patiente 9ème geste, 6ème pare de 39 ans

CS obs à 6 SA, à 11 SA puis à

- **16 SA** : Incohérente +++, odeur d'alcool +++ => dit consommer de l'alcool de manière occasionnelle, explications données sur les malformations liées à l'OH
- **17 SA** : consulte en polyclinique pour déclaration de grossesse mais échographie T1 non faite. Souhaite reprendre le suivi de grossesse qu'elle n'a pas pu suivre car problèmes persos.

**Propos peu cohérents. Contexte social difficile. Tabac 1/2 paquet par jour; OH 3 verres/ jours + bière le WE. Imprégnation OH manifeste**  
+ 1ere écho

- **19 SA** : BU : neg pas de leuco, pas de nitrites, pas de prot, BDC au doppler 140-150 bpm
- **23 SA** écho
- **27 SA pas venue**
- **28 SA** Echo sp, doppler sp
- **31 SA pas venue**
- **32 SA** echo sp
- **35 SA** : arrivée en urgence 7h30 , bradycardie foétale, Mme 2,6 g alcoolémie
- Césarienne en urgence, fille 1780, transfert en néonatalogie, 2,1g alcoolémie
- **Placement à 15 j de vie**

# Idéalement : le travail en réseau

- Importance de la période anténatale pour mobiliser les parents et les professionnels
- Staffs pluridisciplinaires qui permettent de réorienter l'action des professionnels tout au long de la grossesse et en post natal
- Assurer la continuité de l'anté au post natal autant du côté des parents que du côté des professionnels,

# Conclusion

Pour les autres substances ( héroïne, cannabis, psychotropes)  
Le suivi périnatal de la mère est important et conditionne le devenir de la dyade, pour l'enfant très peu de répercussions somatiques à long terme, au point même que la transmission de l'information concernant la prise de SPA doit/ peut s'arrêter

Au contraire, pour l'alcool :

Le suivi de la mère est nécessaire

Mais l'organisation des relais et d'une filière de soins est indispensable pour éviter une perte de chance pour l'enfant