

CONCLUSION

La grossesse et la naissance d'un enfant constituent des bouleversements physiques et psychiques. Pour la femme usagère de drogues, une prise en charge obstétricale, addictologique et psychologique appropriée est nécessaire. Depuis une quinzaine d'années, des protocoles de prise en charge sont rédigés par des réseaux périnataux. Néanmoins les femmes sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) peuvent rencontrer des difficultés dans leur suivi. Notre travail a permis de donner la parole à des femmes sous MSO suivies au sein du réseau des microstructures médicales en Alsace (RMS) sur leur vécu de la prise en charge pendant la périnatalité.

Une relation de confiance et un accompagnement dans la bienveillance, le non-jugement et où la femme a sa place dans les prises de décisions contribuent à une meilleure adhésion et un meilleur vécu de la prise en charge. *A contrario* la perception d'un jugement peut générer méfiance et mésestime de soi chez la femme. Par son attitude et ses exigences, le soignant peut aggraver ces sentiments et la mettre en échec. Une meilleure connaissance de la femme permet au contraire de favoriser la relation thérapeutique pour mieux l'accompagner dans les moments de fragilité. Nos entretiens ont illustré le besoin de soutien et d'écoute des participantes ainsi qu'un sentiment de légitimité à l'égard des soignants les connaissant déjà.

La continuité des soins et la cohésion entre les professionnels participent à la fiabilité et à la stabilité des soins. La coordination, l'anticipation et la communication sont indispensables lors de la prise en charge par l'équipe obstétricale en lien avec les autres intervenants de la périnatalité. Les formations en addictologie de tous les professionnels entourant la femme (sage-femme, gynécologue-obstétricien, médecin généraliste, pédiatre, puéricultrice, psychologue et psychiatre) sont également cruciales. Dans nos entretiens, les femmes ont attribué la posture et le discours plus empathiques des soignants à une meilleure formation.

Le vécu émotionnel et les difficultés psychologiques des femmes nécessitent une prise en charge appropriée. La permanence de la psychologue de microstructure et la possibilité de consulter un psychiatre dans le cabinet de proximité ainsi que la présence d'un psychologue à l'hôpital apparaissent en ce sens opportunes. Dans notre travail, la manière dont les participantes ont perçu l'accueil de leurs confidences a joué sur leur vécu de la prise en charge. La perception des normes sociales et la crainte du placement de l'enfant sont à

interroger. Dans notre étude, plusieurs femmes ont eu besoin d'entendre qu'elles avaient le droit d'être mère et qu'elles n'étaient pas de mauvaises mères. L'acceptation de la grossesse, les attentes d'un bébé en bonne santé et les éventuelles motivations au changement peuvent également influencer le vécu des femmes.

Une approche corporelle (préparation à la naissance, conscience des contractions et mouvements du bébé) permet une meilleure perception de ces nouvelles sensations corporelles. Dans notre étude, ces éléments ne sont pas évoqués par les femmes pour qui la gestion des symptômes de manque a été la préoccupation somatique principale. Les soignants pourraient aider les femmes à investir leurs corps en tant que femmes enceintes et non pas uniquement en tant que femmes enceintes sous MSO.

La gestion du MSO nécessite des explications anténatales sur l'adaptation des posologies, le syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN), sa prise en charge et les avantages de l'allaitement pour un apaisement des craintes maternelles et de la culpabilité. Les médecins de microstructure et les sage-femmes de l'équipe de liaison et de soins en addictologie ont agi en ce sens. Certaines participantes ont cependant exprimé un manque d'informations et un vécu difficile. Selon la littérature, la prise en charge du nouveau-né à la maternité doit être axée sur l'apprentissage des soins de *nursing*, le partenariat avec les parents et la valorisation de leurs capacités. Les unités Kangourou, où la mère et l'enfant ne sont pas séparés, ont permis une baisse du taux de SSNN grâce à l'implication des parents. Dans nos entretiens, le partenariat avec les équipes et le soutien perçu à la maternité ont rassuré plusieurs participantes.

Lors du retour à domicile, un étayage professionnel peut être anticipé après une évaluation des besoins. Si la situation le requiert, l'hospitalisation en unité mère-enfant en psychiatrie ou un accueil en maison maternelle peuvent être proposés. Ces mesures peuvent être perçues comme intrusives. Le soutien ou les pressions ressentis impactent leur vécu.

L'accompagnement dans la création du lien à l'enfant est profitable pendant toute la périnatalité. Différents intervenants peuvent soutenir les parents (sage-femme, puéricultrice, médecin généraliste, pédiatre, protection maternelle et infantile). Selon les besoins des parents et des enfants, d'autres professionnels peuvent être impliqués. Plusieurs participantes ont apprécié cet accompagnement dans une attitude bienveillante.

Dans la littérature, la place du conjoint et père de l'enfant est souvent mal définie, souvent réduite ou dévalorisée. Le manque de soutien et les violences envers la femme sont également évoqués. Des interventions et des politiques publiques permettant une plus grande intégration des conjoints dans les suivis pourraient être bénéfiques. Dans notre étude, la place du conjoint en tant que père est valorisée par les participantes. Pour la majorité d'entre elles, il constitue un soutien positif. Néanmoins en cas de violences verbales et physiques, un soutien a pu être obtenu auprès du médecin et de la psychologue de microstructure ou de l'hôpital.

L'entourage peut constituer un appui pour la mère ou être une source de conflits et de tensions. Des interventions centrées sur la famille peuvent permettre de mieux comprendre la nature et les bénéfices du traitement. Dans notre étude, certaines femmes ont parlé à leur famille du MSO qui est rassurée par la prise en charge ; tandis qu'il existe pour d'autres un malaise et une omission du sujet. Le médecin de microstructure et la psychologue peuvent aborder avec la femme sa relation avec son entourage, notamment en cas de vécu familial difficile.

Nos entretiens illustrent l'importance pour les femmes du partenariat avec le médecin de microstructure. Il faut toutefois relever que la méthode de recrutement des participantes passant par leur médecin a favorisé l'inclusion de femmes satisfaites du RMS. Il serait pertinent d'étendre ce travail à des femmes pour lesquelles le suivi en microstructure a été moins bien vécu.

Il ressort de notre travail qu'une perception de pression ou de stigmatisation peut conduire à une dégradation de la relation avec les soignants et à un risque de rupture du lien thérapeutique. Il est primordial pour les femmes d'être écoutées avec bienveillance, rassurées et informées avec anticipation. Les femmes ont souligné l'importance de la formation en addictologie des différents intervenants de la périnatalité. Elles l'ont mise en relation avec l'amélioration de leur vécu des interactions avec les soignants.

VU et approuvé
Strasbourg, le.....**03 AVR. 2023**.....
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA

3

VU
Strasbourg, le.....**29.03.23**.....
Le président du jury de thèse
Professeur Nicolas SANANES

Pr Nicolas SANANES
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Pôle de Gynécologie - Obstétrique
Tél. : 03 69 55 34 10 - Fax : 03 69 55 34 16
N° RPPS : T0100029549