UN OUVRAGE
DE RÉFÉRENCE
POUR LES
PROFESSIONNELS

DrugScope

ANNE WHITTAKER

Traduction
EWEN CHARDRONNET

GUIDE concernant L'USAGE de SUBSTANCES PSYCHOACTIVES durant la GROSSESSE

Préface du Professeur
Claude Lejeune

Coordination scientifique
de l'adaptation française :
NICOLAS BONNET et
THOMAS CHIHAOUI

respadd
RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

GUIDE
concernant
L'USAGE de **SUBSTANCES PSYCHOACTIVES** durant la **GROSSESSE**

Préface du Professeur
Claude Lejeune

L'édition originale, *Guide to Problem Substance Use During Pregnancy* (ISBN 978 1 904319 53 5) a été publiée par Drugscope (UK).

Édition originale : *Guide to Problem Substance Use During Pregnancy,* 3e edition
- Écrit par Anne Whittaker, *Nurse Facilitator*
- Editeur : Drugscope
  Prince Consort House (Suite 204)
  109–111 Farringdon Road – London EC1R 3BW
  info@drugscope.org.uk

Édition française : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse
- Responsable éditorial : Nicolas Bonnet
- Coordination scientifique : Nicolas Bonnet et Thomas Chihaoui
- Éditeur : RESPADD – Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
  96 rue Didot – 75014 Paris
  contact@respadd.org
- Traducteur : Ewen Chardronnet
- Correcteur : Lionel Thébaud
- Secrétariat de rédaction : Maria Baraud
- Conception graphique : Bernard Artal Graphisme

Comité de pilotage :
Cécile Bettendorf, *Fédération Addiction* – Nicolas Bonnet, *RESPADD* – Corinne Chanal, *CHU de Montpellier* – Thomas Chihaoui, *RESPADD* – Françoise Corneau, *Groupe hospitalier Cochin* – Catherine Crenn-Hébert, *Hôpital Louis Mourier, Colombes* – Véronique Delaforge, *CSAPA Logos* – Jean Ebert, *CSAPA Horizons* – Serge Escots, *Institut d'Anthropologie Clinique* – Jean-Philippe Henrotin, *Béarn Addictions* – Isabelle Lacroix, *CEIP Toulouse* – Claude Lejeune, *GEGA* – Philippe Michaud, *IPPSA* – Maïca Reichert, *Réseau maternité et addictions du Bas-Rhin* – Jean-Jacques Santucci, *AMPTA* – Anne-Marie Simonpoli, *Hôpital Louis Mourier, Colombes* – Anne Stoebner, *Institut régional du cancer de Montpellier* – Guillaume Suderie, *Institut d'Anthropologie Clinique* – Marijo Taboada, *DAPSA, Paris* – Olivier Thomas, *AMPTA* – Odile Vitte, *APSC Provins.*

Le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions – RESPADD est une association à but non lucratif qui fédère près de 850 établissements de santé (hôpitaux, cliniques, EHPAD, établissements médico-sociaux...) résolument engagés dans la prévention et la prise en charge des addictions.

Cette traduction de l'ouvrage original « Guide to Problem Substance Use During Pregnancy » a pu être réalisée grâce à l'accord de cession de droit de la maison d'édition Drugscope et au soutien de la MILDT – Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, de la DGS – Direction générale de la santé, de la MNH – Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et de la Fédération addiction.

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions, ou idées décrits dans la publication. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande une vérification extérieure.
Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1er juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du centre français d'exploitation du droit de copie (20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Editions Drugscope, 2003, 2005, 2011, www.drugscope.org.uk

© Edition Respadd, 2013, www.respadd.org
Pour toute question ou commande relative à cet ouvrage : contact@respadd.org

Couverture : Bernard Artal Graphisme / © Mayboro – Fotolia.com

Achevé d'imprimer en juin 2013 – Imprimerie Peau, Nogent-le-Rotrou
Dépôt légal : juin 2013

Exemplaire gratuit, ne peut être vendu.

ISBN : 978-2-7466-6113-4

ANNE WHITTAKER

Traduction **EWEN CHARDRONNET**

GUIDE concernant L'USAGE de **SUBSTANCES PSYCHOACTIVES** durant la **GROSSESSE**

Préface du Professeur Claude Lejeune

UN OUVRAGE DE RÉFÉRENCE POUR LES PROFESSIONNELS

Coordination scientifique de l'adaptation française :
NICOLAS BONNET et **THOMAS CHIHAOUI**

respadd
RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

DrugScope

NOTE AU LECTEUR

Cet ouvrage est issu de la traduction française du livre « Guide to Problem Substance Use During Pregnancy » paru chez Drugscope en 2011, enrichie de contributions réalisées par des experts français ou francophones des champs de l'addictologie et de la périnatalité.

Son objectif est de fournir aux professionnels français engagés dans la prise en charge et le suivi des femmes usagères de drogues un document de référence sur :

→ Les effets des produits avant et pendant la grossesse

→ Les recommandations concernant le suivi et la prise en charge des femmes et de leurs enfants

→ Les ressources disponibles en France : services hospitaliers, associations, réseaux, etc.

Afin de vous en faciliter la lecture, vous trouverez les textes provenant de la version originale sur fond blanc et ceux qui proviennent des contributions françaises sur fond hachuré.

Les mots suivis d'un astérisque* sont définis dans le glossaire que vous trouverez à la fin de l'ouvrage.

Certains termes, n'ayant pas d'équivalents en français, ont été laissés dans leur version originale et signalés en italique.

Ces informations vous permettront de parcourir l'ouvrage à votre guise, afin que vous puissiez l'utiliser à la manière d'une « boîte à outils », et qu'il soit pour vous un instrument pratique dans votre exercice professionnel.

Bonne lecture.

Sommaire

Avant-propos 11
Préface 21
Remerciements 23
Introduction 25
- Terminologie 25
- Définitions 26
- Les sources dans la littérature et les preuves 27

1/ LES POINTS CLÉS 29
- La philosophie de l'approche 30
- Les soins de préconception 30
- Les soins prénatals* 31
- L'évaluation des besoins et des risques pendant la grossesse 31
- La gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse 32
- Les soins intrapartum 32
- Les soins postnatals 32

▶ *Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites)* 34
▶ *Médicaments de substitution des dépendances aux opiacés* 46

2/ ÉVALUER LA SITUATION 53
- L'étendue du problème 53
- La nature du problème 54

▶ *Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool ou de drogue* 58

3/ UN CADRE DE TRAVAIL POUR LES SOINS 89
- Une philosophie de l'approche 91

▶ *Une base en ligne sur les actions dédiées aux femmes en situation d'addiction* 95
▶ *Coordination grossesse et addictions : une prise en charge en réseau personnalisée* 98
▶ *C'est quoi le Dapsa ?* 107
▶ *Collaboration ELSA – Maternité pendant la grossesse* 112

4/ GUIDE DES BONNES PRATIQUES 115
• Le processus de prise en charge 115
• La coordination et la gestion des soins 120
• La confidentialité et le consentement à partager de l'information 121

▶ *Repérer et intervenir précocement auprès des femmes consommant de l'alcool pendant la grossesse : leçons d'expériences françaises* 122

▶ *Les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes* 128

5/ L'INFORMATION SUR L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ... 135
• Les tendances dans l'usage de drogues (illicites et prescrites) 135
• Les produits communément consommés et leurs effets 136
• L'usage de drogues par injection 138

▶ *La réduction des risques au féminin* 139

6/ LES DROGUES ET LEURS EFFETS SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS 143
• Des informations probantes 144
• Les effets du tabac 145
• Les effets de l'alcool 146
• Les effets des drogues (illicites et prescrites) 148

7/ LA GESTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE 153
• L'arrêt du tabac 154
• Conseils sur la consommation d'alcool 155
• Unités d'alcool – un guide sommaire 156
• Dépistage de l'alcool 156
• Interventions brèves sur la consommation d'alcool 157
• Dépendance à l'alcool et désintoxication 159
• Évaluer les problèmes liés à la drogue 159
• Gestion de la consommation problématique de drogues 160
• La gestion des médicaments psychotropes 164
• Le mot de la fin 164

▶ *Prise en charge du tabac pendant la grossesse : expérience au CHU de Montpellier* 165

8/ SYNDROME DE SEVRAGE NÉONATAL (SSNN)* OU SYNDROME D'ABSTINENCE NÉONATALE 169
• Signes et symptômes du SSNN 170
• Apparition, durée et sévérité du SSNN 170
• Évaluation du SSNN 172

• Préparer les parents au SSNN 172
• Prise en charge des symptômes de sevrage néonatal 173
• Thérapie de soutien (comportementale) pour les nourrissons qui ont un SSNN 173
• Soins au domicile 176
• Soins à l'hôpital 176

9/ VIRUS VÉHICULÉS PAR VOIE SANGUINE ET GROSSESSE 179
• Dépistage prénatal* du VIH*, de l'hépatite B et de l'hépatite C 179
• Virus d'immunodéficience humaine (VIH*) 180
• Hépatite B (VHB*) 184
• Hépatite C (VHC*) 185
• Co-infection (VIH* et hépatites) 187

10/ LES SOINS MATERNELS 189
• Soins préconceptionnels 190
• Soins prénatals* 192

▶ *Conseils avant la conception et prévention des grossesses non désirées* 199

11/ ÉVALUATION DES RISQUES PENDANT LA GROSSESSE 203
• N'est pas suivie par / n'a pas déclaré un médecin traitant 204
• Sans abris, sans domicile fixe ou sans « chez soi » 204
• Maltraitance domestique 205
• Problèmes de santé mentale des parents 206
• Nouveau-né présentant un risque de Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) 207
• Inquiétudes concernant le bien-être et la sécurité de l'enfant 207

▶ *L'entretien prénatal précoce : occasion d'une alliance avec les parents* 209

▶ *Accompagnement socio-éducatif des femmes enceintes usagères de Substances psychoactives (SPA) en situation de précarité : accès aux droits, ressources, hébergements , protection de l'enfance* 213

12/ ALLAITEMENT DU NOURRISSON 219
• Conseils et soins relatifs à l'allaitement au sein 220
• Bienfaits de l'allaitement au sein 221
• Risques potentiels 222
• Méthadone* et autres substituts aux opiacés (ex. : dihydrocodéine, buprénorphine) 223
• Benzodiazépines* prescrits sur ordonnance 224
• Alcool 224
• Tabac 225

• Cannabis 225
• Questions relatives à la consommation de substances supplémentaires pendant l'allaitement au sein 225
• Syndrome de mort subite du nourrisson 226
• Allaitement au sein et virus présents dans le sang 226
• Conseil pour le sevrage 227
• Allaitement au lait infantile (biberon) 227
• Allaitement et placement en centre/famille d'accueil 227

13/ LES SOINS POSTNATALS 229
• Mort subite du nourrisson (MSN) 230
• Risques associés au partage du lit et au sommeil en commun 230
• Formation de liens, attachement 231
• Dépression postnatale 231
• Risques de rechute 232
• Stockage sans danger des substances psychoactives et de l'alcool à la maison 233

▶ *L'unité Kangourou : un idéal pour l'accueil de la mère usagère de substances psychoactives et de son bébé* 234

14/ ÉVALUATION PENDANT LA GROSSESSE DE LA CAPACITÉ PARENTALE LIÉE À LA GARDE DES ENFANTS 243
• Protéger les enfants 245
• Stratégies d'intervention précoce 246
• Favoriser les facteurs de récupération, de résilience et de protection 246

Glossaire 249

ANNEXE 1/
Calendrier de prise en charge idéale 259

ANNEXE 2/
Protéger les enfants de l'alcool et des drogues à la maison 262

ANNEXE 3/
Plan de soutien familial 267

ANNEXE 4/
Enceinte... et consommatrice d'alcool ou de drogues ? 270

ANNEXE 5/
Questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool 277

ANNEXE 6/
Journal des consommations d'alcool et de drogues 280

ANNEXE 7/
Guide de bonne pratique sur l'usage de l'analyse toxicologique dans le contexte de la protection de l'enfance 281

ANNEXE 8/
Tableau d'évaluation du syndrome de sevrage néonatal 286

ANNEXE 9/
Prendre soin d'un bébé présentant des symptômes de sevrage 287

ANNEXE 10/
Formulaire de liaison anténatal 292

ANNEXE 11/
Formulaire de nomination de médecin traitant 298

ANNEXE 12/
Guide « Alcool et grossesse, parlons-en », direction générale de la santé 299

ANNEXE 13/
GEGA – Propositions pour le futur plan MILDT 300

ANNEXE 14/
Fédération addiction : un projet sur l'accueil des femmes dans le secteur médico-social d'addictologie 302

ANNEXE 15/
Rédaction de fiches techniques « grossesse et consommation de substances psycho-actives » : une démarche régionale 311

ANNEXE 16/
Fiche technique « consommation de cannabis pendant la grossesse » 315

ANNEXE 17/
Fiche de conduite à tenir élaborée par la Maternité de l'hôpital Louis Mourier de Colombes, AP–HP 317

ANNEXE 18/
Le Centre Horizons 320

ANNEXE 19/
Réseaux – Portails 327

Avant-propos

ANNE BORGNE
Présidente du RESPADD

Dans notre société de l'hyperconsommation, de l'accélération, de l'individualisme, de la valorisation, de la réussite personnelle et de la prise de risque, la femme moderne se doit d'être performante, responsable, saine de corps et d'esprit. Elle aspire à réussir professionnellement tout en restant féminine et en étant une « mère exemplaire » quand la maternité vient, souvent avec bonheur, rythmer cette vie de femme. Une femme consommatrice de drogues devient alors très rapidement discriminée, isolée, exclue socialement. Plus que les hommes, elles seront perçues comme des délinquantes ou des malades et connaîtront plus de complications liées à leurs usages.

Ainsi, pendant la grossesse, les femmes consommatrices de produits psychoactifs sont plus exposées à des risques pour leur santé et celle de leur futur enfant notamment en raison de la toxicité intrinsèque des produits. Ceci est d'autant plus vrai que les conditions socio-économiques sont mauvaises. Et pourtant, ces enjeux restent insuffisamment pris en compte.

L'engagement du RESPADD

Depuis sa création en tant que Réseau hôpital sans tabac en 1996, le RESPADD s'est engagé auprès des femmes afin d'améliorer leur prise en charge dans les services de santé : rédaction du référentiel « Maternité sans tabac » et création d'un label éponyme, organisation ou parrainage de manifestations destinées à promouvoir les échanges de pratiques dans la prévention des conduites addictives au féminin – colloque « femmes et tabac », Rencontres du RESPADD sur « la situation des femmes et des adolescentes » –, etc.

Ce guide vient poursuivre et compléter cet engagement. Traduit avec la gracieuse autorisation de Drugscope, il bénéficie de la richesse des contributions du groupe d'experts « Femmes et addictions » de la Fédération addiction. Consensuel et pragmatique, il a pour objectif d'informer, de proposer des modalités d'intervention spécifiques, de diffuser des savoir-faire et savoir-être et de fournir des conseils pratiques aux femmes et à l'ensemble des professionnels intervenant à leurs côtés. ■

Avant-propos

JEAN-PIERRE COUTERON
Président de la Fédération Addiction

La Fédération Addiction, qui rassemble des établissements et des professionnels de l'addictologie autour d'une approche transdisciplinaire des addictions, travaille depuis de nombreuses années sur la question de la grossesse et de la maternité. Outre une formation régulièrement proposée aux professionnels, elle a mis en œuvre en 2012 un projet spécifique sur les femmes et les addictions, piloté par un groupe de travail constitué de chercheurs et d'experts de terrain, qui a débattu de nombreuses fois cette problématique. C'est avec intérêt que ce groupe a contribué à l'élaboration de ce guide, qui permet de faire le point sur l'un des aspects de la question des addictions au féminin, dans l'objectif de faire évoluer les pratiques professionnelles.

Accompagner les usagers, quels que soient leurs usages, nécessite d'accepter que des temps se croisent, avec les contradictions qui en résultent, car si l'arrêt d'un produit peut être instantané, réaménager une vie peut parfois prendre des semaines, des mois, voire des années. La conception d'un enfant est une des périodes de la vie où les rythmes différents peuvent se mettre le plus en tension. L'usage, qui ne concernait avant qu'une personne, est évalué au travers de ses effets sur le futur bébé ; celui qui était le compagnon, le conjoint devient père ou mère… Des liens se nouent… Un compte à rebours est lancé dont la maîtrise nous échappe.

Il faut donc beaucoup d'attention pour que ces tensions et ces liens ne fassent pas nœuds, pour que les attentes légitimes, les changements à vivre ne deviennent pas rejets, regrets, condamnations.
Il faut beaucoup de compétences pour que les savoir-faire techniques se complètent, s'articulent, se partagent et permettent de mieux gérer ces temporalités différentes sans se transformer en injonctions, en sanctions.
Il faut dépasser des représentations négatives, caricaturales, celles qui souvent disqualifient d'emblée l'usager, faible, irresponsable, indifférent à l'autre, coupable par nature, devant être puni de ses faiblesses.

Il y a quelques mois, sur le forum d'usagers « Psychoactif », une jeune femme racontait son accouchement. Ce texte, dont je ne reprends ici que des extraits, montrait le chemin fait et celui qui reste à parcourir…

> *« (…) J'avais tellement pas envie de m'entendre dire que ce n'était pas encore le moment… que j'ai trop attendu… ! Arrivée de bébé à 7h15 dans le hall du 2e étage, à côté de la machine à café !*

Après les examens d'usage, ma fille et moi avons été montées dans une chambre, en maternité. (...) Mon séjour avait été préparé grâce à l'infirmière... de mon CSAPA qui forme régulièrement les sages-femmes des hôpitaux de la ville. La gentillesse, l'attention et la compréhension étaient là, pas de souci. Tout comme la discrétion vis à vis de la famille. Rien à redire. Le soir venu, je trouvais que ma puce était un peu irritable et qu'elle voulait sans cesse téter (...). Elle a fini par dormir un peu vers 7h du mat, et encore, c'était pas ce que je pourrais appeler un sommeil réparateur.

Moi, dans ma tête, c'était déjà plié, je n'avais pas réussi à protéger ma fille du syndrome de sevrage. J'ai senti une culpabilité gigantesque m'envahir, et j'ai commencé à flipper, en me disant qu'on allait être séparées (...). L'interne (...) m'a dit ce que je redoutais tant d'entendre : service de néonat de suite. J'ai essayé de ne pas pleurer mais les larmes coulaient toutes seules. Je culpabilisais pour ma fille, mais aussi pour mon copain, lui qui n'a pas du tout le même parcours que moi. Certaines infirmières prenaient le temps de nous rassurer, mais d'autres se fichaient éperdument de notre ressenti (...).
J'ai passé une autre nuit (difficile, comme la première) sans ma puce avant d'être transférée en chambre kangourou (...). Là, j'ai pu commencer à me reposer (...), ma fille était là, juste à côté de moi, et mon ami et moi étions plus tranquilles pour nous en occuper. Le fait que l'infirmière qui me suivait passe souvent me voir a aidé pas mal aussi. Voir que j'étais sérieusement suivie, que je faisais ce qu'il fallait pour me sortir de la came, et que le CSAPA était confiant, ça les a rassurées. Mais y avait toujours ce noyau dur qui ne pouvait pas s'empêcher de me faire sentir que j'étais la mère indigne du service...

Pendant ces 27 jours, j'ai fait contre mauvaise fortune bon cœur comme disait ma grand-mère, et j'ai pris un maximum de conseils et de renseignements... histoire que tout ça serve à quelque chose de positif. Pour les soins, le bain, l'alimentation, je me débrouillais seule presque. Les infirmières me laissaient un maximum d'autonomie, afin que je sois « opérationnelle » à la sortie, et rassurée sur mes capacités à bien m'occuper de ma fille.
(...) Ce qui me fait plaisir, c'est de savoir que les choses évoluent dans le bon sens en néonat. Durant mon séjour, le service a eu l'occasion d'en apprendre encore un peu plus sur les mères sous substitution. Et quand l'infirmière de mon CSAPA y est retournée plus tard, les puéricultrices ont demandé de nos nouvelles et dit qu'elles gardaient un très bon souvenir de notre passage. Petit à petit, ça avance! »

La mise à disposition d'une version française de ce guide, renforcé et complété par des contributions d'acteurs engagés sur ces questions, est un outil de plus pour articuler ces temporalités et connaissances.
Il doit aider chacun à s'approprier cette logique transdisciplinaire de l'accompagnement en addictologie, associant savoir des usagers et savoirs des professionnels pour redonner à l'usager la conduite de sa vie.
Il se revendique d'une approche pragmatique, mettant l'accent « sur la réduction des risques, la récupération et l'intégration sociale et visant à atteindre le meilleur résultat possible pour la mère, le bébé et la famille. Cela signifie la prise en compte des souhaits des parents, reconnaître leurs forces et leurs ressources, ainsi que leurs vulnérabilités et leurs besoins, et se concentrer sur ce qui pourrait être fait plutôt que ce qu'il faudrait faire. » ■

Avant-propos

GÉRARD VUIDEPOT
Président de la MNH

La consommation de substances psychoactives (drogues, alcool, médicaments psychotropes…) pendant la grossesse constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique.

Les risques de prématurité ou de faible développement de l'enfant à naître induisent une morbidité et une mortalité supérieure à la moyenne. De même, le développement des polyconsommations de produits psychoactifs, illicites ou non, entraine une amplification des dommages par cumul des effets.

Pourtant, la grossesse peut présenter une opportunité de soins pour les femmes toxicomanes en même temps qu'elle peut représenter un enjeu social et de protection de l'enfant.
La grossesse et la perspective de la naissance d'un enfant constituent bien souvent pour la femme enceinte une motivation nouvelle ou supplémentaire pour réduire, voir stopper, une consommation de produits nocifs.

La prise en charge des femmes enceintes toxicomanes confronte les équipes soignantes à des difficultés particulières pour lesquelles la plupart n'ont pas reçu de formation spécifique. Il est pourtant primordial que la femme enceinte consommatrice régulière de substances psychoactives puisse trouver un interlocuteur parmi le corps médical avec lequel elle pourra évoquer ses consommations et organiser le suivi de sa grossesse. Il a été démontré qu'un suivi adapté des femmes enceintes consommatrices de drogues prenant en compte les dimensions médicales, sociales et psychologiques améliore considérablement le déroulement de la grossesse et de la naissance et favorise la construction du lien entre la mère et l'enfant ainsi que leur devenir.

Quel que soit le produit consommé, et d'autant plus s'il s'agit d'un produit illicite, il peut être difficile pour une femme enceinte toxicomane de se faire accompagner par des professionnels de diverses disciplines (pédiatres, sages-femmes, gynécologues, infirmières, assistantes sociales…) qui pourront l'orienter ou la conseiller sans crainte des regards qui se porteront sur elle.

Ce *« Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse »* **propose une approche pragmatique et dénuée de tout jugement moral visant à la meilleure prise en charge possible des femmes enceintes consommatrices de drogues par les professionnels du soin et du domaine social.**

En cela, il correspond pleinement aux valeurs portées par la *Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social,* **et c'est pourquoi la MNH a souhaité s'impliquer fortement dans ce projet en soutenant l'édition et la diffusion de cet ouvrage au sein des équipes hospitalières qui œuvrent chaque jour dans le secteur de la périnatalité, auprès des femmes et de leurs bébés.** ■

Avant-propos

DR JEAN-YVES GRALL
Directeur général de la Santé

Destiné à l'ensemble des professions de santé pouvant être confrontées à l'usage de substances psychoactives durant la grossesse chez une femme enceinte ainsi qu'à ces femmes elles-mêmes et à leur entourage, ce guide constitue un document de référence.

Ce guide, issu de l'ouvrage publié par l'association britannique Drugscope, couvre en effet tous les aspects des risques de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse et propose des bonnes pratiques pour la limiter et en atténuer les effets. Il est d'utilisation pratique tout en étant complet. La combinaison du document issu de l'expérience britannique et des textes originaux d'auteurs français et francophones permet à la fois d'adapter cet ouvrage au contexte national mais également de l'enrichir.

Un des enjeux majeurs de la période périnatale est le dialogue qui doit s'installer entre les professionnels de santé et les femmes consommant des substances psychoactives. Ces professionnels seront ainsi en mesure d'apporter des informations et conseils pertinents, et d'orienter ces femmes, lorsque la situation le nécessite, vers des professionnels ou services formés en addictologie. La coopération des professionnels de santé est facilitée par la constitution d'équipes pluridisciplinaires adaptées au traitement, toujours complexe, des questions liées aux addictions Ainsi, les réseaux de santé en périnatalité sont d'ores et déjà impliqués dans la prévention des addictions et l'organisation de leur prise en charge.

La Direction générale de la santé (DGS) travaille de longue date sur la prévention et la prise en charge des problèmes de santé dans cette période particulière de la vie des femmes que constitue la grossesse. Cette période doit s'appréhender dans une acception large, incluant la préparation et la maturation de la grossesse elle-même et la période post-natale.

Ainsi en juin 2011, la DGS a fait paraître le Guide *« Alcool et Grossesse, parlons-en »* fruit d'une élaboration collective dans laquelle on retrouve une partie des auteurs du présent ouvrage. Cet ouvrage a d'ailleurs rencontré un écho important auprès des professionnels [1].

La santé de la mère et de l'enfant, et en particulier dans le champ des consommations de substances psychoactives, est une préoccupation majeure pour la Direction générale de la santé. C'est pour cette raison que je tiens tout particulièrement à remercier le RESPADD pour cette initiative, ainsi que l'ensemble des experts français et francophones qui ont enrichi la version d'origine afin de la rendre plus facilement adaptable au contexte français. ■

(1) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf
Ce document peut également être commandé sous forme papier par courrier électronique à l'adresse suivante : dgs-mc2@sante.gouv.fr

Avant-propos

DANIÈLE JOURDAIN-MENNINGER
Présidente de la MILDT

Développer les bonnes pratiques professionnelles dans la prise en charge des problèmes addictologiques sera un axe fort du prochain plan gouvernemental en cours d'élaboration. En effet, les connaissances et les compétences se sont fortement renforcées au fil des années dans ce domaine, ce qui nous permet aujourd'hui d'agir afin d'assurer à la population la qualité des soins conformes aux connaissances acquises.

Faire bénéficier les femmes en période préconceptionnelle et pendant la grossesse de meilleurs prévention, repérage, et prise en charge de leur consommations à risque et nocives de substances psychoactives constitue une nécessité démontrée par l'état des connaissances scientifiques sur les dommages potentiellement induits sur la mère et l'enfant. Par ailleurs de nombreuses enquêtes montrent que les pratiques professionnelles sont encore insuffisamment répandues et adaptées à ces situations.

De bonnes pratiques professionnelles se répandent en France grâce à l'engagement d'équipes professionnelles pionnières très performantes dans certaines régions et grâce à leur diffusion progressive par le DIU « Périnatalité et addictions »[1] créé sous l'impulsion du Professeur Claude Lejeune à l'Université Paris Diderot. Ces pratiques se déploient à présent dans plusieurs universités (Nantes, Montpellier, Strasbourg…), mais elles sont encore inégalement adoptées par les professionnels sur l'ensemble du territoire.

Par méconnaissance et/ou du fait des représentations négatives largement répandues sur les femmes ayant des conduites addictives, on peut observer ailleurs des attitudes professionnelles d'évitement avec une insuffisance du repérage des consommations et de leur prise en charge. Pendant cette période propice au changement de comportement, ces attitudes font perdre à la femme (et à son enfant), une chance de bénéficier d'une prise en charge adaptée dont on sait l'impact très positif sur l'issue de la grossesse et l'avenir de l'enfant.

Cette insuffisance de repérage par les professionnels peut être aggravée par une non ou sous déclaration des consommations par des femmes souvent culpabilisées et/ou dans la crainte de conséquences judiciaires de placement de l'enfant.

Aussi, cet ouvrage répond-il à juste titre à la nécessaire et possible acquisition par les professionnels d'un savoir-être relationnel leur permettant d'établir une relation de confiance avec ces jeunes femmes. Ce savoir-être fait partie des bonnes pratiques au même titre que les compétences techniques et scientifiques.

(1) Renseignements : site de l'Université Paris Diderot Paris 7 / Formation continue

Ce sujet a également fait l'objet d'un ouvrage précieux, publié en 2011 par le Ministère chargé de la santé *« Alcool et grossesse : comment en parler ? »*.

Les enseignants des différents domaines concernés en santé (médecine générale, gynéco-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie et addictologie…) et les pouvoirs publics ont la responsabilité d'assurer et de soutenir la diffusion de ces connaissances et de ces « savoir-faire » cliniques à l'ensemble des professionnels concernés.

La formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur social en est le principal vecteur et les plans gouvernementaux successifs mis en œuvre sous l'impulsion de la MILDT y contribuent depuis de nombreuses années.
La publication de documents de référence de bonnes pratiques validées scientifiquement doit permettre d'actualiser ces formations et de contribuer au développement professionnel continu des professionnels de santé, lequel est désormais obligatoire.

C'est pourquoi il est important pour la MILDT de soutenir financièrement la parution de ce référentiel de bonnes pratiques, adapté au contexte français à partir d'un ouvrage anglo-saxon publié initialement sous l'égide du NHS puis actualisé en 2011 par Drugscope. Cette adaptation a été réalisée par des experts français reconnus dont des membres du groupe de travail « Femmes et addictions », créé par la MILDT et animé en partenariat avec la DGS, afin de mieux prendre en compte les besoins de la population féminine.

Ces efforts doivent encore être poursuivis notamment grâce à la Haute autorité de santé qui à la demande des pouvoirs publics produit et actualise des « recommandations de bonnes pratiques » relatives à cette problématique (consultables sur www.has-sante.fr).

J'adresse tous mes remerciements au « Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions » (RESPADD) et à la Direction générale de la santé qui ont pris cette initiative ainsi qu'aux professionnels de santé qui se sont impliqués dans cet ouvrage pour l'adapter avec pertinence à notre réalité sanitaire et sociale, facilitant ainsi son appropriation par les professionnels. ■

Préface

CLAUDE LEJEUNE

Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien
9 rue des Bluets – 75011 Paris
Université Paris Diderot
Et Groupe d'études grossesse et addictions – GEGA
claude.lejeune@estrelia.fr

Un peu d'historique

1993, vingt ans déjà ! La première femme enceinte sous méthadone et sa fille, accueillies à la maternité de l'Hôpital Louis Mourier de Colombes (Hauts de Seine), 20 ans après les premières publications américaines sur les programmes de maintenance des femmes enceintes dépendantes des opiacés. Ce retard français était dû à de fortes réticences de beaucoup des intervenants en toxicomanie de l'époque à l'encontre des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en général. C'est surtout la forte mortalité des usagers d'héroïne par overdose et par SIDA qui ont entrainé un virage dans leur prise en charge : TSO, politique de réduction des risques, tri-thérapie VIH, ...

Des professionnels de la périnatalité (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, pédopsychiatres, ...) de quelques équipes françaises ont vécu à cette époque une véritable révolution culturelle pour la prise en charge de ces patientes :

- découverte de l'efficacité des TSO (méthadone puis buprénorphine haut-dosage) pour stabiliser ces femmes, améliorer la qualité du suivi des grossesses, pacifier les relations soignants /patientes, diminuer les complications obstétricales (prématurité et anoxie per-partum surtout) et les séparations mère/enfant ;
- ces changements spectaculaires n'étaient évidemment pas dus uniquement aux TSO mais surtout à un changement de regard des soignants envers ces familles : profonde modification de leurs représentations, les faisant considérer ces femmes non plus comme des *« toxico ingérables »* mais comme des femmes enceintes nécessitant un suivi chaleureux de grossesse à risques.

Un certain nombre d'équipes périnatales, auxquelles se sont joint d'autres professionnels venant de l'addictologie ont alors constitué, au milieu des années 90, un groupe de réflexion pluri-professionnel pour élaborer une philosophie commune de l'offre de soins ; ce fut la création du GEGA (Groupe d'études grossesse et addictions). Depuis, ce groupe anime 4 à 5 journées de réflexion par an, a réalisé des études multicentriques et participé à l'élaboration de recommandations avec les autorités de tutelle.

D'autres équipes ont suivi la même évolution par d'autres chemins.
Les principes de cette offre de soins sont :

- équipe pluridisciplinaire : obstétriciens, sages-femmes, pédiatres (++ consultation pédiatrique ante-natale), anesthésistes, assistante sociale, psychologue, équipe de liaison toxicomanie (ELSA) assurant des soins globaux, personnalisés, chaleureux ;
- en Réseau ville-hôpital avec les CSAPA et CAARUD, les médecins généralistes, la PMI, ... en faisant souvent collaborer les réseaux de santé périnatals et addictologiques ;
- pour un suivi précoce de grossesse, des soins d'addictologie (TSO, substitution nicotinique et alcoologie, ...) et un soutien psycho-social ;
- soins du nouveau-né avec et par la mère, au mieux en Unité kangourou ;
- pour favoriser l'établissement du lien parents/enfant et prévenir autant qu'il est raisonnable (et parfois un peu au-delà) la séparation.

Au fil des années, la « clientèle » a évolué : moins de junkies, plus de poly-consommatrices, plus de TSO, arrivée du crack et diffusion du cannabis, prise en compte des dangers des drogues licites (médicaments, tabac et surtout alcool), ... mais les grands principes de prise en charge restent valables.
Pour accompagner ces évolutions des pratiques professionnelles, le GEGA a participé à beaucoup d'actions de formation, dont, depuis 2008, le DU puis DIU Périnatalité et addictions (Universités Paris Diderot, Nantes, Montpellier et Strasbourg).

C'est dans cet esprit que le GEGA et le groupe de travail « Femmes et addictions » de la Fédération addiction ont accueilli favorablement l'idée du RESPADD de traduire pour diffuser dans les pays francophones le **livre de Anne Whittaker** *« Guide to problem substance use during pregnancy ».* Ce livre apporte sur les pratiques professionnelles auprès de ces familles un éclairage très humain, très concret et finalement très proche de notre état d'esprit. Après quelques discussions parfois vives, il a été décidé :

- de faire une traduction littérale du texte anglais, en maintenant les particularités du système sanitaire britannique,
- et de la compléter par des « inserts » décrivant les spécificités françaises en termes d'organisation, de projets et d'analyse.

Je suis persuadé qu'une large diffusion de cet ouvrage aura un effet pédagogique net pour changer les mentalités dans la mesure où toutes les équipes de périnatalité et d'addictologie n'ont pas évolué à la même vitesse (ou pas évolué du tout pour certaines !...). Il reste beaucoup à faire pour convaincre tous les soignants concernés qu'il est nécessaire et utile d'avoir un regard professionnel et empathique pour ces familles perturbées par la consommation problématique de substances psycho-actives licites et illicites et par un contexte psycho-social complexe. Ces femmes, souvent marquées par une enfance marquée par les ruptures et les violences, ont besoin d'aide de la part de professionnels bien formés. ■

Remerciements

De nombreux professionnels ont contribué et formulé des commentaires constructifs lors de la préparation de l'édition originale de ce livre, ainsi que pour cette dernière édition revue et augmentée : des sages-femmes, des obstétriciens, des infirmières néonatales, des néo-natalogistes, des *health visitors**, des pédiatres, des médecins généralistes, des pharmaciens, des spécialistes des drogues, des spécialistes de l'alcool, des spécialistes des virus transmissibles par le sang, des personnels de la santé publique, des personnels des centres de soin dentaire, des travailleurs sociaux et des personnels du secteur associatif.

Anne [Whittaker] voudrait particulièrement remercier les personnes suivantes pour leur contribution : Pauline Connelly et le *Link Midwives* et le *Link Health Visitors for Substance Misuse,* Karla Napier et *Infant Feeding Advisors,* le Dr Rhona Hughes, le Dr Sarah Cooper, le Dr Paula Midgley, Anne Neilson, Jane Henry, Breda Wilson, Dr Jacqueline Mok, le Dr Helen Hammond, Dr Aysel Crocket, Jenny Carson, Sherry Wright, Elaine Rankine, le Dr Gordon Scott, le Dr Andrew Bathgate, le Dr Kate Templeton, le Dr Muriel Simmonte, le Dr Ewen Stewart, le Dr David Ewart, Euan MacLeay, le Dr Catriona Morton, le Dr Fiona Watson, le Dr Judith Craven, Debbie Eccles, Jim Shanley, le Dr Alison McCallum, Jim Sherval, Michelle McCoy, Graham MacKenzie, le Dr Jonathan Chick, Eleanor McWhirter, Chris Cunningham, Michele Kirkpatrick, Joyce Leggate, Faye Macrory et le Dr Mary Hepburn.

Enfin, nous remercions particulièrement tous les utilisateurs de services (les mères et les pères) qui ont contribué à l'élaboration de fascicules d'informations pour les usagers des services.

De nombreux professionnels francophones ont également contribué à l'adaptation française de cet ouvrage. Issus des champs de l'addictologie et de la périnatalité, ils ont gracieusement et généreusement accepté de partager leurs expertises et leurs expériences afin d'en faire un guide utile, consensuel et adapté aux pratiques des professionnels français. Nous tenons à remercier particulièrement :

Claude Lejeune, pour son soutien tout au long de ce projet, son implication et son investissement qui ont grandement contribué à la richesse du document final,

La Fédération addiction, pour son engagement dans la réalisation de cet ouvrage mené dans le partage de valeurs communes,

Les professionnels qui ont contribué à l'enrichissement de cet ouvrage :

Christiane Amiel, Pierre-Yves Bello, Francine Bonfils, Pierre Boulot, Gilles Burlet, Corinne Chanal, Ewen Chardronnet, Françoise Corneau, Jean-Pierre Couteron, Catherine Crenn-Hébert, Gabrielle Deleglise, Dominique Deugnier, Simone Di-Nicola, Christophe Doucet, Monique Douguet, Isabelle Drouin, Catherine Espiand-Marçais, Gilles Frappier, Gérard Fury, Jean-Yves Graal, Emmanuelle Hoareau, Albert Herszkowicz, Nathalie Joannard, Danielle Jourdain-Menninger, Isabelle Lacroix, Michel Landry, Nathalie Latour, Chantal Lavergne, Dorothée Lécallier, Nicole Matet, Evelyne Mazurier, Philippe Michaud, Michèle Misraoui,

Françoise Molénat, Pauline Morissette, Maria Neto, Xavier Quantin, Maïca Reichert, Valérie Rey, Catherine Reynaud-Maurupt, Anne-Marie Simonpoli, Anne Stoebner-Delbarre, Marijo Taboada, Lionel Thébaud, Rose-Marie Toubin, Gérard Vuidepot, Michèle Weil,

Et le groupe de travail « Femmes et addictions » de la Fédération addiction, coordonné par Cécile Bettendorf :

Véronique Delaforge, Jean Ebert, Serge Escots, Jean-Philippe Henrotin, Claude Lejeune, Jean-Jacques Santucci, Guillaume Suderie, Marijo Taboada, Olivier Thomas et Odile Vitte.

Nous tenons enfin à remercier la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, la Direction générale de la santé, la Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et la Fédération addiction pour leur soutien financier. ■

Introduction

- Terminologie 25
- Définitions 26
- Les sources dans la littérature et les preuves 27

Bienvenue dans le *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse,* **un ouvrage de référence pour les professionnels.**

De nombreux professionnels et organismes sont aujourd'hui impliqués dans la prise en charge des femmes consommatrices de drogues ou d'alcool en âge de procréer. Tous les professionnels de santé ont un rôle important à jouer pour permettre d'assurer une prestation de soins de qualité. Le *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse* vise à établir un « cadre de soins » pour que toutes les femmes qui consomment des substances psychoactives puissent se voir offrir un soutien approprié avant, pendant et après la naissance de leur enfant.

Le cadre de soins se compose d'une philosophie de l'approche et d'un guide de bonnes pratiques, sous-tendus par des informations factuelles et des conseils. Le cadre de soins décrit dans ce livre a pour objectif de définir les conditions de base qui permettront d'aller vers l'obtention des meilleurs résultats possibles pour les mères, les bébés et les familles.

L'ouvrage propose une vue d'ensemble de la consommation de drogues, ce qui inclut l'alcool et la nicotine. Pendant la grossesse, les risques liés à la consommation de drogues, d'alcool et de tabac sont bien établis. Ces produits sont par ailleurs souvent utilisés en association avec des médicaments (prescrits, en vente libre ou obtenus au marché noir).

Le présent ouvrage se réfère principalement à la prise en charge des femmes qui ont des problèmes significatifs liés à l'usage de drogues et d'alcool. Les facteurs sociaux et les styles de vie compliquent souvent l'offre de soins offerte à ces femmes et leur prise en charge est souvent vécue comme un défi par les professionnels. Un temps important de coordination est nécessaire, ainsi qu'une bonne communication entre les services.

Terminologie

La terminologie utilisée dans ce livre a été soigneusement choisie de manière à éviter un vocabulaire qui impliquerait des jugements de valeur ou qui aurait des connotations négatives. Par exemple, les termes *dépendance* aux drogues et à l'alcool, problèmes liés aux drogues et à l'alcool, usage de drogues, consommation à risque d'alcool ou de drogues,* sont utilisés de préférence à des termes tels que *toxicomanie, toxicomane, alcoolique, addiction aux drogues, abus de drogues.* Le choix de la terminologie utilisée est particulièrement important lorsque l'on travaille avec des parents usagers de drogues, qui se sentent souvent stigmatisés et sont sensibles aux jugements négatifs des professionnels.

Définitions

→ L'USAGE PROBLÉMATIQUE DE DROGUES

Le Conseil consultatif sur l'abus des drogues (*Advisory Council on the Misuse of Drugs,* ACMD 2003) définit le terme « usage problématique de drogues » comme tout usage de drogues ayant de graves conséquences physiques, psychologiques, sociales, interpersonnelles, financières ou juridiques pour leurs utilisateurs et ceux qui les entourent. Cette consommation de drogues entraîne des « dommages cachés » et est généralement importante, avec des caractéristiques de dépendance, et implique fréquemment l'utilisation d'une ou plusieurs drogues parmi les suivantes : opiacés (par exemple l'héroïne et la méthadone*), benzodiazépines* (par exemple le diazépam), et stimulants (par exemple le crack et les amphétamines).

→ LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL

Trois types de problèmes d'alcool ont été définis (SIGN 2003) : « consommation dangereuse d'alcool », « consommation nocive d'alcool » et « dépendance à l'alcool ».

La consommation dangereuse d'alcool se réfère à la consommation régulière de :

- plus de 40 g d'éthanol pur (5 unités ou plus) par jour pour les hommes, ou plus que le seuil hebdomadaire recommandé (c'est-à-dire supérieure à 21 unités pour les hommes) ;
- plus de 24 g d'éthanol pur (3 unités ou plus) par jour pour les femmes [1], ou plus que le seuil hebdomadaire recommandé (c'est-à-dire supérieure à 14 unités pour les femmes) ;
- la consommation dangereuse d'alcool comprend également le *« binge drinking »* qui est défini comme une consommation excessive d'alcool lors d'une occasion quelconque impliquant 8 unités ou plus pour les hommes et 6 unités ou plus pour les femmes [1], même si les limites hebdomadaires ne sont pas dépassées.

(1) : se rapporte aux femmes qui ne sont ni enceintes, ni allaitantes, ni essayant de concevoir.

La consommation nocive d'alcool est définie dans la Classification internationale des maladies (critères CIM-10, OMS 1992) comme un modèle de consommation qui provoque des dommages à la santé physique ou mentale. Le diagnostic exige qu'il y ait une réalité des dommages causés à la santé physique ou mentale de l'usager. La consommation nocive d'alcool comprend également des consommations à des niveaux pouvant être à l'origine de dommages à un tiers (Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2007).

→ LA DÉPENDANCE AUX DROGUES ET À L'ALCOOL

« La dépendance aux drogues et à l'alcool », classée comme syndrome, est définie dans la Classification internationale des maladies (critères CIM-10, OMS 1992) comme « un groupe de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques qui se développent après la consommation répétée de substances psychoactives ». Elle comprend généralement :

- un fort désir de prendre la substance ;
- une plus grande priorité accordée à l'usage de substances psychoactives qu'à d'autres activités et obligations ;
- une difficulté à maîtriser sa consommation ;
- la persistance dans l'usage en dépit des conséquences néfastes ;
- une tolérance accrue à la substance ;
- un syndrome de sevrage physique.

Normalement, un diagnostic de dépendance à la drogue ou à l'alcool est réalisé lorsqu'au moins trois de ces critères ont été expérimentés ou constatés dans l'année précédente. Des distinctions sont parfois faites entre la dépendance « psychologique » et la dépendance « physique », afin d'attirer l'attention sur des caractéristiques différentes du syndrome (*Department of Health,* 2007a). La rechute (ou la réinstallation d'une consommation problématique d'alcool ou de drogue après une période d'abstinence) est une caractéristique commune.

Les sources dans la littérature et les preuves

Les informations et les conseils présentés dans ce livre sont basés sur les pratiques de référence actuelles et les données disponibles.

Les sources citées dans l'ouvrage incluent : des documents de politique gouvernementale ou de théorie sociologique contemporaine, des références en pratiques de soins de santé publique, des guides de bonnes pratiques, des directives de cliniques, l'opinion des experts, des publications récentes de praticiens expérimentés dans le domaine, ainsi qu'une bibliographie à jour.

Toutes les sources ne sont pas entièrement référencées, mais les références citées sont recommandées pour des lectures complémentaires. D'autres sources d'information, adresses et sites web, sont incluses. Un glossaire donne les définitions des termes utilisés.

Ce livre n'est pas conçu pour être lu de la première à la dernière page. Cependant, il paraît important que preniez un peu de temps pour vous familiariser avec la présentation et le contenu, afin que vous puissiez accéder facilement à l'information quand vous en aurez besoin. Il est conseillé de lire les « points clés » et « la philosophie de l'approche » avant les autres chapitres.

1/

LES POINTS CLÉS

- La philosophie de l'approche 30
- Les soins de préconception 30
- Les soins prénatals 31
- L'évaluation des besoins et des risques pendant la grossesse 31
- La gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse 32
- Les soins intrapartum 32
- Les soins postnatals 32

▶ ***Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites)*** 34
> *Diversité des profils de femmes usagères de substances illicites* 35
> *Ruptures et continuités intergénérationnelles* 37
> *Stéréotypes genrés des usagers de substances psychoactives (illicites)* 39
> *Conclusion* 44

▶ ***Médicaments de substitution des dépendances aux opiacés*** 46
> *Des données, relativement nombreuses, sur la prise de méthadone au cours de la grossesse* 46
> *Buprénorphine, moins de données qu'avec la méthadone* 47
> *Conclusion* 48

La plupart des femmes ayant une consommation problématique de substances psychoactives auront une grossesse normale, un travail normal, un accouchement normal et un bébé à terme ayant un poids normal à la naissance. La plupart profiteront de la maternité et de la vie familiale et auront envie de faire le meilleur pour leurs enfants.

Beaucoup de situations portent en elles un élément de risque ou d'incertitude et nécessitent plus d'attention. Des risques accrus sont associés à l'usage du tabac, de l'alcool et de drogues pendant la grossesse. Les professionnels et les organismes doivent travailler ensemble pour offrir de l'information, des conseils, des traitements et des soins qui aideront à réduire ces risques.

Les pronostics maternels et néonataux sont plus mauvais pour les femmes issues de groupes défavorisés, vulnérables et marginalisés. De graves problèmes de drogues et d'alcool sont étroitement associés à la pauvreté, à la misère sociale, à la violence, à un comportement criminel, à la mauvaise santé et à l'exclusion sociale. Les familles touchées par l'usage de substances ont souvent des soucis de santé, des problèmes sociaux complexes et d'autres besoins additionnels qui nécessitent une réponse plus conséquente des services de santé et des services sociaux.

La philosophie de l'approche

De nombreux facteurs affectent le résultat de la grossesse, la santé et le développement des nourrissons et des enfants. L'usage problématique de substances psychoactives est l'un de ces facteurs. Une évaluation globale et un ensemble de soins doivent être offerts. Le mode de vie de la mère et sa situation sociale, ses besoins physiques et psychologiques, ses besoins en soutien parental, ainsi que les besoins de son enfant à naître doivent être pris en compte.

Entrer en contact avec les *pères* et les impliquer dans tous les aspects du processus de soins est essentiel. La recherche montre que les pères peuvent jouer un rôle important (à la fois positif et négatif) dans la santé et le bien-être de la mère pendant la grossesse, dans les soins du nouveau-né, et dans le bien-être et le développement de l'enfant tout au long de la vie, indépendamment du fait que le père vive ou non au domicile de la mère.

L'approche adoptée par les professionnels est un facteur crucial dans la prestation et dans les résultats des soins. Les femmes enceintes utilisant des substances psychotropes sont soumises à la désapprobation sociale et à des attitudes moralisatrices. Une pratique professionnelle discriminatoire dissuade les femmes de chercher de l'aide. Les professionnels doivent encourager les femmes à entrer en contact avec les organismes d'aide. Ils doivent veiller à ce que leur pratique de soins soit fondée sur des données validées et à ce que ces soins s'alignent sur les meilleures pratiques et recommandations.

Le principe directeur de l'organisation des soins devrait être une approche *pragmatique* qui mette l'accent sur la *réduction des risques*, la récupération et l'intégration sociale* et qui vise à atteindre le meilleur résultat possible pour la mère, le bébé et la famille. Cela implique de prendre en compte les souhaits des parents, de reconnaître leurs forces et leurs ressources, ainsi que leurs vulnérabilités et leurs besoins, et de se concentrer sur ce qui *pourrait* être fait plutôt que ce qu'il *faudrait* faire.

Une approche *pluridisciplinaire* et *transversale* bien coordonnée veillera à ce qu'un ensemble complet de soins puisse être offert. Tous les professionnels impliqués dans les soins de la mère et du nourrisson doivent communiquer entre eux afin de s'assurer qu'ils partagent une approche commune, qu'ils offrent des conseils cohérents et travaillent vers les mêmes objectifs. De la même manière, les professionnels qui travaillent avec les pères et les partenaires, les soignants (les aides familiaux, par exemple) et les autres enfants vivant dans le ménage, doivent veiller à ce qu'ils soient activement impliqués dans le processus de planification des soins afin de permettre une approche *« globale » de la famille.*

Les soins de préconception

Les professionnels en contact avec les femmes et les hommes qui utilisent des substances psychoactives devraient systématiquement leur demander s'ils ont l'intention d'avoir des enfants. Tous les organismes ont un rôle à jouer dans l'offre de conseils et de soins pour la période de préconception. Ils doivent ouvrir le dialogue avec les hommes et les femmes consommateurs de substances psychoactives sur :

- la planification familiale,
- la sexualité à moindre risque,

- l'utilisation des préservatifs,
- les méthodes de contraception,
- et les problèmes de fertilité masculins et féminins.

Des conseils spécialisés sur la période de préconception concernant l'usage de substances psychoactives peuvent inclure :
- des tests sur les virus transmissibles par le sang,
- des conseils et un soutien au sevrage tabagique,
- des interventions brèves pour réduire la consommation d'alcool, l'usage de drogues illicites (de rue) et l'injection,
- et un examen des plans de traitements accessibles pour lutter contre la dépendance.

Les soins prénatals*

Une prise en considération tardive ou une faible participation aux soins prénatals* peuvent entraîner de mauvais pronostics pour la grossesse et pour le nourrisson, quelle que soit la substance utilisée. Toutes les femmes enceintes montrant un usage problématique de substances psychoactives, mais également leurs partenaires, devraient être informés des avantages des soins prénatals* et encouragés à les considérer tôt dans la grossesse.

Des informations spécifiques sur les effets des drogues (y compris le tabac et l'alcool) pendant la grossesse doivent être systématiquement fournies à toutes les femmes identifiées comme ayant des consommations à risque. De même, les risques associés à l'usage paternel de substances psychoactives doivent être discutés.

Les femmes qui utilisent des substances psychoactives ainsi que leurs partenaires devraient recevoir des informations et des conseils sur le Syndrome de sevrage néonatal* (SSNN) et l'attention particulière dont leur nourrisson pourrait avoir besoin. Tous les soignants de bébés atteints de SSNN* devraient être formés à la mise en place de mesures de soins de confort. De même, les femmes dépendantes à l'alcool et leurs partenaires devraient recevoir des informations et des conseils sur le Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF*) et les soins spéciaux dont leur enfant pourrait avoir besoin.

L'allaitement maternel doit être promu (à moins que la femme soit séropositive), et les avantages de l'allaitement devraient être discutés en début de grossesse.
La contraception postnatale devrait être discutée et convenue *avant* l'accouchement.

L'évaluation des besoins et des risques pendant la grossesse

Les professionnels devraient procéder à une évaluation continue des risques pendant la grossesse afin d'identifier les problèmes qui pourraient affecter la mère, sa grossesse et le bien-être du bébé. Il faut insister sur le fait de bien s'assurer qu'une évaluation des besoins de la famille soit entreprise au cours de la grossesse, et qu'un plan de soutien à la famille soit mis en place bien avant la naissance du bébé.

Évaluer et améliorer la situation sociale et l'hébergement de la famille pendant la période prénatale aideront à promouvoir la santé et le bien-être de la mère, du bébé et de la famille.

L'usage problématique de substances psychoactives n'est pas une raison suffisante *en elle-même* pour supposer que la parentalité ou les soins de l'enfant seront insuffisants. Toutefois, l'usage parental pro-

blématique de substances psychoactives peut accroître les risques de faible implication des parents, de mauvais développement de l'enfant et de maltraitance des enfants. Les nourrissons atteints du Syndrome de sevrage néonatal* et du Syndrome d'alcoolisation fœtale* ont besoin de soins spécifiques. Les jeunes enfants en particulier sont extrêmement vulnérables aux effets néfastes de l'abus et de la négligence. La sécurité et le bien-être du nouveau-né sont primordiaux et les professionnels doivent suivre les procédures de protection des enfants, si un « préjudice significatif » est probable.

La gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse

Les femmes enceintes et les pères potentiels montrant un usage problématique de substances psychoactives devraient avoir un accès prioritaire aux services spécialisés en addictologie. Les objectifs du traitement doivent être réalistes, réalisables et adaptés à leurs besoins individuels.

La grossesse et la période postnatale immédiate sont des moments où les mères et les pères sont souvent prêts à discuter de leurs aspirations et de leurs modes de vie, et où ils peuvent être plus réceptifs aux interventions sur la réduction des risques* et l'amélioration de la santé, en particulier là où il y a un bénéfice prouvé pour le bébé.

Les professionnels devraient discuter d'un éventail d'options de traitement avec les mères et les pères, y compris : des discussions sur le sevrage tabagique, des réunions sur l'alcool, la présentation de techniques d'injection plus sûres, la réduction de la consommation de drogues illicites, la stabilisation de la dépendance aux drogues, la réduction de la dose de produit par prise, le sevrage, la prévention des rechutes, l'abstinence, les psychothérapies et les programmes de soutien social.

Les femmes enceintes usagères de drogues et leurs partenaires ne devraient pas être mis sous pression pour arrêter leur consommation de drogue. Cela peut être contre-productif, surtout si les parents se désengagent des services.

Les soins intrapartum

Bien que la plupart des femmes montrant un usage problématique de substances psychoactives vivent un travail et un accouchement dans des conditions normales, elles ont souvent besoin d'aide pour se préparer à l'hospitalisation. Les femmes dépendantes aux opiacés devraient être assurées qu'elles bénéficieront de suffisamment d'antalgiques lors de l'accouchement.

Les pères doivent être encouragés à jouer un rôle actif dans les soins et dans le soutien apporté à la mère pendant le travail et l'accouchement.

Après l'accouchement, les parents doivent s'occuper de leur bébé dans la salle postnatale. Toute séparation de la mère et du bébé doit être évitée autant que possible. Comme pour toutes les femmes, elles devraient être encouragées à allaiter, à se lier à leur bébé et à prendre soin de lui.

Les soins postnatals

Les parents montrant un usage problématique de substances psychoactives peuvent avoir un besoin considérable d'aide et de soutien dans la parentalité, ainsi que dans les soins de l'enfant. Les parents ayant d'autres enfants dont il faut s'occuper auront peut-être besoin de plus de soutien. Planifier un soutien qui se prolonge dans la période postnatale est crucial.

Une approche qui vise à améliorer les compétences parentales, et des interventions qui ciblent les couples et les familles, plutôt que les parents en tant qu'individus, sont les plus efficaces.

La planification pluridisciplinaire de l'arrivée de l'enfant dans le foyer devra veiller à ce que l'enfant soit pris en charge dans un environnement sécurisé et stimulant. Les nourrissons atteints de SSNN peuvent avoir une croissance et un développement retardés pendant plusieurs mois. Les enfants atteints du SAF* peuvent avoir des retards de développement irréversibles. Les parents ont souvent besoin de soutien supplémentaire pour favoriser un attachement sécurisant, pour améliorer les interactions parent-enfant, et pour s'assurer que les questions de développement sont prises en compte.

La période postnatale peut être une période très stressante pour les parents. Pour les mères et les pères qui ont réussi à réduire leur usage de substances pendant la période prénatale*, le risque de rechute à des niveaux et dans des schémas antérieurs d'usage de drogues est élevé. Un travail de prévention des rechutes, une gestion prudente de l'usage de substances, des interventions psychosociales et un soutien familial structuré et intensif peuvent être nécessaires sur une période donnée.

LES DIMENSIONS FÉMININES DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (ILLICITES)

HYPOTHÈSE SUR LES STÉRÉOTYPES STRUCTURANT LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES À L'ÉGARD DES PERSONNES USAGÈRES DE SUBSTANCES

HOAREAU EMMANUELLE

Doctorante en sociologie, Paris 8
Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, Nice

Contact : www.grvs06.org

Une version de cet article est parue dans Le Sociographe, *n° 39, septembre 2012, sous le titre « Un usage féminin des substances ? » ; cette version paraît avec l'aimable autorisation du* Sociographe.

*Remerciements Jérôme Latrobe, co-chargé de mission sur les Ateliers de la réduction des risques**

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT*), les femmes représentent un peu moins d'un cinquième des files actives des structures spécialisées que sont les Centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques* pour usagers de drogues (CAARUD*) et les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA*) [1] [2]. Les femmes sollicitant moins le dispositif spécialisé que les médecins généralistes, leur proportion est plutôt estimée à un tiers de la population usagère de substances illicites [3]. Depuis quelques années, s'observent une féminisation des files actives et une égalisation des niveaux de consommation hommes/femmes – ces dernières ayant jusqu'alors des niveaux d'usage inférieurs [1].

Notre réflexion a aussi pour origine les observations de professionnels de CAARUD* marseillais recueillies de 2007 à 2010 dans le cadre d'un groupe de travail du Comité de pilotage départemental de Réduction des risques* consacré aux femmes [4]. Comme le confirme la littérature internationale [5], ces professionnels soulignent que les femmes usagères témoignent plus souvent être victimes de jugement, mépris, indifférence de la part des professionnels, et, d'autre part, que leur accompagnement est souvent structuré autour des thèmes de la maternité, de la parentalité, ou de la prostitution – ceci s'observe également dans les travaux scientifiques.

Cet article n'est pas issu d'une recherche *ad hoc* sur les femmes usagères et sur les pratiques professionnelles les concernant, mais de la mise en perspective d'observations empiriques et de différentes sources de données et d'analyse (*cf.* bibliographie). Aussi, il n'a d'autre prétention que de proposer un éclairage sur les différents profils de

ces femmes et des hypothèses quant aux stéréotypes historiques qui seraient associés à l'usage de substances psychoactives chez les femmes et structureraient toujours leur accompagnement aujourd'hui. Nous traiterons de l'usage de substances illicites, mais certains arguments peuvent être étendus aux usages de substances licites.

Diversité des profils de femmes usagères de substances illicites

Dans les années 1980, dans les services spécialisés, domine la figure de l'usager injecteur d'héroïne, en grande précarité, souvent malade ou infecté par le VIH*, et généralement issu de milieux intermédiaires ou populaires [6]. Les femmes, minoritaires, présentent les mêmes caractéristiques. Dans les années 1990, les profils de personnes usagères de substances illicites se diversifient avec la mise en place des traitements de substitution aux opiacés (TSO*), la diffusion des fêtes techno et l'expansion de l'usage de cannabis. Aujourd'hui, on repère six profils de femmes – qui n'épuisent pas, évidemment, la diversité des trajectoires d'usage, des histoires de vie et de la façon dont ont été vécus l'usage et ses implications pour le sujet.

Les **femmes injectrices et polyconsommatrices** sont les plus présentes dans les structures spécialisées. Elles sont souvent issues de milieux populaires et, de fait, souvent de culture maghrébine. Généralement âgées de plus de 30 ans et vivant rarement au-delà de 50 ans, elles sont souvent dans des situations de grande précarité et présentent un état de santé très dégradé. Certaines se prostituent. Elles ont initié leur trajectoire d'usage avec l'injection d'héroïne ou de Subutex®*, consomment différents produits selon les opportunités, notamment financières, à commencer par l'alcool et les médicaments psychotropes, quasi quotidiennement. Elles peuvent suivre un TSO*, qui permet de gérer les situations de manque et d'éviter le recours au deal de rue et l'exposition à ses risques. Après des années d'usage, de vie à la rue, d'échecs dans l'arrêt de l'usage, de rejet de leur famille et de placement(s) de leur(s) enfant(s), elles sont souvent dans la renonciation à changer de mode de vie.

Comme le premier profil, les **femmes stabilisées avec un TSO*** ont entre 30 et 50 ans, sont souvent issues des milieux populaires, et leur trajectoire est marquée par l'injection, la polyconsommation, et parfois par la vie à la rue et la prostitution. Aujourd'hui, elles suivent un TSO*, ont leur propre logement, parfois une petite activité professionnelle et vivent seules ou en couple. Elles peuvent consommer de façon occasionnelle et récréative des produits, notamment de la cocaïne, et peuvent encore fréquenter le dispositif spécialisé, mais ne se considèrent plus comme « toxicomane », au sens où elles gèrent leur usage. Celles qui ont la garde de leur enfant ou de certains de leurs enfants vivent avec la peur d'être identifiées par les services sociaux comme usagères de substances et que leur(s) enfant(s) leur soi(en)t retiré(s). Une crainte alimentée par les difficultés, spécifiques aux familles monoparentales et/ou à la précarité de leur activité professionnelle, qui pourraient détériorer brusquement leur situation.

Les **femmes de l'espace festif techno** sont âgées de 16 à 40 ans (la moitié environ entre 19 et 25 ans), souvent issues de milieux sociaux intermédiaires et aisés, et généralement étudient et/ou travaillent. Certaines vivent en squat et/ou de façon nomade en

camion, en couple ou avec un groupe de personnes organisateur de *free party (sound-system),* et occupent des petits boulots, notamment saisonniers. Elles consomment, par voie nasale et orale, principalement alcool, cannabis, LSD, MDMA*, amphétamines, cocaïne et kétamine. Mais elles peuvent exclure certains produits de leur usage et ne les associent pas nécessairement lors d'une session de consommation. Si les épisodes de perte de contrôle de l'usage existent (quelques semaines ou mois), l'usage n'a généralement pas d'incidence majeure sur leur santé et leur vie sociale et professionnelle. Passé l'âge de 25-26 ans et après quatre ou cinq années d'usage plus ou moins régulier (pluri mensuel), celui-ci devient plus occasionnel (quelques fois dans l'année), notamment après l'arrivée d'un premier enfant.

Les **femmes de l'espace festif techno en grande précarité** représentent une faible minorité des femmes de cet espace et sont devenues plus visibles à la fin des années 1990. Âgées entre 20 et 30 ans le plus souvent, parfois en rupture de liens familiaux, notamment suite à des placements en institution, elles vivent dans l'errance et la grande précarité, car peu diplômées et sans droits ouverts aux prestations sociales. Elles vivent souvent en squat, avec un compagnon ou plusieurs personnes. Dans certains squats sans véritables règles de vie collective, elles sont particulièrement exposées à l'humiliation et à la violence masculines [7]. Elles ont parfois initié leur usage, non dans les soirées techno, mais dans des sociabilités de rue. Elles ont des pratiques particulièrement à risques : polyconsommation souvent quotidienne (dont médicaments et alcool), niveau d'usage élevé, *free base** et injection, notamment d'héroïne, de Subutex®* ou de Skenan®. Certaines sont dépendantes aux opiacés ou à la cocaïne. L'injection les expose particulièrement à la contamination au VHC* (survenant généralement dans les premières années). Elles peuvent pratiquer la mendicité et, pour certaines, la prostitution. Elles ont souvent une contraception irrégulière et ont souvent déjà eu recours à l'IVG* [7].

Les **femmes usagères de cannabis et d'alcool et/ou de médicaments psychotropes** de façon quotidienne ou presque, sont quasiment invisibles dans les dispositifs spécialisés – sauf lorsqu'elles sont en TSO*. Ceci du fait qu'elles disposent d'un logement et de ressources régulières et craignent un placement de leur(s) enfant(s) suite à un repérage par des travailleurs sociaux. Elles peuvent fréquenter les CSAPA* pour une consommation problématique de l'un ou l'autre produit. Certaines sont dans des situations sociales difficiles liées à la monoparentalité. Les anciennes usagères de substances illicites sont particulièrement stigmatisées dans les quartiers où l'interconnaissance est élevée, notamment les femmes issues de la culture maghrébine. Dans les quartiers pauvres du nord est et du sud de Marseille, les difficultés financières et l'isolement les exposent particulièrement au risque de devenir des « nourrices » [1] pour les réseaux de revente de drogues.

Les **femmes de l'espace festif hip-hop/rap** sont souvent issues de milieux populaires et intermédiaires et sont de plus en plus visibles depuis les années 1990. Âgées entre 16 et 30 ans, elles sont étudiantes et/ou ont une activité professionnelle. Si comme les

(1) Les « nourrices » sont des personnes fragiles (femmes, personnes âgées) qui stockent le cannabis, la cocaïne, l'héroïne ou l'argent ; il s'agit d'une situation de contrainte par la menace physique et rarement d'une démarche volontaire – celle-ci évoluant d'ailleurs vers la contrainte le plus souvent.

deux premiers et le précédent profil de femmes, elles sont souvent filles ou petites filles de parents ayant immigré d'Afrique ou des Antilles ; elles s'en distinguent par un usage plus maîtrisé et non problématique. Si leur usage de cannabis peut être quotidien, celui, plus rare, de cocaïne et d'ecstasy est festif lors de sorties en boîte ou de soirées en appartement « entre filles ».

Ruptures et continuités intergénérationnelles

Au-delà des modalités concrètes de l'usage, la mise en perspective des événements biographiques, du degré de régulation de l'usage et des rapports de genre dans lequel s'inscrit l'usage, et des ressources individuelles face aux contextes socioéconomiques permet de distinguer ces femmes usagères de substances. L'inscription dans des processus intergénérationnels (des parents aux enfants) de désaffiliation ou d'ascension sociale [2], le maintien ou la rupture des liens familiaux avant ou suite à l'initiation de l'usage, la conception des rôles d'une femme et de sa formation professionnelle, entrent en jeu également dans la distinction des ruptures et des continuités entre ces femmes.

Continuités...

La continuité entre les femmes injectrices polyconsommatrices et les femmes en grande précarité de l'espace festif techno relève des similitudes dans leurs situations et leurs modèles d'usage, et de la dimension genrée des évènements biographiques, des difficultés socioéconomiques ou liées à l'usage.

En premier lieu, elles ont des histoires de vie plus marquées que les hommes usagers et les femmes en général, par les violences physiques, psychologiques et sexuelles dans l'enfance et l'adolescence. L'instabilité sociale plus fréquente (difficulté à se stabiliser dans un logement, une structure) permet de faire écran à ces souvenirs et l'usage remplit plus souvent une « *fonction de gestion (de ces) traumatismes* » [8] – fonction exacerbée pendant la maternité. Les ruptures plus précoces (par rapport aux hommes) des liens familiaux avant l'usage ou le rejet plus fréquent par la famille lorsque l'usage et/ou la maladie (VIH*, VHC*) est/sont découvert/s, et le manque d'amies femmes dans les sociabilités de l'usage et de la rue expliquent un plus grand isolement social et affectif que les hommes usagers [9]. Cet isolement aggrave leur situation de précarité et accroît leur dépendance économique et affective au conjoint et aux institutions, et favorise le recours à la prostitution.
Leur trajectoire d'usage se caractérise par un lien plus marqué entre vie affective et usage [9]. Les ruptures de liens familiaux et les décès de proches se traduisent plus souvent par des épisodes de surconsommation. C'est généralement le conjoint qui initie à l'usage, à de nouveaux produits, ou à l'injection. Il peut aggraver ou réduire les prises de risques de sa compagne en prenant du matériel d'injection pour deux, en acceptant le port du préservatif – ou non – et gêner ses démarches d'arrêt de l'usage en contrôlant son rapport aux structures [9]. L'arrivée d'un enfant encourage les démarches de

(2) Rappelons que le contexte de désindustrialisation des années 70-80 a favorisé l'expansion des usages mortifères de produits illicites dans les milieux populaires.

soin et de stabilisation sociale ; le rythme de vie de l'enfant soutient la régulation de l'usage ou l'observance du TSO*. A l'inverse, la séparation (placement, garde attribuée au conjoint ou à la belle famille) se traduit par des usages plus à risques, de l'automutilation, des tentatives de suicide [7].

Moins souvent injectrices, elles sont pourtant plus exposées aux risques de contamination et plus souvent contaminées par le VIH*, du fait d'une moindre autonomie dans la réduction des risques* liés à l'usage ou aux relations sexuelles [9]. Craignant les risques liés à l'achat de produits dans la rue (violence, vol, rapports sexuels contraints, interpellation policière), elles laissent généralement leur conjoint s'approvisionner en produit et matériel d'injection. Aussi, elles consomment après lui et possèdent rarement leur propre matériel. En échange de produits, d'un hébergement ou d'une « protection », elles se voient souvent demander – ou pire, *« se sentent obligées »* d'accepter – un rapport sexuel plutôt que de l'argent, et ont donc plus de partenaires sexuels occasionnels [9]. Ainsi, la notion de « prostitution pour des produits » se discute puisque les femmes ont un réseau social et d'approvisionnement moins étendu, peuvent moins facilement négocier de l'argent ou une aide dans une combine en échange du produit.

Toutefois, si elles entrent plus rapidement dans un rapport de dépendance* aux produits (dû à un niveau d'usage égal aux hommes pour une physiologie qui y est plus sensible ?), elles gèrent mieux l'usage, sollicitent les structures d'aide plus précocement et décrochent plus souvent seules [10]. Elles sont plus impliquées dans la gestion des besoins de la vie quotidienne (démarches, apport d'argent, alimentation, éducation des enfants…), qui de fait les soutient dans la régulation des temporalités de prise de produits.

…Et ruptures

Il n'existe quasiment pas de littérature scientifique sur les femmes du milieu festif techno. L'idée de rupture émerge de la comparaison d'observations personnelles de celles-ci avec les femmes des structures spécialisées. Elle pourrait sans doute être étendue aux femmes de l'espace festif hip hop/ rap. Elle renvoie aux changements d'une génération de femmes à l'autre en termes de régulation de l'usage, d'autonomie socio-économique et de rapports de genre dans les sociabilités de l'usage.
Les femmes du milieu festif techno mettent en œuvre une régulation de l'usage caractérisée par : un contexte festif (fêtes techno, anniversaires, soirées entre amis…), la distinction entre temporalité de l'usage et temporalité des obligations socio professionnelles de la semaine (ou de la journée en ce qui concerne le cannabis), et la notion d'*« usage festif »* [11]. L'usage doit rester *positif,* c'est-à-dire outiller la connaissance et l'expression de soi, favoriser la participation à la sociabilité festive et la danse, stimuler l'appréciation et l'exploration sensorielles et cognitives de son environnement. Dans les fêtes techno, les savoirs sur l'usage circulent facilement entre usagers et les associations de Réduction des risques* interviennent depuis longtemps. Ceci favorise une attention aux risques, des contacts avec les intervenants plus précoces dans la trajectoire et l'évitement de pratiques (usage régulier, injection, *free base*)* exposant à la dépendance* et la détérioration de la santé, des relations affectives et de la situation socio économique.
Ceci ne signifie pas que les femmes des autres profils n'ont *aucune* régulation de leurs prises de produits ni savoirs et pratiques de réduction des risques*. Elles ont une

régulation moins restrictive et n'ont pas les ressources matérielles et sociales, ni suffisamment de *bonnes raisons,* à ce moment là de leur vie de mieux se protéger. En effet, les femmes « techno » sont le plus souvent issues de milieux sociaux intermédiaires, aisés ou en ascension sociale. Elles ont rarement connu des traumatismes affectifs, physiques et psychologiques et ont une meilleure estime d'elles-même et un plus grand souci de soi. Elles ont une meilleure qualification professionnelle que leurs paires en grande précarité, des relations familiales stables et un réseau amical étendu, et disposent de ressources sociales et culturelles nécessaires à la gestion de l'usage et à l'arrêt d'un usage problématique [6] plus importantes.
Enfin, elles évoluent dans une sociabilité de l'usage dans laquelle elles sont plus nombreuses, plus vindicatives quant à leur reconnaissance et plus respectées, que dans les sociabilités de la grande précarité. Ceci se traduit par un affaiblissement de la dimension genrée des interactions, un recul des rapports de séduction et de domination masculine, et une solidarité féminine face à ces attitudes. Au regard de leurs paires en grande précarité, elles ont une pratique plus indépendante : plus souvent, elles s'approvisionnent en produits, sortent en soirée techno et consomment des produits entre elles, sans l'intermédiaire ou la présence d'hommes. Elles occupent les mêmes rôles qu'eux dans la fête techno : organisation, Dj, logistique, mécanique, ou deal de produits [12]. Elles n'expriment pas de honte par rapport à leur usage de produits illicites et revendiquent leur capacité à le concilier avec leur(s) rôle(s) de travailleuse, de mère et de compagne [7]. Cette extension des rôles et cette autonomisation à l'égard de leur pairs masculins peut être lue comme une moindre crainte et une certaine distanciation quant au regard qu'ils peuvent porter sur leur usage ou leur déviance à l'égard de l'assignation aux rôles sociaux féminins [3].

De même, l'usage des jeunes femmes de l'espace festif hip-hop/rap peut s'inscrire dans une sociabilité mixte ou féminine et leur présence augmenterait dans les réseaux de vente de cannabis. Contrairement à la génération précédente, ceci s'inscrit dans un contexte historique (années 1990-2000) de plus grande visibilité de femmes « issues de l'immigration » africaine ou antillaise sur les scènes politique, journalistique et artistique. Leurs pratiques festives et d'usage, de même qu'une meilleure qualification et situation professionnelles, témoigneraient d'une éducation familiale accordant plus de considération à l'autonomie des femmes.

Stéréotypes genrés des usagers de substances psychoactives (illicites)

Petite histoire des stéréotypes

Les stéréotypes de la femme usagère de substances examinés ici sont appréhendés comme reliés à un imaginaire plus complexe des rôles, des vertus et des vices (qui seraient) exclusivement féminins, et agissant nos représentations actuelles

(3) Attention à ne pas céder aux stéréotypes – femmes "libérées" de l'espace festif et femmes "dominées" de la précarité : il existe des femmes traditionnalistes dans l'espace festif et des « figures » féminines de la rue qui, par leur usage et leur conduite, *renverse le stigmate* [18] au risque de ne plus être considérées comme *femmes* par leurs pairs masculins.

à la manière d'un « inconscient collectif » (Young K.). S'ils ont évolué au cours du temps, ils font tous référence aux registres du corps et de la sexualité féminine, des rôles féminins d'épouse, de mère et de transmission des valeurs et de la culture, et de leur transgression. Les expliciter vise à mieux saisir pourquoi les affects négatifs pouvant être ressentis dans l'expérience de la transgression (usage de substances illicites, abus de substances licites) se manifestent plus intensément chez les femmes, et, en outre, de faire l'hypothèse qu'ils relèvent de la dimension genrée, certes des assignations de rôles, mais aussi des stéréotypes à l'égard des usagers de substances psychoactives licites ou illicites.

Le plus ancien de ces stéréotypes, « la sorcière » du Moyen âge, met en péril la hiérarchie des pouvoirs politiques et religieux. Elle représente et favorise les contre pouvoirs politiques de l'Église et de l'État en cours de constitution en transmettant la culture païenne et en se substituant à Dieu dans leur rôle de guérisseuse et de sage-femme. En outre, dans un contexte d'émergence de la profession des apothicaires (hommes), elle outrepasse la division des rôles féminins circonscrits à la sphère domestique [12]. Les autorités font généralement de leurs connaissances et de leur usage des plantes des entreprises maléfiques visant la mort et le désordre social. La figure de *« la poissarde »* émerge au XVIIe siècle [13]. Issue du bas de l'échelle sociale, elle a perdu ses attributs féminins du fait de son alcoolisation régulière, de son âge avancé, mais aussi de sa façon de parler fort et vulgairement, de son corps disqualifié par la prostitution. A l'opposé, issue de la bourgeoisie, *« la belle femme aimée (boit mais) reste sobre et silencieuse »* [13]. C'est autant le mode d'alcoolisation, que le respect d'une norme de discrétion ou au contraire, une affirmation de soi dans l'espace public qui les différencie.

Au XIXe siècle, « La » drogue est objet de fantasmes que les personnages féminins permettent d'incarner – bien que l'usage concerne majoritairement des hommes [14]. Qu'elles injectent la morphine ou fument l'opium, elles sont issues des extrêmes de la société : *« femmes du monde, artistes, filles de joie ». « Caractérisée par tous les vices, (la morphinée) est une sorte de négatif de la femme vertueuse »,* elle incarne la femme fatale, lascive, désintéressée de ses rôles sociaux, à la limite du psychopathologique – *« hystérique, déséquilibrée, homosexuelle »* [14]. Durant "les années folles" *« la garçonne »* [15] *« fait scandale (parce qu'elle) rejette l'ordre bourgeois »* et revendique l'émancipation : *« devient maîtresse de son destin (refuse le mariage arrangé, choisit un métier), choisit ses amants (et ses tenues vestimentaires) et goûte à la drogue »* (tabac, opium, cocaïne) [15]. Par contre, dans les années 1940-1950, *« la belle intoxiquée »* est *« esclave d'une addiction »,* au point de se prostituer [14]. Dépendante des hommes [14], elle est coincée entre son proxénète qui lui fait du chantage à la drogue, et le policier qui l'utilise comme "indic" sur le milieu de la pègre qu'elle fréquente.

Trois idéaux-types de la femme usagère nous semblent persister aujourd'hui dans les représentations collectives, suscitant des affects allant de la pitié à la fascination, en passant par le dégoût. La *femme fragile,* carencée, victime des hommes, ne maîtrise ni sa conduite ni son existence, et, bien que volontaire pour changer de vie, ne peut se passer de la protection et de l'aide d'autrui. La *femme déchue* a prouvé, en se négligeant, son inaptitude à remplir ses rôles sociaux et son corps abimé signe l'impossibilité de retrouver une conduite conforme aux normes. La *femme émancipée* [15], assumant

sa déviance (les femmes "techno"), est ambigüe : sa liberté de mœurs, qu'elle concilie avec le soin de soi et de ses rôles, la rend désirable et respectable ; mais se rapprochant de la femme (aux mœurs) faciles elle est suspecte de menacer l'homme et les valeurs morales.

Le caractère genré des affects induits par une double transgression

Cette permanence au cours des siècles de la stigmatisation des femmes usagères se fonde sur une représentation ambivalente de la femme, organisée autour de la maternité [16]. Dans la culture chrétienne, cette ambivalence est symbolisée par Eve et Marie. Eve représente *« la femme qui pervertit l'homme par son attirance pour le plaisir ; (tandis que Marie) est la femme se consacrant entièrement à son enfant. L'abnégation s'oppose à la tentation, la bonne mère est celle qui renonce à son propre plaisir pour le bien de ses enfants, tandis que la mauvaise mère s'abandonne à croquer la pomme dans le jardin d'Eden »* [16]. Outre l'assignation biologique à la maternité, elle aussi assignée symboliquement à celui de gardienne des valeurs. Eve symbolise la chute dans l'estime de Dieu et la fin d'une harmonie, Marie incarne la transmission du message de Dieu et la perpétuation de l'ordre du monde tel qu'il l'a créé. Ainsi, une femme est jugée à l'aune de sa capacité à « prendre soin de » son corps et de son image (conduite) auprès d'autrui, car elle révèle sa capacité à assumer ses rôles sociaux auprès de son époux, son enfant et des institutions morales. De fait, le plaisir qu'elle prend dans des pratiques qui ne participent pas de ces rôles de mère, d'épouse et de transmission des valeurs morales et de la culture, les met en péril.

Il apparaît deux registres d'affects liés à la transgression de l'interdit d'user ou d'abuser de substances, l'un relevant de la notion d'apprentissage, l'autre relevant de la honte. Les femmes de l'espace festif techno décrivent l'usage comme un opérateur de subjectivation. Pour elles, c'est un support de singularisation par rapport aux femmes en général et à la famille, du fait qu'il s'agit d'une pratique déviante peu investie par les femmes et qui permet de *« faire lien »* avec un groupe de pairs dans lequel elles sont reconnues en tant que sujet [6]. Comme chez leurs pairs masculins, ce discours sur l'efficience *« socialisante »* [17] de l'usage et la meilleure connaissance de soi qu'il induit exprime une certaine *fierté* d'avoir traversé une double épreuve : celle de la transgression et celle de savoir préserver sa santé et assurer ses rôles tout en usant de substances illicites. A l'inverse, les femmes usagères de "drogues" en grande précarité (de même que celles abusant de l'alcool) expriment une mésestime de soi et une culpabilité à l'égard de leur usage, et ce, plus fréquemment que leurs pairs masculins [4]. Non seulement ces affects d'autodépréciation et d'incapacité sociale résonnent avec le ressenti des événements malheureux vécus au cours de l'histoire personnelle mais ils sont exacerbés par la culpabilité de transgresser les rôles sociaux féminins.

Ainsi, les femmes usagères se différencient aussi selon les affects ressentis dans l'expérience de la transgression de l'interdit d'user de substances illicites – ou d'abuser de

(4) Néanmoins, ces différences dans l'expression des affects ne sont sans doute pas indépendantes de la situation d'énonciation et ceux-ci sont d'autant plus susceptibles d'être exprimés que l'interlocuteur est un représentant d'une institution.

substances licites. Si pour certaines, la culpabilité vient renforcer une mésestime de soi et une *« honte de genre »* [15] antérieures, pour d'autres, un discours des pairs sur les vertus initiatiques de l'usage (socialisation, apprentissage de soi) leur permet de transformer ces affects négatifs en affects positifs relevant de l'expérience initiatique. Finalement, ce qui semble essentiel chez les femmes, dans l'investissement du sens de l'usage (gestion des traumatismes *versus* opérateur de subjectivation) et sa régulation, outre la question de leurs ressources socio économiques et de leur histoire personnelle, c'est aussi la capacité à transformer des affects négatifs alimentant la mésestime de soi et le sentiment d'incapacité à se conformer aux normes, en affects positifs. Cette transformation passe par l'acquisition d'une définition de soi en tant que femme comme sujet digne de respect et de droits, la possibilité d'autonomisation socio-économique à l'égard des hommes, et la socialisation à une conception de l'usage de substances illicites qui neutralise les affects négatifs à l'égard de soi induits par la déviance.

Enfin, ceci reste à vérifier dans le cadre d'une recherche, mais, au vu de nos données, il nous semble que les représentations des professionnels de soin, d'aide sociale et de PMI à l'endroit des femmes usagères s'organisent toujours autour d'un double axe : la situation socio-économique et les attentes de rôles à l'égard des femmes. Si les femmes insérées socialement et ayant un usage modéré semblent rarement repérées par ces professionnels en tant qu'usagères de substances illicites et rencontrent peu de difficultés avec les institutions concernant l'éducation et la garde de leur(s) enfant(s) [4] ; les femmes vulnérables socialement, dépendantes à un produit et manifestant un mal être, voir un pathologie psychiatrique, notamment dans une méfiance et des tensions avec les professionnels, alimentent le stéréotype de la femme usagère incapable de prendre soin d'elle et d'autrui. Non identification des premières et hyper visibilité des secondes expliquent sans doute que, si elles se sont estompées des attentes à l'égard des femmes concernant d'autres pratiques sociales, la prescription de l'abnégation et l'idée d'incompatibilité irréductible du plaisir avec l'assomption des rôles sociaux féminins fonctionnent toujours à l'égard des femmes usagères de produits illicites.

Stéréotype féminin de la vulnérabilité *versus* stéréotype masculin de l'initiation ?

L'usage de substances illicites chez les femmes, du fait de sa rareté et des risques de stigmatisation plus grands auxquels il expose – susceptibles de décourager la transgression – est généralement interprété – parfois à juste titre – comme *« significatif d'une détresse extrême »* [10]. D'autre part, les professionnels de CAARUD* constatent un regard social différent sur la détérioration et les stigmates physiques induits par l'usage et la grande précarité chez les femmes, et la plus grande fréquence de témoignages, par rapport aux hommes, d'interactions où elles ont subi un manque de considération de certains professionnels du secteur social et médical à l'égard de leur parole et de leurs choix, voire l'expression d'un mépris. Cette dimension genrée des stigmates de l'usage se retrouve également dans leur acceptation beaucoup plus difficile pour les femmes, qui ne s'ancre pas seulement par une plus grande attention au corps qu'il leur est habituellement prêtée, mais également dans le regard que leur renvoie autrui. Certes, l'on peut supposer que les femmes évoquent avec moins de difficultés que les hommes leurs ressentis et les épisodes où elles ont été atteintes dans leur dignité [9].

Mais lorsque ces constats sont mis en perspective avec l'idée originale selon laquelle l'usage serait pour les femmes un support de singularisation [8], apparaît un autre axe d'explication.

En effet, ils invitent à supposer l'existence de stéréotypes à propos des effets subjectifs de l'usage de substances illicites, qui structureraient les pratiques professionnelles en différenciant ces effets selon le genre. Cette hypothèse propose une articulation entre le regard sur les stigmates de l'usage et les notions de virilité et de féminité. Ces stigmates chez les femmes sont perçues par autrui et ressenties par elles-mêmes comme une perte de féminité : ils signent une déchéance au regard d'un idéal féminin, dont les attributs relèveraient de l'apparence physique, de la fonction maternelle et de la transmission culturelle, tout autant que de la conduite dans l'espace public. Chez les hommes, s'ils font également l'objet de réprobation sociale comme marqueurs de déviance et d'incapacité à remplir ses rôles sociaux, ils ne sont pas perçus et ressentis comme une dégradation de la virilité. Ils semblent plutôt interprétés comme les marques d'un passage par une épreuve que représentent les effets pharmacologiques des produits, la précarité et l'exposition à la disqualification sociale, qui n'altère pas leur identité de genre. L'analyse rapide de la littérature scientifique tend à conforter cette idée : alors que celle consacrée aux usages de substances en général (hommes et femmes) s'intéresse aux trajectoires, aux contextes, aux pratiques et aux sociabilités d'usage ; celle s'intéressant spécifiquement à ceux des femmes, se caractérise par une surreprésentation des travaux s'intéressant à la physiologie, aux conséquences sur les fonctions maternelles, et à l'articulation entre usage et, d'autre part, prises de risques sexuels et prostitution.
Il existerait donc un stéréotype féminin de l'usage de "drogues", organisé autour de la notion de vulnérabilité, qui s'ancre dans une réalité physiologique et une réalité sociale des rapports de genre. Comme il en existerait un stéréotype masculin, organisé autour de la notion d'initiation, *via* la transgression et l'expérience physique, psychologique et sociale à laquelle elle ouvre. Ce stéréotype de la vulnérabilité tend à réduire la féminité au corps de la mère et à l'assomption des rôles sociaux d'épouse et de transmission culturelle, et à générer une image de la femme usagère comme étant moins sujet autonome que son pair masculin et moins en capacité de faire des choix lucides dans sa vie. Il pourrait expliquer la plus grande sévérité du jugement mais aussi les attitudes de surprotection de la part des professionnels du soin et du travail social à l'égard de la femme usagère de "drogues", notamment lorsqu'un enfant est présent. Le jugement entretient la mésestime de soi et génère la méfiance envers le professionnel et le conflit ; l'inquiétude et le surinvestissement affectif accroissent le risque de proposer un objectif, une action au-delà de ce que la personne peut mettre en place à ce moment là de sa vie, et de la mettre en situation d'échec. Le surinvestissement expose aussi le professionnel au risque d'un sentiment d'échec, susceptible de renforcer des *a priori* négatifs antérieurs à l'égard des personnes usagères de "drogues", et d'induire un sentiment d'impuissance et des attitudes défensives dans une situation future similaire. Ces attitudes, bien qu'antagonistes, laissent peu de place à la personne comme sujet, compliquent l'installation d'une relation de confiance, et peuvent avoir pour effet identique, en exacerbant ses sentiments de honte et de mésestime de soi, d'inhiber son autonomie au lieu de l'étayer.

Conclusion

Un projet d'accompagnement d'une personne stigmatisée socialement qui n'interroge pas les stéréotypes dont il peut relever tend à la priver de son autonomie de sujet, en étant plus inspiré par ces stéréotypes que par la connaissance de ses ressources et faiblesses, de ses réflexions sur son expérience et de la façon dont sa stigmatisation l'affecte. Comprendre les fondements socio culturels de la stigmatisation a pour enjeu l'évolution de nos représentations vers une appréhension complexe de la réalité, l'adoption d'un *« beau regard »* sur les personnes subissant l'opprobre sociale, condition indispensable à ce qu'elles retrouvent l'estime d'elles-mêmes au moins dans leurs relations aux professionnels qui les accompagnent.
Cela invite aussi à déconstruire nos attentes à l'égard de l'autre, à considérer ce que la personne dit et sait d'elle. Les professionnels de la Réduction des risques* soulignent le rôle de levier dans la trajectoire de vie d'une personne usagère de substances que jouent l'élaboration d'une relation de confiance avec elle, sa participation au projet qui la concerne, son accompagnement dans l'objectivation, certes de ses difficultés, mais aussi de ses atouts. Plus particulièrement en ce qui concerne les femmes, et à l'instar des professionnels du champ des violences conjugales, ils soulignent la nécessité d'espaces temps (groupes de paroles, sophrologie, ateliers bien-être...) dans lesquels elles sont accompagnées dans un travail de réparation de l'image de soi et de revalorisation de l'estime de soi, en tant que sujet, en tant que femme, en tant que mère et fille de.

La posture professionnelle en Réduction des risques* consiste à *être auprès de* et avec le sujet et *prend le temps du sujet* au lieu de lui proposer un projet qu'il n'a pas énoncé de lui-même dans la chronologie qu'il projette. Elle se fonde sur *la bienveillance* et *le non jugement sans être dans le non positionnement* à l'égard de ses prises de risques ou de son *« intériorisation du stigmate »* [18] qui redouble la mésestime de soi et inhibe l'action. Depuis plus de vingt ans, les fondements de cet aller vers ont permis à des personnes les plus discriminées dans les services de soin, de justice et de travail social et les plus honteuses d'elles-mêmes, au point parfois de se dénier le droit à la dignité, de reprendre pied, de retrouver l'envie de prendre soin d'elles et d'être respectées. Aussi, cette *« éthique de la proximité »* [19] ne nous semble pas pertinente dans le seul champ des usages de substances psychoactives illicites, et pourrait d'autant être étendue à d'autres champs socio-professionnels qu'elle n'en remettrait pas en cause la singularité.

Bibliographie

[1] OFDT*/ DGS, Enquête nationale sur les CAARUD* 2006, 2008, www.ofdt.fr

[2] OFDT*, Recueil commun sur les addictions et les prises en charge 2008, 2009, www.ofdt.fr

[3] INPES, Baromètre santé 2000

[4] HOAREAU E., *État des lieux sur le suivi et la prise en charge des femmes usagères de drogues à Marseille,* Les Ateliers de la Réduction des risques, DADD-PACA, AMPTA, mars 2010

[5] SIMMAT-DURAND L., *Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques,* in *BEH INVS,* n° 10-11, mars 2009, p.86-89

[6] CASTEL R., *Les sorties de la toxicomanie,* 1998

[7] PRIEZ S., *« Femmes et usages de drogues dans l'espace urbain de Marseille. Des constats difficiles »,* TREND Marseille 2008, CIRDD PACA – AMPTA, 2008

[8] GABE M., *À l'écoute de la toxicomanie au féminin,* Master 1 de sociologie, Bordeaux 2, 2008

[9] JAUFFRET-ROUSTIDE M. « Trajectoire de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues », in *Medecine Science,* hors série n° 2, mars 2008, p.111-116

[10] DESPLANQUES L., « Femmes et addictions », in *Swaps,* n° 29, 2003, p.2-4

[11] HOAREAU E., *La figure du "perché" dans l'espace festif techno,* DEA de sociologie, Univ. Aix-Marseille 3 2004

[12] DUCROS N., « Les femmes de ma vie », in *Asud journal* n° 33 p. 10-11

[13] ROSENZWEIG M., *Les drogues dans l'histoire, entre remède et poison,* De Boeck et Belin, 1998

[14] NAHOUM-GRAPPE V., *La culture de l'ivresse,* Quai Voltaire, 1991

[15] DE TAILLAC, *Les paradis artificiels,* Hugodoc, 2007

[16] COPPEL A., « Drogue, genre et prévention », in *La santé de l'homme,* 2004

[17] AUBISSON S., « Etre mère et toxicomane, entre stigmatisation et espoir de changement », in *Grossesses avec drogues,* SIMMAT-DURAND (dir.) L'Harmattan, 2009, p.89-117

[18] THIANDOUM B. et TRILLES T., « La drogue dans la fête, un point d'interrogation aux politiques sanitaires » in *Psychotropes,* vol. 9, 2003, p.95-103

[19] GOFFMAN, *Stigmates,* Les Editions de Minuit, 1963

[20] ROCHE P., « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », in *Nouvelle revue de psychosociologie,* 2007, p.63-82, www.cairn.info

MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION DES DÉPENDANCES AUX OPIACÉS
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

ISABELLE LACROIX

Pharmacologue, CHU de Toulouse,
Université de Toulouse, CEIP de Toulouse

Contact : isabelle.lacroix@univ-tlse3.fr

Les études épidémiologiques sur médicaments de substitution des dépendances aux opiacés et grossesse sont d'interprétation souvent difficile pour plusieurs raisons. De nombreux facteurs peuvent influer sur le déroulement et l'issue de la grossesse chez les femmes traitées tels que le statut infectieux, le mode de vie, la nutrition, la consommation d'autres substances et rendre l'interprétation des résultats des études délicate. Beaucoup d'études ne sont pas comparatives et ne permettent donc pas d'écarter le rôle de ces différents facteurs de risque dans la survenue d'événements indésirables, petits poids de naissance, pathologies néonatales. Enfin, certains événements étudiés comme les malformations sont rares en population générale (2 à 3 %) et nécessitent qu'un nombre important (plusieurs milliers) de femmes exposées au médicament soit inclus dans les études pour pouvoir conclure.

En France, nous disposons de deux médicaments ayant l'indication dans le traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés : la méthadone et la buprénorphine haut dosage. La méthadone est commercialisée depuis plus longtemps que la buprénorphine haut dosage. Elle est arrivée sur le marché au début des années 60 aux États-Unis et en 1995 en France alors que la première commercialisation de buprénorphine en tant que médicament de substitution a eu lieu, en France, en 1996. De ce fait, il existe plus de suivis de femmes enceintes exposées à la méthadone pendant leur grossesse.

Des données, relativement nombreuses, sur la prise de méthadone au cours de la grossesse

La méthadone® constitue le médicament de substitution des dépendances aux opiacés le mieux évalué pendant la grossesse. Un grand nombre d'études rétrospectives ont inclus au total plus de 1 500 mères et leurs nouveau-nés exposés *in utero.* On dispose également d'études de cohortes prospectives, descriptives ou comparatives qui totalisent plus d'un millier de femmes [1]. Ces différentes études ont montré l'intérêt d'un traitement par *méthadone* et d'une prise en charge adaptée en termes de morbidité et de mortalité par rapport à l'absence de prise en charge [2-6]. Le risque de complications obstétricales liées à l'usage de drogues telles qu'avortement spontané, mort fœtale, retard de croissance intra-utérin et prématurité est réduit chez les femmes enceintes substituées par méthadone et suivies. Selon les études, 50 % à 100 % des nouveau-nés exposés *in utero* à la *méthadone* ont présenté un syndrome de

sevrage néonatal, caractérisé principalement par des signes neurologiques, digestifs et respiratoires [2, 7-10].

La majorité des études sur héroïne ou méthadone® chez la femme enceinte mettent en évidence différents effets indésirables chez les enfants. Elles retrouvent un petit poids de naissance chez 30 à 50 % des nouveau-nés [3, 7, 11-14]. Ce petit poids de naissance peut être en rapport avec une prématurité et/ou un retard de croissance intra-utérin [11, 15]. Les différents auteurs ne retrouvent pas d'augmentation du risque de malformation chez les femmes traitées par méthadone pendant la grossesse par rapport à la population générale [7, 9, 10, 16]. Les études publiées, à l'exception de quelques-unes [17-20], concernent un seul produit (héroïne ou méthadone) et ne prennent en compte ni les expositions associées, pourtant fréquentes (alcool, tabac, substances illicites ou médicaments psychotropes), ni les voies d'administration (prise orale, injection intra-veineuse, produit sniffé, fumé...).

Le syndrome de sevrage constitue un événement fréquent chez le nouveau-né exposé en fin de grossesse à la méthadone® : 60 à 100 % [11, 12, 15, 17, 18]. Celui-ci apparaît, en général, dans les 48 premières heures de vie mais peut survenir plus tardivement, vers la deuxième semaine de vie [5]. La symptomatologie associe souvent des signes neurologiques (hyperactivité, irritabilité, tremblements, troubles du sommeil), des troubles digestifs (vomissements, diarrhée), des troubles respiratoires (dyspnée, cyanose) et d'autres symptômes (hyperthermie, pâleur, transpiration,...) pouvant nécessiter un traitement du nouveau-né, le plus souvent par morphine [21, 23]. Ce syndrome de sevrage se révèle plus sévère et plus prolongé avec la méthadone qu'avec l'héroïne [12, 15]. Dans certaines études, il semble corrélé positivement avec la dose maternelle de méthadone au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement [19, 24, 25]. Cependant, d'autres auteurs n'ont pas observé cette relation [3, 4, 26].

Buprénorphine, moins de données qu'avec la méthadone

Pour la buprénorphine forte dose *(Subutex® ou génériques),* autre médicament de substitution des dépendances aux opiacés disponible en France, les données humaines restent plus limitées en raison de sa plus récente mise sur le marché (1996) et de sa commercialisation initiale uniquement en France. Le plus souvent, il s'agit d'études rétrospectives sur des effectifs de nouveau-nés variables mais souvent limités [27-33]. Peu d'études prospectives ont été publiées [18, 29, 34-39]. Elles concernent un nombre de sujets peu élevé (de 3 à 15).

Ces suivis, de femmes traitées par buprénorphine au cours de la grossesse, n'ont pas rapporté de données inquiétantes quant au risque malformatif. Elles montrent, comme pour la méthadone, un risque plus élevé de petit poids, de prématurité et de pathologies néonatales par rapport à la population générale.

Quelques équipes ont comparé chez la femme enceinte les effets de la méthadone à ceux de la buprénorphine [17, 18, 30, 40-42]. La fréquence des complications obstétricales est comparable pour les deux médicaments. Par exemple, le taux de prématurité varie entre 8 et 28 % quel que soit le médicament de substitution consommé [32, 42, 43]. Dans les

études comparatives, le risque de syndrome de sevrage a paru plus fréquent et plus sévère avec la méthadone [17, 18, 44]. La fréquence du syndrome de sevrage chez les nouveau-nés exposés à la buprénorphine en fin de grossesse varie de 40 à 65 % selon les études. Il survient dans un délai de quelques heures à quelques jours après la naissance et sa gravité ne semble pas corrélée à la dose reçue par la mère en fin de grossesse [17, 18].

Dans l'étude, que nous avons réalisée dans le service de pharmacologie de Toulouse, nous avons pu montrer que dans notre population, le taux plus élevé de syndromes de sevrage chez les nouveau-nés exposés à la méthadone par rapport à celui retrouvé dans le groupe « buprénorphine » était en relation avec une consommation plus élevée d'héroïne par leur mère en fin de grossesse. Ceci montre la complexité d'interprétation des résultats des études liée à la présence de nombreux facteurs favorisant notamment la consommation d'autres produits ou médicaments (comme les benzodiazépines qui peuvent favoriser la survenue d'un syndrome de sevrage ou encore de détresse respiratoire). Toutes les études épidémiologiques montrent que les femmes enceintes substituées consomment très souvent d'autres médicaments psychoactifs, du tabac, du cannabis, de l'alcool, parfois de façon chronique, ainsi que d'autres produits, à moindre fréquence, tels qu'héroïne, cocaïne…

Les données sur buprénorphine et grossesse, bien que moins nombreuses que pour la méthadone, apparaissent donc rassurantes. Ce médicament constitue une bonne alternative dans le traitement des dépendances aux opiacés chez les femmes enceintes avec des effets néonatals ni plus fréquents ni plus sévères qu'avec la méthadone. Compte-tenu des données actuelles, il n'est pas justifié de modifier le traitement d'une femme bien équilibrée sous buprénorphine qui désire ou a débuté une grossesse.

Une prise en charge psychosociale et l'instauration d'une substitution, à posologie efficace, diminuent la fréquence des complications obstétricales et néonatales. La substitution permet également de maintenir une exposition maternelle stable aux opiacés évitant des épisodes successifs de pics et de périodes de manque qui pourraient être responsables de souffrance fœtale [45-47].

Conclusion

Les études épidémiologiques ont montré le bénéfice d'un traitement de substitution, qu'il s'agisse de méthadone ou de buprénorphine, associé à une prise en charge psychosociale sur le déroulement de la grossesse et sur le nouveau-né. Toutefois, il ne faut pas oublier que les grossesses sous médicaments de substitution sont des grossesses à risques avec plus de prématurité, de petits poids de naissance et un taux plus élevé de pathologies néonatales notamment de syndromes de sevrage.

Bibliographie

[1] « Grossesse chez les patients dépendants aux opiacés ». *Prescrire* 2005 ; 267 : 836-40.

[2] Connaughton J.F., Reeser D., Schut J., Finnegan L.P. «Perinatal addiction: outcome and management». *Am J Obstet Gynecol* 1977; 129:679-86.

[3] Newman R.G., Bashkow S., Calko D. «Results of 313 consecutive live births of infants delivered to patients in trie New York City Methadone Maintenance Treatment Program». *Am J Obstet Gynecol* 1975; 121:233-7.

[4] Stimmel B., Goldberg J., Reisman A. «Fetal outcome in narcotic-dependant woman: the importance of the type of maternal narcortic used». *Am J Drug Alcohol Abuse* 1982; 83, 9:383-95.

[5] Hagopian G.S., Wolfe H.M., Sokol R.J. «Neonatal outcome following methadone exposure in utero». *J Maternal Fetal-Medicine* 1996; 5:348-54.

[6] Hulse G.K., Milne E., English D.R. «The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight». *Addiction* 1997; 92:1571-9.

[7] Brown H.L., Britton K.A., Mahaffey D. «Methadone maintenance in pregnancy: A Reappraisal». *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:459-63.

[8] Giles W., Patterson T., Sanders F., Batey R., Thomas D., Collins J. «Outpatient methadone programme for pregnant heroin using women». *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1989; 29:225-9.

[9] Chasnoff I.J., Hatcher R., Burns W.J. «Polydrug – and methadone-addicted newborns: a continuum of impairment?» *Pediatrics* 1982; 70:210-3.

[10] Wilson G.S., Desmond M.M., Wait R.B. «Follow-up of methadone-treated and untreated narcotic-dependent women and their infants: health, developmental, and social implications». *J Pediatr* 1981; 98:716-22.

[11] Chaumerliac C. « Substitution pendant la grossesse: effets de la buprénorphine (Subutex®) chez la femme enceinte et le nouveau-né-analyse de 24 cas ». *Thèse Pharmacie* n° 2071, Toulouse III, 2000 : 219 pages.

[12] Zelson C., Lee S.J., Casalino M. «Neonatal narcotic addiction. Comparative effects of maternal intake of heroine and methadone». *N Eng J Med* 1973; 289:1216-20.

[13] Harper R.G., Solish G.I., Purow H.M. «The effect of methadone treatment program upon pregnant heroin addicts and their newborn infants». *Pediatrics* 1974; 54:300-5.

[14] Jones H.E., Finnegan L.P., Kaltenbach K. «Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence in pregnancy». *Drugs* 2012; 72:747-57.

[15] Lam S.K., To W.K., Duthie S.J. «Narcotic addiction in pregnancy with adverse maternal and perinatal outcome». *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1992 ; 32:216-21.

[16] Suffet F., Brotman R. «A comprehensive care program for pregnant addicts: obstetrical, neonatal, and child development outcomes». *Int J Addict* 1984; 19:199-219.

[17] Lejeune C., Simmat-Durand L., Gourarier L., Aubisson S. Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA). «Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenophine substitution». *Drug Alcohol Depend* 2006; 82:250-7.

[18] Lacroix I., Berrebi A., Garipuy D., Schmitt L., Hammou Y., Chaumerliac C., Lapeyre-Mestre M., Montastruc J.L., Damase-Michel C. «Buprenorphine *versus* methadone in pregnant opioid-dependent women: a prospective multicenter study». *Eur J Clin Pharmacol* 2011; 67:1053-9.

[19] Doberczak T.M., Kandall S.R., Wilets I. «Neonatal opiate abstinence syndrome in term and preterm infants». *J Pediatr* 1991; 118:933-7.

[20] Levy M., Spino M. «Neonatal withdrawal syndrome: associated drugs and pharmacologic management». *Pharmacotherapy* 1993; 13:202-11.

[21] Franck L., Vilardi J. «Assessment and Management of opioid withdrawal in ill neonates». *Neonatal Network* 1995; 14:39-48.

[22] Theis J.G.W., Selby P., Ikirzler Y. «Current management of the neonatal abstinence syndrome: a critical analysis of the evidence». *Biol Neonate* 1997; 71:346-56.

[23] Bio L.L., Siu A., Poon C.Y. «Update on the pharmacologic management of neonatal abstinence syndrome». *J Perinatol* 2011; 31:692-701.

[24] Doberczak T.M., Kandall S.R., Friedman P. «Relationships between maternal methadone dosage, maternal-neonatal methadone levels and neonatal withdrawal». *Obstet Gynecol* 1993; 81:936-40.

[25] Malpas T.J., Darlow B.A., Lennox R. «Maternal methadone dosage and neonatal withdrawal». *Aust N Z J Ostet Gynaecol* 1995; 35:175-7.

[26] Cleary B.J., Donnelly J., Strawbridge J., Gallagher P.J., Fahey T., Clarke M., Murphy D.J. «Methadone dose and neonatal abstinence syndrome-systematic review and meta-analysis». *Addiction* 2010; 105:2071-84.

[27] Lejeune C. «Evolution of modalities for managing pregnant addicted women and their children. Pregnancy and Addiction Study Group». *Arch Pediatr* 2000; 7:283-4.

[28] Fischer G., Etzersdorfer P., Eder H., Jagsch R., Langer M., Weninger M. «Buprenorphine maintenance in pregnant opiate addicts». *Eur Addict Res* 1998; 4:32-6.

[29] Jernite M., Viville B., Escande B., Brettes J.P., Messer J. « Grossesse et buprénorphine. À propos de 24 cas ». *Arch Pediatr* 1999; 6:1179-85.

[30] Aubisson S., Cneude F., Lejeune C., Simmat-Durand L. « Étude comparative des nouveau-nés de mères substituées par méthadone ou buprénorphine haut dosage (HD) pendant la grossesse ». *La lettre du pharmacologue* 2001 ; 15 : 45-8.

[31] Marquet P., Lavignasse P., Merle G., Gaulier J.M. « Étude pharmacologique et toxicologique des syndromes de sevrage chez le nouveau-né de mère substituée par la buprénorphine haut dosage (HD) pendant la grossesse ». *La lettre du pharmacologue* 2001 ; 15 : 48-53.

[32] Rohrmeister K., Bernert G., Langer M., Fischer G., Weninger M., Pollak A. «Opiate addiction in gravidity – consequences for the newborn. Results of an interdisciplinary treatment concept». *Z Geburtshilfe Neonatol* 2001; 205:224-30.

[33] Kayemba-Kay's S., Laclyde J.P. «Buprenorphine withdrawal syndrome in newborns: a report of 13 cases». *Addiction* 2003; 98:1599-604.

[34] Reisinger M. «Use of buprenorphine during pregnancy». *Research and Clinical Forums* 1997; 2:43-5.

[35] Auriacombe M., Afflelou S., Lavignasse P., Lafitte C., Roux D., Daulouede J.P., Tignol J. « Grossesse, avortements et accouchements dans une cohorte de sujets héroïnomanes en traitement de substitution (méthadone et buprénorphine) en Aquitaine ». *La Presse Médicale* 1999; 28:4.

[36] Fischer G., Jonhson R.E., Eder H., Jagsch R., Peternell A., Weninger M., Langer M., Aschauer H.N. «Treatment of opioid-dependant pregnant women with buprenorphine». *Addiction* 2000; 95:239-44.

[37] Johnson R.E., Jones H.E., Jasinski D.R., Svikis D.S., Haug N.A., Jansson L.M., Kissin W.B., Alpan G., Lantz M.E., Cone E.J., Wilkins D.G., Golden A.S., Huggins G.R., Lester B.M. «Buprenorphine treatment of pregnant opioid-dependent women: maternal and neonatal outcomes». *Drug Alcohol Depend* 2001; 63:97-103.

[38] Schindler S.D., Eder H., Ortner R., Rohrmeister K., Langer M., Fischer G. «Neonatal outcome following buprenorphine maintenance during conception and throughout pregnancy». *Addiction* 2003; 98:103-10.

[39] Kahila H., Saisto T., Kivitie-Kallio S., Haukkamaa M., Halmesmäki E. «A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome». *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86:185-90.

[40] Jones H.E., Johnson R.E., Jasinski D.R., O'Grady K.E., Chisholm C.A., Choo R.E., Crocetti M., Dudas R., Harrow C., Huestis M.A., Jansson L.M., Lantz M., Lester B.M., Milio L. «Buprenorphine *versus* methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrome». *Drug Alcohol Depend* 2005, 79:1-10.

[41] Binder T., Vavrinková B. «Prospective randomised comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birthweight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department». *Neuro Endocrinol Lett* 2008; 29:80-6.

[42] Fischer G., Ortner R., Rohrmeister K., Jagsch R., Baewert A., Langer M., Aschauer H. «Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study». *Addiction* 2006; 101:275-81.

[43] Kakko J., Heilig M., Sarman I. «Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence during pregnancy: comparison of fetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series». *Drug Alcohol Depend* 2008; 96:69-78.

[44] Gaalema D.E., Scott T.L., Heil S.H., Coyle M.G., Kaltenbach K., Badger G.J., Arria A.M., Stine S.M., Martin P.R., Jones H.E. «Differences in the profile of neonatal abstinence syndrome signs in methadone – *versus* buprenorphine-exposed neonates». *Addiction* 2012; 107 Suppl 1:53-62.

[45] Zuspan F.P., Gumbal J.A., Mejia Z.D. «Fetal stress from methadone withdrawal». *Am J Obstet Gynecol* 1975; 122:43-6.

[46] Umans J.G., Szeto H.H. «Precipated opiate abstinence *in utero.» Am J Obstet Gynecol* 1985; 151:441-4.

[47] Boutté P., Richelme C., Bérard E. « Le nouveau-né de mère droguée ». *Presse Méd* 1988; 17:1405-8.

2/

ÉVALUER LA SITUATION

- L'étendue du problème 53
- La nature du problème 54

Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool ou de drogue : ampleur, enjeux pour l'aide aux femmes enceintes et aux mères et pratiques d'intervention 58

> *Résumé* 58

> *Introduction* 59

> *Ampleur des consommations chez les femmes en âge de procréer, enceintes et ayant donné naissance à un enfant* 60

> *Un bref regard sur des particularités associées aux consommations abusives des femmes enceintes ou ayant donné naissance à un enfant et les obstacles à la recherche d'aide* 62

> *De la préconception à la périnatalité : interventions auprès des femmes aux prises avec une consommation abusive d'alcool ou de drogue en âge de procréer, enceintes et ayant donné naissance à un enfant* 67

> *Conclusion* 81

L'étendue du problème

L'ampleur réelle de la consommation de drogues chez les femmes est largement inconnue car des chiffres fiables sont difficiles à obtenir (NTA 2010). Il est clair, cependant, que le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues illicites chez les femmes en âge de procréer sont très fréquents et que l'usage continu de substances psychoactives pendant la grossesse est fréquent. Environ 33 % des femmes fument pendant la grossesse (information du NHS Centre 2007) et 54 % consomment de l'alcool pendant la grossesse, bien que majoritairement à des niveaux faibles (NHS Centre d'information 2010). L'usage de drogues illicites comme le cannabis, les amphétamines, l'héroïne et la cocaïne pendant la grossesse, bien que considéré comme modérément répandu, se concentre surtout dans les grandes zones urbaines. Pour de nombreuses femmes, la consommation de substances psychoactives est un élément fondamental de leur vie.

Bien que la nicotine et l'alcool soient légalement disponibles, il est important de ne pas confondre la légalité et la sécurité. La consommation maternelle de tabac est bien documentée et elle est connue pour avoir des effets nocifs importants sur la grossesse (NICE, 2008a). Même si environ 48 % des femmes qui fument parviennent à arrêter pendant leur grossesse, la nicotine reste la drogue la plus problématique en usage à l'échelle de la population (Johnstone 1998). 27 % des femmes enceintes au Royaume-Uni déclarent être encore fumeuses au moment de la naissance du bébé (NICE, 2008a). Plus l'alcool est consommé en fortes quantités, plus les risques d'effets tératogènes (malformations congénitales) sont importants (RCOG 2006, BMA, 2007a). Environ 30 % des femmes en âge de procréer dépassent la limite hebdomadaire recommandée de consommation d'alcool (MRC 2010, Gouvernement écossais, *Scottish Government*, 2009a). La nicotine et l'alcool sont souvent utilisés en association avec d'autres drogues. La plupart des femmes qui se présentent dans des services spécialisés dans la prise en charge des addictions déclarent une « polytoxicomanie ».

La nature du problème

De nombreux facteurs affectent le déroulement de la grossesse, la santé et le bien-être de la mère et du bébé. Beaucoup de situations peuvent être à risque et nécessitent plus de soins pendant la grossesse. L'usage de substances est un des facteurs à risque. D'autres facteurs comprennent la situation sociale, les modes de vie, la santé physique, la santé psychologique, la nutrition, l'allaitement maternel, les maladies sexuellement transmissibles, les soins prénatals* et postnatals. L'implication et le soutien du père – ou du partenaire de la mère –, de l'ensemble de la famille et de la collectivité est aussi un facteur clé.

Les femmes qui demandent de l'aide pour des problèmes liés à l'alcool et aux drogues sont plus souvent susceptibles d'être au chômage et de vivre dans des zones d'exclusion sociale. Certaines femmes rapportent une histoire de violence ou de négligence pendant l'enfance, et sont issues de groupes exclus, vulnérables ou marginalisés (Best et Abdulrahim 2005). Les femmes enceintes (et leurs partenaires) montrant un usage problématique de substances psychoactives ont souvent des besoins multiples et complexes qui nécessitent la participation de nombreux professionnels et organismes. L'organisation et la prestation des soins sont par conséquent des facteurs importants pour obtenir de bons résultats (Johnstone 1998, Moran *et al.* 2009).

LES DIFFICULTÉS ORGANISATIONNELLES

Les professionnels habitués à travailler avec ce groupe de patients font souvent état d'un certain nombre de problèmes. Il s'agit notamment :

- de l'absence d'une approche commune ou « partagée » des soins ;
- du manque de compréhension des rôles et des responsabilités professionnelles ;
- d'un manque de consultation ou de processus d'évaluation croisés ;
- du « partage » limité des soins avec la mère ;
- du peu d'engagement ou de participation du père ou du conjoint ;
- d'attentes et d'objectifs de traitement irréalistes ;
- de conseils contradictoires et de difficultés à organiser des réunions ou des examens transversaux de planification des soins ;
- d'une mauvaise liaison et d'une mauvaise communication entre les professionnels ;
- aucun professionnel ne prend la responsabilité de la coordination des soins.

Pour les sages-femmes, la prestation de soins à ce groupe de patients peut être très chronophage. Les sages-femmes impliquées peuvent souvent passer beaucoup de temps à coordonner les soins en liaison avec d'autres professionnels, en organisant des réunions prénatales* et postnatales de planification des

soins, en organisant les besoins supplémentaires en matière de soins prénatals* dont ces femmes ont souvent besoin, et en faisant des visites plus de 10 jours après le post-partum.

En plus des difficultés d'organisation et de la prestation de service, il y a un certain nombre d'autres raisons pour lesquelles les soins des femmes enceintes souffrant de toxicomanie ou de problèmes liés à l'alcool sont difficiles pour les professionnels de santé et les travailleurs sociaux.

L'IDÉOLOGIE

Le point de vue dominant de la société sur les femmes présentant un usage problématique de substances psychoactives est négatif. Les femmes dépendantes à l'alcool ou aux drogues ont été représentées comme irresponsables, incapables, déviantes, immorales et inadaptées à la maternité. Les recherches montrent que les femmes qui sont dépendantes à l'alcool ou aux drogues font l'objet de beaucoup plus de désapprobation sociale que les hommes (Klee *et al.* 2002, Ehrmin 2001). En cas de grossesse, ce point de vue se voit renforcé puisque le bien-être de l'enfant à naître prend le dessus. Toutes sortes d'hypothèses sont formulées sur les conséquences néfastes de l'usage de drogues et d'alcool par la mère, ainsi que sur sa capacité à être une « bonne mère » et à s'occuper correctement de son enfant (Macrory et Crosby 1995, Lester *et al.* 2004). Ce parti pris sexiste a conduit à des réactions punitives, des niveaux inacceptables de contrôle et de surveillance et des accès restreints au traitement et aux soins (Lester *et al.* 2004, l'ACOG 2008). Les opinions négatives de la société liées à des attitudes professionnelles discriminatoires ont dissuadé les femmes de chercher de l'aide (Klee *et al.* 2002, l'ACOG 2008). Certaines femmes enceintes peuvent sembler négliger leur condition et celle de leurs bébés, mais en réalité ce sont peut-être les attitudes négatives et l'approche hostile du service qui les ont exclues des soins (Lester *et al.* 2004).

Les pères ayant des problèmes de drogue et d'alcool sont également perçus négativement (Klee 1998, McMahon et Giannini 2003). Souvent, ils sont caractérisés en tant que pères absents ou non-impliqués, qui ne se préoccupent pas du bien-être de la mère. Ils peuvent constituer une menace pour la sécurité et le bien-être de l'enfant. La recherche montre que les pères défavorisés, marginalisés et jeunes ont tendance à ne pas être pris en charge et à être ignorés par les professionnels, qu'ils soient un atout ou un risque potentiel pour la famille (Lewis et Lamb 2007, Daniel et Taylor, 2001). Ces dernières années, l'accent mis sur les pères et la paternité, avec l'approche familiale « holistique* » des interventions parentales, ainsi que la législation sur l'égalité et la diversité, ont attiré l'attention sur ces questions importantes au moment de la mise au monde (Institut de la paternité, *Fatherhood Institute* 2010).

LE MANQUE DE PREUVES DE QUALITÉ APPORTÉES PAR LA RECHERCHE

Le manque de recherche de bonne qualité sur les effets de la consommation d'alcool et de drogues sur le fœtus et le bébé a entraîné une certaine confusion et l'exagération du risque (Lester *et al.* 2004). Peu d'études prennent en compte les multiples facteurs de confusion qui sont connus pour influer sur la grossesse et le développement infantile (Kaltenbach 1994, Schempf 2007). Des études de bonne qualité sur la prise en charge médicale des femmes enceintes et des nourrissons touchés par l'utilisation de substances psychoactives font également défaut (Lester *et al.* 2004, Winklbaur *et al.* 2008, 2010a NICE). Les revues de la recherche ont tendance à ne traiter qu'un aspect du problème global présenté, rendant les interventions basées sur les preuves particulièrement difficiles (Winklbaur *et al.* 2008). Il est difficile de fournir de l'information équilibrée et factuelle aux femmes afin qu'elles puissent faire des choix éclairés pendant la grossesse. Les femmes continuent de recevoir des conseils incohérents et contradictoires.

De même, l'impact de l'usage *paternel* de substances psychoactives sur la grossesse et ses résultats sur les nourrissons sont souvent négligés et sont sous-documentés (Frank *et al.* 2002, McMahon et Rounsaville 2002, McMahon *et al.* 2008). Il est clair que les résultats sur les mères, les bébés et les familles tou-

chés par l'usage problématique de substances psychoactives sont multifactoriels, influencés par une interaction dynamique des facteurs individuels, sociaux, psychosociaux, comportementaux, biologiques, juridiques, économiques et organisationnels. Une « approche écologique » (*Ministry of Health* 2000) pour comprendre et répondre aux femmes enceintes et aux familles touchées par l'utilisation de substances psychoactives devrait donc être adoptée.

LES PEURS DES FEMMES

Il n'est pas surprenant que les femmes enceintes usagères de substances psychoactives signalent fréquemment un certain nombre d'inquiétudes, notamment :

- la crainte d'être automatiquement renvoyée aux services sociaux ;
- la crainte que le bébé soit placé ;
- la crainte et la confusion quant à savoir si son usage de substances psychoactives entraînera des dommages au fœtus ;
- la crainte d'être blâmée si la grossesse se passe mal ;
- la crainte d'être considérée comme une mère indifférente ou « inapte » si elle ne parvient pas à décrocher ou à réduire sa consommation de drogue ;
- le sentiment de culpabilité et « le blâme » des symptômes de sevrage éprouvés par son bébé.

LES MAUVAISES SITUATIONS SOCIALES

Les problèmes liés aux drogues et à l'alcool sont communément associés à la pauvreté, la privation et la précarité sociale (Shaw *et al.* 2007). Il s'agit notamment :

- d'un manque de soutien de la famille et des amis ;
- d'un mauvais soutien d'un partenaire utilisant des substances psychoactives ;
- d'activités criminelles liées aux substances psychoactives et de problèmes juridiques (par exemple : accusations en instance, affaires judiciaires imminentes, service d'intérêt général, probation, histoire pénitentiaire, traitement de la toxicomanie, ordonnances de dépistage...) ;
- de l'histoire actuelle ou passée d'abus ou d'exploitation sexuels ;
- de violence et d'intimidation (par exemple liées aux substances ou à la violence conjugale) ;
- de problèmes financiers (y compris les dettes, les amendes et les problèmes de prestations sociales) ;
- de problèmes de logement (sans-abri, logement précaire ou inadéquat) ;
- du manque d'éducation et de formation ;
- des problèmes d'employabilité (comme l'absence de qualifications ou de compétences, les mauvaises performances au travail, de nombreux congés maladie, une période de chômage de longue durée).

LES PROBLÈMES DE SANTÉ MATERNELLE

La consommation de drogues injectables, la consommation occasionnelle et excessive de drogues, ainsi que des niveaux nocifs d'alcoolisation sont associés à une mauvaise santé maternelle. Elle peut inclure :

- une mauvaise alimentation (y compris la malnutrition et l'anémie) ;
- des problèmes respiratoires ;
- une mauvaise hygiène dentaire ;
- des infections virales transmises par le sang (VIH, hépatite B, hépatite C) ;
- des complications liées à l'injection (telles que abcès, endocardite, septicémie) ;
- des maladies du foie ;
- des blessures accidentelles ;
- des overdoses potentiellement fatales amenant au décès maternel ;
- des problèmes de santé mentale (comme l'anxiété, la dépression, l'automutilation, la psychose) ;
- une mauvaise santé sexuelle.

LES PROBLÈMES LIÉS AU MODE DE VIE

Les problèmes liés à la drogue et à l'alcool sont généralement associés à un mode de vie désorganisé, ou non conventionnel, qui manque de repères concernant le respect des activités et des obligations quotidiennes. Cela peut inciter la mère à ne pas se rendre à ses rendez-vous et à ne recevoir que des soins incomplets en maternité. Par exemple :

- déclaration tardive de grossesse ;
- manque d'assiduité aux soins prénatals* ;
- défaut de choix d'un médecin traitant ;
- manque d'assiduité aux cours d'éducation à la parentalité ;
- arrivée tardive à l'hôpital, pendant le travail, le jour de l'accouchement ;
- retour à domicile prématuré après l'accouchement ;
- défaut de présentation aux consultations programmées pour le nouveau-né.

LES PROBLÈMES OBSTÉTRIQUES ET PÉDIATRIQUES

La consommation de drogues (y compris de tabac et d'alcool) a une incidence sur la morbidité et la mortalité obstétricales et pédiatriques. Les problèmes les plus fréquemment rapportés sont des fréquences plus élevées de faible poids à la naissance, d'accouchements prématurés, de Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), de Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) et de Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) (Johnstone 1998, Hepburn 2004a, BMA 2007a, Moran *et al.* 2009). Des informations sur les effets des substances spécifiques sur le développement du fœtus et du bébé sont développées plus loin dans le présent ouvrage.

Il est bien établi que de nombreux problèmes obstétriques liés à la toxicomanie et à la consommation d'alcool sont également associés à la pauvreté, à la misère sociale, à l'exclusion sociale, à une mauvaise santé maternelle et à une mauvaise nutrition, au tabagisme maternel et paternel, et à de mauvais soins prénatals* (*Ministry of Health,* 2007a, 2010a BELLE). Un certain nombre d'études de cas contrôlées ont révélé des résultats de grossesse comparables chez des femmes (qui sont appariés selon des catégories d'âge, de parité, de statut social, etc.) n'ayant pas de problèmes de toxicomanie (Kaltenbach 1994, Siney 1999).

Certaines conséquences obstétriques (par exemple le faible poids de naissance et l'accouchement prématuré) sont maintenant considérées comme des indicateurs d'inégalités de santé et d'inégalités sociales. Un poids de naissance inférieur de 2,5 kg est associé à une pauvre santé infantile et à un retard du développement physique et intellectuel (*Ministry of Health,* 2004a). Si vous habitez dans une zone défavorisée le risque de mortalité infantile est presque 2,5 fois plus élevé, et le risque de décès maternel dans l'année suivant la naissance est presque 5 fois plus élevé (CEMACH 2007). Les femmes ayant des situations sociales complexes ont tendance à déclarer leur grossesse plus tard que les autres, déclaration tardive qui est associée à de mauvais pronostics obstétriques et néonatals (NICE, 2010a). Les facteurs sociaux et contextuels, y compris la qualité de la prestation des soins de santé et des soins sociaux, influencent de manière significative la santé et le bien-être de la mère et du bébé (CEMACH 2007, 2010a NICE).

En raison de ces complications, l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse est devenu l'une des conditions principales nécessitant des directives et des stratégies spécifiques.

NOUVELLE MATERNITÉ EN CONTEXTE DE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL OU DE DROGUE : AMPLEUR, ENJEUX POUR L'AIDE AUX FEMMES ENCEINTES ET AUX MÈRES ET PRATIQUES D'INTERVENTION [1]

CHANTAL LAVERGNE [1] et PAULINE MORISSETTE [2]

(1) Chercheure, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
(2) Professeure titulaire, École de service social, Université de Montréal

Contact : aruc-drogue@crim.umontreal.ca

D'après :
Intégration des services en toxicomanie
Michel Landry, Serge Brochu, Catherine Patenaude
Collection Toxicomanies
Presses de l'Université Laval

Résumé

La consommation abusive d'alcool ou de drogue par les femmes enceintes et les nouvelles mères constitue une préoccupation sociale importante en raison des méfaits potentiels multiples de cette consommation pour le fœtus, l'enfant ou la mère. Les programmes permettant de répondre à l'expérience spécifique et aux besoins complexes des femmes enceintes et des mères ayant une consommation abusive se sont multipliés au cours de la dernière décennie. Il est maintenant reconnu que les besoins de ces femmes en matière d'intervention spécialisée diffèrent de manière importante de ceux des hommes. Ce chapitre entend fournir un examen critique des programmes destinés aux femmes en âge de procréer, enceintes ou ayant donné naissance à un enfant. Il couvre les interventions de courte durée, les soins holistiques* et le soutien postnatal. Pour bien rendre compte des besoins des femmes que l'on retrouve dans ces programmes, nous nous attarderons également à l'ampleur de leur consommation, aux particularités biopsychosociales qui y sont associées ainsi qu'aux nombreux obstacles qu'elles rencontrent avant ou durant le processus d'aide. Pour conclure ce chapitre, nous tenterons d'identifier les principaux éléments associés aux pratiques fructueuses à privilégier afin de rejoindre et maintenir les femmes dans les programmes. Nous cernerons aussi les enjeux d'ordre scientifique et clinique qui se posent pour parvenir à offrir des services efficaces encore plus accessibles et mieux adaptés aux besoins multiples et diversifiés des femmes enceintes, des mères et de leurs enfants.

(1) Les auteures tiennent à remercier Marie-Ève Dufresne, étudiante à la maîtrise à l'INrS, pour son précieux soutien à la préparation de cette recension.

Introduction

La consommation maternelle et abusive de substances psychoactives (alcool et drogues illégales) entourant la naissance est un fait social qui interroge les chercheurs tout comme les professionnels de la périnatalité (médecin, infirmières, travailleurs sociaux et autres) et des services spécialisés en toxicomanie de divers pays. Pour ces professionnels, la période de vie émotionnelle intense que constituent la grossesse et l'arrivée d'un enfant est un moment privilégié pour se rapprocher des mères consommatrices qu'ils considèrent difficiles d'accès. En effet, aborder la consommation dans ces moments est une entreprise extrêmement délicate. Il est bien connu que les femmes ont peur d'une référence systématique au service social, du fait de l'attitude négative du personnel ou de la possibilité que leur bébé soit placé en post-partum. Par ailleurs, pour certaines mères, la grossesse peut représenter un moment de motivation particulier pour protéger le fœtus et accepter de l'aide afin d'apporter des changements significatifs et permanents à leur consommation (Brady, Visscher, Feder et Burns, 2003). Pour d'autres, le changement peut s'avérer transitoire, principalement si la grossesse est le seul motif pour effectuer un changement dans leur consommation (Tough, Tofflemire, Clarke et Newburn-Cook, 2006). D'autres encore maintiendront leur habitude de vie tout au long de la grossesse et après, par choix ou parce qu'elles automédicamentent leur souffrance émotionnelle par la consommation (Morissette et Venne, 2009). Par ailleurs, la grossesse et les mois suivant la naissance peuvent fournir une occasion de résoudre des problèmes, de logement ou de prestations sociales par exemple, pour assurer un environnement plus stable et sécuritaire au nouveau-né (Day et coll., 2003). Au Québec, la Politique de périnatalité 2008-2018 et le Plan d'action interministériel en toxicomanie : unis dans l'action 2006-2011 font des femmes enceintes et des nouvelles mères consommatrices des groupes prioritaires en raison des effets nocifs potentiels multiples qu'a ou risque d'avoir leur consommation sur le fœtus, l'enfant ou la mère elle-même.

Plusieurs travaux récents montrent que l'intervention a réellement pris forme pour répondre à l'expérience spécifique et aux besoins complexes des femmes enceintes et des nouvelles mères consommatrices abusives de substances psychoactives. Il est maintenant plus connu et admis que les problèmes associés à la consommation abusive chez ces femmes requièrent des approches différentes de celles mises en place pour les hommes (*United Nations office on Drugs and Crime,* 2004). Ces travaux ont été réalisés en Amérique du Nord (avec une contribution canadienne intéressante) et dans certains pays européens.

Dans les pages suivantes, nous nous centrerons sur les femmes enceintes et les mères ayant une consommation à risque de divers niveaux de sévérité et présentant, le plus souvent, d'autres vulnérabilités en concomitance. Plus précisément, dans la première section, nous discuterons de l'ampleur de la consommation d'alcool ou de drogues illégales chez les femmes en âge de procréer, enceintes ou ayant donné naissance à un enfant. La seconde section portera sur des particularités associées à leur consommation et sur certains obstacles à l'utilisation des services spécialisés ou non spécialisés. Enfin, nous présenterons un éventail de programmes efficaces pour ces femmes et leur enfant né ou à naître. Cette section couvrira les interventions de courte durée, les soins holistiques* et le soutien postnatal.

Pour ce chapitre, la priorité a été accordée aux écrits portant sur la consommation d'alcool et de drogue sans pour autant exclure totalement les travaux qui se centrent uniquement sur la consommation d'alcool et la problématique de l'alcoolisation fœtale. Les publications examinées ont été identifiées à l'aide de trois principales méthodes de repérage. Une recherche bibliographique a été effectuée à partir des banques de données PsyInfo et Francis à l'aide des mots clés suivants : « femme/women, abus de substance/ substance abuse, interventions/interventions, grossesse/pregnancy et parentalité/parenting». Nous avons également consulté le site web de certains organismes pertinents : *National Institue on Drug Abuse (NIDA), Substance Abuse and Mental health services Administration (SAMhSA),* Centre québécois de documentation en toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Agence de santé publique du Canada. Enfin, les références des articles publiés ont aussi été examinées. Les écrits en français et en anglais publiés entre 2000 et 2010 ont été retenus.

Ampleur des consommations chez les femmes en âge de procréer, enceintes et ayant donné naissance à un enfant

Les données de prévalence consultées permettant de dégager l'ampleur des consommations (alcool et drogues illégales) chez les femmes en âge de procréer, enceintes ou mères proviennent de différentes sources : enquêtes d'épidémiologie sociale ou de santé, enquêtes distinguant les femmes enceintes de celles qui ne sont pas enceintes, études effectuées dans les centres spécialisés en toxicomanie.

Des enquêtes épidémiologiques ou de santé menées dans différents pays (Canada, États-Unis, France et Royaume-Uni) indiquent que la majorité des femmes en âge de procréer (15-44 ans) prennent de l'alcool et que la prévalence d'usage ou d'abus d'alcool ou de drogue chez les femmes est moindre que chez les hommes des mêmes groupes d'âge (Statistique Canada, 2005). Par exemple, l'enquête sur les toxicomanies au Canada menée en 2004 révèle, sur la base des critères de l'AUDIT, que la proportion de buveurs à risque est de 17 %. La différence entre les sexes est de 8,9 % pour les femmes contre 25,1% pour les hommes. Cette tendance est aussi confirmée dans l'enquête internationale, le *Who World Mental Health Survey,* pour la cocaïne et le cannabis (Degenhardt et coll., 2008).

Selon une enquête canadienne tirée du rapport « L'expérience de la maternité » (Agence de santé publique du Canada, 2009), dans les trois mois précédant leur grossesse ou avant de se rendre compte qu'elles étaient enceintes, 62,4 % des femmes consommaient de l'alcool à des fréquences variables. Certaines ont fait état d'une consommation plus fréquente. Par exemple, 1,3 % des sondées ont déclaré en consommer tous les jours. D'après le rapport sur la santé périnatale (Agence de santé publique du Canada, 2008), 10,5 % des mères canadiennes ayant donné naissance dans les cinq ans précédant l'enquête avaient consommé de l'alcool au moins une fois après s'être rendu compte qu'elles étaient enceintes et 1,1 %, plus d'une fois par semaine. Au Canada, c'est au Québec que la proportion est la plus élevée (17,7 % *vs* 10,5 %). Dans les trois mois précédant la grossesse ou avant d'apprendre qu'elles étaient enceintes, 6,7 % des

femmes ont indiqué avoir pris des drogues illégales. Une fois qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes, la proportion de femmes ayant fait usage de ces drogues a chuté considérablement pour se situer à 1,0 %.

Une enquête menée aux États-Unis estime que 6,4 % des femmes en âge de procréer font usage de drogues illicites et que 2,8 % des femmes enceintes en consomment (Ebrahim et Gfroerer, 2003). Une étude britannique évalue, quant à elle, que de 1,9 % à 8,3 % des femmes en âge de procréer font usage de drogues, notamment de cocaïne, de crack, d'ecstasy, d'hallucinogènes et d'opiacés (Crome et Kumar, 2007). Ces données donnent un portrait intéressant, mais portent aussi à croire que le tableau est tronqué par rapport à la réalité. En effet, elles omettent de mettre en évidence qu'un nombre substantiel de femmes sont polyconsommatrices comme il est observé dans les milieux d'intervention.

Des données américaines tirées du rapport de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2008) révèlent que 5 % des femmes enceintes en âge de procréer ont consommé des drogues illégales dans le mois précédant l'enquête, comparativement à 10 % chez celles qui ne l'étaient pas, et que 11,6 % ont fait usage d'alcool contre 53,2 % chez les autres. En ce qui concerne la consommation excessive d'alcool, les données indiquent que 3,7 % des femmes enceintes ont consommé cinq verres et plus en une seule occasion contre 9,7 % chez les femmes de 15-44 ans non enceintes. En se basant sur des études réalisées auprès de la population en général, Lamy et Thibault (2010) estiment qu'en France, de 3 à 10 % des femmes consomment du cannabis et que de 0,5 à 3 % consomment de la cocaïne durant la grossesse.

Pour ce qui est de la consommation selon le trimestre de grossesse, le *National Survey on Drug Use and Health (Substance Abuse and Mental Health Services Administration,* 2008) rapporte des variations importantes d'un trimestre à l'autre et révèle que, globalement, la consommation diminue au fur et à mesure que l'on se rapproche de la naissance de l'enfant. L'évaluation réalisée montre qu'au premier trimestre, 19 % des femmes ont fait usage d'alcool, que 8 % ont eu une alcoolisation excessive (cinq verres et plus en une même occasion) et que 4,6 % ont consommé de la marijuana. Au second trimestre, les proportions sont de 7,8 %, 1,8 % et 2,9 % et au troisième trimestre, elles ne sont plus que de 6,2 %, 1,0 % et 1,4 %. L'évaluation suggère aussi que même si les femmes diminuent leur consommation durant la grossesse, elles recommencent dans les mois suivant la naissance de leur enfant. En effet, en comparant les taux du troisième trimestre de grossesse à ceux des mois suivant la naissance de l'enfant, quel que soit le produit ou le modèle (*pattern*) de consommation, apparaît une augmentation substantielle. Ainsi, alors que seulement 1,0 % des femmes a une alcoolisation excessive au troisième trimestre, les proportions sont de 10 % trois mois après la naissance de l'enfant et de près de 20 % à 18 mois. Dans l'état actuel des connaissances, aux États-Unis, approximativement 225 000 enfants sont, chaque année, exposés à la consommation durant la période pré et postnatale et la consommation reste, comme ailleurs, sous-évaluée (Keegan, Parve, Finnegan, Gerson et Belden, 2010). Au Canada et au Québec, cette prévalence n'est pas documentée à ce jour. Néanmoins, d'après Lamy et Thibault (2010), il y a une augmentation croissante de l'utilisation des substances durant la grossesse dans de nombreux pays.

L'étude de Derauf et ses collègues (2007) nous renseigne sur certaines caractéristiques des femmes qui continuent à faire usage de drogues illégales occasionnellement ou plus régulièrement après leur dernière menstruation. Ces femmes comptent un nombre plus élevé de grossesses, reçoivent moins de soins prénataux* et ont une plus grande tendance à avoir des membres de la famille et des amis faisant usage de substances. Lorsque l'on décrit les femmes qui continuent à boire durant la grossesse, deux profils distincts se dégagent : 1) les femmes qui ont plus de 30 ans et du succès dans leur carrière et 2) celles qui font usage d'autres substances, qui ont une faible estime d'elles-mêmes, qui sont jeunes, pauvres, en chômage et déprimées (Deshpande et coll., 2005).

Pour l'année 2002, les femmes constituaient 30 % de la clientèle admise dans les centres spécialisés américains (Brady et Ashley, 2005). Chez les Américaines, on estime que le tiers de celles qui reçoivent un traitement deviennent abstinentes à la première tentative, que celles qui rechutent mais deviennent éventuellement abstinentes comptent pour un autre tiers et qu'un dernier tiers est constitué de celles qui ont des rechutes chroniques (DhhS, 1999 cité dans Carlson, 2006). Pour le Royaume-Uni (Simpson et McNulty, 2008), comme pour le Canada et le Québec (Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier et Neveu, 2004), le même ratio 3 : 1 est observé. Il semble donc que les femmes, comparées aux hommes, sous-utilisent les services de traitement pour alcoolisme et toxicomanie. Pourtant, selon les études, les femmes et les hommes qui entrent en traitement ont des résultats généralement comparables (Hecksher et Hesse, 2009), ce qui suggère que l'entrée dans ces types de services est bénéfique aux femmes. Pour compléter ces informations, mentionnons qu'un nombre significatif des femmes qui sont en traitement sont mères ou en âge d'enfanter (Marsh et Cao, 2005). Jusqu'ici, peu de recherches ont été menées pour en établir le pourcentage réel. Toutefois, Day et Georges (2005) avancent qu'il est de 90 % pour ce qui est du Royaume-Uni. Selon nos connaissances, cette donnée pourrait convenir pour le Canada et pour le Québec. Néanmoins, selon les écrits, les femmes auraient davantage tendance à rechercher de l'aide dans le réseau de la santé physique ou de la santé mentale (Greenfield et coll., 2007).

Un bref regard sur des particularités associées aux consommations abusives des femmes enceintes ou ayant donné naissance à un enfant et les obstacles à la recherche d'aide

Dans cette section, pour bien rendre compte des besoins des femmes enceintes ou ayant donné naissance à un enfant que l'on retrouve dans les programmes d'intervention dont nous parlerons plus loin, nous présenterons quelques particularités biopsychosociales associées à leur consommation. Ces besoins doivent être accueillis et compris pour être pris en considération dans l'offre de services et dans le choix des approches d'intervention. Nous poursuivrons en jetant un rapide coup d'œil aux obstacles qui peuvent nuire à la recherche d'aide une fois que ces femmes ont reconnu leur problème et décidé d'agir ou une fois qu'elles ont été identifiées. Ces obs-

tacles doivent aussi être connus et reconnus pour mieux appuyer leur démarche d'aide (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009; Green, 2006; Greenfield et Grella, 2009).

Des particularités associées à la consommation

De nombreux écrits mettent en lumière la progression différentielle de la consommation d'alcool des femmes consommatrices vers la dépendance* et les conséquences spécifiques qu'elle entraîne. Les femmes arrivent plus vite à la dépendance à l'alcool que les hommes en raison de la façon dont elles métabolisent la substance. Cette progression plus rapide signifie que les intervalles entre les épisodes d'intoxication régulières sont plus courtes et que les premières conséquences négatives issues de leur consommation (difficultés familiales, changement dans la personnalité ou l'estime de soi) apparaissent plus rapidement (Green, 2006; Wiechelt, 2008). En outre, elles ont plus de complications et des problèmes de santé plus sévères (foie malade, hypertension, grande vulnérabilité aux infections, usure, problèmes nutritionnels, tentatives de suicide) dans une période plus courte après le début de leur consommation. Ce phénomène qualifié de « télescopique » (Hecksher et Hesse, 2009) s'applique aussi à la consommation de drogue (Simpson et McNulty, 2008). Bon nombre de femmes consommatrices sont aussi aux prises avec le VIH et les hépatites B et C, du fait qu'elles font des échanges de seringues avec leurs partenaires de consommation ou qu'elles ont des relations sexuelles non protégées avec des partenaires infectés au VIH.

Par ailleurs, les écrits soulignent des effets adverses de la consommation d'alcool et des substances illicites (opiacés, cocaïne ou autres) sur le cycle menstruel comme l'aménorrhée et des retards de règles. Ainsi, des femmes se sentent infertiles et n'utilisent pas de moyens contraceptifs avec, pour conséquences majeures, les grossesses surprises et non désirées, le déni de grossesse ou les grossesses découvertes tardivement en raison d'une confusion avec les signes de manque (Morissette et Venne, 2009).

D'autres travaux rapportent des affects négatifs incluant des symptômes d'anxiété, des désordres de dépression aiguë ou chronique et des troubles alimentaires fréquents chez les consommatrices abusives de substances (Greenfield et Grella, 2009). S'ajoute une haute proportion de traumas dans l'enfance responsable de sérieux désordres de stress traumatique. Celles qui ont subi des traumas dans l'enfance deviennent dépendantes plus jeunes aux substances (*United Nations office on Drug and Crime,* 2004). La prévalence élevée de violence conjugale contribue aussi à la spécificité de leurs besoins de services (Carlson, 2006 ; Hecksher et Hesse, 2009).

L'idée que les femmes qui font usage de drogues avant et durant la grossesse reçoivent moins de soins prénataux* que celles qui ne consomment pas est bien documentée par des recherches effectuées en contexte hospitalier. Par exemple, l'étude de Brady et ses collaborateurs (2003) menée dans huit centres hospitaliers de l'État de Washington indique que 16,9 % des consommatrices de substances de leur échantillon ont amorcé les soins prénataux* au troisième trimestre ou n'en ont pas eu du tout. Une particularité que ces auteurs ont souvent identifiée chez les consommatrices de cocaïne. Selon Hankin, McCaul et Heussner (2000), les buveuses modérées et excessives d'alcool (les femmes qui boivent un ou plusieurs verres par jour) utilisent aussi les services médicaux plus tard que les buveuses légères. Ces données indiquent qu'un bon nombre de consommatrices abusives de substances ne répondent pas aux normes médicales de

la grossesse et exposent ainsi, en continuant à consommer des drogues illicites rarement pures, leur fœtus ou leur nouveau-né à des complications. Chez la plupart de ces futures mères, le doute est présent tout au long de la grossesse et s'installe, souvent avec lui, une peur énorme de faire mal au fœtus ou de le faire mourir (Morissette et Venne, 2009). La consommation devient alors pour ces femmes et à travers le regard de l'entourage un geste culpabilisant puisqu'elles croient être un danger pour leur enfant. Pour les enfants, les effets potentiels communs de la consommation de la mère sont des retards de croissance intra-utérine affectant le poids, la taille et le périmètre crânien, l'irritabilité, des problèmes de sommeil ou des difficultés à s'alimenter. D'autres sont spécifiques au produit. Par exemple, pour la consommation des opiacés de substitution, le syndrome de sevrage du nouveau-né est présent dans 50 % à 95 % des cas à des degrés de sévérité variables (Keegan et coll., 2010). Les signes les plus fréquents sont l'hyperactivité, l'hyperexcitabilité, les trémulations et les cris stridents des bébés dans leur sommeil. Dans certains cas d'enfants exposés aux amphétamines on retrouve des anomalies congénitales (Keegan et coll. 2010). Enfin, du côté de l'alcool, le Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF*) (troubles graves et définitifs du développement cognitif, du comportement et de la socialisation) (April, Bourret, Morin et Hamel, 2004 ; Lejeune, 2001) sont bien documentés comme effets à long terme de la consommation des mères. De l'avis de certains auteurs, ces situations augmentent le stress du personnel en obstétrique (gestion du travail plus laborieuse, gestion des symptômes chez les nouveau-nés et communications plus difficiles dues à l'instabilité émotionnelle ou à l'agressivité des mères) (Keegan et coll., 2010) et peuvent entraîner des difficultés dans le lien d'attachement à l'enfant (Kroll et Taylor, 2003). De nombreuses recherches ont aussi documenté les effets de la consommation sur l'expérience maternelle compte tenu des effets différentiels des produits. L'abus de produits peut interférer avec la capacité de certaines de fournir des soins aux nouveau-nés et de demeurer disponibles et vigilantes (Morissette et Venne, 2009).

Comme autres facettes de l'expérience maternelle de ces femmes s'ajoutent la pauvreté, la monoparentalité, les problèmes de logement ou la prostitution (Conners et coll., 2004). La recherche montre aussi que les femmes des services spécialisés en toxicomanie vivent plus souvent que les hommes un isolement social et qu'elles ont plus souvent un partenaire qui consomme des drogues ou de l'alcool abusivement (Filkenstein, 1994). Tout indique que plusieurs de ces particularités ont des liens avec ce qui fait obstacle à la recherche d'aide des femmes enceintes et des nouvelles mères.

Des obstacles à la recherche d'aide

Quand les femmes enceintes et les nouvelles mères sont en contact avec des services relativement à leur consommation, elles rencontrent de nombreux obstacles avant ou durant le processus d'aide. Certains sont uniques aux femmes. D'autres sont partagés avec les hommes (Carlson, 2006 ; Green, 2006). Cette section met l'accent sur les premiers. Les obstacles sont classés en fonction de dimensions personnelles et interpersonnelles, socioculturelles ou structurelles et organisationnelles.

Des obstacles personnels et interpersonnels

La crainte anticipée de ne pouvoir faire usage de substances pour gérer son stress, gérer son poids ou ses affects négatifs, une fois entrée dans les services, est un frein révélé à la recherche d'aide chez les femmes (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Comme nous l'avons souligné précédemment, l'abus de substances est plus une solution qu'un problème en soi pour certaines d'entre elles car les substances sont des médicaments efficaces pour soulager leurs souffrances multiples. Des femmes enceintes ou mères pensent aussi pouvoir gérer seules leurs problèmes de consommation (Hecksher et Hesse, 2009). Plusieurs manquent de ressources financières, ce qui rend certains services moins accessibles (Brady et Ashley, 2005). D'autres encore manquent de confiance dans les services offerts par des intervenants masculins, de par leurs antécédents de victimisation (Wiechelt, 2008) ou sont en désaccord avec les buts du programme (abstinence ou réduction des méfaits) (*United Nations office on Drug and Crime,* 2004).

Selon leur état de santé, les futures mères et les mères peuvent avoir de la difficulté à trouver des services appropriés à leur situation ou retarder l'entrée en traitement pour leur consommation abusive. Comme on l'a vu précédemment, plusieurs sont aux prises avec des comorbidités tandis que d'autres peuvent avoir négligé leur santé avant de devenir enceinte.

Différentes peurs peuvent aussi affecter la motivation des femmes qui continuent à consommer durant leur grossesse à entrer dans les services d'aide. Ces peurs renvoient à des attitudes des professionnels ou à leurs propres perceptions : la crainte d'être suspectées de ne pas dire la vérité concernant la quantité de produit consommé, celle de ne pas correspondre à l'image parfaite de mère ou d'être disqualifiées comme mère malgré une expérience et des compétences acquises avec d'autres enfants ou les enfants des autres (Morissette et Venne, 2009), l'appréhension d'actions punitives des institutions ou des intervenants (Jessup, Humphreys, Brindis et Lee, 2003) ou encore la crainte de ne pas pouvoir changer (*U.S. Departement of Health and Human Services,* 2009). Certaines de ces peurs sont révélatrices du stigmate social de la consommation durant la grossesse et après la naissance d'un enfant dont nous reparlerons plus loin.

Parce que les femmes sont souvent les premières responsables de leur enfant ou parce qu'elles sont cheffes de famille monoparentale, elles sont souvent incapables de trouver des personnes fiables pour s'en occuper adéquatement, ce qui rend également plus difficile et moins attrayant l'entrée dans les services spécialisés par exemple (Carlson, 2006). Typiquement, les femmes consommatrices de substances ont des amis qui sont consommateurs et, souvent, elles ont des membres de leur famille d'origine qui le sont également. Selon la revue de la littérature de Morissette, Chouinard-Thompson, Devault, Rondeau et Roux (2009), des femmes et des mères ont été initiées à la consommation et à l'injection des drogues par leur partenaire qui leur rend les drogues facilement disponibles et socialement acceptables. Des femmes consomment aussi avec leur compagnon pour maintenir leur relation. Consommer ensemble prendrait le sens d'une intimité émotionnelle accrue. Ces exemples montrent qu'elles peuvent manquer d'appui ou avoir peur de perdre leur partenaire lorsqu'elles désirent entrer dans un service pour leur consommation abusive.

Des obstacles socioculturels

Pour les femmes et les femmes enceintes en particulier, l'identification d'une consommation à risque est considérée essentielle pour prévenir les complications. Néanmoins, des représentations sociales négatives et des mythes bien ancrés chez certains professionnels sont un frein à la recherche d'aide de nombreuses femmes enceintes ou mères à différents moments de leur trajectoire de consommation car elles ont peur d'être l'objet de regards plus lourds, jugeants et plus culpabilisants. Ces représentations permettent également de voir que les femmes sont jugées plus sévèrement que les hommes du fait d'être parents et consommatrices. En effet, encore aujourd'hui ces femmes sont vues comme déviantes des normes attendues chez une mère. En outre, elles sont souvent considérées comme irresponsables ou incapables de s'occuper adéquatement d'un enfant. Ces représentations s'accompagnent de sentiments de honte et d'échec qui peuvent les inciter à cacher leur problème de consommation.

Le manque de connaissances de certains professionnels fait aussi en sorte que des consommatrices à risque ne sont pas identifiées ou orientées vers une aide spécialisée et efficace ou qu'elles ne sont pas informées des effets des produits consommés pendant la grossesse. Il arrive aussi que des professionnels hésitent à interroger les femmes enceintes sur leur consommation par manque de temps (Hecksher et Hesse, 2009).

Des croyances préconçues en amènent d'autres à concentrer plus souvent leur attention sur la consommation des femmes enceintes et des mères de certains groupes ethniques ou classes sociales plus défavorisées. D'autres encore sont plus enclins à ignorer, même délibérément, la question dans leur pratique régulière, pensant qu'ils exercent dans des établissements qui ne sont pas concernés par la question (Simmat-Durand, 2007).

Des obstacles structurels (associés aux programmes d'aide) et organisationnels

La recherche rapporte une longue liste d'obstacles structurels et organisationnels pouvant entraver l'entrée en traitement des femmes enceintes et des mères consommatrices comme des listes d'attente interminables, de longs délais d'admission, l'obligation d'adhérer à des services pré-admission (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009), le manque d'accessibilité par les transports en commun (Weckberg, 2007), des horaires qui ne conviennent pas à leur situation de vie (*United Nations Office on Drugs and Crime,* 2004) ou des conditions d'admission telles que ne pas consommer de méthadone*. De fait, la méthadone est considérée comme une drogue au même titre que les autres même s'il s'agit d'un produit de substitution prescrit par des médecins (Jessup et coll., 2003).

Enfin, des écrits font état que ce ne sont pas tous les services qui acceptent les enfants et que, lorsqu'ils le font, leur nombre et leur âge sont à considérer (Jessup et coll., 2003), la plupart des programmes de traitement étant encore basés sur les modèles traditionnels développés pour les hommes (Carlson, 2006).

De la préconception à la périnatalité : interventions auprès des femmes aux prises avec une consommation abusive d'alcool ou de drogue en âge de procréer, enceintes et ayant donné naissance à un enfant

Le développement des connaissances sur les caractéristiques et les besoins des femmes en âge de procréer, enceintes et des nouvelles mères aux prises avec un problème de consommation de même que sur les obstacles nuisant à leur rétablissement, a favorisé l'élaboration de programmes mieux adaptés à leurs réalités. Nous présenterons dans cette seconde partie l'éventail des stratégies d'intervention à l'intention de cette clientèle couvrant les périodes prénatale* et postnatale. Les caractéristiques seront brièvement décrites, suivies des résultats quant à leur efficacité. Mentionnons que les programmes recensés correspondent aux modèles d'intervention identifiés dans les écrits scientifiques et les rapports d'experts comme efficaces ou prometteurs pour répondre aux besoins des femmes et de leurs enfants (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009 ; Dell et Roberts, 2005 ; Santé Canada, 2000, 2006 ; *United Nations Office on Drugs and Crime,* 2004). Ils ne représentent donc pas une liste exhaustive de tous les programmes offerts à cette clientèle au Québec ou ailleurs.

Le tableau « Évaluations des interventions prénatales et postnatales auprès des consommatrices abusives de substances et leurs caractéristiques méthodologiques » (pages 68, 69 et 70) présente les études évaluatives examinées et leurs principales caractéristiques méthodologiques. La plupart ont recours à un devis de type avant-après. Toutefois, peu font appel à un groupe témoin. Une seule étude est basée sur une répartition aléatoire des sujets. Enfin, une relance post-intervention a été effectuée dans la plupart des recherches. Dans la majorité des cas, celle-ci ne va cependant pas au-delà de six mois.

Évaluations des interventions prénatales et postnatales auprès des consommatrices abusives de substances et leurs caractéristiques méthodologiques

Source	Type de prog.*	Echantillon de consommatrices abusives de substances**	Protocole d'évaluation***	Résultats
Brulet et coll. (2007)	3	GP : 114 femmes enceintes	3A – 1B – 3C	Diminution de la consommation d'héroïne. Amélioration des conditions socioéconomiques de la famille. Conditions obstétricales satisfaisantes et aucun abandon du bébé, mais le syndrome de sevrage néonatal demeure important.
Cawthon et Westra (2003)	3	GP : 442 femmes enceintes et post-partum	3A – 1B – 3C	Effet positif de l'intervention sur le poids plus élevé du nourrisson ainsi que sur la santé et son développement. Pas d'effet sur le taux de prématurité.
Cawthon (2004)	3	GP : 445 femmes enceintes ou mères	3A – 1B – 1C	Effet positif sur le stress parental et la planification des naissances. Effet positif sur le taux de petits poids et le nombre de signalements à la protection de la jeunesse. Pas d'effet plus marqué de l'intervention sur la diminution de l'abus de substances, sur la criminalité et l'emploi.
Clark (2001)	4	GP : 1847 femmes enceintes et post-partum	3A – 2B – 1C	Avoir la garde de l'enfant lors du traitement favorise sa complétion. Effet positif de l'intervention sur la consommation post-traitement de la mère, la garde de l'enfant et la santé néonatale du bébé. Compléter le traitement a bonifié ces impacts.
Eisen et coll. (2000)	3	GP : 370 femmes enceintes et post-partum GC : 288 femmes enceintes et post-partum	2A – 1B – 3C	Effet bénéfique sur la consommation de substances. Obtenir des services d'éducation et de prévention pour la prévention ou de gestion de cas semble favoriser la réduction de consommation dans les 30 jours suivant la naissance.
Greenfienld et coll. (2004)	4	GP : 1154 femmes enceintes et post-partum	3A – 2B – 2C	Durée de séjour plus longue favorise le maintien de l'abstinence après le traitement. Compléter le traitement a un effet positif sur la consommation.

Jones et coll. (2004)	1	GP : 59 femmes enceintes GC : 31 femmes enceintes participant à l'entrevue motivation--nelle et au système d'indicatifs comportementaux seulement	1A – 1B – 3C	Plus grande réduction de la consommation et moins de besoins psychosociaux.
Marshall et coll. (2005)	3	GP : 1247 femmes enceintes ou mères	3A – 1B – 3C	Effet positif sur la santé du bébé et la garde de l'enfant par la mère.
Marsh et coll. (2000)	2	GP : 73 mères GC : 75 recevant un traitement régulier	2A – 2B – 2C	Effet positif sur la consommation. Plus grande utilisation des services, qui à son tour favorise la diminution de la consommation.
Motz et coll. (2006)	3	GP : 770 femmes enceintes et mères d'enfants 0-6 ans	3A – 1B – 2C	Effet positif sur les références aux services sociaux et de santé, la complétion des plans d'intervention, les résultantes périnatales, la consommation de substances, la garde de l'enfant, le stress parental, le sentiment de compétence parentale et la relation d'attachement mère-enfant. Le développement de l'enfant est normal. Avoir débuté le programme tôt en grossesse apporte davantage de bienfaits sur différentes résultantes périnatales et post-natales chez la mère et l'enfant.
Metsch et coll. (2001)	4	GP : 40 mères et leurs enfants	3A – 1B – 1C	Avoir eu la garde de l'enfant dès l'entrée au programme est associé à davantage de stress parental, mais est lié à de plus longs séjours, à une meilleure santé physique et à de hauts taux d'abstinence post-traitement.
Porowski et coll. (2004)	4	GP : 1181 femmes enceintes ou mères post-partum et leurs enfants	3A – 1B – 1C	Maintien de l'abstinence après le traitement. Amélioration de la santé physique et psychosociale des femmes et diminution du taux de placement de l'enfant. Plus de bénéfices sur ces plans retrouvés chez les femmes complètement abstinentes.
Nicols et Swords (2005)	3	GP : 13 mères et leurs enfants 0-6 ans	3A – 1B – 3C	Diminution de la consommation de substances illicites, mais hausse de la consommation de médicaments légaux. Effet positif plus important à la fin du traitement sur le soutien social de la mère, les symptômes dépressifs, la consommation d'aliments sains, l'empathie envers l'enfant et sur le développement de l'enfant. Baisse sur le plan du soutien de l'enfant dans son pouvoir et son indépendance.

Suchman et coll. (2008)	6	GP : 14 mères et leurs enfants 12-36 mois	3A – 1B – 3C	Amélioration des compétences parentales et de l'équilibre des représentations mentales favorables au développement émotionnel et social de l'enfant. Amélioration de la capacité réflexive de la mère ainsi que réduction de la consommation et de la détresse psychologique de la mère.
Toner et Hardy (2008)	3	GP : 142 femmes enceintes et leurs bébés	3A – 1B – 3C	Effet positif sur la santé néonatale du bébé et diminution du taux de placement à la naissance de l'enfant.
Volpicelli et coll. (2000)	3	GP : 42 femmes enceintes ou mères et leur enfant de moins de 4 ans GC : femmes enceintes ou mères et leur enfant de moins de 4 ans participant à un traitement régulier	1A – 1B – 2C	Effet positif sur la durée de séjour et la consommation de substances. Pas d'effet supérieur des soins holistiques sur les autres résultantes psychosociales.
Winhusen et coll. (2008)	1	GP : 100 femmes enceintes GC : 100 femmes enceintes participant au traitement régulier	1A – 1B – 1C	Pas d'effet positif de l'EI comparativement au traitement usuel sur le taux d'utilisation du traitement et la consommation.
Yahne et coll. (2002)	2	GP : 27 femmes impliquées dans le commerce du sexe	3A – 1B – 1C	Réduction de la consommation et du nombre de jours consacrés au commerce du sexe. Augmentation du nombre de jours consacrés à un travail légal et hausse de l'engagement dans divers types de traitements.

* 1 = Intervention brève ; 2 = Services de proximité et de liaison ; 3 = Soins holistiques de jours ; 4 = Soins holistiques en centre résidentiel ; 5 = Formation au rôle parental ; 6 = Intervention relationnelle

** GP = Groupe participant au programme ; GC = Groupe de comparaison

*** 1A = Groupe constitué au hasard ; 2A = Groupe de comparaison non constitué au hasard ; 3A = Pas de groupe de comparaison / 1B = Mesures pré et post intervention ; 2B = Mesures post-intervention seulement / 1C = Suivi après 6 mois ou moins ; 2C = Suivi après plus de 6 mois ; 3C = Pas de suivi.

Interventions prénatales*

Les écrits de recherche sur les programmes d'intervention à l'intention des femmes en âge de procréer et enceintes ayant une consommation abusive d'alcool ou de drogue permettent de cerner quatre principales stratégies d'action: 1) les interventions brèves, 2) les services de proximité et de liaison, 3) le soutien holistique* spécialisé offert dans un centre de jour et 4) le soutien holistique* offert en centre résidentiel. Les deux premières stratégies sont des interventions de courte durée et visent globalement à améliorer la motivation, à diminuer l'anxiété et la résistance à participer à une intervention ainsi qu'à éliminer les obstacles éventuels à l'accès rapide à l'aide en toxicomanie et aux autres services dont les femmes ont besoin (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Quant à lui, le soutien holistique* spécialisé est offert sur une base intensive en milieu ouvert ou en centre résidentiel et est centré sur la résolution des problèmes de consommation ainsi que sur la réponse aux autres besoins des femmes enceintes (Dell et Roberts, 2005).

LES INTERVENTIONS DE COURTE DURÉE

Les interventions brèves

Les interventions brèves sont utilisées auprès des femmes en âge de procréer ou enceintes aux prises avec une consommation problématique d'alcool ou de drogue dans le but d'améliorer leur réceptivité à l'aide offerte (Santé Canada, 2006). Le but visé est d'aborder avec ces femmes la question du recours à la drogue ou à l'alcool durant la grossesse à travers une évaluation brève de leur niveau de consommation et des discussions sur les risques potentiels associés à une consommation problématique de substances pour leur santé et pour celle du fœtus. Il s'agit aussi de les conseiller sur les stratégies possibles pour effectuer des changements dans leurs habitudes de consommation et de les aider à faire des choix. Ces rencontres permettent également d'informer les femmes sur les services de soutien prénatal* disponibles et de discuter avec elles de la planification de la grossesse (Poole, 2008). Ces interventions comprennent en général d'une à cinq séances réparties sur une courte période et peuvent être menées par un ou une professionnel(le) de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes) ou des services sociaux. Ces interventions ont souvent lieu dans les cliniques prénatales* ou en milieu communautaire (Santé Canada, 2006). Elles comportent différentes approches dont la plus répandue dans le cas des interventions à l'intention des femmes est l'entrevue motivationnelle (Dell et Roberts, 2005). Cette approche vise à augmenter la motivation des femmes à entreprendre des changements dans leurs habitudes de consommation et dans les aspects de leur vie qui constituent une menace pour leur santé et celle de l'enfant à naître. Elle encourage à surmonter l'ambivalence qui empêche les futures mères de s'engager dans un processus de changement en explorant avec elles les bénéfices et les inconvénients de leur consommation (Santé Canada, 2006). L'entrevue motivationnelle est considérée comme particulièrement adaptée aux besoins des femmes qui éprouvent souvent de la honte et de la culpabilité au sujet de leur consommation et qui craignent par-dessus tout le jugement négatif des intervenants (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Ce type d'approche met en effet l'accent sur l'importance d'éviter le blâme et la confrontation hostile. Elle favorise également la responsabilisation basée sur les forces de la cliente et respecte le libre choix de la personne (Valesquez et coll., 2009).

Résultats d'évaluation des interventions brèves

L'efficacité des interventions brèves est maintenant bien documentée dans les écrits de recherche, tout particulièrement pour ce qui est de la consommation d'alcool. Deux revues systématiques récentes d'essais cliniques basés sur des échantillons aléatoires réalisées dans différents milieux de la santé et dans divers pays concluent à l'efficacité des interventions brèves auprès de populations aux prises avec un problème de consommation d'alcool seulement (Kaner et coll., 2009 ; Moyer, Finney, Swearingen et Vergun, 2002). Quelques études sur les effets des interventions brèves sur la diminution de la consommation d'alcool ou de drogue ont également été effectuées auprès de femmes enceintes et en âge de procréer. Alors que certaines études indiquent que ces interventions sont efficaces pour aider les femmes ayant une consommation modérée ou importante d'alcool à changer leurs habitudes durant la grossesse (Chang et coll., 2005 ; o'Connor et Whaley, 2007) ou avant de devenir enceintes (Floyd et coll., 2007), d'autres ne parviennent pas à statuer sur les bénéfices supérieurs qu'apporte ce type d'intervention dans les cas où le produit de choix des femmes est la drogue (Jones, Svikis, Rosado, Tuten et Kulstad, 2004 ; Winhusen et coll., 2008). Jones et coll. (2004) ont évalué, dans un contexte de soins prénataux* en milieu hospitalier, deux types d'interventions brèves fondées à la fois sur l'entrevue motivationnelle et sur des incitatifs comportementaux sous forme de certificat-cadeau auprès d'un échantillon de cent vingt femmes enceintes consommatrices de drogue. Un des modèles offre une composante additionnelle de soutien dans le but d'aider les femmes à obtenir des services communautaires liés à d'autres besoins de base tels que l'hébergement et des soins en matière de santé mentale. Dans le cadre de l'évaluation, l'ensemble des femmes recrutées ont participé à quatre séances de changement d'une durée d'une heure chacune, réparties sur un mois. Pour chaque résultat négatif à un test de dépistage de drogue, les participantes ont également reçu un certificat-cadeau. Près de la moitié des femmes de l'échantillon (n = 59) ont également reçu un soutien supplémentaire axé sur la recherche de services répondant à leurs besoins au sein de leur communauté. Les résultats indiquent que le modèle d'intervention comprenant la composante de soutien s'est avéré plus efficace pour aider les femmes à réduire leur consommation de drogue que le premier modèle comprenant uniquement l'entretien motivationnel* et les incitatifs comportementaux. Dans une étude récente pilotée par le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) *Clinical Trials Network* (CTN) (Winhusen et coll., 2008), un essai clinique randomisé a été effectué dans le but d'évaluer l'efficacité d'une autre intervention brève faisant appel à l'entretien motivationnel* auprès de femmes enceintes consommatrices abusives de drogue participant à quatre programmes d'intervention déjà existants. Les femmes du groupe expérimental ont participé à trois rencontres d'une durée de une à deux heures chacune. Elles ont par la suite été encouragées à participer à d'autres services offerts dans le cadre du programme régulier tels qu'une intervention de groupe ou des services de gestion de cas. Les femmes du groupe témoin ont quant à elles participé à trois rencontres individuelles avec un clinicien. Les résultats démontrent que l'intervention brève n'est pas plus efficace qu'une intervention régulière pour favoriser la participation des femmes à des services d'aide spécialisés ou pour diminuer leur consommation de drogue (Winhusen et coll., 2008). En somme, il ressort de ces deux études que les interventions brèves ne contribuent pas plus que les autres interventions à aider les femmes enceintes consommatrices abusives de drogue à modifier leur comportement, à moins que ces interventions ne s'accompa-

gnent d'une aide supplémentaire visant à aider les femmes à répondre à d'autres besoins que ceux uniquement liés au problème de consommation. Il est toutefois prématuré de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité de cette stratégie dans le cas des consommatrices de drogue puisque les informations demeurent encore trop fragmentaires.

Les pratiques de proximité et de liaison

Les pratiques de proximité et de liaison constituent une autre stratégie d'action permettant de rejoindre les femmes en âge de procréer et enceintes qui ont une consommation abusive de substances et qui sont confrontées à d'autres problèmes de santé ou difficultés d'ordre social et financier liés à la consommation d'alcool ou de drogue. Les activités de proximité et de liaison visent à les inciter à participer à un traitement ou à les orienter vers les autres services dont elles ont besoin (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Selon Marsh, D'Aunno et Smith (2000), cette forme d'aide constitue un élément important dans le continuum de services. Elle permet de lever les obstacles tant personnels que structurels qui empêchent les femmes d'avoir accès aux services dont elles ont besoin. Ce soutien est accessible dans divers endroits fréquentés par les femmes, notamment dans les centres de santé communautaire, les refuges pour femmes en difficulté, les soupes populaires et dans les urgences en milieu hospitalier (Santé Canada, 2006). Il peut être offert par des travailleurs de rue ainsi que par des intervenants de la santé ou des services sociaux et s'inscrire dans le cadre d'un programme de soins holistiques* spécialisé en toxicomanie (Marsh et coll., 2000), être dispensé par des organismes privés (Melchior, Huba, Brown, et Slaughter, 1999 ; Yahne, Miller, Irvin-Vitela et Tonigan, 2002) ou encore par des établissements du réseau de la santé ou des services sociaux (Santé Canada, 2006). Les efforts d'intervention misent sur le développement d'un lien de confiance au cours de rencontres brèves dont la fréquence varie selon les besoins des populations rejointes. On tente également d'amener les femmes à participer à l'analyse de leur situation et à l'identification des stratégies réalistes de réduction des méfaits de même que des services qui pourraient les aider à apporter des changements significatifs dans leur comportement ou dans leur mode de vie (Santé Canada, 2006). Certains programmes offrent aussi des services de transport et de garde d'enfants sur place ou à domicile (Marsh et coll., 2000). Les stratégies d'intervention privilégiées incluent, outre l'approche motivationnelle décrite précédemment, celles qui misent sur les forces et le développement du pouvoir d'agir (Santé Canada, 2008). Au Québec, le projet *Main dans la main* est une intervention de collaboration entre le service social en milieu hospitalier, la DPJ et les mères consommatrices abusives de drogue et leur conjoint, qui pourrait être décrite comme un service de proximité et de liaison. Cette intervention vise à rejoindre le plus rapidement possible durant la grossesse les futures mères consommatrices d'alcool ou de drogue et leur conjoint dans le but de les aider à maximiser leurs chances de prendre eux-mêmes soin de leur enfant à sa naissance. Les intervenantes sociales du milieu hospitalier identifient et cherchent à établir des liens avec les futures mères et leur conjoint dont l'enfant à naître est susceptible d'être signalé à sa naissance en raison des inquiétudes que suscite leur mode de vie quant à la capacité de répondre adéquatement aux besoins de base du bébé. Avec l'accord des parents, les intervenantes de la DPJ sont invitées aux rencontres avec comme objectifs de les informer des conditions

à mettre en place pour leur permettre de demeurer avec leur bébé à sa naissance, de les mobiliser autour de ce projet, et de faciliter leur insertion dans le réseau de services formels sous forme de références personnalisées et d'accompagnement. Pour amener les parents à participer au projet, il apparaît important que soit abordée avec eux la crainte de voir leur enfant placé en famille d'accueil à la naissance. Cette possibilité doit être reconnue et ouvertement discutée afin de leur permettre d'agir en toute connaissance de cause et de préserver ainsi l'intégrité de la relation d'aide (McCullum et Prilleltensky, 1996). Mettre l'accent sur les forces et les compétences des parents en les considérant comme des experts de leur propre bien-être et de celui de leur enfant constitue aussi une stratégie privilégiée dans le projet pour les impliquer dans le processus et susciter leur mobilisation afin d'entreprendre des changements dans leurs habitudes de consommation et dans certains aspects de leur vie. Jusqu'ici, une étude-pilote a permis de documenter les avantages et les contraintes de la collaboration entre ces deux milieux d'intervention (Lavergne, Morissette, Dionne et Dessurault, 2009). Une étude portant sur l'évaluation des retombées de cette intervention pour les parents et les enfants est en cours dans trois milieux hospitaliers de Montréal, soit le CHUM, le CHU Sainte-Justine et l'hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Résultats d'évaluation des pratiques de proximité et de liaison

Les recherches démontrant l'efficacité des pratiques de proximité et de liaison pour augmenter l'accessibilité aux programmes de traitement en toxicomanie ont surtout été effectuées auprès des consommateurs de drogue par injection à risque de contracter le VIH (*National Institute of Drug Abuse,* 2000). Peu d'études ont documenté les retombées de cette approche auprès des consommatrices en général et encore moins auprès des femmes enceintes et des mères. Il ressort néanmoins des quelques évaluations effectuées jusqu'à présent que les pratiques de proximité et de liaison s'avèrent utiles pour aider les femmes vulnérables à utiliser des services d'aide et apporter des changements significatifs dans leurs habitudes de consommation. L'étude de Marsh et coll. (2000), en particulier, fait ressortir la pertinence de cette intervention pour des femmes ayant des enfants. Réalisée à partir d'un devis quasi expérimental avec groupe contrôle auprès de 148 mères ayant une consommation problématique de drogue ou d'alcool, cette recherche visait à examiner l'impact d'un programme amélioré de traitement de la toxicomanie offrant des services de proximité et de liaison, de transport et de garde d'enfants sur l'utilisation des services sociaux ainsi que sur la consommation de substances. Les résultats indiquent que la participation au programme amélioré est liée à une diminution de la consommation de drogue ou d'alcool. Il ressort en outre que les services de proximité et de liaison ont favorisé l'utilisation des services sociaux par les mères du groupe expérimental, ce qui, en retour a contribué à la diminution de leur consommation. Dans une autre étude, Yahne et coll. (2002) ont évalué un programme de proximité et de liaison fondé sur la technique de l'entrevue motivationnelle auprès de femmes s'adonnant au commerce du sexe. Vingt-sept femmes, dont certaines étaient enceintes, ont été interrogées sur leur consommation de drogue et d'alcool, leurs comportements à risque pour la santé ainsi que sur leurs projets de changement de vie. En plus des séances de motivation centrées sur l'évaluation de la consommation et sur les stratégies éventuelles de réduction des méfaits, les femmes ont reçu de l'information sur les services sociaux communautaires et de santé susceptibles de répondre à leurs besoins. Elles se sont également vu offrir un service de trans-

port afin qu'elles puissent y accéder plus facilement. Les résultats mesurés quatre mois après le premier contact indiquent que le nombre moyen de jours sans consommation de substance a augmenté de 15 % à 51 % alors que celui consacré au commerce du sexe a, quant à lui, diminué au cours de la même période. Les priorités des femmes ont aussi été examinées dans le cadre de cette étude. Celles-ci ont mentionné que l'accès à un logement stable ainsi qu'à des soins de santé et de services sociaux leur permettrait d'améliorer leur qualité de vie. De tels résultats soulignent donc l'importance de répondre aux besoins de base tels que ceux liés à l'hébergement si l'on veut faire en sorte que les femmes soient plus disposées à accepter l'idée d'un traitement et qu'elles soient en mesure d'y participer.

LES INTERVENTIONS INTENSIVES

Soutien holistique spécialisé offert dans un centre de jour

Le soutien holistique* spécialisé offert dans un centre de jour se distingue des interventions de courte durée par son intensité en ce sens que l'ensemble des besoins sont visés. L'aide visant un changement dans les habitudes de consommation n'est qu'un des aspects couverts par les services offerts (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Reconnaissant que les femmes enceintes consommatrices sont peu portées à chercher un traitement en toxicomanie, les programmes holistiques* s'efforcent de susciter leur participation par le biais d'autres types de services (Dell et Roberts, 2005). Les programmes holistiques offrent, en plus d'une intervention en toxicomanie, plusieurs autres services qui répondent aux divers besoins des femmes tels que l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie, la planification des naissances, un soutien au plan nutritionnel et de l'allaitement maternel, l'éducation parentale, une aide thérapeutique pour des problèmes relationnels ou liés à la violence subie, et un soutien pratique en matière de logement, de garde d'enfants et de transport (Dell et Roberts, 2005 ; Pepler, Moore, Motz et Leslie, 2002 ; Toner, Hardy et Mistral, 2008 ; *United Nations,* 2004). Offerts de jour à l'externe, ces types de programmes ont une organisation de services qui peut différer en fonction de la situation géographique où ils s'inscrivent. Par exemple, en milieu urbain, le soutien holistique* est souvent offert dans un lieu unique par une équipe multidisciplinaire de professionnels alors qu'en milieu rural, il est plutôt intégré au réseau des services sociocommunautaires (Poole, 2008). Les programmes holistiques varient également en termes de modalité d'intervention mais les modalités les plus fréquentes sont l'intervention de groupe et individuelle, la gestion de cas, et l'entraide par les pairs (Handmaker et Wilbourne, 2001). Les programmes holistiques, tout particulièrement ceux pour lesquels la taille de la population ne justifie pas un service dans un lieu unique, misent également sur la collaboration entre différents fournisseurs de services et secteurs d'intervention tels que la santé, les services sociaux à l'enfance, l'emploi, l'habitation et la justice (Pepler et coll., 2002 ; *United Nations,* 2004). D'une durée variable, les programmes couvrent en général la période pré et postnatale. Certains programmes offrent des services aux femmes à risque élevé durant leur grossesse, qui peuvent se prolonger jusqu'à ce que leur enfant atteigne l'âge de 6 ans (Poole, 2000). Un élément important du soutien holistique* est l'approche adoptée dans le travail auprès des femmes. Celle-ci se veut aidante, souple, respectueuse, non critique ou punitive, sensible aux réalités culturelles et axée sur les besoins des femmes ainsi que sur leurs forces (Dell et Roberts, 2005). La réduction des méfaits,

qui permet aux futures mères de se fixer des objectifs de consommation réduite plutôt que l'abstinence immédiate, est également privilégiée dans le cadre de ces programmes (Dell et Roberts, 2005 ; Pepler et coll., 2002 ; *United Nations,* 2004). L'approche motivationnelle, décrite précédemment, est aussi une approche d'intervention répandue.

Résultats d'évaluation des programmes de soutien holistique

La documentation scientifique indique que les programmes holistiques destinés aux consommatrices en général sont efficaces pour ce qui est de l'entrée et du maintien en traitement et de la diminution de la consommation d'alcool ou de drogue (Grella, Joshi et Hser, 2000 ; Marsh, Cao et D'Aunno, 2004). Les études portant sur l'évaluation de ces programmes pour les femmes enceintes et les mères suggèrent également qu'une approche de soins complets, intégrés et axés sur les besoins spécifiques de cette population ont des effets positifs sur le problème de consommation d'alcool ou de drogue (Brulet et coll., 2007 ; Eisen, Keyser-Smith, Dampeer et Sambrano, 2000) mais aussi sur plusieurs autres aspects sous-jacents de la consommation problématique de substances qui peuvent avoir une incidence importante à long terme sur la qualité de vie des femmes et de leurs enfants (Marshall, Charles, Hare, Ponzetti et Stokl, 2005 ; Motz, Leslie, Pepler, Moore et Freeman, 2006). Le programme canadien *Breaking the Cycle* situé dans la ville de Toronto, qui fait appel à l'approche holistique* pour favoriser l'aide aux femmes enceintes aux prises avec une consommation problématique de substances et pour diminuer les méfaits de la consommation sur les enfants, a été l'objet d'une évaluation continue sur une période de dix ans (Motz et coll., 2006). Réalisée à partir d'un devis pré-post auprès de 770 femmes et de leurs enfants, cette étude a permis de constater que le programme est efficace pour faire participer les futures mères à un stade précoce de leur grossesse. L'engagement des femmes en début de grossesse permet, en retour, d'améliorer les résultats prénataux tels qu'un poids plus élevé du bébé à sa naissance, la diminution de diagnostics postnataux et la réduction de la durée de séjour du bébé à l'hôpital. Il ressort également que comparativement aux femmes qui ont commencé tardivement le programme, celles qui se sont engagées plus tôt durant leur grossesse ont diminué de manière plus importante leur consommation de substances. Le programme a aussi des effets positifs sur l'utilisation des références aux services. enfin, le programme a aussi des retombées positives sur le maintien de l'enfant dans sa famille d'origine.

Sheway est un autre programme canadien de soutien holistique* qui vise à aider les femmes enceintes et les mères ayant une dépendance* à l'alcool ou aux drogues à améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leurs enfants (Marshall et coll., 2005). Situé dans un des quartiers les plus pauvres du Canada, le centre-est de Vancouver en Colombie-Britannique, ce centre d'accueil et de dépannage offre une gamme complète de services ainsi qu'un soutien pratique aux plans matériel, nutritionnel et du transport. Marshall et coll. (2005) ont analysé 1 247 dossiers de femmes ayant participé au programme au cours des neuf années et demie d'existence du centre afin d'examiner l'évolution des problèmes de santé et les difficultés d'ordre social, le profil d'utilisation des services de même que les effets du programme sur l'état de santé du bébé et le placement de l'enfant à sa naissance. Les résultats de l'analyse montrent que, contrairement à ce que l'on aurait pu croire, les problèmes sociaux et de santé (abus d'alcool ou de drogue, problème de santé mentale, violence familiale, insuffisance de revenu,

logement inadéquat, etc.) tels que déclarés par les femmes lors de leur entrée au programme se sont intensifiés avec le temps. La fréquentation du centre par les femmes a augmenté au cours de la même période, reflétant probablement un besoin d'aide et de soutien plus important. Les auteurs ont par ailleurs constaté que l'état de santé des enfants ne s'était pas détérioré contrairement à ce que l'on peut observer pour les mères. Il ressort en effet de l'étude que les indicateurs de santé du nourrisson mesurant la prématurité et le petit poids du bébé à la naissance se sont améliorés ou sont demeurés stables. L'étude indique enfin que le nombre d'enfants qui ont fait l'objet d'un placement à la naissance est demeuré stable, et ce, malgré l'alourdissement du profil psychosocial des mères. D'autres études portant sur l'approche de soins holistiques auprès des femmes enceintes effectuées en France, aux États-Unis et en Grande–Bretagne rapportent également des résultats positifs sur le poids à la naissance, la santé du bébé et la garde des enfants par leur mère (Brulet et coll., 2007 ; Cawthon, 2004 ; Cawthon et Westra, 2003 ; Toner et coll., 2008). Enfin, une étude portant sur l'évaluation de neuf programmes holistiques offrant des services de prévention, d'éducation et de traitement montre que ceux-ci auraient peu d'effets à long terme (Eisen et coll., 2000). Réalisée auprès de 658 femmes enceintes et postpartum, l'étude révèle des effets positifs à court terme sur la diminution de la consommation de quatre produits (alcool, marijuana, crack et autres drogues illicites) mais pas à long terme puisqu'aucun de ces effets ne s'est maintenu six mois après la fin de l'intervention. De tels résultats militent donc en faveur d'une approche de soins continus afin d'assurer aux femmes le soutien post-traitement nécessaire pour pouvoir poursuivre et maintenir les changements dans leurs habitudes de consommation et dans leur mode vie.

Soutien holistique et spécialisé offert en centre résidentiel

Le soutien holistique* offert en centre résidentiel constitue une autre option en matière d'aide qui peut s'avérer particulièrement indiquée pour les femmes enceintes ou postpartum ayant un problème sévère de consommation de drogue ou d'alcool et qui requièrent un environnement stable offrant une intervention intensive et un soutien structuré et adapté (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Ces programmes offrent de multiples services dispensés à l'interne et à l'externe dans le but de mieux répondre aux besoins spécifiques de cette population en matière d'aide en toxicomanie, de logement, de soutien financier, d'emploi, de santé, de parentalité, de soins aux enfants, et de droits légaux. La collaboration intersectorielle est également une composante importante. La plupart des programmes couvrent la période pré et post natale et sont conçus pour accueillir les mères avec leurs enfants. La durée du traitement est relativement longue, oscillant entre 6 et 12 mois (*United Nations,* 2004). De plus, certains programmes offrent un suivi post-hébergement d'environ un an pouvant comprendre une composante de logement supervisé dans le but de favoriser l'insertion sociale des femmes et de leur enfant au sein de la communauté (*United Nations,* 2004). Il s'agit ici de remplacer l'approche traditionnelle axée sur la confrontation, commune aux centres résidentiels pour hommes, par une approche de soutien, d'éducation et d'orientation (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Les interventions privilégiées sont principalement psychodynamiques et cognitivo-comportementales (*United Nations,* 2004). Quelques programmes font appel à l'approche de la communauté thérapeutique basée sur l'utilisation de la dynamique du groupe de pairs pour susciter un change-

ment auprès des membres et favoriser leur rétablissement (Lecompte et Tourigny, 1983). L'abstinence de la consommation de substance (y compris la méthadone*) constitue généralement la principale cible des interventions effectuées dans le cadre de ces programmes (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009 ; Clark, 2001 ; *United Nations,* 2004). Au cours des deux dernières décennies, plusieurs programmes résidentiels axés sur les femmes et leurs enfants ont été mis sur pied aux États-Unis (*US Pregnant and Postpartum Women and Infants,* PPWI) avec l'aide financière du *Center for Substance Abuse Treatment* (CSAT) dans le but de pallier le manque de ressources adaptées à l'intention de cette clientèle (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Au Québec, le programme *mère-enfant* mis sur pied au début des années 2000 par l'organisme Portage est également venu combler un besoin important à cet égard. Basé sur l'approche de la communauté thérapeutique, ce programme résidentiel offre des services intégrés aux femmes enceintes, aux mères et aux jeunes enfants (0-8 ans) en concertation avec les services existants. Le programme vise à améliorer la santé et le bien-être des femmes et à soutenir le développement des enfants. Les objectifs sont aussi de favoriser la réinsertion des mères au sein de la communauté et de soutenir les familles dans l'utilisation des services formels (Le centre Portage, 2005). Un suivi post-hébergement est également prévu, dont la durée varie selon les besoins. Une étude visant à mesurer l'efficacité du programme est en cours.

Résultats d'évaluation du soutien holistique offert en centre résidentiel

De manière générale, il ressort des études que la durée d'intervention est l'un des éléments importants associés au succès des programmes résidentiels axés sur les besoins des femmes et de leurs enfants (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Dans une analyse de données secondaires sur l'évaluation de 50 programmes mères-enfants (US PPWI) financés par le CSAT aux États-Unis, Greenfield et ses collègues (2004) concluent, après avoir contrôlé les effets d'autres variables possiblement influentes, que le temps passé au sein du programme est le principal facteur de réussite. Ainsi, les auteurs ont observé que le taux d'abstinence de consommation de substances était plus élevé chez les femmes ayant maintenu leur participation durant six mois ou plus que celui observé pour celles dont la durée de séjour s'est avérée plus courte. Outre la consommation de substances, les programmes résidentiels ont aussi des effets positifs sur la santé des nourrissons et le bien-être des mères. Clark (2001) qui a procédé à une analyse des données sur l'efficacité de 24 programmes résidentiels américains pour femmes et enfants constate une baisse importante des taux de mortalité infantile, de prématurité et de petits poids à la naissance. L'auteur observe à cet égard que le temps passé par la future mère au sein du programme avant l'accouchement est associé à des résultats positifs à la naissance. Ainsi, les femmes enceintes qui participent au service durant quatre mois et plus sont plus susceptibles que les autres de donner naissance à un enfant en bonne santé. Il ressort également que parmi les femmes qui ont participé jusqu'à la fin au programme, 75 % ont toujours la garde de leur enfant six mois après la fin de l'intervention. Enfin, une baisse importante de la criminalité six mois après la fin de l'intervention est notée ainsi qu'une amélioration du bien-être économique des femmes (Clark, 2001). Malgré des résultats globaux positifs, certains auteurs demeurent critiques à l'égard de ces programmes, soulignant qu'une telle formule ne favorise pas la participation du (futur) père et des autres mem-

bres de la famille au processus de changement des mères (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2001 ; Simpson et McNulty, 2008). L'obligation de ne pas consommer, y compris des substances de substitution comme la méthadone*, pendant les quelques semaines précédant l'entrée au programme ainsi que durant le traitement est un autre aspect critiqué par certains auteurs en raison des limites qu'un tel critère impose pour l'obtention de services (Rutman, Field, Jackson, Lundquist et Callahan, 2005).

Le soutien postnatal

Le soutien postnatal vise à répondre aux différents besoins des mères aux prises avec un problème de consommation mais cible également ceux liés à la parentalité. Les interventions centrées sur la parentalité destinées aux mères et à leurs enfants reposent sur deux types d'approche : 1) cognitivo-comportementale et 2) relationnelle. Ces interventions peuvent être effectuées dans le cadre du soutien holistique* offert en centre de jour ou en centre résidentiel ou encore s'inscrire dans le cadre de programmes de collaboration intersectorielle entre la protection de l'enfance et les centres de traitement en toxicomanie (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009).

Les interventions auprès des mères et de leurs enfants

Afin de permettre aux mères consommatrices d'assumer elles-mêmes la garde et les soins de leur(s) enfant(s), des services d'intervention axés sur l'amélioration de la qualité du parentage ainsi que sur le développement des enfants sont également offerts (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009). Les interventions axées sur la parentalité à l'intention de cette clientèle font surtout appel aux approches cognitivo-comportementales et éducatives et visent l'amélioration des pratiques parentales afin de réduire les méfaits de l'abus parental de substances sur l'adaptation des enfants âgés de 0 à 5 ans (Suchman, Pajulo, DeCoste et Mayes, 2006). Parmi les pratiques parentales ciblées, on retrouve les attentes irréalistes, la discipline incohérente et le recours à la punition corporelle (Kumpfer, Alvaro et Whiteside, 2003). Ces interventions permettent aux mères d'accroître leur connaissance et leur compréhension du développement des enfants, d'améliorer leurs aptitudes à gérer le stress et la colère et de faire l'apprentissage de pratiques parentales positives (Kumpfer et coll., 2003). Les mères acquièrent leurs compétences en groupe ou lors de visites à domicile (Bowie, 2005). Certains programmes ont également mis sur pied des groupes de pairs qui permettent aussi de faire de tels apprentissages à partir d'échanges avec les autres mères (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2001). Des interventions basées sur la théorie de l'attachement et la transmission intergénérationnelle du rôle parental ont commencé à émerger au cours des dernières années (Pajulo, Suchman, Kalland et Mayes, 2006 ; Suchman et coll., 2006). Selon certaines études, les problèmes de développement et de relations d'attachement déficientes seraient fréquents chez les bébés de mères consommatrices (Lester, Bouikydis et Twomy, 2000). Le but de ces interventions est donc de soutenir et de renforcer la relation d'attachement entre la mère et le bébé. L'accent est alors mis en priorité sur l'amélioration de la sensibilité maternelle aux signaux du bébé ainsi que sur la réaction appropriée à ces signaux (Leslie, 2007). Dans le cadre de ces interventions, il s'agit aussi d'amener les mères à comprendre les effets de certaines expériences négatives passées (antécédents de toxicomanie parentale et de mauvais traitements durant l'enfance, discontinuités relationnelles, etc.) sur leurs interactions

et leurs relations avec leur enfant. Comprendre ces expériences vise à permettre aux mères de développer des images relationnelles différentes de celles qui ont été créées pour elles, et de mettre ainsi un frein à la transmission de génération en génération des troubles relationnels tels que ceux associés à l'abus de substances (Leslie, 2007). Au Canada, le programme *Breaking the cycle* qui offre une aide aux mères pour traiter leurs problèmes de consommation, vise également à les soutenir dans l'acquisition des compétences parentales nécessaires pour jouer leur rôle tout en répondant aux besoins de développement des enfants. Au Québec, le programme *Jessie* – qui est le fruit d'une collaboration entre le centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et le Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances – offre un soutien aux parents et à leurs enfants âgés de 0 à 5 ans suivis en protection de la jeunesse afin de réduire les méfaits de la dépendance* aux substances psychoactives sur les capacités parentales et le développement des tout-petits. Cette intervention qui se veut concertée, rapide, intégrée et intensive, fait appel à l'intervention motivationnelle, à l'approche de la réduction des méfaits ainsi qu'à la théorie de l'attachement dans l'évaluation et le traitement des problèmes de négligence et de dépendance* des parents (Comité de coordination du programme Jessie, 2008). Un autre projet de collaboration entre la protection de la jeunesse et une ressource de traitement en toxicomanie a récemment été implanté sur le territoire de la ville de Québec dans le but de répondre aux besoins des jeunes parents judiciarisés et de leurs enfants (Boucher et Martin, 2010).

Résultats d'évaluation des interventions postnatales auprès des mères et de leurs enfants

Les recherches évaluatives auprès des mères consommatrices et de leurs enfants qui fréquentent des centres de soins holistiques* de jour suggèrent que les programmes qui offrent des interventions sur la parentalité (toutes approches confondues) ont des effets positifs sur l'entrée des mères en traitement et la réduction de leur consommation de drogue (Eisen et coll., 2000 ; Suchman et coll., 2006 ; Volpicelli, Markman, Monterosso, Filing et o'Brien, 2000). Les études qui ont mesuré les effets des programmes des centres résidentiels spécialisés font également état de retombées positives sur l'engagement des mères au sein du programme, sur leur persévérance ainsi que sur leur rétablissement (Greenfield et coll., 2004 ; Metsch et coll., 2001). Outre la rétention en traitement et la consommation maternelle, on compte encore peu d'études qui ont mesuré les résultats de ces programmes sur la relation mère-enfant ainsi que sur le développement des tout-petits (Pajulo et coll., 2006 ; Suchman, et coll., 2006). Les quelques recherches portant sur ces aspects aboutissent à des résultats mitigés. Dans le cadre d'une recension de six études évaluatives effectuées entre 1984 et 2004, Suchman et coll. (2006) concluent que les interventions cognitivo-comportementales et éducatives ont des effets positifs sur le bien-être des mères (diminution des symptômes de dépression, du stress parental et du potentiel d'abus envers l'enfant) mais paraissent peu efficaces pour améliorer la relation mère-enfant ou promouvoir le développement des enfants. Une étude exploratoire récente portant sur une intervention fondée sur la théorie de l'attachement fait état de résultats prometteurs à cet égard (Suchman, Legow, Decoste, Castiglioni et Mayers, 2008). Réalisée auprès d'un petit groupe de mères aux prises avec une consommation abusive de substances (n = 14), l'étude montre, après 12 semaines d'intervention, une amélioration de la sensibilité maternelle aux

signaux de détresse du bébé ainsi qu'une augmentation des comportements parentaux favorables au développement social et émotionnel de l'enfant. Dans le cadre de l'évaluation continue du programme *Breaking the cycle,* Motz et coll. (2006) rapportent aussi des résultats positifs concernant les interventions auprès de la mère et de l'enfant, soit : 1) une diminution progressive du stress parental dans le cas des femmes ayant débuté le programme durant la grossesse, 2) un développement normal chez les enfants, 3) un sentiment de compétence parentale accru et 4) un attachement plus sécure. Enfin, l'étude de Niccols et Sword (2005) portant sur un programme de soins holistiques* axés sur les besoins des mères et des enfants fait ressortir la pertinence d'offrir des services sur une longue période. Réalisée auprès de treize mères et de leur enfant, l'étude démontre une plus grande amélioration de l'empathie maternelle et du développement social de l'enfant au troisième temps de mesure après 6 mois d'intervention. D'autres études faisant appel à des méthodologies rigoureuses sont cependant encore nécessaires pour améliorer nos connaissances sur l'efficacité des approches mises en place pour aider les mères consommatrices et leurs enfants. En général, les écrits cliniques et de recherche s'accordent néanmoins sur l'importance d'offrir aux familles une combinaison des approches relationnelle et cognitivo-comportementale dans le but de maximiser les bénéfices des interventions sur la parentalité et le développement des enfants (*Center for Substance Abuse Treatment,* 2009).

Conclusion

Les femmes enceintes et les nouvelles mères aux prises avec une consommation abusive de substances psychoactives ont des besoins distincts de ceux des hommes. Ces besoins sont reliés à divers enjeux auxquels ces femmes sont susceptibles d'être confrontées, notamment la stigmatisation, la dévalorisation, une plus forte présence de sévices physiques et sexuels subis parfois dès l'enfance, une pauvreté plus importante et des besoins accrus en matière de soins de santé physique et mentale et d'aide et de soutien à la parentalité et au développement des enfants (*United Nations,* 2004 ; Rutman et coll., 2005). Il ressort des écrits examinés dans le cadre de ce chapitre que malgré des niveaux de consommation importants, les femmes enceintes sont peu présentes dans les services en toxicomanie. De nombreux obstacles nuisent à la recherche d'aide des femmes ainsi qu'à leur démarche de changement. Pour les femmes enceintes et les nouvelles mères, la crainte d'être jugées négativement et traitées de manière hostile par les professionnels de l'intervention ainsi que la peur de se voir retirer la garde de l'enfant à sa naissance peuvent les amener à se priver de soins prénatals* bénéfiques pour elles et le bébé à naître. L'importance d'éliminer les obstacles à l'accès aux services et de mieux répondre aux besoins particuliers et complexes de ces femmes est maintenant mieux reconnue. En effet, différentes stratégies d'intervention spécifiquement conçues pour les femmes enceintes et les nouvelles mères ayant un problème de consommation de drogue ou d'alcool ont été mises sur pied au cours des dernières années. Ces stratégies intègrent, en partie ou en totalité, plusieurs éléments identifiés dans différents rapports d'experts et travaux scientifiques comme étant associés aux pratiques fructueuses pour rejoindre ces femmes et les maintenir dans le système d'aide. Parmi ces éléments clés retenons en particulier l'importance de répondre aux besoins de base des femmes, d'intervenir précocement

auprès des femmes enceintes, d'offrir une approche de soins continus, de proposer des interventions de longue durée et de miser sur une combinaison des approches relationnelle et cognitivo-comportementale. Les recherches réalisées jusqu'à maintenant indiquent que ces stratégies sont prometteuses.

Malgré des progrès importants, plusieurs enjeux d'ordre scientifique et clinique demeurent. La revue des études évaluatives indique que la recherche sur l'efficacité des interventions axées sur les femmes n'en est qu'à ses débuts. Les études examinées se caractérisent par des faiblesses méthodologiques importantes qui limitent la portée des résultats qu'elles produisent. Peu d'études ont recours à un devis de recherche faisant appel à une répartition aléatoire des participantes ou encore à des groupes de comparaison appropriés. La crainte de priver les femmes et leurs enfants de services considérés mieux adaptés à leurs besoins explique probablement la tendance à évaluer les programmes à partir du seul groupe de femmes qui y participent. Associer les améliorations observées à la participation au programme devient cependant plus difficile dans un tel contexte.

L'examen des écrits réalisé dans le cadre de ce chapitre a aussi montré que la plupart de la documentation sur l'évaluation des programmes est surtout américaine. À l'exception des programmes *Sheeway* et *Breaking the cycle,* on trouve très peu d'écrits publiés sur les autres stratégies d'intervention axées sur les femmes mises sur pied au Canada et au Québec. Il apparaît donc important de faire connaître ces initiatives lorsqu'elles existent et d'en évaluer les effets. Il est tout aussi vital de poursuivre l'implantation de programmes répondant aux besoins des femmes et de leurs enfants. Au Québec, les *services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* dispensés par les communautés locales sur les territoires de CSSS peuvent contribuer à offrir du soutien aux femmes enceintes et aux nouvelles mères aux prises avec une consommation abusive de substances (April, et coll., 2004). De même, un hôpital de la région montréalaise offre aussi des soins spécifiques aux consommatrices de méthadone* et à leurs nouveau-nés (Lavandier, Venne et Perreault, 2009). Il appert toutefois que des services spécialisés, complets, continus et adaptés aux réalités et aux besoins particuliers des femmes consommatrices et de leurs enfants sont aussi nécessaires (Sun, 2006). Malgré un accroissement important des ressources spécifiques destinées aux femmes et aux enfants, tout particulièrement en Amérique du Nord, celles-ci ne suffisent pas à répondre à la demande de la vaste majorité de cette population aux prises avec cette problématique (Finnegan, 2010).

D'autres défis relèvent du développement des connaissances. Il faudra notamment réaliser de nouvelles recherches pour mieux cerner les caractéristiques plus spécifiques des programmes qui améliorent l'efficacité des interventions auprès des femmes. De fait, même si, de manière générale, elles concluent à l'efficacité des soins holistiques* sur la consommation des femmes, les études ne permettent cependant pas jusqu'ici de bien comprendre quels sont les services ou encore les processus qui contribuent à ces résultats. De même, les effets à long terme des interventions spécifiques aux femmes consommatrices et à leurs enfants sont encore peu connus. Les études qui documentent les effets post-interventions ne vont généralement pas au-delà d'une période de six mois, ce qui paraît peu compte tenu des défis importants que les mères doivent relever et des différents changements qu'elles doivent effectuer dans leur mode de vie

après une intervention pour leur problème de consommation. Il s'avère également important de poursuivre la recherche sur les retombées des interventions sur le développement des tout-petits. Enfin, les recherches futures devraient aussi examiner la place que devraient occuper les conjoints et les pères dans les stratégies d'aide visant l'amélioration du bien-être des femmes et des enfants. Diverses études ont montré à cet égard l'existence d'un lien entre la consommation du conjoint et celle de la femme enceinte (Klee, Jackson et Lewis, 2002 ; Morissette, De Konink, Guyon et Lessard, 2003). Le rôle des hommes à titre de conjoint et de père dans la vie des femmes consommatrices et son impact pour le rétablissement des mères et le développement des enfants exposés demeure cependant encore méconnu (Gearing et coll., 2008 ; Morissette et coll., 2009 ; Twomey, 2007).

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada (2008), *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008,* Ottawa, Ontario, Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada (2009), *Ce que disent les mères : L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité,* Ottawa, Ontario, Agence de la santé publique du Canada.
- April N., Bourret A., Morin R. et Hamel D. (2004), *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec.* Repéré à http://www.santecom.qc.ca/uhtbin/hyperion. exe/2550428986
- Boucher N. et Martin K. (2010), « Le programme Jeunes-Parents : les défis de l'intervention auprès d'une clientèle judiciarisée », dans *Rond-Point : Congrès sur les dépendances* (dir.) (p. 27), Montréal, Québec, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.
- Bowie, B.H. (2005), «Interventions to improve interactions between drug abusing mothers and their drug-exposed infants: a review of the research literature», *Journal of addictions nursing,* 15, 153-161.
- Brady T.M. et Ashley O.S. (2005), *Women In Substance Abuse Treatment : Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS),* (hhS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26), Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, office of Applied Studies.
- Brady T.M., Visscher W., Feder M. et Burns A.M. (2003), «Maternal drug use and the timing of prenatal care», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved,* 14(4), 588-607.
- Brulet C., Chanal C., Ravel P., Mazurier E., Boulot P. et Faucherre V. (2007), « Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes », *La Presse Médicale,* 36(11), 10.
- Carlson B.E. (2006), «Best practices in the treatment on substance-abusing women in the child welfare system », *Journal of Social Work Practice in the Addictions,* 6(3), 97-115.
- Cawthon L. (2004), *First Steps database: Safe babies, safe moms,* Olympia, WA.
- Cawthon L. et Westra K. (2003), *Safe babies, safe moms: Program evaluation,* Olympia, WA.
- Center for Substance Abuse Treatment (2001), *Telling their stories: Reflections of the 11 original grantees that piloted residential treatment for women and children for CSAT,* Rockville, MD, Center for Substance Abuse Treatment.
- Center for Substance Abuse Treatment (2009), *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol (TIP),* Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health.
- Chang G., McNamara T.K., Orav E. J., Koby D., Lavigne A., Ludman B. et Wilkins-Haug L. (2005), «Brief Intervention for Prenatal Alcohol Use: A randomized Trial», *Obstetrics & Gynecology,* 105 (5, Part 1), 991-998.

- Clark H.W. (2001), «Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications», *Child Welfare,* 80(2), 179-198.
- Comité de coordination du programme Jessie (2008), *Programme Jessie.* Montréal, Centre Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire et Centre Dollard-Cormier – Institut Universitaire sur les dépendances. Montréal, Québec.
- Conners N.A., Bradley R.H., Mansell L.W., Liu J.Y., Burgdorf K. et Herrell J.M. (2004), «Children of mothers with serious substance abuse problems: Accumulation of risks», *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 30(1), 85-100.
- Crome I. et Kumar M. (2007), «epidemiology of drug and alcohol use in young women», *Semin Fetal Neonatal Med.,* 12(2), 98–105.
- Day, E.J. et Georges S. (2005), «Management of drug misuse in pregnancy», *Advances in Psychiatric Treatment,* 11, 253-261.
- Day E., Porter L., Clarke A., Allen, D., Moselhy H. et Copello A. (2003), «Drug misuse in pregnancy. The impact of a specialist treatment service», *Psychiatric Bulletin,* 27, 99-101.
- Degenhardt L., Chiu W.T., Sampson N., Kessler R.C., Anthony J.C., Angermeyer M. et Wells J.E. (2008), «Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use; Findings from the Who World Mental health Survey», *PLos medicine,* 5, 1053-1067.
- Dell C.A. et Roberts G. (2005), *Le point sur la recherche. Consommation d'alcool et grossesse : une importante question sociale et de santé publique au Canada,* Montréal, Québec, Agence de la santé publique du Canada.
- Derauf C., LaGasse L.L., Smith L.M., Grant P., Shah R., Arria A. et Lester B.M. (2007), «Demographic and psychosocial characteristics of mothers using methamphetamine during pregnancy: Preliminary results of the infant development, environment, and lifestyle study (IDeAL)», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 33(2), 281–289.
- Deshpande S., Basil M., Basford L., Thorpe K., Piquette-Tomei N., Droessler J. et Bureau A. (2005), «Promoting alcohol abstinence among pregnant women: potential social change strategies», *Health Marketing Quarterly,* 23(2), 45-66.
- Ebrahim S. et Gfroerer J. (2003), «Pregnancy-related substance use in the United States during 1996–1998», *Obstetrics and Gynecology,* 101(2), 374–379.
- Eisen M., Keyser-Smith J., Dampeer J. et Sambrano S. (2000), «Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: Findings from a quasi-experiment», *Addictive Behaviors,* 25(1), 123-129.
- Filkenstein N. (1994), «Treatment issues for alcohol-and drug-dependent pregnant and parenting women», *Health and Social Work,* 19, 7-14.
- Finnegan L.P. (2010), «Introduction to Women, Children and Addiction», *Journal of Addictive Diseases,* 29, 113–116.
- Floyd R. Sobell M., Velasquez M.M., Ingersoll K., Nettleman M., Sobell L. et Nagaraja J. (2007), «Preventing Alcohol-exposed Pregnancies: A randomized Controlled Trial», *American Journal of Preventive Medicine,* 32(1), 1-10.
- Gearing R.E., Selkirk E.K., Koren G., Leslie M., Motz M., Zelazo L.B. et Lozier F.A. (2008), «Perspectives of mothers with substance use problems on father involvement», *Canadian Journal of Clinical Pharmacology,* 15(1), e99-e107.
- Green C.A. (2006), «Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services», *Alcohol Research & Health,* 29(1), 55-62.
- Greenfield S.F., Brooks A.J., Green C.A., Kropp F., MChugh M.K. et Miele G.M. (2007), «Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature», *Drug and Alcohol Dependence,* 86, 1-21.

- Greenfield L., Burgdorf K., Chen X., Porowski A., Roberts T. et Herrell J. (2004), «Effectiveness of Long-Term residential Substance Abuse Treatment for Women: Findings from Three National Studies», *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 30(3), 537-550.
- Greenfield S.F. et Grella C. (2009), «What is "Women-focused" treatment for substance disorders», *Psychiatriques Services,* 60(7), 880-882.
- Grella C.E., Joshi V. et Hser Y.-I. (2000), «Program Variation in Treatment Outcomes Among Women in Residential Drug Treatment», *Evaluation Review,* 24(4), 364-383.
- Handmaker N.S. et Wilbourne P. (2001), «Motivational interventions in prenatal clinics», *Alcohol Research and Health,* 25(3), 219-221.
- Hankin J., McCaul M.E. et Heussner J. (2000), «Pregnant, alcohol-abusing women», *Alcohol: Clinical and Experimental Research,* 24(8), 1276-1286.
- Hecksher D. et Hesse M. (2009), «Women and substance use disorders», *Mens Sana Monographs,* 7(1), 50-62.
- Jessup M.A., Humphreys J.C., Brindis C.D. et Lee K.A. (2003), «Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women», *Journal of Drug Issues,* 33(2), 285-304.
- Jones H.E., Svikis D., Rosado J., Tuten M. et Kulstad J.L. (2004), «What if they do not want treatment? Lessons learned from intervention studies of non-treatment-seeking, drug-using pregnant women», *The American Journal on Addictions,* 13(4), 342-357.
- Kaner F.F., Dickinson H.O., Beyer F.R., Campbell F., Schlesinger C., Healther N., Saunders J.B., Burnand B. et Pienaar E.D. (2009), «Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care population (review)», *The Cochrane Library,* (4), 1-90.
- Keegan J., Parve M., Finnegan M., Gerson A. et Belden M. (2010), «Addiction in pregnancy», *Journal of Addictive Diseases,* 29, 175-191.
- Klee H., Jackson M. et Lewis S. (2002), *Drug misuse and motherhood,* Londres, Angleterre, routledge.
- Kroll B. et Taylor, A. (2003), *Parental Substance Misuse and Child Welfare,* Londres, Angleterre, Jessica Kingsley.
- Kumpfer K.L., Alvaro R. et Whiteside H.O. (2003), «Family-Based interventions for substance use and misuse prevention», *Substance Use and Misuse,* 38, 1759-1787.
- Lamy, S. et Thibaut F. (2010), « État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes », *L'encéphale,* 36, 33-38.
- Lavandier K.-A., Venne M. et Perreault É. (2009), « La volonté d'agir au CHUM : 30 ans à l'écoute des parents consommateurs et de leurs enfants », dans P. Morissette et M. Venne (dir.), *Parentalité : alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire* (p. 125-139), Montréal, Québec, Éditions CHU Sainte-Justine.
- Lavergne C., Morissette P., Dionne M. et Dessurault S. (2009), « Facteurs clés d'une collaboration réussie entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de toxicomanie parentale », dans P. Morissette et M. Venne (dir.), *Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire* (p. 143-171), Montréal, Québec, Éditions CHU Sainte-Justine.
- Lecompte Y. et Tourigny C. (1983), « Communauté thérapeutique : première partie. Définition, caractéristiques et évolution », *Santé mentale au Québec,* 8(1), 15.
- Le centre Portage (2005), *Le programme pour les mères toxicomanes et leurs enfants,* document de travail inédit.
- Lejeune C. (2001), « Syndrome d'alcoolisation fœtale », *Médecine thérapeutique pédiatrique,* 4, 176-183.
- Leslie M. (dir.). (2007), *The Breaking the Cycle Compendium* (Vol. 1, The roots of relationship), Toronto, Ontario, The Mothercraft Press.

- Lester B.M., Bouikydis C.F.Z., et Twomy J.E. (2000), «Maternal substance abuse and child outcomes», dans C. H. Zeanah (dir.), *Handbook of Infant Mental Health* (2e éd., p. 161-175), New York, NY, The Guilford Press.
- Marsh J.C. et Cao D. (2005), «Parents in substance abuse treatment: Implications for child welfare practice», *Children and Youth Services Review,* 27(12), 1259-1278.
- Marsh J.C., Cao D. et D'Aunno T. (2004), «Gender differences in the impact of comprehensive services in substance abuse treatment», *Journal of Substance Abuse Treatment,* 27(4), 289-300.
- Marsh J.C., D'Aunno T.A. et Smith B.D. (2000), «Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children», *Addiction,* 95(8), 1237-1247.
- Marshall S.K., Charles G., Hare J., Ponzetti J.J.Jr. et Stokl M. (2005), «Sheway's Services for Substance Using Pregnant and Parenting Women: evaluating the outcomes for Infants», *Canadian Journal of Community Mental Health,* 24(1), 19-34.
- McCullum S. et Prilleltensky I. (1996), «Empowerment in child protection work: values, practice and caveats», *Children & Society,* 10, 40-50.
- Melchior L.A., Huba G.J., Brown V.B. et Slaughter R. (1999), «Evaluation of the effects of outreach to women with multiple vulnerabilities on entry into substance abuse treatment» (doi: 10.1016/S0149-7189(99)00017-8), *Evaluation and Program Planning,* 22(3), 269-277.
- Metsch L., Wolfe H.P., Fewell R., McCoy C., Elwood W.N., Wohler-Torres B., Petersen-Baston, P. et Haskins H.V. (2001), «Treating substance-using women and their children in public housing: Preliminary evaluation Findings», *Child Welfare,* 80(2), 199-220.
- Morissette P., Chouinard-Thompson A., Devault A., Rondeau G. et Roux M.E. (2009), « Le partenaire des mères consommatrices de SPA : un acteur-clé pour la sécurité et le développement optimal des enfants », dans P. Morissette. et M. Venne (dir.), *Parentalité : alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire* (p.195-213), Montréal, Québec, Éditions CHU Sainte-Justine.
- Morissette P., De Konink M., Guyon L. et Lessard D. (2003), *L'expérience des mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs partenaires : caractéristiques des pères et dynamiques de couple,* document de recherche inédit.
- Morissette P. et Venne M. (2009), « Un modèle théorique pour évaluer et intervenir dans le contexte d'une nouvelle maternité chez les consommatrices de substances psychoactives », dans P. Morissette et M. Venne (dir.), *Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire,* Montréal, Québec, Éditions CHU Sainte-Justine.
- Motz M., Leslie M., Pepler D.J., Moore T.E. et Freeman P. (2006), *Breaking the Cycle: Measures of Progress 1995-2005,* (vol. supplément spécial), Toronto, Ontario, hospital for sick children.
- Moyer A., Finney J.W., Swearingen C.E. et Vergun P. (2002), «Brief interventions for alcohol problems: a meta-analystic review of controlled investigations in treatment and non-treatment-seeking populations», *Addiction,* 97(3) 279-292.
- National Institute on Drug Abuse (2000), *The NIDA community-based outreach model: A manual to reduce the risk of HIV and other blood-borne infections in drug users.* Repéré à http://www.drugabuse.org/CBoM/Index.html
- Niccols A. et Sword W. (2005), «New Choices for substance-using mothers and their children: Preliminary evaluation», *Journal of Substance Use,* 10(4), 239-251.
- o'Connor M.J. et Whaley S.E. (2007), «Brief Intervention for Alcohol Use by Pregnant Women», *American Journal of Public Health,* 97(2), 252-258.
- Pajulo M., Suchman N., Kalland M. et Mayes L. (2006), «Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship», *Infant Mental Health Journal,* 27(5), 448-465.
- Pepler D., Moore T.E., Motz M. et Leslie M. (2002), *Breaking the cycle: The Evaluation Report (1995-2000),* Toronto.

- Pool N. (2000), *Evaluation report of the Sheway Project for high-risk pregnant and parenting women,* British Columbia Centre of excellence for Women's health, Vancouver, Colombie-Britannique.
- Poole N. (2008), *La prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale: perspectives canadiennes,* Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, Ontario.
- Porowski A.W., Burgdorf K. et Herrell J.M. (2004), «Effectiveness and sustainability of residential substance abuse treatment programs for pregnant and parenting women», *Evaluation and Program Planning,* 27(2), 191-198.
- Rutman D., Field B., Jackson S., Lundquist A. et Callahan M. (2005), «Perspectives of Substance-Using Women and human Service Practitioners: reflections from the Margins», dans D.L. Gustafson (dir.), *Unbecoming mothers: The social production of maternal absence* (p. 227-249), New-York, Haworth Clinical Practice Press.
- Santé Canada (2000), *Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse,* Santé Canada, Ottawa, Ontario.
- Santé Canada (2006), *Meilleures Pratiques – Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et de drogues,* Santé Canada, Ottawa, Ontario.
- Santé Canada (2008), *Meilleures pratiques – Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues,* Santé Canada, Ottawa, Ontario.
- Simmat-Durand L. (2007), « La mère toxicomane au carrefour des normes et des sanctions », *Déviance et société,* 31(3), 305-330.
- Simpson M. et McNulty J. (2008), «Different needs: Women's drug use and treatment in the UK», *International Journal of Drug Policy,* 19(2), 169-175.
- Statistique Canada (2005), *« Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (eSCC) cycle3.1 »*. Repéré à UrL:http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurveyetSDDS=3226etlang=fretdb=imdbetadm=8etdis=2
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008), *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (office of Applied Studies, NSDUh Series h-34, hhS Publication No.SMA 08-4343), Department of Health and Human Services, SAMhSA, oAS.
- Suchman N., Legow N., DeCoste C., Castiglioni N. et Mayes L. (2008), «The Mothers and Toddlers Program: Preliminary findings from an attachment-based parenting intervention for substance-abusing mothers», *Psychoanalytic Psychology,* 25(3), 499-517.
- Suchman N., Pajulo M., DeCoste C. et Mayes L. (2006), «Parenting Interventions for Drug-Dependant Mothers and Their Young Children: The Case for Attachment-based Approach», *Family Relations,* 55(2), 211-226.
- Sun A.P. (2006), «Program factors related to women's substance abuse treatment retention and other outcomes: A review and critique», *Journal of Substance Abuse Treatment,* 30(1), 1-20.
- Toner P., Hardy E. et Mistral W. (2008), «A specialized maternity drug service: examples of good practice», *Drugs: Education, Prevention & Policy,* 15(1), 93-105.
- Tough S., Tofflemire K., Clarke M. et Newburn-Cook C. (2006), «Do women change their drinking behaviors while trying to conceive? An opportunity for preconception counselling», *Clinical Medicine and Research,* 4(2), 97– 105.
- Tremblay J., Allaire G., Dufresne J., Lecavalier M., et Neveu M.Y. (2004), *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique,* Montréal, Québec, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.

- Twomey J.E. (2007), «Partners of Perinatal Substance Users: Forgotten, Failing, or Fit to Father?», *American Journal of Orthopsychiatry,* 77(4), 563-572.
- United Nations (2004), *Substance abuse treatment and care for women,* Vienne, Autriche, United Nations office on Drugs and Crime.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2004), *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned,* New York, NY.
- U.S. Departement of Health and Human Services (2009), *Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women-A treatment imporvement protocol* Tip 51, rockville, MD.
- Velasquez M.M., Ingersoll K.S., Sobell M.B., Floyd R., Sobell L.C. et von Sternberg K. (2009), «A dual-focus motivational intervention to reduce the risk of alcohol-exposed pregnancy», *Cognitive and Behavioral Practice,* 17(2), 203-212.
- Volpicelli J.R., Markman, I., Monterosso J., Filing J. et o'Brien C.P. (2000), «Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers. evidence of efficacy », *Journal of Substance Abuse Treatment,* 18, 41-50.
- Weckberg W.M., Zule W.A., Riehman K.S., Luseno W.K. et Lam W. K. (2007), «African-American crack abusers and drug treatment initiation: Barriers and effects of a pretreatment intervention», S*ubstance Abuse Treatment, Prevention and Policy,* 2, 1-10.
- Wiechelt S.A. (2008), «Introduction to the Special Issue: International Perspectives on Women's Substance Use», *Substance Use & Misuse,* 43, 973-977.
- Winhusen T., Kropp F., Babcock D., Hague D., Erickson S.J., Renz C., Rau L., Lewis D., Leimberger J. et Somoza E. (2008), «Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users», *Journal of Substance Abuse Treatment,* 35, 161-173.
- Yahne C.E., Miller W.R., Irvin-Vitela L. et Tonigan J.S. (2002), «Magdalena Pilot Project: motivational outreach to substance abusing women street sex workers», *Journal of Substance Abuse Treatment,* 23(1), 49-53.

3/

UN CADRE DE TRAVAIL POUR LES SOINS

- Une philosophie de l'approche 91

▶ ***Une base en ligne sur les actions dédiées aux femmes en situation d'addiction*** 95

▶ ***Coordination grossesse et addictions ; une prise en charge en réseau personnalisé*** 98

> *Une ligne téléphonique 24h/24 sans intermédiaire* 99

> *Des transmissions minutieuses* 99

> *Une nouvelle colonne vertébrale* 100

> *Le suivi du suivi : un nid qui se construit* 101

> *Sensations corporelles et identification aux autres mères* 102

> *Faire face à ses peurs sans s'effondrer ni disparaître* 102

> *Une confiance retrouvée* 104

> *La fiabilité de liens humains pour faire face à l'imprévu de la naissance* 104

▶ ***C'est quoi le Dapsa ?*** 107

> *Quels sont ses objectifs ?* 107

> *Quels sont ses principes d'intervention ?* 107

> *Et dans la vraie vie ?* 108

> *Petite histoire* 109

▶ ***Collaboration ELSA – Maternité pendant la grossesse*** 112

Il existe plusieurs publications qui fournissent un large éventail de principes et de conseils sur les bonnes pratiques, pour travailler avec les femmes enceintes et les familles touchées par des problèmes d'alcool et de drogues. Au Royaume-Uni, la responsabilité est dévolue aux services de santé et aux services sociaux. Les textes présentés ici ne sont pas nécessairement applicables dans l'ensemble en Angleterre, au Pays de Galles, en Écosse et en Irlande du Nord. Néanmoins, ces documents sont largement conformes et complémentaires, et proposent de précieux messages clés pour la pratique.

→ *GUIDES DE BONNES PRATIQUES POUR LA MATERNITÉ ET LES PREMIÈRES ANNÉES*

- *Maternity and Early Years – making a good start to family life (HM Government 2010)*
- *Maternity Services: National Service Framework for children, young people and maternity services (DfES and Department of Health 2004)*
- *Maternity Matters: choice, access and continuity of care in a safe service (Department of Health 2007)*
- *Getting maternity services right for pregnant teenagers and young fathers (DCSF & Department of Health 2009)*
- *The Child Health Promotion Programme: Pregnancy and first five years of life (DCSF and Department of Health 2008)*
- *Every Child Matters: change for children (HM Government 2004)*
- *Every Parent Matters (DfES 2007)*
- *Think Family improving the life chances of families at risk (Cabinet Office 2008)*
- *A Framework for Maternity Services in Scotland (Scottish Executive 2001)*
- *Clinical Standards: Maternity Services (NHSQIS 2005)*
- *Enhanced maternity services for women within NHS Scotland (Scottish Government 2009)*
- *Getting it right for every child – GIRFEC (Scottish Executive 2005)*
- *The Early Years Framework (Scottish Government 2008)*
- *Royal College of Midwives (RCM) and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) clinical guidelines and position statements.*

→ *GUIDES SPÉCIFIQUES SUR L'ALCOOL ET LES DROGUES*

- *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management (Department of Health 2007)*
- *Drugs: protecting families and communities (HM Government 2008)*
- *Safe, Sensible, Social: the next steps in the National Alcohol Strategy (HM Government 2007)*
- *The road to recovery: a new approach to tackling Scotland's drug problem (Scottish Government 2008)*
- *Changing Scotland's relationship with alcohol: a framework for action (Scottish Government 2009)*
- *Working together to reduce harm: the substance misuse strategy for Wales 2008-2018 (Welsh Assembly Government 2008)*
- *New strategic direction for alcohol and drugs 2006-2011 (DHSSPS Northern Ireland 2006)*
- *Hidden Harm: responding to the needs of children of problem drug users (ACMD 2003)*
- *Getting our priorities right: good practice guidance for working with children and families affected by substance misuse (Scottish Executive 2003)*

Une philosophie de l'approche

La philosophie de l'approche décrite ici reflète les thèmes centraux de tous ces documents cadres des directives cliniques ainsi que des recommandations d'experts de premier plan dans le domaine. Dans l'ensemble, l'approche des soins doit être :

- axée sur les femmes et orientée vers la famille ;
- sans jugement et non discriminatoire ;
- pragmatique, en mettant l'accent sur la réduction des risques* et l'intégration sociale ;
- holistique*, basée sur un modèle écologique de fonctionnement de la famille et du développement humain ;
- centrée sur la sécurité et le bien-être de l'enfant ;
- fournie par une équipe pluridisciplinaire, impliquant un travail entre institutions.

LES APPROCHES CENTRÉES SUR LES FEMMES ET ORIENTÉES VERS LA FAMILLE

La grossesse et la transition vers la parentalité sont des événements marquants dans la vie. Pour les femmes qui ont des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues, ces événements ouvrent de nouveaux horizons mais comportent également des risques. Ces femmes fondent les mêmes espoirs et les mêmes aspirations sur la vie de famille et ont les mêmes angoisses liées à la grossesse, à l'accouchement et à la maternité que les autres femmes (Hepburn, 2004). Pour les professionnels, le défi est d'offrir le bon type de soutien au bon moment pour leur permettre de minimiser les risques et de tirer le meilleur parti des possibilités offertes. Cela signifie que les besoins de traitement et de soins doivent être centrés sur les femmes et orientés vers la famille (MRC 2008a, Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2010a).

Le rôle important des partenaires doit être reconnu, et les professionnels doivent veiller à ce que, le cas échéant, ils soient encouragés et aidés à assumer un rôle plein et actif pendant la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux de l'enfant (DfES 2007, Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2010a). Les femmes et leurs partenaires doivent être en mesure de faire des choix éclairés au sujet des soins. Ils ont besoin d'une information opportune, pertinente et facilement accessible pour les aider à faire les choix auxquels ils sont confrontés. Ils ont également besoin d'un accès rapide aux traitements et aux soins dont ils pourraient avoir besoin.

Les soins de maternité devraient être adaptés aux besoins de chaque femme ainsi que de sa famille, et être centrés sur la sécurité de la mère et du bébé. Il convient de prendre en compte :

- les besoins et les souhaits de la mère et de sa famille ;
- son droit à la vie privée et à la dignité tout au long de sa grossesse ;
- ses valeurs culturelles, ses croyances, ses attitudes, et le mode de vie qu'elle a choisi.

Une approche centrée sur la famille va créer une atmosphère de normalisation et de partenariat qui engage la femme et son partenaire l'un vis-à-vis de l'autre et favorise le meilleur résultat possible pour la mère, le bébé et la famille.

UNE APPROCHE SANS JUGEMENT ET NON DISCRIMINATOIRE

Les professionnels ont besoin d'adopter une approche qui ne soit pas dirigée par des vues faussées par des préjugés ou limitées par des stéréotypes conventionnels (Klee *et al.* 2002). Les professionnels doivent constamment examiner leur approche des soins afin d'envisager leur pratique dans le meilleur intérêt de la mère et de son bébé, et en conformité avec les meilleures observations disponibles et les meilleures pratiques.

Il est vital d'établir un contact précoce avec les femmes enceintes ayant des usages problématiques de substances psychoactives, de les accompagner dans les traitements et les soins, et de leur fournir des soins adaptés (ministère de la Santé, 2007a, NICE, 2010a). La meilleure manière d'y parvenir est de créer un environnement favorable, culturellement sensible et non-discriminatoire. Proposer les soins avec compassion, empathie et encouragement facilitera un bon contact. Une approche sans jugement est également un prérequis pour l'obtention des informations nécessaires sur la consommation de drogues par la mère, celle du partenaire et leur situation sociale. La mère et son partenaire ont besoin de se sentir soutenus tout au long de la grossesse et au-delà. Cela signifie que les professionnels ont besoin de créer une expérience de grossesse positive pour les futurs parents, indépendamment du risque et malgré toutes les difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

UNE APPROCHE PRAGMATIQUE

La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse est associée à la survenue de complications. La grossesse est donc une excellente opportunité pour les professionnels de fournir une éducation et des soins dans un cadre de réduction des risques* (Johnstone 1998, *Ministry of Health,* 2007a, Moran *et al.* 2009). La réduction des risques* est une approche pragmatique des soins qui vise à réduire les risques pour les individus et la société, qu'il soit possible ou non de réduire la consommation de drogues en soi (O'Hare *et al.* 1992). Il s'agit essentiellement d'une politique de santé publique visant à minimiser les risques. Il s'agit d'une approche qui se veut réaliste et qui se concentre sur ce qui *pourrait* être fait plutôt que ce qui *devrait* être fait. Une approche de réduction des risques* inclut la fourniture de moyens, d'information et d'éducation pour permettre aux gens de faire des choix éclairés quant à leur mode de vie.

Les objectifs du traitement et des soins doivent être réalistes, réalisables et adaptés aux besoins de la mère en tant qu'individu (Hepburn, 2004b). Faire pression sur les femmes enceintes pour qu'elles réduisent ou arrêtent leur consommation de drogues peut entraîner plus de mal que de bien (Winklbaur *et al.* 2008). Un service souple aura de meilleurs résultats en prenant en compte les souhaits de la mère, en la soutenant dans ses prises de décisions, et en faisant confiance à sa capacité de se fixer des objectifs réalisables (Johnstone 1998, Moran *et al.* 2009).

Il est important de se rappeler qu'une approche de réduction des risques* intègre des efforts visant à promouvoir l'intégration sociale et le rétablissement, ce qui inclut l'abstinence. Celle-ci peut être utilement considérée comme le « but final » de la réduction des risques*, que de nombreuses personnes ayant des usages problématiques de substances psychoactives souhaiteraient peut-être atteindre dans le court terme, ou à plus long terme. La dépendance* à la drogue et à l'alcool est cependant considérée comme une maladie chronique récurrente (OMS 1992). Les gens peuvent consommer de l'alcool et des drogues de manière potentiellement néfaste pendant de nombreuses années avant de parvenir à l'abstinence. Un soutien à long terme pour aider les gens à minimiser les risques associés à l'usage de substances psychoactives est normalement requis et peut inclure : prescription de substituts ; échange de seringues ; interventions psychosociales ; conseils et soutien pour un usage plus sûr et plus raisonné des drogues et de l'alcool (Robertson 1998). Toutes ces interventions peuvent être considérées comme faisant partie du rétablissement d'une personne ayant une consommation problématique.

UNE APPROCHE HOLISTIQUE

Les femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie présentent souvent des besoins multiples et complexes (NICE, 2010a). Leur consommation de substances psychoactives n'est qu'un aspect de leur vie. Une approche holistique* des soins, de la préconception à la parentalité, doit être proposée (Hepburn, 2004a).
Une évaluation « écologique » devrait viser à identifier les besoins physiques, psychologiques et sociaux

de la mère. Elle devrait viser à comprendre sa situation actuelle, à l'intérieur d'un contexte relationnel et social/environnemental – par exemple, en tenant compte de ses réseaux de soutien social et de sa situation socio-économique. Une évaluation écologique englobe les facteurs historiques, le contexte et les causes de tous les problèmes qui se présentent, et estime les situations et les besoins de toute la famille (*Ministry of Health* 2000, DfES 2006). Elle implique également l'identification des facteurs de protection, la résilience, les ressources, les connaissances et les compétences de la mère et de sa famille (MRC 2008a, *Scottish Executive,* 2005).

Un ensemble holistique* de soins reconnaît que les besoins d'une femme sont liés entre eux et qu'ils dépendent du contexte. Il vise à fournir un service qui peut répondre non pas à un seul aspect de ses soins, mais aux besoins de toute la famille. Des modèles d'intervention centrés sur les compétences des individus sont connus pour être efficaces (Moran *et al.* 2004, le Cabinet Office 2008). Il s'agit d'identifier les compétences et les facteurs de stress chez l'individu, dans sa famille et dans son environnement, puis d'aider à promouvoir les compétences et à diminuer les facteurs de stress.

LA SAUVEGARDE DE L'ENFANT

La protection d'un nouveau-né contre tout risque devrait être la préoccupation primordiale de tous les professionnels et de tous les organismes impliqués dans les soins de la famille. Une consommation parentale problématique de substances psychoactives est associée à un risque accru de défaillance parentale, de mauvais développement de l'enfant, d'augmentation des taux de maltraitance des enfants (Cleaver *et al.* 2010, ACMD 2003, le *Scottish Executive,* 2003a, OMS 2006). L'usage parental de substances psychoactives est un facteur ayant une influence déterminante sur la vie des enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance, ou impliqués dans des études de cas graves (Forrester & Harwin 2006, Forrester 2007, Brandon *et al.* 2008, 2009). Il ne faut pas oublier que les problèmes liés aux drogues et à l'alcool sont beaucoup plus répandus chez les hommes que chez les femmes, et que l'usage paternel de substances psychoactives est également clairement associé à de mauvais traitements des enfants (Ornoy *et al.* 1996, Frank *et al.* 2002, McMahon *et al.* 2002, 2008, OMS 2006). Les professionnels et les organismes doivent travailler ensemble pour veiller à ce que la capacité parentale des *deux* parents soit optimisée, de sorte qu'ils soient en mesure de fournir un environnement sûr et épanouissant pour leur nourrisson.

Les jeunes enfants en particulier sont très vulnérables aux effets néfastes de l'abus et/ou de la négligence. Souvent les bébés nés de mères dépendantes à l'alcool ou aux drogues ont des besoins de soins particuliers dans les premiers jours, les premières semaines et les premiers mois. Notamment parce que le nourrisson, né prématuré ou qui a un faible poids à la naissance, développe un Syndrome de sevrage néonatal (SSNN). Les bébés affectés par la consommation maternelle d'alcool peuvent avoir des retards de développement et des besoins d'éducation plus importants en raison de déficiences intellectuelles et neurologiques (RCOG 2006, BMA 2007, RCM 2010).

L'anticipation des besoins de l'enfant nouveau-né devrait faire partie intégrante du processus d'évaluation et de soins. Au cours de la période prénatale*, l'accompagnement parental devrait se concentrer sur la capacité de la mère et du père à se préparer à la parentalité et à répondre aux besoins de développement de l'enfant.

LE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE ET TRANSVERSAL

Les femmes enceintes, dont la consommation de drogue ou d'alcool est susceptible d'influer sur l'issue de leur grossesse, auront besoin d'un service complet offert par une équipe pluridisciplinaire. Ce service devra fournir des conseils et un soutien cohérents, une continuité des soins et visera à assurer la sécurité tant pour la mère que pour le bébé.

De nombreuses femmes bénéficieront de soins provenant d'une pluralité de professionnels du soin et de travailleurs sociaux. Cette approche transversale des soins a besoin d'être bien coordonnée, car la bonne communication entre les professionnels est au cœur d'une prestation de soins de bonne qualité. On parle de « soin intégré » lorsque toutes les personnes impliquées dans la prestation de soins ont une philosophie partagée de l'approche, qu'elles savent ce que l'autre fait et dit, et qu'elles savent aussi ce dont la mère elle-même a besoin et ce qu'elle veut. S'engager avec le père et l'impliquer dans tous les aspects du processus de soins est essentiel pour promouvoir un bon départ vers la vie familiale (Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2010a).

Une compréhension claire des rôles et des responsabilités professionnelles est nécessaire pour maximiser la qualité des soins. Le travail collaboratif devrait réduire au minimum les possibilités de conseils ou de pratiques contradictoires ou fondés sur de simples opinions. Les professionnels délivrant des prestations de soins ont besoin d'avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour le type et le niveau de service qu'ils fournissent. Ils doivent être conscients de l'expertise d'autres professionnels et être prêts à tirer parti de cette expertise en cas de besoin.

Les femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie devraient recevoir la même qualité de soins, de respect et de dignité que toute autre femme enceinte, tout au long de leur grossesse. La philosophie de l'approche décrite ci-dessus et les lignes directrices sur les bonnes pratiques qui suivent devraient assurer que cela puisse être réalisé.

UNE BASE EN LIGNE SUR LES ACTIONS DÉDIÉES AUX FEMMES EN SITUATION D'ADDICTION

FÉDÉRATION ADDICTION

Contact : infos@federationaddiction.fr

Face au constat de la spécificité des consommations et de la vulnérabilité des femmes usagères d'une part, et du faible nombre de femmes accueillies dans les structures d'autre part, la Fédération Addiction [1] a toujours soutenu la nécessité d'une approche et d'une réflexion particulière pour accueillir et prendre en charge les femmes.

En 2012, le projet *Femmes et addictions,* copiloté par la DGS* et la MILDT* et réalisé en coordination avec un groupe d'experts de terrain et de chercheurs, a permis d'effectuer un repérage des actions spécifiques femmes, avec deux objectifs :

- valoriser les actions dans le secteur de prise en charge médico-sociale des addictions ;
- proposer des repères pour les structures qui souhaitent mettre en place ce type d'accueil.

Une enquête nous a permis de capitaliser des dizaines d'actions spécifiques femmes, mises en œuvre dans les CSAPA* (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et CAARUD* (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques* pour les usagers de drogues) en France métropolitaine et dans les DOM-TOM : dispositifs dédiés, soins spécifiques, groupes de parole, ateliers bien-être, sorties, plages d'horaires spécifiques, partenariats spécialisés…

Ces actions ont été mises en ligne dans une base d'expériences, accessible dans l'espace documentaire du site de la Fédération Addiction (www.federationaddiction.fr).

Parmi ces expériences, de nombreuses actions concernent la question de la maternité, que ce soit en amont de la conception, pendant la grossesse ou après la naissance.

→ De nombreux centres abordent, dans le cadre de leur accompagnement, la question de la contraception et/ou du désir d'enfant et le suivi avant et après une IVG*.

- *Le CSAPA de l'association APS Contact (Ile-de-France) organise des demi-journées mensuelles réservées aux femmes, durant lesquelles des ateliers et des interventions thématiques sont proposés. La question de la contraception y est abordée, animée par le médecin et les infirmières de l'équipe, selon une approche ludique basée sur des outils dédiés. L'objectif est d'offrir aux femmes un temps d'information et de parole libre sur ce sujet.*

(1) La Fédération Addiction a pour but de constituer un réseau au service des professionnels accompagnant les usagers dans une approche médico-psycho-sociale et transdisciplinaire des addictions. Pour former un réseau national représentatif de l'addictologie, l'association fédère des dispositifs et des professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques.

→ Près d'une quinzaine d'actions répertoriées dans la base concernent plus spécifiquement l'accompagnement des femmes enceintes : dans le cadre de plages horaires d'accueil réservé aux femmes ou d'hébergement en appartements thérapeutiques, sous forme de consultations dédiées à ce public dans la structure et hors les murs (en CHRS*, en maternité, dans l'espace public…), ou encore via des dispositifs dédiés comme les équipes mobiles parentalité ou les unités mère-nourrisson (qui peuvent également accueillir des femmes enceintes).

- *Le CSAPA* du centre hospitalier de Chauny (Picardie) propose aux femmes enceintes ou dans le cadre du suivi de la contraception des consultations en addictologie assurées par une sage-femme. Ce service permet de pallier le manque de temps et/ou de compétences spécifiques des professionnels non spécialistes amenés à suivre les patients au centre hospitalier.*
- *Le CSAPA La Croisée (Lorraine) propose à toute femme enceinte venant pour la première fois au centre une consultation spécifique maternité/sexualité avec une infirmière. Ce premier échange peut être suivi d'un accompagnement plus régulier. Une éducatrice peut également intervenir dans un second temps, selon les besoins des personnes.*
- *Les plages horaires d'accueil réservé en CAARUD* sont des temps particulièrement opportuns pour repérer les situations de grossesse, réduire les risques et orienter les personnes particulièrement éloignées du soin. L'ouverture d'un accueil réservé au CAARUD Logos (Nîmes) a permis par exemple d'accueillir des femmes qui ne fréquentaient pas l'accueil mixte et de pouvoir offrir aux usagères une plus grande liberté de parole.*

→ Et après la naissance ? Là encore, de nombreux centres font de l'accompagnement autour du lien mère-enfant une de leurs préoccupations. Beaucoup de professionnels insistent d'ailleurs sur le fort risque de re-consommation de la mère aux 1 an et demi à 2 ans de l'enfant. L'accompagnement se poursuit donc bien après la naissance, avec souvent l'inclusion des pères dans le travail autour de la parentalité.

- *Des dispositifs dédiés à la parentalité sont expérimentés depuis quelques années : équipes mobiles comme celle du DAPSA (Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires) en Ile-de-France, Le Fil Rouge de l'AMPTA à Marseille ou encore celle du CSAPA du centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux ; unités mère-nourrisson comme celle de l'Association Le Mail en Picardie.*

→ Le travail avec les partenaires non spécialisés est une préoccupation récurrente des équipes interrogées. En effet, le plus souvent par manque de connaissance du sujet, les professionnels sans formation en addictologie peuvent avoir une attitude jugeante vis-à-vis des femmes accueillies et prendre des décisions préjudiciables pour la personne et son enfant. Un travail de sensibilisation de ces partenaires est donc effectué par certaines équipes.

- *Béarn Addictions (Aquitaine) a préparé un colloque « Grossesse, périnatalité et addictions : changeons les regards » à l'aide de rencontres par professions*

(gynécologues obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres, infirmières, sages-femmes, puéricultrices, travailleurs sociaux). L'événement a rassemblé près de 180 professionnels et a permis de croiser les différentes cultures de travail.

- *L'assistante sociale du CSAPA Le Cèdre Bleu à Lille participe depuis plusieurs années au staff addictologie de la maternité de référence : ces réunions permettent une meilleure coordination autour des personnes accueillies et une diffusion de l'expertise en addictologie du centre.*
- *De la même manière, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA APS Contact se rend à tour de rôle au staff de la maternité du CHU de Provins (Ile-de-France). L'établissement propose également une sensibilisation aux professionnels de pédiatrie et de maternité sur l'incidence des produits sur les femmes enceintes et leurs nouveau-nés.*
- *Le Centre Port Bretagne de Tours a organisé des séances d'information à destination des généralistes, pharmaciens, gynécologues, sages-femmes... autour de la question de la grossesse et des traitements de substitution aux opiacés, qui a fait l'objet d'une plaquette de sensibilisation. Les intervenants du CSAPA ont également rencontré les structures à caractère social, le médecin du Conseil général, les délégués médicaux de la CPAM.*

COORDINATION GROSSESSE ET ADDICTIONS ; UNE PRISE EN CHARGE EN RÉSEAU PERSONNALISÉ

CORINNE CHANAL [1], EVELYNE MAZURIER [2], VALÉRIE REY [1], ROSE-MARIE TOUBIN [3], MICHÈLE MISRAOUI [4], GILLES BURLET [5], PIERRE BOULOT [5]

(1) Sage-femme hospitalière, CHU Montpellier
(2) Pédiatre, CHU Montpellier
(3) Pédopsychiatre, CHU Montpellier
(4) Pédiatre libéral, Montpellier
(5) Gynécologue obstétricien, CHU Montpellier

Contact : c-chanal@chu-montpellier.fr

Le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Montpellier est sensibilisé dès le début des années 1980 aux collaborations avec les services de pédiatrie néonatale et de pédopsychiatrie. Une expérience pilote d'accompagnement des femmes enceintes dépendantes de drogues, de médicaments psychotropes, puis d'alcool a vu le jour en 1995, financée par la DDASS sous l'impulsion d'une sage-femme ayant rassemblé les professionnels sous l'angle de la prévention des risques médicaux. L'objectif premier est simple : organiser un soutien pluridisciplinaire personnalisé pour les futurs parents, respectueux des besoins, des ressources et des limites de chacun, tout en privilégiant la proximité géographique autour de leur domicile. La coordination entre les professionnels de l'intra-hospitalier et de l'extra-hospitalier, de l'anté au postnatal se fait par une sage-femme du lieu d'accouchement formée au travail en réseau. Anticiper les conditions du premier accueil a d'emblée paru essentiel pour potentialiser la compliance au suivi de grossesse considérée comme "à haut risque" avec à la clef un suivi obstétrical resserré [1]. Il ne s'agit nullement d'un modèle unique et figé mais il est le fruit d'une histoire spécifique, de collaborations locales singulières et ne peut (ni ne doit) être reproduit à l'identique sans tenir compte des potentialités préexistantes et du contexte spécifique de chaque équipe et chaque institution. Il a cependant permis au fil des années de dégager des principes de travail en réseau qui ont été reproduits avec succès sur d'autres problématiques (psychopathologies, grande précarité…) ou en d'autres lieux [2,3].

Le constat de départ a été à l'origine de l'architecture du projet. Les femmes avec une problématique addictive rencontrées dans les associations ou salle d'attente ont confié leur peur d'être jugées, étiquetées comme toxicomanes, d'être séparées de leur enfant. Elles expliquaient comment elles cachaient leurs consommations et leurs fragilités, fuyaient les services de soins spécialisés à l'annonce d'une grossesse ou bien cloisonnaient les prises en charge. Les professionnels de maternité, insécurisés lors de la découverte d'une addiction parfois tard dans la grossesse ou à l'accouchement, demandaient souvent une protection de l'enfant, alimentant la représentation négative que les patientes addictes avaient des professionnels de périnatalité. Démontrer qu'il était possible d'obtenir l'adhésion des parents au suivi de grossesse à risque et d'améliorer leur état de santé et celui de leur enfant a été le premier axe du projet. L'objectif de mettre au monde un enfant, à terme, en bonne santé sans être séparé de sa mère, était partageable tant par les parents que les professionnels.

Une ligne téléphonique 24h/24 sans intermédiaire

Un espace de consultation s'appuie sur 3 éléments incontournables depuis 1995 :
• une ligne téléphonique personnalisée 24h/24h relevée par la sage-femme,
• une consultation sage-femme au sein du service de consultation de la maternité,
• un temps de reprise hebdomadaire pour la sage-femme consultante.

Le plus tôt possible, dès la déclaration de grossesse, la patiente est orientée vers cette sage-femme « référente pour le suivi des femmes enceintes qui prennent des psychotropes » (qui n'est pas présentée comme une sage-femme addictologue). Le délai de rendez-vous est le plus court possible, ce qui permet un premier accueil où s'ouvre le dialogue en dehors d'un climat d'urgence. Le père est invité d'emblée à ce rendez-vous entretien centré sur les préoccupations des parents : « Quels sont vos besoins ? », « Qui est autour de vous ? », « Que vous a-t-on dit de cette consultation ? ». Autant de questions qui permettent de construire la confiance en désamorçant les malentendus et en traitant leur demande en priorité. Le point sur leurs facteurs de risques médicaux et environnementaux en gardant « un axe d'interrogatoire obstétrical » est réalisé dans un second temps. Les ressources affectives des parents (personnelles, professionnels en lien, familles, amis…) sont explorées dans le récit de leur vécu depuis la découverte de la grossesse : à qui l'ont-ils dit, quelles ont été les réactions, qu'en ont-ils fait ? La consommation de substances psychoactives est replacée parmi l'ensemble des facteurs de risques obstétricaux et traitée comme tel. La participation active des futurs parents ainsi que la confidentialité dans les transmissions sont rigoureusement travaillées : « Comment peut-on ensemble réduire les risques ? », « Qui peut-on appeler et pourquoi lui dire pour favoriser le suivi médical de la grossesse ? ». Le minimum escompté est l'accord de la patiente (si possible des parents) pour joindre au moins un professionnel afin de ne pas rester seule dans le suivi et d'introduire de la cohérence autour des futurs parents. Les messages laissés sur le répondeur sont traités dans les 24 h ce qui permet une accessibilité efficace et facile tant pour les professionnels que pour les parents, étape indispensable dans ce type de travail au rythme des quelques semaines, quelques mois de suivi avant la naissance de l'enfant.

Des transmissions minutieuses

Une véritable stratégie de mise en lien obéissant à des conditions "d'aseptie des transmissions" est mise en route dès la première rencontre :

• le professionnel qui va être référent du suivi de grossesse à risque, donc un gynécologue-obstétricien, sera choisi avec les parents. Il devra être averti de toute orientation ou modification dans le suivi par les autres professionnels quel que soit leur champ. La sage-femme coordinatrice peut avoir la vigilance de la circulation de ces informations, mais chaque professionnel peut se mettre en lien avec lui.

• le professionnel qui l'a adressé vers la sage-femme de coordination aura un retour d'information rapide tant pour échanger sur le vécu des parents de la consultation avec la sage-femme que pour penser l'après ensemble. Cela permet de valider la pertinence de l'orientation tant dans sa forme que sur le contenu et que les parents lors du rendez-vous suivant éprouvent qu'on a échangé à leur sujet dans une dynamique positive et avec intérêt.

• un médecin généraliste est d'emblée choisi avec les parents. Son rôle est clairement explicité aux futurs parents : il sera responsable du suivi de l'état de la mère (pendant la grossesse, il anticipera les prescriptions pendant le séjour en maternité et organisera les relais si nécessaire, sera présent lors du retour à domicile, assurera le suivi du futur enfant en lien avec le pédiatre et la prévention de la dépression postnatale). Il existe de nombreux scénarios :

- c'est lui qui l'a adressé à la sage-femme référente,
- il connaît la patiente depuis longtemps pour sa problématique addictive mais ne connait pas la prise en charge spécifique pendant la grossesse,
- il suit aussi le compagnon,
- il vient de découvrir la patiente suite à un déménagement ou à un relai d'un centre de soins sur la ville…

Il est primordial pour la sage-femme référente de bien se repérer tant auprès des parents que lors de l'appel téléphonique au médecin généraliste sur ces différents points sans brusquer les points de vue, mais au contraire en amenant à une discussion qui prenne en compte la subjectivité de chacun. Ces échanges sont délicats et sont l'objet de reprise en indirect sur leur contenu par le pédopsychiatre.

A l'issue de cette stabilisation des transmissions, la sage-femme coordinatrice propose un agenda de suivi en binôme sage-femme/gynécologue adapté à l'ensemble des facteurs de risque de la patiente et elle mettra au courant le médecin généraliste des tenants et aboutissants de ce type de prise en charge :

- consultations rapprochées dont entretien précoce prénatal* si nécessaire,
- échographies mensuelles,
- sage-femme à domicile pour monitoring,
- préparation à la naissance centrée sur le corps et la place du père,
- entretien anténatal avec un pédiatre,
- consultation d'anesthésie,
- visite personnalisée du lieu de naissance et suites de couches.

Un planning de rendez-vous par écrit est donné aux parents dont les horaires facilitent la participation du père sans mettre en difficulté les habitudes quotidiennes de la patiente. On prend soin de grouper certains rendez-vous si besoin.

Une nouvelle colonne vertébrale

Cet axe « suivi de grossesse à risque » constitue la colonne vertébrale d'une prise en charge rassurante pour les parents sur laquelle pourront se greffer des orientations spécifiques à chaque situation : psychologiques, sociales, addictologiques… Aucune orientation ne se fera sans appui sur le réseau personnel de professionnels choisis par la patiente avant son arrivée à cette première consultation, le risque étant d'invalider ses choix et de créer de la discontinuité. Le gynécologue obstétricien reste celui choisi par la femme, qu'il soit en ville ou à l'hôpital, même si son orientation professionnelle n'est pas très en lien avec les problématiques addictives. Il deviendra le référent de la globalité du suivi de la grossesse dans la tête de la patiente, en intégrant le souci de la prise en charge de la problématique addictive même si elle est déléguée à des professionnels de ce registre : il s'intéressera où elle en est de ses médications, des craintes du couple sur le développement du fœtus et le syndrome de

sevrage, de la compliance de sa démarche de soins sans pour autant porter de jugement, mais en prenant soin de valoriser chaque « pas en avant ». Toutes les orientations doivent donc être faites en lien avec lui. La communication entre le gynécologue et la sage-femme coordinatrice est une plaque tournante pour gagner la confiance des parents et mobiliser ainsi le sentiment continu d'exister malgré les difficultés qu'ils ne manqueront pas de rencontrer malgré les efforts déployés : une nouvelle colonne vertébrale s'érige pour les futures mères sur ces nouveaux éprouvés. Elles peuvent alors se regarder dans le défilé de leur trajectoire sans être englouties par elles.

Le suivi du suivi : un nid qui se construit

Le « suivi du suivi » est un outil qui s'est développé au fil des années et a été riche d'enseignement tant sur la psychodynamique des parents que sur la lisibilité de nos systèmes de soins. L'analyse des rendez-vous ratés a permis de mettre en relief le cloisonnement de nos pratiques et comment prendre en compte la fragilité de ces futures mères dans leur relation à l'autre dès lors qu'une difficulté ou un changement survenait : nouvelle personne, nouveau lieu. L'effort d'anticipation auquel le suivi anténatal expose ces parents est inhabituel pour eux. Les addictions leur ont servi à "ne pas penser l'avenir" : les blessures de leur passé chaotique les ont poussés à ne pas anticiper pour ne pas occasionner de souffrance psychique. Le nombre de fois où la "main qui se tendait" leur a échappé sans explications les a précipités dans des "manières d'être" sans temps ni histoire. Les accompagner pour anticiper chaque trimestre de grossesse puis la naissance a donné lieu à ce qu'ils redécouvrent l'importance d'un collectif humain sécurisant face à leurs inquiétudes légitimes : "comment va naître mon enfant ? quelle mère serai-je ? quel père serai-je ? comment vais-je réagir à la douleur physique ? mon compagnon va-t-il le supporter ?" Chaque effort d'anticipation réveille des événements de vie déstabilisants pour eux-mêmes, c'est pourquoi chaque orientation relève d'une attention particulière : personnalisation, les revoir rapidement après, en reparler. Les sentiments de jugement à fleur de peau réactivés sans qu'elles puissent le confier occasionnent une acceptation première de l'orientation, puis une impossibilité d'aller jusqu'au bout. La rupture avec l'ensemble des professionnels est en général la règle, la culpabilité de ne pas avoir honoré le rendez-vous étant trop lourde à supporter : "j'avais trop peur de croiser son regard après tout ce qu'elle avait fait pour moi !"

En cas d'orientation vers un autre professionnel, il est pris en considération la particulière difficulté pour elle de souscrire à cette démarche même si elle en ressent le besoin et en comprend la nécessité. On organise avec elle un rendez-vous peu éloigné pour évaluer la pertinence et la qualité de cette rencontre : les modalités pour s'y rendre, les réflexions de son environnement à ce sujet, la montée d'angoisse à l'approche du rendez-vous, la tonalité de cette nouvelle rencontre, la peur de ne plus intéresser la personne de confiance qui l'a adressée. Un réajustement est opéré si besoin (reprise des blocages dans la communication, explication du fonctionnement des institutions, appel du professionnel devant les parents…). Nous veillons à ce que le nouveau professionnel qui va recevoir la patiente reste très en lien avec ceux préexistant.

Au fil des consultations (échanges, examens médicaux, transmissions à un autre professionnel, ...) il s'agira de saisir l'expression d'une difficulté (comportement infra-verbal, questions réitératives, rendez-vous ratés...), d'un besoin pour ouvrir la relation vers d'autres protagonistes (réassurance, lisibilité de l'orientation,...). Un réseau de soutien personnalisé se tisse au rythme des parents (en fonction de leur dynamique et pas de leur passé), prenant en compte les difficultés des professionnels (prise de conscience de leur cloisonnement, effort pour anticiper la place de l'autre, assurer le retour d'information, vigilance collective des rendez-vous ratés...). Ce « patchwork » de professionnels est choisi afin qu'il puisse tenir en post-partum tant pour les relations parents-enfant et le couple que pour l'état physique et psychique des parents : il n'est donc pas exclusivement hospitalier et on a le souci que les interventions ne se juxtaposent pas mais au contraire s'entrecroisent suffisamment pour enraciner les liens de confiance des parents. Le réseau de proximité autour du domicile est privilégié dès le début du suivi. Les aides proposées (intervention à domicile, technicienne d'insertion sociale et familiale, aide ménagère, travailleur social, soutien psychologique...) le sont au cas par cas. La rééducation périnéale si possible par la sage-femme qui a organisé la préparation à la naissance, l'appel au médecin généraliste avant la sortie de maternité sont deux points essentiels qui sont abordés précocement dans le déroulé du suivi.

Sensations corporelles et identification aux autres mères

À partir du sixième mois de grossesse, des monitorings à domicile sont prescrits (protocole des grossesses à risque) et effectués par une sage-femme de PMI ou une sage-femme libérale de proximité. Cela permet, outre la surveillance de la grossesse, l'aide à l'observance des rendez-vous, un travail sur le ressenti des sensations corporelles (contractions utérines, mouvements du bébé), de préparer les familles à l'entrée d'un professionnel à domicile donc de faire la place de la puéricultrice de PMI et/ou d'une travailleuse familiale.

La préparation à la naissance est choisie centrée sur les sensations corporelles et la place du père (haptonomie, piscine, ballons, yoga...). Plus les patientes sont précarisées ou en difficulté, plus cette activité basée sur une approche du corps et la rencontre avec d'autres mères sera une nouvelle expérience, positive, gratifiante.

Faire face à ses peurs sans s'effondrer ni disparaître

Une consultation anténatale est proposée avec un pédiatre entre 24 et 36 SA en vue d'anticiper avec les parents la prise en charge néonatale de leur enfant : syndrome d'imprégnation, syndrome de sevrage de l'enfant si la mère est dépendante (opiacés, tranquillisants, cocaïne,...), questions sur les effets des produits sur le développement de l'enfant à moyen terme. Cette orientation est la cheville ouvrière du projet de revalorisation des parents, mais sa mise en œuvre est délicate :

- de par les angoisses que cette anticipation génère : état de l'enfant, réactions des parents, confidentialité, regard des professionnels envers les parents « coupables », ...

• de par l'absence de cadre qui puisse la budgétiser puisque l'enfant n'est pas né dans le climat actuel de la T2A et de la raréfaction des pédiatres libéraux.

C'est une orientation qui ne va pas de soi pour les parents et qui doit être personnalisée et entourée. Certaines femmes doivent être accompagnées tant les peurs et angoisses suscitées par cette visite anténatale peuvent induire un comportement de fuite.
Il faut y penser tôt car le moment où elle montre le plus d'efficacité se situe vers 28 SA :

• dans le 2e trimestre où le vécu corporel de la grossesse et où les parents ont gagné en confiance dans les orientations proposées ;

• suffisamment à distance de l'accouchement, ce qui temporise les montées d'angoisse liées à l'imminence de l'événement naissance ;

• limite les effets du stress sur la fin de grossesse par le partage émotionnel avec les équipes ;

• ce qui permet aux parents de réaliser « une expérience d'anticipation » réussie, socle à venir pour faire le choix de demander de l'aide quand ils sont en difficulté plutôt que de faire seuls.

Le pédiatre à qui on a transmis les éléments du contexte de la grossesse ainsi que l'historique des différentes prises de médicaments et/ou produits va pouvoir « accueillir » le couple : quelles questions se posent-ils ? comment vont-ils ? que leur a-t-on déjà dit ? qu'ont-ils retenu du motif de la consultation pédiatrique anténatale ? ont-ils eu des difficultés à l'accueil ? Les parents vont alors revisiter la qualité du premier accueil qu'ils ont eu avec la sage-femme. Ce côté « reproductible » d'être écouté, qu'on leur demande leur avis, de ne pas être infantilisé est aussi important que le contenu même de la consultation. Dans un second temps, il va expliquer les différentes modalités de prise en charge : accueil en salle de naissance favorisant le peau à peau immédiat, soins de « nursing » en lien avec l'équipe, surveillance médicale resserrée et traitement médicamenteux éventuel. Il insiste sur la nécessité que la mère arrive en bon état à l'issue de la grossesse car son aide est capitale dans « l'épreuve » que son enfant va traverser. Il discute de comment elle pourra s'appuyer sur son compagnon et du soutien qu'elle trouvera de la part de l'équipe de maternité. Il va insister sur l'importance du suivi du développement en cas de consommations d'alcool même épisodiques pendant la grossesse.

La consultation avec l'anesthésiste est instaurée au même titre que pour toute femme enceinte mais de façon plus détaillée sur l'exactitude des produits consommés afin d'optimiser l'analgésie périnatale. Les patientes disent leur soulagement que leur appréhension de la douleur soit prise en compte et d'être considérée comme toute femme qui accouche.

Le suivi en addictologie est réalisé par les médecins généralistes, ou les équipes des centres de soins spécialisés (CSAPA*) étroitement en lien avec les équipes obstétricales et les professionnels de pharmacovigilance si nécessaire. Définir les rôles de chacun en début de suivi de grossesse, lors de la préparation de l'hospitalisation mère-enfant et au moment du retour à domicile relève d'un effort collectif afin que les traitements soient poursuivis et que chacun ait en tête la place de l'autre.

Une confiance retrouvée

Les transmissions entre professionnels doivent avoir du sens pour les parents, et doivent être suffisantes pour aider le professionnel à travailler. Elles ne doivent pas l'encombrer, mais lui donner les moyens d'être à l'aise dans sa place. Pour cela, il faut aussi expliquer aux parents les besoins des professionnels, et tenter de clarifier les besoins des parents, sur la base du vécu de leurs antécédents, et non en termes de manques, de faiblesses, de déficiences. Le faire devant et avec eux permet d'avoir un langage respectant au mieux leur place. Une relation de confiance se crée progressivement, et peut se transmettre de professionnel à professionnel de cette façon. Plus les transmissions sont transparentes, plus les parents ressentent une certaine maîtrise sur leur environnement et se sentent confiants. Le lien entre l'intérieur de l'hôpital et l'extérieur est capital, notamment avec le médecin généraliste qui, souvent, est présent auprès de la famille depuis longtemps et le restera.

L'hospitalisation mère-enfant en maternité est la plaque tournante de l'accompagnement. Son anticipation vers 35 semaines d'aménorrhée va permettre aux parents de la vivre en toute sérénité. Dans le même temps, les besoins des professionnels sont traités avec le même soin. La sécurité de chacun a été une priorité de l'engagement pluridisciplinaire.

Cette anticipation comporte 3 étapes :

- visite de la salle d'accouchement et du service d'hospitalisation,
- rédaction avec les parents d'une lettre de transmission pour les équipes d'accueil,
- présentation du profil de la situation lors d'un staff de préparation aux hospitalisations mère-enfant en suites de couches.

L'outil de transmission élaboré est un document que la sage-femme coordinatrice établit avec la femme (le couple) résumant les données utiles aux équipes concernant la dynamique du couple au cours de la grossesse, les traitements à poursuivre pendant l'hospitalisation, les coordonnées des différents professionnels en lien et ses besoins spécifiques concernant son séjour en suites de couche. Avec les parents, la sage-femme va préparer tout ce qui va se passer autour de la naissance. Elle va permettre la confrontation de la réalité de l'hospitalisation en maternité avec leurs représentations (visite de la salle d'accouchement, du service de suites de couches, rencontres avec les équipes). Ce sera l'occasion de faire des transmissions orales devant les parents qui sentiront ainsi la tonalité de la communication et sa transparence. Quand la mère sera hospitalisée, elle pourra vérifier les bienfaits de cette anticipation, et ce sera alors plus facile pour préparer les aides nécessaires au retour à domicile.

La fiabilité de liens humains pour faire face à l'imprévu de la naissance

La sage-femme, en position de coordination, doit avoir toutes les situations et les professionnels dans la tête. Elle doit être fiable et continue dans son attention tout au long de la grossesse ; « tout ce qui est dit est fait et tout ce qui est fait est dit »

comme le dit Maïca Reichert du réseau Maternité et addictions d'Alsace. La sage-femme assure le « suivi du suivi » tout au long de la grossesse. Elle a un rôle de médiation entre les patientes et les professionnels : le travail de coordination s'ajuste au plus près des besoins exprimés par la femme d'où la vigilance qu'il exige pour que les professionnels ne se renvoient pas leur impuissance mutuelle mais se soutiennent dans les moments difficiles : rendez-vous ratés, refus d'orientation, discours invalidant l'un d'eux. Il n'est pas rare que la sage-femme rappelle les couples à plusieurs reprises afin qu'ils se sentent en confiance pour honorer leur rendez-vous. Ce travail est exigeant, il requiert une grande connaissance des différents intervenants du réseau spécifique à chaque femme, ainsi qu'une finesse dans le tissage des liens de communication inter professionnelle qui doit être fluide et efficace. Selon une régularité bimensuelle voire hebdomadaire, la sage-femme coordinatrice en première ligne auprès des femmes reprend en supervision avec le pédopsychiatre les situations d'une particulière intensité.

La collaboration avec les pédopsychiatres a permis de dégager les éprouvés que ces mères ont pu expérimenter au fil de ce suivi :

- une expérience relationnelle neuve au travers d'un vécu de sécurité et de fiabilité (qui ont souvent manqué dans leur trajectoire) ;
- une modification de l'image de soi au travers du travail sur les sensations corporelles à partir du suivi médical et de la préparation à la naissance ;
- une fonction de holding du fait d'une enveloppe interprofessionnelle ajustée aux besoins de santé et de soutien exprimés par la femme enceinte ;
- une expression des émotions possible, supportée, soutenue d'où une possibilité de mobilisation des traumatismes antérieurs, dans un contexte de sécurité relationnelle ;
- la diminution des éléments de stress, la reconstruction d'une confiance en soi et en l'autre, favorisant le démarrage d'un attachement sécure avec l'enfant ;
- une aide pour se repérer dans leur place familiale passée et à venir : gérer la distance avec les futurs grands-parents, réorganiser les liens avec des évènements de vie traumatique, anticiper un réseau de professionnels pouvant les aider si besoin par rapport à leurs questionnements de parents.

Ce dispositif a été évalué tant sur le plan des résultats à l'accouchement [4] qu'à 5 ans par une reprise de contact avec les parents [5]. Il a montré une amélioration de la compliance au suivi de ces patientes, réduit la prématurité, fait considérablement reculer le taux de placement des nouveau-nés et permis, même à distance, une meilleure inscription de ces familles dans le réseau de soins.

Bibliographie

[1] Molenat F. (sous la direction de) Grossesse et toxicomanie – Eres 2000, coll. Prévention en maternité, 145 p.

[2] Chanal C., Boulot P., Criballet G., Mazurier G., Galland P., Clauzel AM., Stoebner A., Alauzen A. et le groupe régional « périnatalité et addictions » – Élaboration et diffusion au niveau d'une région de référentiels sur la prise en charge des addictions chez la femme enceinte par un réseau périnatal – 37es journées de la Société de médecine périnatale - Arnette 2009.

[3] Baumler M., Kojayan R., Toubin R.M., Guri D., Crouquette C., Carnoy MD., Delrieu V., Chanal C., Boisseau R., Boulot P., Molenat F. – Grossesse et troubles psychiatriques, recommandations de bonnes pratiques– 35es journées de la Société de médecine périnatale - Arnette 2007.

[4] Brulet C, Chanal C., Ravel P., Mazurier E., Boulot P., Faucherre V - Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes : 114 grossesses suivies en 5 ans – Presse med. 2007 ; 36 : 1571-80.

[5] Roy J., Toubin R.-M., Mazurier E., Chanal C., Misraoui M., Brulet C., Molenat F. – Devenir à cinq ans des enfants de mères dépendantes aux opiacés : effets d'un suivi multidisciplinaire pendant la grossesse – arch.ped. 2011.

C'EST QUOI LE DAPSA ?

MARIJO TABOADA

Médecin coordonateur
DAPSA – Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires

Contact : mj.taboada@dapsa.org

C'est un réseau de santé (Art. 84 de la loi du 4 mars 2002) francilien constitué de professionnels médicaux, sociaux et éducatifs de l'addiction, de la psychiatrie, de l'obstétrique et de la petite enfance. Il a pour objet de faciliter le travail en synergie de ces différents intervenants autour d'un groupe familial.
Sa mission s'étend donc au-delà de la période périnatale et il peut intervenir à des moments clés pour l'évolution de l'enfant (et donc de sa famille) : entrée en crèche, séparation, etc.

Quels sont ses objectifs ?

• Favoriser l'articulation et la coopération des professionnels intervenant auprès d'adultes avec enfants et/ou de femmes enceintes ou auprès d'enfants (0-3 ans) ayant des parents touchés par des affections somatiques et/ou psychiques y compris celles liées à des consommations abusives ou problématiques.

• Développer une culture commune par la création d'un espace de rencontres et d'échanges pour les professionnels confrontés à des prises en charge complexes ou semblant dans l'impasse, ainsi qu'une information sur les partenaires relais existant, des formations sur site ou des ateliers de travail et d'élaboration.

• Proposer, si nécessaire, un accompagnement et suivi psychosocial pour les mères ou couples avec jeune(s) enfant(s), lorsque ces adultes sont dans l'impossibilité de faire une démarche de soins dans les lieux ad hoc existants alors même que leurs difficultés sont repérées par les intervenants auprès de la famille et leur permettre d'élaborer un projet de soins.

Quels sont ses principes d'intervention ?

• Ses actions peuvent être centrées sur le groupe familial et en ce cas les patients, ou groupes familiaux, doivent être informés de la mise en place du travail de réseau. Ils peuvent en refuser l'intervention.

> *La confidentialité des propos est l'objet d'une grande vigilance (aussi bien dans les échanges oraux qu'écrits). Les parents sont informés préalablement de l'exception concernant les faits relevant de la protection de l'enfance.*

• La vocation du DAPSA est :

– d'une part, de s'adresser à des patients qui sont dans l'incapacité (quelle qu'en soit la cause) de formuler explicitement une demande de soins ou d'accompagnement ; donc un travail sur ce qu'il est convenu d'appeler la non-demande. Le but étant de trouver avec le(s) patient(s) le soin ou l'accompagnement estimé supportable ;

– d'autre part, de ne pas se substituer aux interlocuteurs naturels et compétents déjà présents ou à solliciter ; le travail du DAPSA se situe plus dans la recherche d'une interculturalité professionnelle et institutionnelle, une mise en tension des différents intervenants avec une hiérarchisation des priorités. Il intervient particulièrement dans les périodes de crise ou de transition, dans le souci du maintien de la continuité des soins et du « non-lâchage » : sortie de maternité, placement, déménagement, etc.

– enfin, dans certains cas, et à la demande des professionnels, le DAPSA peut mettre à la disposition de la famille une équipe mobile qui travaillera avec elle, ou chacun de ses membres, l'expression de ses besoins et de ses demandes.

• Le DAPSA mène aussi des actions « non centrées sur le groupe familial », développant des lieux de réflexion et d'action transversales à ces différents champs professionnels et institutionnels (ateliers, groupes de travail, colloques, etc.).

Et dans la vraie vie ?

Dans l'idéal, il s'agit de constituer un « groupe soignant » qui intègre :

• la réalité clinique, en l'occurrence l'usage de substance psychoactive, réelle ou supposée ;

• et son corollaire : les aspects psychopathologiques ;

• mais aussi sociaux et relationnels ;

• pour l'adulte concerné, le plus souvent la mère ou la future mère ;

• mais aussi le compagnon ou futur père ;

• enfin l'enfant né ou à naître.

Mais la question doit également être traitée en relation avec les différents professionnels présents :

• ceux qui entourent la mère ou future mère ;

• parfois le père ;

• mais aussi l'enfant né ou à naître.

Petite histoire

JUIN 2009

→ Appel de la psychologue d'une maternité parisienne au sujet de Mme F., enceinte de 28 semaines : cette femme se plaint de ne pouvoir arrêter ou diminuer sa consommation d'alcool alors qu'elle-même en fait la cause de ses 3 précédentes fausses couches. Le service d'alcoologie contacté par la maternité fait état d'un délai d'attente de 2 mois pour un premier rendez-vous.

- *Staff de parentalité : le DAPSA s'engage à prendre contact avec le service d'alcoologie pour évoquer cette situation, voire à trouver des alternatives.*

JUILLET 2009

→ Appel 10 jours plus tard de l'assistante sociale du service de néonatologie, où est hospitalisé l'enfant né à 30 semaines sans savoir que nous avions précédemment été contactés par la maternité. Elle souhaite un soutien pour cette maman très culpabilisée par cette naissance prématurée.

- *Réunion de synthèse avec le personnel de la néonatologie et de la maternité : la maman et le papa ont un très bon contact avec le service. Mais si tout le monde est satisfait, il parait évident qu'au domicile les choses sont plus complexes et qu'il faut, de toutes façons, préparer la sortie envisageable après l'été. Mme F. n'a pu consulter qu'une seule fois le CCAA* proposé. Compte tenu de son emploi du temps (vient voir son enfant tous les jours) il est proposé une visite à domicile avec une éducatrice spécialisée pour faire le point.*

SEPTEMBRE 2009

→ Une synthèse à l'hôpital pour préparer la sortie de l'enfant réunit 17 intervenants : personnel de l'hôpital et professionnels de ville, notamment Hospitalisation à domicile, PMI de secteur, Techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF). Si la santé de l'enfant rassure, la fragilité de la maman inquiète tout le monde. Il est noté que le père vient très régulièrement également voir son enfant et a établi un bon contact. En revanche, il est plus fuyant vis-à-vis du personnel.

- *Le DAPSA rédige le PV de réunion et met à disposition l'éducatrice spécialisée auprès de Mme F. La rencontre aura lieu avant la sortie de l'enfant et permettra d'une part de préparer la maman à l'arrivée de tous ces nouveaux intervenants au domicile, d'autre part d'apprécier l'état anxio-dépressif de cette mère.*

OCTOBRE 2009

→ L'enfant sort en début de mois et est rapidement réhospitalisé pour des problèmes pulmonaires.

- *La synthèse réunit personnels de l'intra et extra hospitalier (10 intervenants) et PV rédigé par le DAPSA. L'état de santé du bébé prend toute la place. Les personnes intervenant à domicile décrivent la maman comme attentive, empressée. Certains émettent quelques réserves compte tenu de la situation sociale incertaine (reprise du travail ? conditions de logement ? statut du père ?).*

NOVEMBRE 2009

→ L'enfant réintègre le domicile parental avec un suivi en HAD. La PMI manifeste son inquiétude face à cette maman bienveillante mais très angoissée par cet enfant fragile. En revanche, de plus en plus d'interrogations émergent quant au père de l'enfant. S'il s'est rendu au rendez-vous proposé par le pédopsychiatre de l'hôpital, il semble qu'il n'ait pas formulé grand-chose.
Diverses propositions de suivi sont faites pour le bébé (CAMSP notamment).

- *A la synthèse de novembre 2009 (11 participants) et suite à ces diverses interrogations, le DAPSA propose un suivi distinct :*

  - proposition sera faite au père d'une rencontre seul avec un éducateur homme dans le cadre de l'EMEO afin d'évoquer son ressenti comme père et éventuellement faire le point sur ses difficultés propres.

  - proposition sera faite à Mme F. d'un suivi à domicile par une psychologue libérale autour de la question des deuils (la question avait été abordée préalablement par l'éducatrice de l'EMEO-DAPSA et Mme F. avait trouvé l'idée intéressante. Face à tous ces rendez-vous, l'idée de pouvoir recevoir à domicile l'avait plutôt soulagée.

JANVIER 2010

→ Le suivi de M. a pu se mettre en place ; ses difficultés sont plutôt d'ordre administratif et en voie de règlement.
L'enfant va mieux et l'HAD envisage de cesser son intervention.
Si tout le monde décrit Mme F. comme une maman affectueuse, empressée auprès de l'enfant, elle est perçue également comme extrêmement fragile, tourmentée. Le suivi psychologique à domicile, psychologue libérale financée dans le cadre de l'EMEO, tarde un peu à se mettre en place.

- *La situation semble se stabiliser. Seuls 8 participants à la synthèse de janvier : les professionnels sont en place aussi bien auprès de l'enfant (les rendez-vous pédiatriques sont honorés avec une grande régularité) que de chacun des parents. Il est décidé d'espacer les rencontres, mensuelles jusqu'alors et de communiquer par écrit les informations jugées importantes.*

AVRIL 2010

→ Suite à des inquiétudes diverses formulées auprès du DAPSA par différents intervenants (développement de l'enfant et suivi au CAMSP ; qualité des liens mère-bébé ...) une rencontre est organisée en avril 2010 : si l'enfant semble se développer de façon satisfaisante, la maman paraît de nouveau en grande difficulté et manifeste une attitude plus opposante, ce qui est plus ou moins bien accepté par certains intervenants.

- *La synthèse d'avril 2010 (12 participants) met en évidence l'ambivalence des différents professionnels. Soucieux de ne pas incriminer la maman ou de ne pas trop l'accabler de conseils, chacun a ruminé dans son coin ses propres inquiétudes. Des clivages quant à l'état psychique de la maman, la réalité de l'investissement du père et à leur capacité à bien s'occuper de l'enfant s'expriment lors de cette rencontre (alors que chacun, individuellement, pouvait en faire part).*

On évoque la question du mode de garde de l'enfant ; la maman doit reprendre son travail après les vacances d'été, mais l'état de santé de l'enfant et les difficultés maternelles obligent à un choix circonstancié.

JUIN 2010

→ La situation s'est brutalement dégradée : les difficultés conjugales ont abouti à un éloignement du père de l'enfant. La mère de Mme F. est décédée et Mme F. décide rapidement d'aller habiter chez son père, … dans une autre localité.
En revanche, la dernière consultation pédiatrique fait état d'une évolution positive et rassurante de l'enfant.

- *Lors de la synthèse (11 intervenants) destinée à organiser les interventions pendant la période estivale, les inquiétudes quant aux capacités éducatives de Mme F. se réactivent et la question de l'information préoccupante est discutée collectivement et la PMI se propose d'en faire la rédaction et d'en informer les parents. Dans le même temps, on évoque la possibilité d'une hospitalisation conjointe mère-enfant (sachant que les institutions sont rares).*

SEPTEMBRE 2010

→ Suite à l'information préoccupante, Mme F. a été reçue par le juge qui a décidée d'une assistance éducative en milieu ouvert pour la soutenir auprès de son enfant. Le soutien psychologique à domicile est repris mais devrait prochainement aboutir sur une psychothérapie individuelle. Les liens entre M. et l'enfant n'ont pas été rompus.

- *Lors de la synthèse de novembre 2010, il apparait que M. a adhéré au projet de suivi tel que proposé par l'éducateur et les rencontres semblent régulières et la situation à peu près stabilisée.*

  En revanche, la question est un peu plus floue du coté du logement. Mme F. n'habite plus chez son père, mais est toujours domiciliée chez lui. Il est question d'un déménagement dans un autre département…

  Le suivi avec la psychologue n'est plus compatible avec les nouveaux horaires de travail ni le nouveau lieu de résidence. Cette proposition était-elle vraiment adaptée ?

DÉCEMBRE 2010

→ Suite à une nouvelle hospitalisation de l'enfant, il apparaît que les parents ont d'énormes difficultés à donner les soins nécessaires… Une OPP est demandée et l'enfant sera accueilli en pouponnière le 31 décembre.

- *Les événements se déroulent dans le contexte très particulier des congés de fin d'année…. Avec ce que cela suppose d'incompréhension, de difficultés à se joindre, de malaise… la question sera à reprendre à tête reposée.*

COLLABORATION ELSA – MATERNITÉ PENDANT LA GROSSESSE

CATHERINE CRENN-HEBERT, obstétricienne
et ANNE-MARIE SIMONPOLI, médecin responsable ELSA

Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine, Louis Mourier, Colombes, AP-HP

Contact : catherine.crenn-hebert@lmr.aphp.fr
anne-marie.simonpoli@lmr.aphp.fr

ELSA ou Équipe de liaison et de soins en addictologie

Équipe hospitalière dont la composition varie d'un site à l'autre en fonction des moyens avec souvent : médecin, assistante sociale, infirmière, psychologue et secrétaire, parfois pharmacien.

Son rôle est de favoriser l'accueil, la prise en charge globale et multidisciplinaire, au sein de l'hôpital, des patients ayant un problème avec les substances psychoactives (SPA), et d'assurer le lien avec les partenaires intra et extra hospitaliers.

Rôles spécifiques pendant la grossesse

- Former et informer les équipes de maternité et néonatologie sur le dépistage des consommations de SPA, la nécessité d'une prise en charge précoce des addictions, sur les protocoles thérapeutiques et le dispositif de soins spécialisés autour de l'hôpital
- Travailler avec les équipes de maternité et néonatologie pour élaborer une prise en charge commune et déterminer des professionnels référents. Cette action doit être repérable par les professionnels intra et extra hospitaliers et par les usagers.
- Renforcer le partenariat avec les équipes de soins spécialisés en addictologie et les partenaires du réseau extra-hospitalier pour informer des risques liés à la consommation de SPA pendant la grossesse et de la double prise en charge addictologie et grossesse au sein de l'hôpital. Proposer une première consultation ELSA en cas de crainte ou de difficulté d'accès au soin en maternité pour faire le lien avec ce service.
- Rencontrer régulièrement le personnel de la consultation et les référents de la maternité pour connaître les femmes avec des grossesses à risques. Participer aux staffs de parentalité où sont réunis les différents professionnels de la périnatalité qui collaborent à la prise en charge des femmes vulnérables (et leurs familles).

- Rencontrer les femmes enceintes le plus précocement possible pour effectuer une évaluation médico-psycho-sociale et proposer si elles ne sont pas suivies, une prise en charge des conduites addictives par l'ELSA ou dans une structure de soins spécialisés extérieure (CSAPA) ou par un médecin de ville du réseau. Si elles sont déjà suivies, prendre contact avec les intervenants extérieurs (CSAPA, CAARUD, médecins et pharmaciens de ville)
- Favoriser la prise en charge de la consommation de substances psychoactives de la femme et si nécessaire de son conjoint, en proposant des consultations au sein de la maternité pour informer des risques, œuvrer pour les réduire, débuter des traitements de substitution nicotinique et/ou aux opiacés, accompagner un sevrage ambulatoire ou hospitalier de préférence pour l'alcool, repérer des troubles psychiatriques et orienter vers la psychiatrie de liaison en maternité.
- Envisager le projet de post-partum avec les futurs parents et en lien avec les professionnels extérieurs des différents champs : addictologie, périnatalité, médecine générale. Ceci peut nécessiter des réunions de synthèse.
- En post-partum : l'ELSA et l'équipe de maternité (obstétricien, sage-femme, puéricultrice, pédiatre) évaluent la relation mère-père (quand il est présent) et enfant, accompagnent et soutiennent les femmes confrontées au syndrome de sevrage de leur enfant, élaborent le projet de sortie de l'hôpital avec la famille et quand c'est nécessaire organisent une réunion de synthèse avec les partenaires intra et extra hospitaliers.

4/

GUIDE DES BONNES PRATIQUES

- Le processus de prise en charge 116
- La coordination et la gestion des soins 120
- La confidentialité et le consentement à partager de l'information 121

Repérer et intervenir précocement auprès des femmes consommant de l'alcool pendant la grossesse : leçons d'expériences françaises 122

> Des troubles évitables, des pratiques efficaces de prévention . 122

> Comment repérer et intervenir en France en 2013 ? 124

Les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes 128

> Introduction 128

> Méthode 129

> Résultats 130

Cette section du livre propose des « bonnes pratiques » pour travailler avec les femmes enceintes et leurs partenaires qui consomment des substances psychoactives. Elle vise à compléter d'autres recommandations existantes et à mettre en évidence les éléments clés du processus de soin.

Le processus de prise en charge

Il est important que tous les professionnels en contact avec des femmes usagères de substances psychoactives proposent un « processus de soins » délimité, de la préconception à la parentalité. Un « parcours de soins* » modèle est inclus en tant que guide pour les praticiens (*cf.* annexe 1).

Le processus de soins comporte quatre étapes clés :
- Évaluation
- Planification
- Prestation de services
- Examen.

Les principales étapes du processus de soins sont décrites ci-dessous, avec une liste des sujets pertinents à chaque étape du processus, dont beaucoup sont couverts dans le cadre des soins de santé réguliers et des soins spécialisés en toxicomanie, ou proposés par les services sociaux.

Il est important d'impliquer les deux parents dans le processus d'évaluation et dans la planification des soins, et d'expliquer en quoi consiste le parcours de soins*, de sorte que les deux parents comprennent ce qui est engagé et pourquoi, ce qui est attendu d'eux, et ce qu'ils peuvent espérer des professionnels et des services. En règle générale, il ne devrait y avoir aucune surprise et la femme et son partenaire devraient tout le temps être traités avec respect.

L'ÉVALUATION

L'évaluation doit être globale et continuer pendant toute la grossesse (NICE, 2008a). Elle doit prendre en compte la santé physique et psychologique de la femme, sa situation sociale, son usage de substances psychoactives (y compris l'alcool et le tabac), la situation de son partenaire et son usage de substances psychoactives, une évaluation des besoins ainsi qu'une évaluation des risques. Dans la plupart des cas, elle impliquera des professionnels différents qui contribuent au processus d'évaluation, y compris le médecin généraliste, la sage-femme, le personnel d'obstétrique et de pédiatrie, le *health visitor**, des spécialistes de la drogue et de l'alcool, des travailleurs sociaux et d'autres personnels des services sociaux et des services de santé.

Une évaluation des besoins liés à la santé physique doit inclure les points suivants :
- l'histoire obstétrique / gynécologique passée ;
- l'état de santé général et les antécédents médicaux ;
- la nutrition (ex. : alimentation, poids, anémie) ;
- la santé dentaire ;
- l'exposition à des infections (ex. : virus transmissibles par le sang, infections sexuellement transmissibles) ;
- les complications liées à l'injection (y compris les sites d'injection usités) ;
- les accidents ou les blessures ;
- les difficultés à choisir un médecin traitant.

Une évaluation des <u>besoins psychologiques</u> doit inclure les sujets suivants :
- inquiétudes et préoccupations au sujet de la grossesse (ex. : peur que le bébé soit placé à la naissance, peur des dommages pour le fœtus) ;
- problèmes d'anxiété actuels ou passés ;
- troubles de l'humeur actuelle ou antécédents de dépression ;
- histoire des troubles de l'alimentation (ex. : anorexie ou boulimie) ;
- mauvaise estime de soi ou dévalorisation ;
- histoire des violences physiques, psychologiques ou sexuelles ;

- problèmes de deuil ;
- perception par la mère de sa propre situation, de ses besoins et de sa propre capacité d'adaptation.

Une évaluation des besoins sociaux doit inclure :
- la situation du logement (ex. : sans-abri, logement précaire ou inadapté) ;
- la situation financière (par ex. : dettes, arriérés de loyer, factures impayées ou amendes) ;
- la situation juridique (ex. : frais courants, affaires judiciaires imminentes, service communautaire ou ordonnances de probation, traitements médicamenteux et analyses toxicologiques) ;
- les problèmes d'emploi, de formation et d'éducation ;
- les relations avec le partenaire, la famille, les amis ;
- le réseau de soutien social disponible ;
- les capacités parentales, y compris les soins donnés à tous les enfants déjà nés ;
- les contacts avec des professionnels ou des services de soins de santé et de soins sociaux.

Une évaluation de l'usage de substances psychoactives devrait comprendre les éléments suivants :
- tabagisme ;
- consommation d'alcool ;
- usage de drogues illicites ;
- consommation de drogues injectables ;
- usage de médicaments prescrits ;
- usage de médicaments en vente libre ;
- contact actuel avec des services spécialisés dans les drogues et l'alcool ;
- traitements actuels, objectifs et progrès des soins ;
- contact antérieur avec des services spécialisés dans les drogues et l'alcool ;
- impact de l'utilisation de substances psychoactives sur l'état mental et le comportement ou le mode de vie ;
- impact d'un environnement culturel de consommation d'alcool et de drogue.

Des éléments d'information concernant les effets des drogues sur le fœtus en développement et sur le bébé, ainsi que sur l'évaluation et la gestion de la consommation de drogues pendant la grossesse, sont décrits en détail plus loin dans le présent ouvrage.

Une évaluation des risques devrait inclure :
- les problèmes obstétriques et gynécologiques passés ou actuels ;
- les problèmes de santé mentale passés ou actuels ;
- les difficultés d'apprentissage qui impactent significativement la parentalité ;
- la violence conjugale et les conflits entre les parents ;
- les antécédents judiciaires ;
- la grossesse des adolescentes / les personnes sortant de soins / les demandeurs d'asile / les réfugiés ;
- l'isolement social / la grossesse non prise en charge ;
- les antécédents de problèmes de garde d'enfants ou l'implication en cours des services de protection de l'enfance ;
- un précédent bébé ayant eu un syndrome de sevrage néonatal* ou tout autre problème néonatal grave, ex. : anomalie congénitale.

Une évaluation de la situation et de l'usage de substances psychoactives du partenaire devrait inclure :
- l'utilisation actuelle de tabac, d'alcool et de drogues par le partenaire ;
- le plan de traitement et les progrès du partenaire concernant la drogue et l'alcool ;
- la régularité ou l'irrégularité de la consommation, s'il y a dépendance* à la drogue ;
- l'histoire de la consommation de drogues injectables par le partenaire ;

- le statut des virus à diffusion hématogène du partenaire ;
- les contacts passés du partenaire avec les organismes de soins de santé et de soins sociaux, y compris les services de santé mentale ;
- les situations d'emploi, de logement et financière actuelles du partenaire ;
- les démêlés du partenaire avec le système judiciaire ;
- le réseau de soutien social du partenaire ;
- les capacités parentales du partenaire, y compris les soins procurés à tous les enfants ne vivant pas au foyer.

Le processus d'évaluation devrait toujours comprendre une visite à domicile pour évaluer les ressources et les biens matériels disponibles de la famille et déterminer si le milieu familial est adapté pour accueillir le nouveau-né. Lors de la visite à domicile, le stockage sécurisé de méthadone*, d'alcool ou d'autres drogues à la maison peut être discuté avec les parents - voir la notice « Garder les enfants à l'abri de l'alcool et des drogues dans la maison » (*cf.* annexe 2). Souvent, au Royaume-Uni, c'est le *health visitor** qui entreprend une visite prénatale* à domicile, mais elle peut aussi être effectuée par d'autres professionnels impliqués avec les parents, par exemple la sage-femme ou le travailleur social. Les préoccupations suscitées par l'environnement familial peuvent alors être incluses dans le plan de soins et des mesures peuvent être prises pour les résoudre en amont de la naissance et de l'arrivée du bébé à la maison.

Dès qu'il y a une réelle préoccupation pour le bien-être ou la sécurité du bébé à naître, elle doit être mentionnée aux services sociaux. Si nécessaire, une réunion prénatale* de protection de l'enfant sera organisée (normalement autour de 28 semaines de grossesse) et un plan de soins de protection de l'enfant sera mis en place.

Afin de faciliter le travail pluridisciplinaire et transversal, la plupart des régions ont maintenant des évaluations simples partagées qui peuvent être consultées par tous les professionnels clés impliqués dans les soins de la famille. Les évaluations partagées permettent d'éviter les doubles emplois et de faciliter le partage de l'information. Elles sont mises en place en tant que plate-forme électronique sécurisée.

LA PLANIFICATION DES SOINS

Les soins doivent être planifiés en partenariat avec les parents. La planification des soins consiste à développer un « ensemble de soins » qui réponde aux besoins de la famille et prenne en compte les opinions, les souhaits des parents ainsi que les besoins de l'enfant. Il comprend le traitement et les soins qui seront procurés, le choix des intervenants, ainsi que les résultats attendus. Les projets de soins doivent être réalistes et réalisables et ils devraient inclure un calendrier et une date de révision (Whittaker et McLeod, 1998). Un plan de soins de maternité sera accepté après le rendez-vous de déclaration de grossesse, et couvrira les soins devant être fournis par les sages-femmes et les services d'obstétrique, mais une réunion de planification pluridisciplinaire transversale supplémentaire devrait être organisée à environ 24 semaines de grossesse. Celle-ci doit comprendre un échange d'informations pertinentes sur la famille, une analyse de ce que cela signifie pour la famille, puis l'élaboration et l'adoption d'un « plan de soutien familial » pour la fin de la grossesse, la période postnatale précoce et au-delà.

Un plan de soins standard ou « Plan de soutien à la famille » peut inclure tout ou partie de ce qui suit :

- des soins prénatals* y compris tests de dépistage, imagerie médicale, et surveillance de la croissance fœtale ;
- une aide au sevrage tabagique pour la mère et le père ;
- un traitement et des soins liés aux problèmes de drogues et d'alcool (comprenant des objectifs réalistes de réduction des risques*) ;

- une stratégie pour la prévention des virus transmis par le sang, des tests, une vaccination et un traitement (si nécessaire) ;
- une stratégie pour prévenir tout risque ou toute préoccupation associés aux capacités parentales ;
- une stratégie pour subvenir à tous les besoins de soutien psychologique ou à des problèmes de santé mentale ;
- une stratégie pour faire face à tous les besoins sociaux. Ex. : s'adresser aux services sociaux, soutien juridique ;
- une préparation à la parentalité (y compris les cours d'éducation des parents) ;
- une préparation à l'accouchement (travail et accouchement) ;
- une préparation au syndrome de sevrage néonatal* (s'il y a une dépendance* aux drogues) ;
- une préparation à l'alimentation du nourrisson (soutien et encouragement à allaiter) ;
- une stratégie pour les soins postnataux (y compris les préparations pour nourrissons et le soutien social) ;
- une stratégie pour faire participer le père ou le partenaire à la prise en charge postnatale immédiate de l'enfant ;
- une stratégie en vue d'un accompagnement à la parentalité concernant le développement de l'enfant, l'attachement et les interactions parent-nourrisson ;
- une stratégie pour faire participer et soutenir les aidants familiaux ;
- une stratégie pour faire participer d'autres professionnels et contacter d'autres organismes ;
- une stratégie de réunion pluridisciplinaire/transversale sur la protection de l'enfant ;
- des dispositions pour s'assurer qu'une réunion de planification est programmée à la sortie de l'hôpital.

Un plan de soutien à la famille devrait toujours inclure un plan d'urgence si les circonstances changent, si des problèmes surgissent ou si aucun progrès n'est constaté dans un délai déterminé. Cela aidera à réduire le risque de gestion de crise si les choses ne se passent pas comme prévu.

La plupart des régions ont maintenant des modèles de plans de soins transversaux normalisés pour les enfants et les familles. Toutefois, un format éventuel pour un « Plan de soutien aux familles » (*cf.* annexe 3) est inclus à titre indicatif. Il faut donner aux parents une copie du plan de soins à emporter chez eux afin qu'ils aient à portée de main les coordonnées de chaque professionnel et de chaque service.

LA PRESTATION DE SERVICES

En règle générale, des services supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir répondre aux besoins supplémentaires de la famille ainsi que pour gérer et surmonter les difficultés. La grossesse représente une période de temps très courte pour organiser des services et pour s'assurer qu'ils seront délivrés de la bonne manière, au bon moment. Il est donc utile d'identifier une personne désignée, ou un « professionnel confirmé », qui puisse assurer le suivi des services demandés en suivant le plan de soins.

Dans l'organisation des services, ou lorsque l'on se réfère à un professionnel, il est important d'inclure les détails concernant la date prévue de l'accouchement et de veiller à ce que les informations essentielles soient incluses. Si le besoin est urgent, il faut inscrire la mention « urgent », expliquer clairement pourquoi tel service est requis et inclure les coordonnées des professionnels clés impliqués, afin d'obtenir facilement les informations complémentaires et de répondre rapidement à la demande. Il faut s'assurer que les parents ont donné leur consentement à la réalisation de la demande, qu'ils ont bien compris ce que l'on attend d'eux et quelle aide peut leur être apportée.

L'EXAMEN DES PLANS DE SOINS

En raison de la nature fluctuante de l'usage de drogues psychoactives et d'alcool, il est important de réévaluer le « besoin » et le « risque » à intervalles réguliers. Ceci permet de revoir le plan de soins et ses avancées depuis le début de la grossesse. Ces réévaluations peuvent être réalisées lors des rendez-vous prénatals et lors des rendez-vous de prise en charge des problèmes de toxicomanie.

Les femmes ayant des besoins de santé et des besoins sociaux multiples ou complexes doivent avoir une réévaluation de leur plan de soins toutes les 4 à 6 semaines. Tous les services impliqués dans la prestation des soins doivent être encouragés à contribuer à la réévaluation en présentant un rapport verbal ou écrit décrivant les progrès accomplis.

Le processus d'examen devrait inclure une discussion portant sur les sujets suivants :

- la mise en œuvre du plan de soins et de progrès sur chacun des points d'action énumérés ;
- la participation aux soins prénatals* ;
- la santé et le développement du fœtus ;
- la santé maternelle (y compris la santé mentale) ;
- la consommation actuelle de tabac, d'alcool et de drogues ;
- le suivi par un service spécialisé dans les drogues ou l'alcool ;
- la prise d'autres rendez-vous de soins de santé (médecin généraliste, équipe mobile de psychiatrie...) ;
- l'adhésion à des rendez-vous de soins sociaux (par exemple le travailleur social, les associations) ;
- la stabilité du mode de vie ;
- l'amélioration de la situation sociale ;
- la participation et le soutien des partenaires et des parents soignants ;
- la santé et la situation sociale du partenaire et la progression dans d'éventuels plans de traitement ;
- les risques actuels ou potentiels ;
- les besoins futurs à couvrir ;
- les objectifs futurs à atteindre.

Lorsqu'un plan de soutien à la famille a été validé et mis en œuvre avec succès, la prochaine rencontre pluridisciplinaire transversale aura lieu lors de la réunion de planification de la prise en charge du bébé par les parents quelques jours après sa naissance. Pendant cette réunion, une décision claire devra être prise sur l'arrivée du bébé à domicile et sa prise en charge par ses parents. Elle permettra de faire l'examen de la situation, des progrès réalisés par la mère et le père, de leurs compétences parentales manifestes et de la qualité des interactions parent-nourrisson, de l'état de l'enfant et des besoins particuliers qu'il pourrait avoir, ainsi que de l'adéquation de l'environnement familial et du niveau de la prise en charge sociale.

Si l'enfant est à la garde de ses parents à leur domicile, le plan de soutien familial peut être révisé avant la sortie de l'enfant pour inclure tous les besoins supplémentaires identifiés juste après la naissance.

La coordination et la gestion des soins

De nombreuses femmes présentant un usage problématique de substances psychoactives ainsi que leurs familles ont des besoins multiples et complexes. Elles nécessitent une approche de « gestion des soins » pendant la grossesse et longtemps après l'accouchement. Les femmes enceintes ayant des problèmes d'usage de substances psychoactives doivent avoir *au minimum* : un obstétricien désigné, une sage-femme et un visiteur de santé, ainsi qu'un spécialiste en addictologie et un médecin généraliste. Les services sociaux familiaux et de l'enfance, les organismes de prestations d'aides sociales et de logement, les services de justice pénale, les services de santé mentale, un pharmacien, et d'autres services de soins

sociaux peuvent également être impliqués afin de répondre aux besoins de la famille. En règle générale, différents professionnels sont impliqués avec la plupart des familles, ainsi que plusieurs services (des services pour adultes aux services à l'enfance). Cela signifie qu'un référent devrait être nommé afin de prendre la responsabilité de la coordination de tous les services de soutien à la famille, et afin de veiller à ce que le parcours de soins* soit suivi et que le processus de soins soit entièrement documenté, mis en œuvre et examiné. Le référent s'assure également que les parents sont bien informés et prennent un rôle actif dans le processus. Cela nécessite un bon relationnel, et des compétences de communication et d'organisation pour s'assurer qu'un continuum de soins soit livré en conformité avec le plan de soins convenu pour la famille.

Parce que le rôle de référent prend souvent beaucoup de temps, de ressources et qu'il nécessite des compétences distinctes, la plupart des grandes zones urbaines ont maintenant mis au point des postes de spécialistes et des équipes pluridisciplinaires pour les femmes enceintes usant de substances psychoactives.

La confidentialité et le consentement à partager de l'information

Tous les professionnels qui travaillent avec les femmes enceintes consommatrices de drogues ont besoin de travailler en collaboration avec d'autres professionnels et d'autres organismes afin de fournir des soins de bonne qualité. Il est important de discuter du « partage de l'information » avec la mère (et son partenaire) à un stade précoce, de sorte qu'un consentement éclairé puisse être obtenu pour permettre de travailler en commun. Une fois que les avantages de la collaboration transversale sont expliqués, la plupart des parents sont heureux d'accepter. L'information concernant l'évaluation, le plan de soins et les avancées peut ensuite être échangée entre les professionnels.

Bien que la mère et son partenaire peuvent consentir à un « partage de l'information » et à un « travail conjoint », ils peuvent encore avoir besoin d'être rassurés sur leur droit à la vie privée et devraient recevoir des informations sur le « secret » professionnel, le *Data Protection Act* (1998) et le *Freedom of Information Act* (2000) / *Freedom of Information (Scotland) Act* 2002. Cette information devrait inclure des conseils sur les situations dans lesquelles la confidentialité peut être levée et dans lesquelles des informations peuvent être partagées sans que la mère ou son partenaire n'y aient consenti – par exemple, pour la protection de l'enfant, la protection des adultes, la santé mentale ou pour des raisons juridiques.

Une orientation sur le partage de confidentialité et de l'information est contenue dans certains documents tels que *Inter-agency child protection procedures, Inter-agency data sharing agreements, the Common Assessment Framework (CAF), National guidance for child protection in Scotland* (Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2010a), ainsi que dans les codes éthiques de conduite publiés par des organismes professionnels (par exemple le *Nursing and Midwifery Council)* et les directives émises par les responsables médicaux en chef. Le *Department for Children, Schools, Families, Communities and Local Government* (DCSF 2008) a également publié un document d'orientation utile de référence en ligne : *Information sharing: guidance for practitioners and managers.*

Bien que de nombreux services demandent maintenant à leurs usagers de signer des « formulaires de consentement » pour permettre aux professionnels d'échanger des informations sur les familles, les praticiens doivent veiller à ne pas supposer que les utilisateurs de services qui signent ces formulaires sont d'accord de partager toutes les informations à tous les organismes pour une période de temps indéfinie. Le principe de partage de l'information sur un « partage des connaissances » est bien reconnu. Il est pratique courante de discuter du partage des informations avec les usagers des services quand il a lieu, et de clairement le documenter dans le dossier de suivi. Cela aidera à maintenir un dialogue ouvert et honnête au sujet de modalités communes de travail.

REPÉRER ET INTERVENIR PRÉCOCEMENT AUPRÈS DES FEMMES CONSOMMANT DE L'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE : LEÇONS D'EXPÉRIENCES FRANÇAISES

PHILIPPE MICHAUD, DOROTHÉE LÉCALLIER

Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie,
Centre Victor-Segalen (CSAPA de Clichy-la-Garenne)

Contact : contact@ippsa.fr

Des troubles évitables, des pratiques efficaces de prévention

L'alcoolisation pendant la grossesse est à l'origine de troubles du développement fœto-infantile ayant des répercussions potentiellement graves et durables, le syndrome d'alcoolisation fœtale, dont l'incidence est de l'ordre de 1 pour 800 naissances, et les effets de l'alcool sur le fœtus, dont l'incidence est environ trois fois supérieure (0,5 % des naissances). La réduction de ces dommages majeurs s'appuie sur une prévention primaire (visant toutes les femmes, ou celles en âge d'être enceintes) et secondaire (auprès des femmes consommant de l'alcool pendant leur grossesse, sur la base de l'intérêt démontré de l'arrêt ou de la réduction de la consommation d'alcool en cours de grossesse sur la fréquence des troubles à la naissance [1]). Les professionnels de l'obstétrique, pour des raisons analysées par plusieurs enquêtes [2], notamment celle menée dans les Hauts-de-Seine, hésitent à parler d'alcool avec les femmes enceintes, d'où un déficit persistant d'information contribuant à la persistance des troubles fœto-alcooliques 45 ans après leur description *princeps* en 1968 par Lemoine [3].

Il est maintenant bien établi que des moyens d'évaluation du risque alcool mis à la disposition des publics concernés et, si besoin, suivis d'une intervention brève de type motivationnel sont efficaces sur la réduction du risque fœtal lié à la consommation d'alcool par les femmes enceintes. Dans la population générale consultant en soins primaires, comme dans les publics spécifiques (jeunes, personnes âgées, femmes enceintes [4]), les questionnaires évaluant le niveau de risque sont reconnus comme la méthode de repérage la plus simple, réduisant le risque de subjectivité et acceptable tant du point de vue des professionnels que des consultants [5]. Parmi les questionnaires validés, plusieurs ont montré leur intérêt chez les femmes enceintes. Les deux questionnaires les mieux étayés dans la littérature internationale, le TWEAK [6] et le T-ACE [7] – *cf.* annexe 5 – n'ont pas fait l'objet de validation en français. L'AUDIT [8] *(Alcohol Use Disorder Identification Test)* – *cf.* annexe 5 –, autoquestionnaire en 10 items validé en français, permet de distinguer trois niveaux de risque différents. Sa large diffusion dans les milieux de santé et sa facilité d'utilisation en font un instrument de repérage particulièrement adapté lorsque les conditions d'utilisation d'un autoquestionnaire sont réunies (il y faut en particulier la capacité du répondant à lire les questions). L'AUDIT a récemment fait l'objet d'une adaptation pour distinguer le risque maternel et risque fœtal [9]. Les trois premières

questions de l'AUDIT interrogent la consommation d'alcool de façon quantitative (fréquence de la consommation, nombre de verres standard par occasion représentative de la façon de boire, fréquence des consommations plus massives, définies par six verres standard ou plus lors d'une même occasion). Les sept dernières en interrogent les dommages perçus, en les pondérant selon la fréquence. Les dimensions de dépendance physique et psychique sont estimées selon les mêmes modalités, ce qui lui donne la possibilité de distinguer les usages à risque sans dépendance et les situations de dépendance probable.

La notion de verre standard est quasi-universelle, mais certes pas son contenu, qui varie selon les pays de 8 à 14 grammes d'alcool pur. En France, où la verrerie des bistros sert de modèle, un verre standard contient typiquement 10 grammes d'alcool pur. Cependant, la consommation d'alcool ne se faisant plus, pour sa plus grande part, au bistro, il est raisonnable de parler aujourd'hui d'« unités alcool » de 10 grammes, en retenant le nombre d'unité par flacon/bouteille/cannette (par exemple, 24 unités dans une bouteille de 75 cl de whisky à 40 ° (ce qui signifie 40 % d'alcool pur volume/volume – la densité de l'alcool est de 0,8). Les addictologues demandent que les contenants portent de façon obligatoire des points de repère en nombres d'unités contenues. Cette mesure n'est pas encore adoptée (2013) mais certains producteurs l'ont déjà mise en œuvre à l'exportation, et en font donc bénéficier les Français.

L'identification du niveau de risque par le score obtenu au questionnaire permet d'adapter l'intensité de l'intervention qui va suivre. Chez les répondants identifiés comme ayant un niveau de risque élevé sans dépendance, les interventions brèves délivrées par un intervenant de santé formé ont montré leur efficacité dans des champs et sur des publics divers (patientèle de médecins généralistes, salariés en santé au travail, consultants aux urgences, jeunes en santé universitaire). L'intervention brève (IB) est un terme générique recouvrant un ensemble cohérent de modalités d'interventions dont le contenu associe de façon constante trois points : l'information, le conseil comportemental et l'attitude motivationnelle [10]. L'entretien motivationnel (EM) est une méthode de communication décrite pour la première fois en 1983 et d'abord évaluée dans le champ des addictions puis dans celui d'autres comportements de santé [11]. Certaines interventions intégrant l'EM à d'autres éléments de pratique clinique sont appelées adaptations de l'entretien motivationnel [12]. Parmi elles on identifie les interventions brèves motivationnelles qui s'appuient sur un *feedback* du repérage, centré sur le patient et ses préoccupations. On inclut dans ce *feedback* la restitution du score, son interprétation et des éléments d'information objective sur les risques liés aux consommations de substances.

Chez les femmes enceintes, il est nécessaire de différencier le risque alcool pris par la femme pour elle-même et le risque encouru par l'enfant à naître. Si spontanément la majorité des femmes apprenant leur grossesse stoppent toute consommation d'alcool, on peut estimer que 50 % d'entre elles la poursuivent. Du fait de l'impossibilité à l'heure actuelle d'identifier un seuil de consommation en deçà duquel le risque pour le fœtus serait nul, en France, le consensus professionnel recommande l'abstinence pendant toute la durée de la grossesse [13]. Il existe dans la littérature des facteurs prédictifs de poursuite de la consommation durant la grossesse parmi lesquels on peut identifier : l'âge de la femme (plus élevé), le niveau de consommation précédant la grossesse, le

niveau de consommation du conjoint. Les études internationales [14] évaluant l'intérêt du repérage par questionnaire et des interventions brèves motivationnelles auprès des femmes consommant durant la grossesse confirment leur efficacité et concluent à la nécessité de la diffusion de ces pratiques auprès des professionnels de santé rencontrant les femmes pendant leur grossesse.

La difficulté de diffusion de ces pratiques de prévention secondaire a conduit au développement d'alternatives. Parmi celles-ci, des expériences d'utilisation d'interfaces informatisées [15,16], assurant à la fois l'auto-évaluation et l'intervention brève en délivrant au répondant des conseils personnalisés élaborés sur la base de ses réponses au questionnaire, ont montré leur efficacité sur la réduction de la consommation [17].

L'enjeu que représentent en termes de santé publique les troubles liés à la consommation d'alcool par les femmes enceintes justifierait selon l'état de la science la généralisation d'un repérage systématique des consommations d'alcool chez celles-ci permettant de mener des interventions efficaces les conduisant à réduire ou à stopper cette consommation. La diffusion de ces pratiques efficaces de repérage et d'intervention dans cette population passe donc vraisemblablement par une modification en profondeur des représentations de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes (en particulier par une intégration de la notion de risque alcool à distinguer de la dépendance alcoolique beaucoup plus exceptionnelle) ; elle passe aussi par la compréhension des phénomènes de changement de comportement et des modalités d'intervention permettant d'aider ces changements.

Les intervenants de santé rencontrant les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir sont nombreux : médecins généralistes et gynécologues, qui prescrivent la contraception ; intervenants auprès des enfants déjà nés (pédiatres, PMI…), sages-femmes et obstétriciens. Les addictologues n'interviennent que lorsqu'existe une dépendance ou un trouble avéré du contrôle d'une consommation, et ce sera plus souvent par une demande concernant le tabac ou le cannabis qu'ils peuvent être sollicités par une femme enceinte ou désirant le devenir ou un professionnel de santé qui l'adresse. Le cas plus exceptionnel de la dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues pose plus la question d'une prise en charge partagée que celle du repérage. Toutefois, une demande d'aide vis-à-vis du tabac ou du cannabis doit mener à explorer systématiquement le rapport à l'alcool, du fait de l'association fréquente des consommations.

Comment repérer et intervenir en France en 2013 ?

L'IPPSA a mené en 2011-2013 une recherche qui a permis d'expérimenter en France de nouvelles pratiques de repérage et d'intervention, et les données sont en cours d'analyse. Elle a été précédée d'une étude de faisabilité menée en 2009 dans le cadre de la maternité de l'hôpital Louis-Mourier de Colombes qui donne déjà des indications sur l'intérêt et la faisabilité de pratiques de repérage et d'intervention brèves chez les femmes enceintes.

La recherche en cours est une étude prospective randomisée contrôlée cherchant à comparer les efficacités de trois modes d'intervention visant à réduire la fréquence des troubles liés à l'alcoolisation fœtale, après repérage systématique des consommations maternelles au moyen du questionnaire AUDIT-G, proposé, par le biais d'une borne

interactive, auprès des femmes enceintes consultant en obstétrique dans huit services de maternité d'Ile-de-France. L'AUDIT-G est une variante adaptée pour les femmes enceintes du questionnaire AUDIT ; il est constitué des 10 questions de l'AUDIT, suivies de ses trois premières questions (celles qui portent sur quantité et fréquences des consommations) reformulées avec le préfixe « depuis que vous savez que vous êtes enceinte… » en lieu et place de « dans les douze derniers mois… ».

Cette adaptation de l'AUDIT permet de distinguer le niveau de risque maternel (abstinence, usage simple, usage à risque, dépendance probable, selon le score de l'AUDIT calculé avec les 10 premières réponses) et le niveau de risque fœtal, qui apparaît dès qu'une des réponses aux trois questions spécifiques désigne une consommation pendant la grossesse, et qui croît avec la fréquence de la consommation, les doses habituelles consommées et l'existence d'épisode(s) de consommation massive.

Cette distinction, impossible avec le TWEAK et le T-ACE, nous a fait préférer l'AUDIT adapté à ces deux questionnaires. Elle permet aussi une pratique systématique du repérage des consommations d'alcool avec une borne interactive [18], et une activité de conseil. Dans notre étude qui visait les consultantes des services de maternité, nous comparions trois modalités d'intervention après auto-évaluation du risque par la femme répondant à l'AUDIT-G par l'intermédiaire de la borne interactive : conseil automatique, par la borne elle-même imprimant un texte de conseil (standardisé ou adapté aux réponses) ; et intervention brève sur un mode motivationnel, réalisée par une psychologue formée à cette approche.

Les études préalables menées montrent que l'immense majorité des femmes enceintes qui continuent de prendre de l'alcool ne sont pas dépendantes [19], et les psychologues-assistantes de recherche clinique ont pu, pendant toute la durée de la recherche, délivrer plus de 60 interventions brèves auprès de femmes que leurs réponses situaient dans le risque fœtal. Bien que l'analyse de l'efficacité n'en soit pas achevée, il est déjà possible de dire que l'acceptabilité du repérage sous cette forme interactive est comparable à celle de l'autoquestionnaire sur papier donné en salle d'attente. Il en est de même des interventions délivrées par les psychologues, qui a été confirmée. La transposition de cette activité en routine clinique peut se faire en s'appuyant soit sur les personnels soignants des maternités (sages-femmes, obstétriciens, infirmières, voire psychologues employées spécifiquement dans cet objectif) soit sur les équipes de liaison en addictologie présentes dans la plupart des établissements de santé de taille suffisante, mais cela nécessite une organisation économe en temps pour ces équipes d'effectif réduit.

Conformément au principe de santé publique qui consiste à confier aux professionnels de premier recours, non spécialisés en addictologie, les interventions brèves auprès des personnes non-dépendantes, il serait légitime de favoriser l'implication des services d'obstétrique dans ces interventions auprès des femmes enceintes non dépendantes. Les formations des sages-femmes et des obstétriciens en activité se heurtent malheureusement à leur faible disponibilité (et aux représentions encore à l'œuvre sur le risque alcool) et l'IPPSA a privilégié dans sa dernière recherche-action la formation des étudiant(e)s sages-femmes à l'entretien motivationnel. La logique qui sous-tend cette proposition est que ce qui empêche l'initiative est plus le malaise sur un savoir-faire relationnel non acquis (et non enseigné pendant la formation initiale) qu'un défaut

de savoir sur le risque. Près de cent quatre-vingt élèves ont été formées en 2011-2012, et 60 d'entre elles ont participé à l'évaluation de l'effet d'une supervision par *feedback* individuel après formation. Les résultats de cette étude seront disponibles fin 2013.

Au total la prévention primaire peut s'appuyer sur le consensus actuel désignant l'abstention de toute consommation d'alcool pendant la grossesse comme un objectif souhaitable, message qui pourrait être plus explicite que le logo actuellement utilisé sur les bouteilles de boissons alcooliques, qui est à observer à la loupe pour en comprendre le message ; ce message pourrait être multiplié sur des supports comme les contraceptifs, sur les réseaux sociaux, etc. En effet, la plupart des alcoolisations surviennent chez les jeunes femmes en tout début de grossesse, et il est essentiel d'associer le projet de grossesse à une prudence en matière de consommation d'alcool. Il va de soi que les personnes qui ont une forme repérée de perte de contrôle de leur consommation d'alcool, qui ont un conjoint consommateur à risque, mais aussi celles qui ont d'autres consommations, y compris de tabac, sont plus souvent celles qui continuent de consommer pendant leur grossesse, et qu'une évaluation non accusatoire de leur rapport à l'alcool est une forme de prévention primo-secondaire de la consommation d'alcool pendant la grossesse. L'AUDIT, ou son alternative le FACE [20], construit pour les médecins généralistes, peut servir à évaluer le niveau de risque avant la grossesse.

Il est à signaler que dans notre première analyse nous avons retrouvé un fait déjà signalé par ailleurs : les femmes qui ont un statut socio-économique élevé doutent du bien-fondé des messages de prévention en ce qui les concernent et sont donc plus souvent consommatrices. Mais en ce qui concerne la prévention secondaire, toute consommation justifie une approche de réduction du risque. Ce risque est faible quand la consommation est faible, et on peut à la fois être rassurant sans perdre de vue l'intérêt d'un choix d'abstinence. Quand le risque est élevé, toute réduction est bonne à prendre pour minimiser l'impact potentiel, et l'approche motivationnelle a fait la preuve de son intérêt, avec des évolutions plus favorables qu'après une intervention directive ; mais une évaluation du risque pour l'enfant à naître par l'équipe obstétricale doit s'associer à l'approche addictologique en cas d'exposition massive.

La difficulté à former des personnels débordés de tâches peut se contourner soit en utilisant le temps de formation initiale (étudiant(e)s sages-femmes) soit en utilisant des ressources complémentaires, équipes de liaison, bornes interactives, livrets écrits d'information, etc. dont le caractère déculpabilisant facilite en retour le dialogue de la femme enceinte et du professionnel de l'obstétrique sur le thème de l'alcool.

Références principales

[1] Autti-Ramo I., Twelve-years follow-up of children exposed to alcohol *in utero. Dev Med Child Neurol* 2000 ; 42 : 406-11.

[2] Dumas A., Représentations du risque alcool chez les professionnels de l'obstétrique in : Simmat-Durand (ed) *Grossesses avec drogues : entre médecine et sciences sociales,* L'Harmattan, Paris, 2009.

[3] Lemoine P., Harousseau H., Borteyru J.P., *et al.,* Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. À propos de 127 cas. *Ouest Médical* 1968 ; 8 : 476-482.

[4] Chang G., Alcohol-screening instruments for pregnant women. *Alcohol Res Health.* 2001; 25(3): 204-209.

[5] Anderson P., Gual A., Colom J., Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. *Department of Health of the Government of Catalonia.* Barcelona. 2005; 76-101.

[6] Chan A. K. ; Pristach, E. A. ; Welte, J. W. & Russel M., The TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1993; 6: 1188-92.

[7] Sokol R. J., Martier S. S. & Agere J. W., The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989;160: 863-71.

[8] Gache P., Michaud P., Landry U., Accietto C., Arfaoui S., Wenger O. *et al.,* The alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a french version. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005; 29(11): 2001-2007.

[9] Bailey B.A., Sokol R.J., Pregnancy and alcohol use: Evidence and recommandations for prenatal care. *Clin Obstet Gynecol.* 2008; 51(2): 436-444.

[10] Moyer A., Finney J.W., Swearingen C.E., and Vergun P., Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction.* 2002; 97: 279-292.

[11] Rubak S., Sandboek A., Lauritzen T. & Christensen B., Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice.* 2005; 55: 305-312.

[12] Burke B.L., Arkowitz H. and Menchola M., The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2003; 71: 843-861.

[13] Société française d'alcoologie, Recommandations de la SFA 2002 - Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (2S) : 45S-104S.

[14] Stade B.C., Bailey C., Dzendoletas D., Sgro M., Dowswell T. & Bennet D., Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy (*Cochrane review*) 2009.

[15] Newman J.C., Des Jarlais D.C., Turner C.F., Gribble J. *et al.,* The differential effects of face-to-face and computer interview modes. *Am J Public Health.* 2002; 92(2): 294-297.

[16] Thornberry J. Bhaskar B. et coll., Audio-computerized self-report interview use in prenatal clinics: Audio computer-assisted self interview with touch screen to detect alcohol consumption in pregnant women: Application of new technology to an old problem. *Comput Inform Nurs.* 2002; 20(2): 46-52.

[17] Riper H., Kramer J., Smit F., Conijn B., Schippers G., Cuijpers P., Web-based self-help for problem drinkers: A pragamtic randomized trial. *Addiction.* 2008; 103(2): 218-227.

[18] Berlet S., Borne interactive de prévention de l'alcoolisation en cours de grossesse. Thèse pour le doctorat de médecine, Université Paris-Descartes, soutenue le 2 novembre 2009. Jury : Claude Lejeune, président, Sylvain Dally, Philippe Vinceneux, Philippe Michaud, Dorothée Lécallier.

[19] Hillaire S., Lejeune C., Michaud P., Simmat-Durand L., Toutain S. (2009) Enquête de prévalence des consommations d'alcool dans quatre hôpitaux de la région parisienne, in : L. Simmat-Durand, *Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales,* Paris, L'Harmattan, p. 37-48.

[20] Dewost A.V., Michaud P., Arfaoui S., Gache P., Lancrenon S., Fast alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for French general practitioners. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006 Nov; 30(11): 1889-95. voir : http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1338/dd11640/15_philippe_michaud.pdf

LES FREINS AU REPÉRAGE PRÉCOCE DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Une étude qualitative conduite par le Réseau sécurité naissance PACA-Est auprès des professionnels médicaux

CATHERINE REYNAUD-MAURUPT [1] et CHRISTIANE AMIEL [2]

(1) Sociologue, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS), responsables des recherches
(2) Gynécologue-obstétricienne, Réseau sécurité naissance PACA-Est Haute-Corse, Monaco (RSN PACA Est), médecin coordonnateur

Contact : www.grvs06.org

Introduction

La volonté de mieux comprendre les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes s'est imposée en constatant le décalage qui existait entre l'épidémiologie des usages de substances psychoactives chez les femmes en âge de procréer [1] et les déclarations des Départements d'information médicale (DIM*) concernant le nombre de grossesses suivies chez des femmes présentant des conduites addictives. En 2009, les données rassemblées auprès de la moitié des maternités publiques ou privées situées sur le territoire PACA Est (7/14) [2] dénombraient 10 869 accouchements, dont 17 grossesses associées à un usage d'alcool, de substances illicites ou de médicaments psychotropes. Les codages sont parfois mal respectés, aussi les données des DIM* ne reflètent-elles pas forcément l'activité des services, mais ces déclarations sont pourtant nécessaires pour justifier une prise en charge spécialisée ou une hospitalisation de plus longue durée. Parmi les 17 situations recensées par les DIM en 2009 sur le territoire PACA Est, 12 cas sur 13 de grossesses associées avec de l'alcool sont déclarées par la même maternité, sans que les caractéristiques sociologiques du public ne puissent justifier un tel écart avec les autres établissements. L'hypothèse d'une sous déclaration différentielle d'un établissement à l'autre, dont l'ampleur serait déterminée par les conduites médicales et interpersonnelles du professionnel vis-à-vis de sa patiente, est étayée par d'autres travaux. Une étude conduite en France entre 2006 et 2008 pour éprouver la faisabilité de la surveillance du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF*) suggérait déjà que la sous déclaration par les femmes et/ou la sous évaluation par le diagnostic étaient vraisemblablement « opérateurs dépendants », car les taux de prévalence calculés variaient trop d'un

(1) Beck F., Guignard R., Richard J.B., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, *Tendances,* n° 76, 2011,1-6 ; Beck F., Legleye S., Maillochon F., Peretti (de) G., La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre Santé, France, 2005, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire,* 10-11, 2009, 90-93. *Dans ce second article, les auteurs mettent en évidence le fait que les femmes issues des milieux favorisés consomment plus d'alcool que celles qui vivent dans un milieu plus modeste.*

(2) La moitié des maternités présentes sur le territoire n'ont pas répondu à notre requête.

département à l'autre et d'une année sur l'autre [3]. Dans le cadre de la prévention du SAF*, une recherche-action a aussi mis en évidence l'impact des représentations de l'alcoolodépendance qu'expriment les professionnels médicaux sur l'établissement du diagnostic [4]. Parallèlement, une étude espagnole a objectivé ce phénomène de sous-déclaration dans une grande maternité de Barcelone (2002-2004), en comparant les déclarations d'usage de cannabis lors de l'entretien prénatal* et le dépistage dans le méconium (sur 974 couples mère-enfant : 1,7 % de déclaration d'usage et 5,3 % de dépistage positif, soit environ 3 consommatrices pour une déclaration) [5].

Notre étude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes, conduite auprès de professionnels médicaux de la périnatalité, a pu être mise en œuvre grâce au soutien de la Direction générale de la santé (appel d'offres addictions 2010) et de l'Agence régionale de santé PACA [6].

Méthode

Notre analyse s'appuie sur 25 entretiens approfondis, enregistrés puis retranscrits, réalisés avec 10 gynécologues-obstétriciens, 10 sages-femmes et 5 pédiatres, qui se répartissent sur l'ensemble du territoire PACA Est [7].

L'étude s'intéresse à l'usage de l'alcool, des drogues illicites et des médicaments détournés de leur usage au cours de la grossesse, en laissant volontairement de côté l'usage du tabac. Les professionnels ont plus de facilité à aborder le sujet du tabac avec leurs patientes que celui des autres substances psychoactives, et des parcours bien identifiés pour les fumeuses de tabac existent dans les maternités, avec des consultations spécialisées animées par des sages-femmes. Laisser volontairement de côté le tabac a permis de concentrer l'attention sur la prévention et le repérage des autres produits consommés.

Une analyse thématique a permis de mettre au jour une série de freins au repérage des conduites addictives au cours du suivi médical de la grossesse et de dégager des pistes de réflexion pour favoriser des interventions plus précoces.

---

(3) Bloch J., Cans C., de Vigan C., de Brosses L., Doray B., Larroque B., Perthus I., 2009, « Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire,* 10-11, 102-104.

(4) Dumas A., Lejeune C., Simmat-Durand L., Bonnaire C., Michaud P., Hillaire S., 2006, « Prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Pratiques et représentations des professionnels de la périnatalité », *Alcoologie et Addictologie,* 28(4), 311-316. *Les auteurs montrent, entre autres, que les professionnels ne s'alarment que dans le cas d'un « alcoolisme important », qui « se repère à l'œil nu », en oubliant les risques liés à une consommation modérée d'alcool.*

(5) Lozano J., Garcia-Algar O., Marchei E. *et al.* 2007, «Prevalence of gestational exposure to cannabis in a Mediterranean city by Meconium analysis», *Acta Paediatrics,* 96, 1734-1737.

(6) Réseau sécurité naissance PACA-Est, « Étude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes », 2011, 66 pages.

(7) La moitié d'entre eux exercent dans la ville de Nice (12/25). Parmi les autres, 3 exercent à Monaco, 2 exercent dans le département du Var (Draguignan) et 8 exercent dans les Alpes-Maritimes en dehors de Nice (Grasse, Cannes, Cagnes-sur-Mer, Menton, Saint-André-de-la-Roche). Un peu plus de la moitié des professionnels interrogés exercent à l'hôpital public (14/25), 9 exercent dans un centre de PMI (dont un qui exerce à la fois en PMI et à l'hôpital public), 3 exercent en cabinet libéral, dont 2 qui exercent également en clinique privée.

Résultats

Selon les professionnels médicaux, les consommatrices d'héroïne et de médicaments psychotropes sont souvent bien repérées et le plus souvent déjà suivies par un centre de soins spécialisé dans les addictions ou les pathologies psychiatriques. D'après eux, ce serait plutôt le nombre de consommatrices de cannabis, d'alcool et de cocaïne qui est vraisemblablement sous estimé.

Les obstétriciens et les sages-femmes s'inquiètent peu d'une sous évaluation du diagnostic. Leur analyse est confortée par le fait qu'aucun n'ait jamais été pris en défaut par un pédiatre, qui aurait diagnostiqué un cas de trouble du nouveau-né consécutif à un usage de produits psychoactifs de sa mère, non repéré au cours de la grossesse. Un pédiatre parmi ceux rencontrés a pourtant, au cours de sa carrière, été confronté à quelques situations de ce type, alors que la mère n'avait pas été repérée comme consommatrice de substances psychoactives lors du suivi prénatal* (dans ces cas là, il s'agissait de consommation d'héroïne ou d'alcool). Remarquons d'ailleurs que, si aucune prise en charge spécialisée n'est mise en œuvre, les troubles du nouveau-né ne surviennent le plus souvent qu'à l'issue d'une durée après l'accouchement qui est supérieure au nombre de jours d'hospitalisation post-nataux. Dans le cas de femmes consommatrices de produits psychoactifs qui n'auraient pas été repérées comme telles, ce problème est d'autant plus prégnant depuis la mise en œuvre du programme PRADO (Programme d'accompagnement du retour à domicile), qui est expérimenté depuis 2012 dans 26 départements français : si les mères donnent leur accord, et si leur médecin estime que leur santé le permet, elles peuvent sortir de la maternité dès 72 heures après la naissance, en bénéficiant d'une prise en charge à domicile assurée par une sage-femme libérale.

Deux avis coexistent chez les professionnels chargés du suivi des femmes enceintes face à l'idée que les conduites addictives puissent être sous-évaluées : soit ils sont certains ou presque certains que ce soit le cas (c'est l'opinion de la majorité d'entre eux), soit ils en doutent mais estiment surtout que cette question prend actuellement trop d'importance au regard d'autres problèmes médicaux que les femmes enceintes peuvent rencontrer plus souvent, et sur lesquels ils doivent porter leur attention. Quel que soit le degré d'importance qu'ils associent au repérage des conduites addictives chez les femmes enceintes, tous en revanche s'accordent pour estimer que les conditions suffisantes ne sont pas réunies pour réaliser un repérage précoce efficace.

→ LES FREINS STRUCTURELS LIÉS AUX MODALITÉS D'ORGANISATION DU SUIVI PRÉNATAL*

Les professionnels médicaux regrettent avant tout le manque de temps alloué à chaque consultation, qui introduit implicitement un défaut de repérage : consultations libérales saturées et pression de l'administration des centres hospitaliers pour conserver un seuil de rentabilité imposent partout un rythme soutenu.

En termes de repérage des conduites addictives, l'entretien prénatal* précoce, le plus souvent conduit par les sages-femmes, est un format mieux adapté, mais il intervient trop tardivement en cours de grossesse, au plus tôt à partir du quatrième mois de gestation. De plus, il n'est parfois pas du tout proposé.

→ LE MANQUE DE SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS AUX BÉNÉFICES DU REPÉRAGE PRÉCOCE POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT

Tous les professionnels sauf un estiment que le suivi médical des femmes enceintes gagnerait en efficacité s'ils pouvaient bénéficier d'une formation spécifique sur les questions d'usage d'alcool et de drogues illicites pendant la grossesse et sur les conséquences de ces conduites addictives pour le nouveau-né.

Si les plus nombreux interrogent les produits psychoactifs consommés au moins une fois au cours du suivi prénatal*, les pratiques de repérage sont hétérogènes et les stratégies mises en œuvre avec les patientes sont guidées par des représentations des risques encourus qui sont variables d'un professionnel à l'autre. La moitié d'entre eux font effectivement une description des risques encourus par les femmes et leur enfant à naître qui est similaire au consensus actuel auquel aboutit la recherche scientifique [8], mais les autres peuvent se sentir démunis pour évaluer ce risque, ou au contraire se montrer trop alarmistes. Les initiatives personnelles, qui sont le produit croisé de leur représentation des risques encourus, du temps à disposition et de la relation existant avec les patientes, peuvent déboucher sur la mise en place de filtres plutôt que de procéder à un interrogatoire systématique (situation de précarité socio-économique, ou bien tatouages, piercings,...).

→ L'ABSENCE DE LIGNE DIRECTRICE

Le manque de stratégie générale des pouvoirs publics en matière de repérage des conduites addictives chez les femmes enceintes a aussi été mis en valeur pour expliquer le faible taux de repérage, la diversité des positions professionnelles et l'hétérogénéité des tactiques mises en œuvre pour aboutir à un diagnostic.

→ LES FREINS SOCIOCULTURELS DANS LE COLLOQUE SINGULIER ENTRE PATIENTE ET PROFESSIONNEL

De façon générale, le contexte socioculturel dominant qui impose un jugement péjoratif envers les mères qui consomment des produits psychoactifs au cours de leur grossesse génère une culpabilité qui peut les conduire à minimiser ou nier leur consommation. Le savoir-être du professionnel joue aussi sur l'ampleur de cette culpabilité, son attitude et son discours étant les deux clés qui peuvent moduler la peur du jugement.

Dans certains cas particuliers, la barrière linguistique constitue un point d'achoppement majeur pour conduire un entretien prénatal* efficace, problématique relevée particulièrement en ce qui concerne des populations migrantes venant d'Europe de l'Est.

→ LE BESOIN D'OUTILS ET DE RELAIS

Certains professionnels souhaiteraient un « Guide sur les conduites à tenir », pour éviter les impairs et standardiser leur interrogatoire clinique. Les plaquettes d'information pour eux-mêmes ou pour leurs patientes sont les premiers outils auxquels ils pensent.

---

(8) Gressens P., 2010, « Addictions chez la femme enceinte et développement du cerveau fœtal », INSERM U676, *Université Paris VII, Hôpital Robert Debré, Paris, Imperial College London, Hammersmith Hospital, London,* Soirée scientifique du Réseau sécurité naissance PACA-Est Haute Corse Monaco, 2 décembre 2010.

Des questionnaires d'auto-évaluation pour que les patientes estiment elles-mêmes l'impact de leur consommation pourraient être efficaces, sans trop obérer le temps dévolu à chaque consultation. Les affiches de prévention ou les supports de communication destinés à réduire la consommation d'alcool ou de cannabis pendant la grossesse sont plébiscités. Le manque d'outils facilitant la prévention de l'alcoolisme fœtal est particulièrement souligné.

En termes de relais, l'importance de pouvoir orienter vers un dispositif de soutien à la parentalité est mise en évidence. Le besoin d'informations, notamment chez les professionnels médicaux exerçant dans la sphère libérale, porte aussi sur la connaissance des ressources pour l'orientation, notamment dans le cas d'une souffrance psychique.

→ LES DYNAMIQUES LOCALES DE TRAVAIL EN RÉSEAU POUR RÉDUIRE LA SOUS ÉVALUATION ET PERMETTRE UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT

La mise en œuvre d'une dynamique partenariale a permis localement de réduire les risques de sous-évaluation des conduites addictives et de minimiser l'impact d'un défaut de sensibilisation des professionnels, grâce à la promotion d'une prise en charge globale des femmes enceintes parce que transdisciplinaire. Ces initiatives permettent ainsi aux professionnels du site de s'adosser à un dispositif facilitant les diagnostics psycho-sociaux. Ce fonctionnement est généralement mis en œuvre au niveau intrahospitalier, en y associant la Protection maternelle et infantile (PMI), et fonctionne de façon plus ou moins efficace selon les lieux. La maternité du centre hospitalier de Draguignan fut la première à s'investir dans cette dynamique partenariale autour de la parentalité au cours de la dernière décennie, en étendant son réseau aux acteurs extrahospitaliers (Aide sociale à l'enfance, services sociaux, prévention spécialisée…). L'expérience dracénoise a d'ailleurs servi de modèle pour la mise en place de staffs de parentalité dans dix maternités publiques parisiennes, avec des résultats considérés comme encourageants, permettant d'organiser la prise en charge des bébés et de leur mère autrement que dans l'urgence [9].

Dans notre secteur PACA-Est, ce travail a également inspiré d'autres maternités qui ont aussi mis en place des réunions transdisciplinaires centrées sur la qualité de l'environnement psycho-social des femmes enceintes. Il s'agit de porter une attention soutenue à toutes les situations de précarité que peuvent rencontrer les futures mères : précarité socio-économique, mais aussi toutes autres formes de précarité que peuvent connaître certaines femmes qui évoluent a priori dans un milieu social plus aisé, comme c'est le cas dans certaines situations de pauvreté affective ou d'isolement. Ces réseaux ont ainsi pour objectif de repérer puis de prendre en charge les couples parentaux potentiellement défaillants, ou présentant des caractéristiques qui peuvent conduire à s'inquiéter d'une possible maltraitance à l'égard de l'enfant à naître. L'approche transdisciplinaire permet au collectif de remettre l'intérêt de l'enfant au centre de ses préoccupations, dont le développement harmonieux implique le plus souvent de rester avec sa mère. Le travail engagé permet aussi de prendre du recul par rapport aux difficultés récurrentes auxquels les professionnels sont confrontés, et de réfléchir aux

(9) Dufour V., 2005, « Bilan d'activité des staffs de parentalité à Paris : quelle réponse pour quelle type de difficultés ? », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction,* 34 (suppl. n° 1), 2005, 2S74-2S77.

moyens de les contourner, grâce à la mutualisation des compétences et des moyens disponibles, notamment en ce qui concerne les problèmes de logement, les pathologies psychiatriques, et les conduites addictives.

→ CONCLUSION

Pendant la grossesse, la consommation des substances psychoactives réglementées ou illicites (principalement l'alcool, la cocaïne, les opiacés, le cannabis) peut engendrer de nombreux risques pour la future maman et son enfant : les malformations et le syndrome de sevrage* à la naissance constituent les principaux risques que les conduites addictives peuvent faire encourir. Chaque produit génère ses propres risques pour l'enfant, qui peuvent être hiérarchisés en fonction de leur gravité. La polyconsommation peut rendre encore plus délicate la nécessité de cesser ses pratiques addictives, auquel cas une approche de réduction des dommages* doit être privilégiée.

La mise au jour de plusieurs freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes montre qu'ils touchent à différents registres de la prise en charge (organisation du suivi prénatal*, freins socioculturels, manque d'outils à disposition,...) mais elle met aussi en valeur la place essentielle que détient le défaut de sensibilisation des professionnels dans la configuration des raisons explicatives. Le manque de temps pendant la consultation est considéré par les professionnels comme un frein majeur, mais cette opinion peut aussi être interprétée à rebours : s'ils manquent de temps pour aborder le sujet des conduites addictives, c'est aussi parce que ces dernières ne constituent pas une priorité pour eux.

Selon la sensibilité des professionnels médicaux à l'environnement dans lequel une femme vit sa grossesse, peuvent autant être constatés l'écartement des questions de consommation d'alcool et de produits illicites, que la mise en œuvre, localement, d'approches transdisciplinaires destinées à ajuster les prises en charge globales, en mutualisant l'ensemble des compétences et des outils disponibles. Le développement d'un meilleur accompagnement des grossesses avec conduites addictives implique donc la diffusion de messages pour mieux sensibiliser les professionnels à cette problématique, en répondant à leurs attentes pour débuter dans cette voie : conférences professionnelles thématiques, outils à distribuer aux femmes enceintes pour auto-évaluer l'impact de leurs consommations (alcool, cannabis notamment), affiches sur la prévention de l'alcoolisme fœtal. La récente expérimentation du programme PRADO (Programme d'accompagnement du retour à domicile) impose fortement de mettre en œuvre une campagne de sensibilisation des sages-femmes libérales, notamment sur les symptômes de sevrage du nouveau-né (les pleurs inextinguibles étant le plus souvent, et quelquefois à tort, attribués à des coliques). Enfin, la promotion régulière d'outils déjà existants et pas toujours bien connus semble aussi essentielle, comme le Guide sur les conduites à tenir « Alcool et grossesse : parlons-en » [10] – *cf.* annexe 12.

(10) Direction générale de la santé, « Alcool et grossesse : parlons-en. Guide à l'attention des professionnels », 2010, 45 pages.

5/

L'INFORMATION SUR L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

- Les tendances dans l'usage de drogues (illicites et prescrites) 135
- Les produits communément consommés et leurs effets 136
- L'usage de drogues par injection 138

▸ *La réduction des risques au féminin* 139

Tous les professionnels travaillant en contact avec des femmes enceintes ayant des consommations problématiques d'alcool ou de drogues devraient pouvoir :

- *fournir de l'information sur les risques associés à l'usage de tabac, d'alcool ou de drogues durant la grossesse ;*
- *évaluer les problèmes liés à la drogue et à l'alcool durant la grossesse ;*
- *fournir des conseils fondés sur des preuves concernant la réduction des risques* et la gestion des problèmes d'usage de drogues pendant la grossesse ;*
- *discuter des options de traitements et de prise en charge des problèmes d'usage de drogues pendant la grossesse.*

Si les professionnels ne parviennent pas à remplir ces conditions, ils devraient s'assurer qu'ils peuvent orienter les femmes vers des services adaptés.

Cette section du livre fournit de l'information ainsi qu'un guide de bonnes pratiques sur ces sujets.

Les tendances dans l'usage de drogues (illicites et prescrites)

Cette section propose des informations basiques sur les drogues communément en usage au Royaume-Uni pour les professionnels non-familiers de l'usage de drogues illicites (non-prescrites) et prescrites. Les drogues communément consommées comprennent :

- l'alcool ;
- le cannabis (haschisch ou marijuana) ;
- les benzodiazépines* (par exemple le diazépam, le témazépam) ;
- les opioïdes (par exemple l'héroïne, la méthadone*, la dihydrocodéine, la buprénorphine*) ;
- les hallucinogènes (par exemple le LSD ou « acide », les « champignons magiques »),

- les stimulants (comme les amphétamines, la cocaïne, l'ecstasy, la méphédrone, la naphyrone ou d'autres substances comme les « euphorisants légaux ») ;
- d'autres drogues (comme la cyclizine, la kétamine, l'acide gamma-hydroxybutyrique ou « GHB », le gamma-butyrolactone ou « GBL », le nitrite d'amyle ou « poppers », les stéroïdes anabolisants, les antidépresseurs ou les anti-psychotiques) ;
- les substances volatiles (par exemple le gaz, la colle, les aérosols) ;
- les drogues en vente en pharmacie comme celles contenant de la codéine ou de la dihydrocodéine.

La plupart des femmes qui consomment des drogues ne se les injectent pas (NTA 2010). La « polytoxicomanie » par voie orale est plus répandue, bien que les taux d'injection ou d'usage oral varient d'une région à l'autre et dans le temps, de même que les voies d'administration varient suivant le type de drogue consommé (certaines drogues sont plus faciles à injecter que d'autres, comme l'héroïne ou l'amphétamine).

Le cannabis est la drogue illicite la plus répandue et est en général consommée mélangée avec du tabac et fumée sous la forme de « joint » ou de « spliff ». Les drogues stimulant le système nerveux central (SNC), comme l'amphétamine, l'ecstasy, la cocaïne, et d'autres « euphorisants légaux » sont communément utilisées pour des objectifs récréatifs et sont populaires dans l'environnement des boîtes de nuit. Les anti-dépresseurs (essentiellement les ISRS, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) sont également largement utilisés. Ils sont prescrits pour le traitement des problèmes liés à la dépression et à l'anxiété et peuvent interagir avec d'autres dépresseurs ou stimulants du SNC.

Pour plus d'information sur les drogues et leurs effets, consultez les sites suivants :

- www.drogues.gouv.fr
- www.ofdt.fr
- www.drogues-info-service.fr

Les produits communément consommés et leurs effets

L'**ALCOOL** est de loin la drogue la plus populaire au Royaume-Uni. La consommation excessive régulière ou la consommation dépendante sont associées à un large ensemble de problèmes de santé et de conséquences sociales (SIGN 2003, Gouvernement de sa Majesté, *HM Government* 2007, Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2009a). L'alcool est un dépresseur du SNC qui est rapidement assimilé dans le flux sanguin. Les premiers effets de l'alcool peuvent apparaître en moins de 5 minutes après absorption et ils peuvent durer plusieurs heures en fonction de la quantité ingérée (DrugScope 2010). Son effet sédatif ralentit le corps et donne l'impression aux personnes d'être relaxées ou moins inhibées. Des niveaux de consommation élevés peuvent altérer le débit de parole, les fonctions motrices et provoquer un état de somnolence. Une trop forte consommation peut provoquer des pertes de conscience et la mort (en s'étouffant en vomissant) et est associée à un risque plus important d'accidents, de rapports sexuels non-protégés, d'agressions et de violences (ce qui inclut la violence conjugale). La tolérance à l'alcool peut se développer avec une consommation excessive régulière. La dépendance* est associée à des symptômes de sevrage, qui peuvent être sévères et conduire à une hospitalisation s'il y a constatation d'un syndrome confusionnel, d'hallucinations ou de convulsions (généralement connu sous le nom de *delirium tremens).* L'alcool, consommé en combinaison avec d'autres drogues comme les opioïdes, les benzodiazépines* ou les antidépresseurs, est souvent à l'origine d'overdoses fatales (DrugScope 2010).

Les seuils de consommation pour les hommes et les femmes sont souvent beaucoup plus bas que ce que les gens pensent. Il est recommandé aux femmes de ne pas boire régulièrement plus de 2-3 unités d'alcool par jour, les hommes quant à eux ne devraient pas boire plus de 3-4 unités d'alcool par jour. Sur la durée d'une semaine les femmes ne devraient pas dépasser 14 unités et les hommes 21 unités. Par ailleurs il est conseillé que chacun ait au moins deux jours sans alcool par semaine et ne pratique pas l'alcoolisation massive *(binge drinking)* (Gouvernement de sa Majesté, *HM Government* 2007, Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2009a).

Note : les seuils de consommation d'alcool pour les hommes et les femmes qui veulent concevoir un enfant, ou pour les femmes enceintes ou allaitant, sont différents. Ils sont détaillés dans le chapitre suivant de ce livre.

Les benzodiazépines* comme le diazépam (Valium®), sont communément appelés des « tranquillisants mineurs » (anxiolytiques) ou des « somnifères » (hypnotiques) et sont des dépresseurs du SNC. Ceci dit, ce sont des drogues sédatives qui soulagent l'anxiété et la tension et peuvent ralentir les réactions des personnes et les faire se sentir calmes, somnolentes, léthargiques et distraites (DrugScope 2010). Les effets commencent après 15 minutes approximativement et peuvent durer de 4 à 8 heures sans avoir à reprendre de dose. Les benzodiazépines se trouvent facilement sur le marché noir et sont en usage répandu. Les personnes peuvent devenir rapidement dépendantes aux benzodiazépines s'ils les consomment de manière continue. Le sevrage des benzodiazépines, particulièrement le sevrage brutal, peut entraîner des symptômes sévères d'anxiété, de l'insomnie, de l'irritabilité, de la confusion, des hallucinations et des convulsions (similaires aux symptômes de sevrage à la dépendance* alcoolique). De nombreuses personnes trouvent difficile d'arrêter les benzodiazépines et peuvent avoir besoin d'une réduction graduelle du dosage pour y parvenir. Si l'usage est régulier, les benzodiazépines peuvent devenir inefficaces comme somnifères au bout de 2 semaines et inefficaces pour soulager l'anxiété au bout de 4 mois (DrugScope 2010). La tentation est de continuellement augmenter le dosage pour obtenir le même effet. Bien que l'usage dépendant des benzodiazépines soit commun, ils ne sont véritablement efficaces que comme des traitements à court terme. La recherche montre que la combinaison des benzodiazépines avec d'autres drogues, et tout particulièrement l'alcool, est souvent la cause d'overdoses fatales (DrugScope 2010).

LES OPIOÏDES sont des dépresseurs du SNC qui ont un effet analgésique (qui soulage la douleur).
Ils comprennent :

- les opiacés : dérivés du pavot, par exemple la morphine, la codéine ;
- les équivalents synthétiques : comme la méthadone*, la diamorphine (héroïne), la dihydrocodéine (DF118 ou "difs"), la buprénorphine (par exemple le Subutex®*, le Temgésic® et le Suboxone®), le dipipanone (Diconal®), la péthidine.

En dehors de l'analgésie, les opioïdes produisent un ensemble d'effets physiques. Ils perturbent l'activité du système nerveux central, ce qui inclut les fonctions de réflexe comme la toux, la respiration, la fréquence cardiaque. Ils perturbent également l'activité intestinale, ce qui conduit à la constipation. À de plus hautes doses, ils conduisent à la sédation et l'usager devient somnolent et éprouve une forme de satisfaction. Des doses excessives produisent un état stuporeux et le coma. La tolérance et la dépendance* physique se développent avec l'usage continu régulier. Les effets physiologiques de l'usage opiacé à long terme ne sont jamais graves en soi. Ils incluent des troubles respiratoires, de la constipation et une irrégularité menstruelle (DrugScope 2010).

L'intoxication aux opioïdes... se réfère généralement à l'expression être « stone » sous drogues opiacées et survient généralement après qu'une personne ait pris une dose supérieure à son niveau de tolérance. Une personne intoxiquée peut être sans réaction, avec les pupilles en têtes d'épingle, des troubles respiratoires (une respiration faible et peu fréquente), un pouls faible et rapide, de même qu'elle peut être pâle et avoir les extrémités froides.

L'overdose d'opioïdes... peut être mortelle. Une attention médicale immédiate et un traitement est requis – en général on administre de la naloxone (par exemple le Narcan®) pour inverser les effets de l'overdose. Une personne qui fait une overdose aura les lèvres bleues et la peau froide, perdra connaissance et ne répondra plus aux stimuli, développera un arrêt respiratoire et pourra mourir (parfois par asphyxie après des vomissements).

Le sevrage des opioïdes chez les adultes... un sevrage brutal menace rarement la vie de la personne et est beaucoup moins dangereux que le sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines*. Les symptômes du sevrage se développent chez les usagers d'opiacés dépendants environ 24-72 heures après leur dernière dose. Les symptômes peuvent comprendre : nausées, vomissements, diarrhée, insomnie, crampes musculaires, chair de poule, peau froide et moite, pupilles dilatées, yeux et nez qui coulent, douleurs abdominales, transpi-

ration, nervosité, irritabilité, ainsi qu'une intense envie de drogue. Les symptômes physiques se calment sans traitement après 7 jours. En ce qui concerne le sevrage des opiacés durant la grossesse, voir la section « La gestion de l'usage de substances psychoactives durant la grossesse ».

LES DROGUES STIMULANTES (également appelées psychostimulants) sont des substances qui induisent à court terme un renforcement des fonctions physiques ou mentales ou des deux, comme la vivacité, la vigilance, l'éveil, la locomotion et l'endurance. Les drogues stimulantes sont communément considérées comme des « boostants » alors que les dépresseurs du SNC sont communément considérés comme des sédatifs faisant « piquer du nez » (DrugScope 2010). De nombreuses drogues stimulantes augmentent le rythme cardiaque et la pression sanguine, et entraînent une perte d'appétit et une diminution de la sensation du besoin de se reposer ou de dormir. À haute dose, les usagers ont tendance à se sentir énergiques et confiants, ils éprouvent un enchaînement plus rapide des pensées et idées et peuvent se sentir (et agir) comme s'ils avaient des pouvoirs physiques et psychiques supérieurs (DrugScope 2010). Paradoxalement les drogues stimulantes peuvent déclencher ou atténuer l'anxiété.

La plupart des drogues stimulantes (comme les amphétamines, la cocaïne, le crack) agissent très rapidement (suivant le mode d'administration) et ont des effets de courte durée (qui se dissipent rapidement). Un usage régulier peut mener à une dépendance psychologique et à une tolérance accrue, ce qui entraîne la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. Les usagers peuvent être tentés de répéter la prise de doses pour éviter les sentiments de léthargie, de fatigue, d'anxiété et de dépression. Un usage exagéré est en général associé à un manque de sommeil et de nourriture et à une baisse de la résistance aux infections. On constate parfois des attaques de panique, des symptômes psychotiques (comme la paranoïa, des illusions et hallucinations) et un sentiment d'être « enchaîné ». Certains usagers connaissent des changements d'humeurs sévères et peuvent devenir très irritables et agressifs. Les symptômes disparaissent en général une fois que la drogue a été éliminée du corps (DrugScope 2010).

L'usage de drogues par injection

Bien que de nombreux usagers de drogues disent consommer les drogues par voies orale, nasale ou pulmonaire, l'usage de drogues par injection reste commun. Les drogues qui peuvent être facilement préparées pour l'injection comprennent :

- la diamorphine (héroïne),
- la buprénorphine (Temgésic®, Subutex®),
- la cyclizine (Valoid®),
- les amphétamines (le « speed »),
- la morphine (Skénan),
- le dipipanone (Diconal® – qui comprend également de la cyclizine, un anti-nauséeux),
- la cocaïne et le crack.

> *Note : le Suboxone® (une formule combinant buprénorphine/naloxone) est normalement prescrit en préférence au Subutex® (buprénorphine) comme moyen de réduire la tendance qu'ont les usagers à injecter ce produit.*

L'usage de drogues par injection et le partage de seringues, aiguilles ou autre petit matériel (par exemple cuillères, filtres, eau, récipients, etc.) restent un grave problème de santé publique. Des guides sur l'injection à moindre risque sont maintenant disponibles pour les professionnels et incitent à promouvoir l'usage unique de tout le matériel d'injection (comme les seringues et les aiguilles) de même que l'usage unique du petit matériel (*Injecting Equipment Provision – IEP,* Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2010b). Il faut que les professionnels continuent à fournir des messages sur les risques associés au partage de petit matériel, étant donné que de nombreux usagers de drogues ne les perçoivent pas comme étant un risque de dissémination de virus sanguins (VIH, hépatite C et hépatite B) – voir également le chapitre « Virus véhiculés par voie sanguine et grossesse ».

Il faut également noter que des prises répétées par le nez de cocaïne ou d'amphétamines endommagent les muqueuses nasales (DrugScope 2010). Le partage du petit matériel de « sniff » (« pailles ») entre usagers augmente le risque de transmission d'hépatite C (Fischer *et al.* 2008, Aaron *et al.* 2008).

LA RÉDUCTION DES RISQUES AU FÉMININ

MONIQUE DOUGUET [1], GABRIELLE DELEGLISE [2], ISABELLE DROUIN [3], GÉRARD FURY [4], YVES-ALAIN LIENARD [5], VIRGINIE MAZZA [6], MAYA NETO [7], SOPHIE PEREZ [8]

(1) Directrice, association Réduire les risques, Montpellier
(2) Infirmière diplômée d'état, association Réduire les risques, Montpellier
(3) Agent de prévention santé, association Réduire les risques, Montpellier
(4) Agent de prevention santé, association Réduire les risques, Montpellier
(5) Agent d'accueil et d'accompagnement social, association Réduire les risques, Montpellier
(6) Assistante de service social, association Réduire les risques, Montpellier
(7) Animatrice sociale, association Réduire les risques, Montpellier
(8) Agent de prévention santé, association réduire les risques, Montpellier

Contact : reduirelesrisques@wanadoo.fr

Les représentations sociales et leur impact sur l'image de la femme conduisent à la discrimination voir à l'exclusion des femmes usagères de drogues.
Aujourd'hui encore, les représentations sociales sur la question du genre sexué ont une influence sur la considération de la place de chacun dans la société.
Quel que soit notre genre, nous sommes imprégnés de l'apparence que nous véhiculons. Cette apparence va déterminer l'image que nous renvoyons à autrui et influencer la relation qui va se construire avec l'autre.
Les femmes qui se situent dans une addiction s'exposent à un contexte de vie qui renforce leur vulnérabilité, déjà déterminée dans le rapport hommes/femmes et pire encore si elles sont sans domicile. Pour une femme, vivre dehors, c'est être plus souvent victime de violences physiques et/ou psychologiques, d'agressions sexuelles et/ou émotionnelles ; beaucoup d'entre-elles masque leur féminité et certaines peuvent développer des comportements agressifs envers elles ou les autres pour lutter contre cet environnement.

Dans la société, l'image de la femme est de fait associée à celle de la maternité.
Ainsi, les femmes qui se situent dans une problématique d'addiction ne vont-elles pas amener des questions quant à leur capacité à être la « bonne mère ».Vont-elles assurer et assumer les besoins primaires de leur enfant ? Vont-elles pouvoir favoriser son développement et son autonomie?
Les représentations de part et d'autre sur l'addiction et l'image de la mère viennent renforcer la stigmatisation à l'égard de ces femmes toxicomanes, pour qui, révéler leurs consommations de substances psycho-actives devient d'autant plus complexe.
Les recherches (rapport INSERM 2010 sur la réduction des risques*) montrent que les femmes se présentent moins spontanément que les hommes dans les lieux pour personnes dépendantes. Révéler sa dépendance* dans un contexte d'usage illicite, c'est prendre le *risque* du retrait de garde des enfants.

Aussi, des structures spécifiques, dédiées à l'accueil au féminin sont indispensables. C'est pourquoi l'association Réduire les risques a proposé ce projet d'« Accueil des femmes et des familles » dès septembre 2000. L'approche est différente, plus posée,

plus à l'écoute, pour déjouer toutes les représentations ancrées dans l'esprit tant des intervenants que des personnes rencontrées.
Il nous semble en effet que les limites d'échanges rencontrées par les intervenants sont davantage liées au degré de cheminement de l'intervenant lui-même par rapport à la question plus globale du genre (masculin/féminin) qu'à une question de compétence professionnelle.

Notre approche comporte deux notions primordiales : l'anonymat et la libre adhésion.

Un accueil spécifique femme avec ou sans enfant, permet de créer un espace bien à eux et sécurisant. Les locaux chaleureux, sobres et accueillants (avec espace jeux pour enfants) où chacune peut se poser ou satisfaire quelques besoins primaires : collation et boissons chaudes/froides, douches, vestiaires, machine à laver, programme d'échange de seringues en libre-service... offrent un cadre « sécurisant » et sans contrepartie (hormis le respect des règles de base de civilités).

Nous travaillons en première ligne et l'un de nos objectifs est d'établir un lien avec chaque personne accueillie.
L'accueil de la personne se fait tel qu'elle est, sans jugement sur ses difficultés, symptômes et situations. Le lien se construit d'abord dans l'écoute bienveillante et par l'observation car décrypter les non-dits, déchiffrer les messages permet d'affiner l'accompagnement. Il est nécessaire d'entendre la souffrance et les besoins de l'Autre. Cela commence donc par rassurer et apaiser la personne. Créer une accroche pour passer de la rencontre à la relation.
Pour nous, accompagner, c'est cheminer avec la personne, et pour ce faire, la réduction des risques* implique une posture professionnelle bousculant quelques peu les schémas habituels de la relation éducative.

Dans ce lieu rassurant et repérant, les temps collectifs mis en place (en salle d'accueil, sorties en groupe, réunions d'échanges, ateliers bien-être : relaxation, esthétique, théâtre, cuisine et bien sûr nos ateliers santé) permettent d'apprendre et de réapprendre à nouer des liens avec les autres. Les enfants sont présents et peuvent partager certaines activités. L'équipe pluridisciplinaire, présente, à l'écoute, disponible et accueillante, renforce le sentiment de « cocooning » lié à l'association, en respectant la nécessité du temps propre à chaque rencontre.

L'INFIRMIÈRE, outre le travail pluridisciplinaire autour de la réduction des risques* liés à l'usage de drogue : éducation aux règles d'hygiène, échange de matériel stérile, transmissions infectieuses, dépistages (sur place) et traitements médicaux (en réseau avec les CSAPA* et le réseau Hépatites et VIH), législation, justice, administratif... et hormis le protocole médical de bobologie en tant qu'outil de rencontre, utilise largement le toucher et « l'enveloppement ». Dans cette approche maternante, elle peut aborder progressivement et naturellement tous sujets de l'ordre de l'intime, en fonction des demandes ou des problématiques évaluées : éducation à la santé (bien-être physique et moral) spécifiquement féminin :

- connaissance anatomique et physiologique du corps féminin ;
- informations sur la sexualité, les cycles menstruels, la libido, la contraception de base et d'urgence (délivrance gratuite de pilules du lendemain, préservatifs féminins ou masculins et tests de grossesse) ;

- troubles menstruels (dysménorrhée, aménorrhée, métrorragies et liens éventuels avec certaines consommations ;
- travail avec l'unité spécifique de grossesse et addiction de la maternité d'Arnaud de Villeneuve, avec le Réseau périnatalité et addictions ainsi que le Planning familial ;
- prévention, soutien et accompagnement en réseau aux femmes victimes de violences conjugales entre autre, avec l'assistante sociale du commissariat de police ;
- restauration de l'image de soi, socialement, par orientation et accompagnement physique à la demande sur rendez-vous : dentiste, chirurgie dentaire et prothèses.

L'ASSISTANTE SOCIALE, adapte son mode d'intervention en fonction du rythme des personnes. Face à un public fonctionnant dans l'immédiateté, elle vise à évaluer les situations et à en repérer l'urgence. Elle doit pouvoir recevoir les usagères dans l'instant sans nécessairement poser le cadre d'un rendez-vous.

L'assistante de service social contribue à l'information, l'orientation des personnes. Elle participe à leur accompagnement social et les aide dans nombre de démarches administratives et sanitaires. Elle favorise l'accès à l'ouverture de droits et accompagne vers le droit commun.

Dans la peur du placement de leurs enfants, certaines mères accueillies se représentent parfois l'assistante sociale comme une éventuelle menace. Pour éviter cela, l'assistante sociale d'un CAARUD* favorise un lien de confiance, elle entretient une relation de « juste proximité » et permet alors d'atténuer les représentations sur le métier.

Dans ce cadre, l'assistante sociale rassure et apporte un soutien à la parentalité et permet parfois d'atténuer leurs angoisses. Il s'agit alors d'établir un rôle de coordination et de « médiation » avec les intervenants du domaine de la protection de l'enfance, et de lever aussi certaines représentations auprès de ces professionnels quant aux personnes dans l'addiction.

Ainsi, la sérénité bienveillante et linéaire de l'accueil permet le fragile tissage de lien durable : un lieu de confiance où il est possible de parler de tout, à son rythme, sans tabou et sans crainte de jugement. Les sujets spécifiques féminins abordés en commun souvent de manière informelle permettent à chacune de se confronter au ressenti et aux regards des autres, et de créer, à terme une certaine complicité au « féminin » dans ce lieu protégé, tel un gynécée !

Alors, dans ce repos de guerrières, peuvent émerger de nouveaux projets de vie, des désirs de soins et de « prendre soin » de soi... que l'équipe accompagnera.

POSITIONNEMENT DES SALARIÉS DU CAARUD *Réduire les risques*

TEMPS DE PRÉSENCE SUR L'ACCUEIL

☐ **I.D.E. (0,50ETP) - GABY**
- Mardi, mercredi et jeudi après-midi

▲ **A.S. (1ETP) - VIRGINIE**
- Mardi de 16h30 à 17h30
- Jeudi après-midi pour être repéré des personnes qui sont en démarches.

● **Animatrice sociale (0,75ETP) - MAYA**
- Lundi, jeudi toute la journée
- Mardi jusqu'à 16h et vendredi tout l'après-midi

● **M.E. (0,57ETP) - YVES-ALAIN**
- Mercredi, jeudi et vendredi tout l'après-midi
- Mardi jusqu'à 16h30

● **M.E. (0,75 dont 0,42 sur l'accueil) - SOPHIE**
- Mercredi et jeudi matin
- Lundi, mercredi et jeudi tout l'après-midi

ÉQUIPE DE PROXIMITÉ

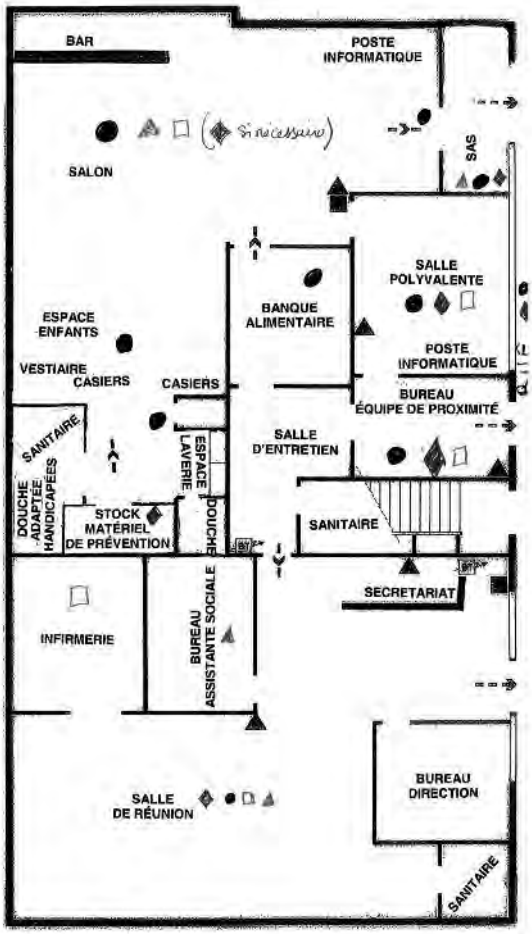
♦ **M.E. (1ETP) à Montpellier - ISA**
- Parfois en renfort sur l'accueil

♦ **A.M.P. (1ETP) à Montpellier - GÉRARD**
- Parfois en renfort sur l'accueil

♦ **M.E. (0,13ETP) à Sète - SOPHIE**

SECRÉTAIRE COMPTABLE (1ETP) - CATHY
DIRECTRICE (0,80 ETP) - MONIQUE

RÉUNION D'ÉQUIPE :
- Mardi et le vendredi matin



6/

LES DROGUES ET LEURS EFFETS SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS

- Des informations probantes 144
- Les effets du tabac 145
- Les effets de l'alcool 146
- Les effets des drogues (illicites et prescrites) 148

Toutes les femmes devraient recevoir des informations sur les effets du tabagisme, de la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse. Idéalement, l'information devrait être donnée bien avant la conception afin que la femme ait la possibilité de modifier sa consommation de substances psychoactives avant d'être enceinte (voir la section sur « les soins avant la conception »).

La réponse courante à une question, comme « j'ai pris de la X avant d'apprendre que j'étais enceinte. Est-ce que cela peut nuire à mon bébé ? », est le plus souvent « non ». Toutefois, les résultats dépendent de la substance utilisée, de la quantité prise, de la période, de la façon dont elle a été prise, à quel stade de la grossesse, et de nombreux autres facteurs tels que l'alimentation, la santé générale et la situation sociale. Trop mettre l'accent sur la probabilité des effets néfastes peut avoir pour effet regrettable de convaincre certaines femmes concernées de vouloir mettre un terme à leur grossesse de façon inappropriée. D'autres peuvent arrêter brusquement leur consommation dépendante de drogues (ce qui pourrait être dangereux pour le fœtus) ou évitent d'entrer en contact avec des professionnels en raison de craintes exagérées.

La consommation de drogues est associée à des taux accrus de mortalité et de morbidité obstétrique et pédiatrique et peut affecter la grossesse de plusieurs manières différentes. Au cours du 1er trimestre, lorsque les organes du fœtus sont en cours de formation, les effets tératogènes (malformations) sont la principale préoccupation. C'est un moment où la femme peut ne pas savoir qu'elle est enceinte. Au cours des 2e et 3e trimestres, la principale préoccupation concerne la croissance et le développement fonc-

tionnel. Une fonction placentaire et une croissance du fœtus altérées peuvent avoir pour résultat un bébé de poids insuffisant à la naissance. L'usage de drogues illicites et la consommation fluctuante de substances psychoactives peuvent augmenter le risque d'accouchement prématuré. Le risque de mort subite du nourrisson est plus grand et le syndrome de sevrage néonatal* est fréquent chez les bébés nés de femmes ayant des dépendances* à certaines drogues. Les enfants exposés à trop d'alcool *in utero* peuvent naître avec le syndrome d'alcoolisation fœtale* ou embryofoetopathie alcoolique (RCOG 2006a, BMA, 2007a).

De nombreuses femmes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues se sentent inquiètes et coupables concernant les effets de cette consommation sur le bébé et peuvent par conséquent sembler réticentes à en discuter (Klee *et al.* 2002). Les professionnels doivent laisser aux parents la liberté d'exprimer leurs préoccupations, leurs craintes et leurs questions, qu'ils hésitent à soulever spontanément. Très souvent, les parents seront soulagés quand un professionnel abordera le sujet et les encouragera à partager leurs préoccupations. Leur permettre d'exprimer leurs inquiétudes quant à de mauvais résultats et leur ambivalence au sujet de leur situation actuelle, y compris leur consommation de drogues, leur traitement et ainsi de suite, peut avoir une dimension thérapeutique. Les parents se plaignent souvent qu'on ne leur « en dit pas assez » et les professionnels remarquent que les parents sont « mal préparés » ou « mal informés ».

Les fascicules qui s'adressent aux usagers des services sociaux et des services de santé, comme celui qui est fourni avec le présent ouvrage – « Enceinte... et usagère d'alcool ou de drogues ? » (*cf.* annexe 4) doivent être donnés à toutes les mères qui déclarent une consommation de substances nocives. Cette brochure peut être donnée à la future mère, quand elle dévoile sa dépendance* aux drogues ou un problème lié à l'alcool lors de ses premiers rendez-vous. La brochure est « accessible à tous » et décrit les effets généraux liés à la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse, offre des conseils sur la façon de gérer la consommation de ces substances pendant la grossesse, et fournit des information sur l'allaitement maternel, les virus à mode de contamination sanguine et le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN). Les femmes et leurs partenaires devraient être invités à lire la brochure et à en discuter avec la sage-femme ou d'autres professionnels de santé impliqués dans leurs soins.

Des informations probantes

À l'exception du tabac et de l'alcool, il a été difficile d'établir des informations claires et fiables sur les effets de drogues spécifiques concernant le développement du fœtus et du bébé. Une grande partie de la recherche est méthodologiquement imparfaite et les résultats sont incohérents et contradictoires (Hepburn, 2004b). Les études bien contrôlées sont en effet difficiles à mener et les résultats d'une grossesse sont liés à des facteurs multiples (Kaltenbach 1994, Lester *et al.* 2004, Schempf 2007). Ils sont le produit d'une interaction dynamique entre des facteurs génétiques, la santé physique et psychologique, la nutrition, des carences sociales et d'autres influences environnementales, la qualité des aides des services de santé et des services sociaux, ainsi que les effets de l'usage du tabac, de l'alcool et de drogues. Ces facteurs de confusion (qui souvent ne sont pas contrôlés dans les études) ont rendu difficile l'établissement de relations de cause à effet. Ceci est particulièrement vrai dans la mise en relation entre une exposition intra-utérine spécifique du fœtus à la drogue et des conséquences sur le développement à long terme chez les enfants (Hogan 1998, Frank *et al.* 2001, ACMD 2003).

Les problèmes liés à la drogue et à l'alcool sont étroitement associés à la pauvreté, au chômage, à l'absence de logement, à la violence, à la délinquance et à l'emprisonnement, à la mauvaise santé physique et psychologique, à l'isolement social, et à une mauvaise prise en charge par les services de santé et les services sociaux. Ces autres facteurs peuvent donc aussi éclairer bon nombre des constatations rapportées dans la littérature (Craig 2001). Il y a aussi une dimension morale qui s'ajoute à ce qui est censé être

un ensemble de preuves scientifiques objectives. Des rapports sur les effets indésirables sont plus susceptibles d'être publiés que la recherche évoquant l'absence de tels effets, quelle que soit la validité scientifique de la recherche (Koren *et al.* 1989, Frank *et al.* 1993). Les informations qui suivent concernant les effets de certaines drogues, doivent être lues en prenant en compte ces limites.

Les effets du tabac

Les risques associés à l'utilisation maternelle de tabac sont particulièrement bien établis (NICE, 2008a, 2010b). De nombreuses substances nocives sont contenues dans les cigarettes. La nicotine, le monoxyde de carbone et le cyanure sont soupçonnés d'avoir les effets les plus néfastes, réduisant le flux sanguin et l'apport d'oxygène vers le fœtus (Johnstone, 1998).

Fumer pendant la grossesse augmente le risque de mortalité infantile d'environ 40 % (2010b NICE), et le tabagisme maternel au cours des 12 premières semaines de grossesse (jusqu'à la fin du 1er trimestre) est responsable de 25 % des naissances de bébés ayant un poids trop faible (*Scottish Executive*, 2001). Le tabagisme provoque une réduction de poids à la naissance supérieure à celle de l'héroïne et représente un facteur de risque majeur dans le syndrome de mort subite du nourrisson (*Scottish Executive*, 2003). Moran *et al.* (2009) soulignent que les complications directes de la grossesse potentiellement liées au tabac sont semblables à celles de la cocaïne – dans les deux cas elles sont liées au Retard de croissance intra-utérin (RCIU*), au décollement placentaire, à la rupture prématurée des membranes et à l'accouchement prématuré. Les bébés nés de gros fumeurs peuvent également présenter des signes mineurs de sevrage, y compris des signes de nervosité dans la période postnatale précoce (*Scottish Executive*, 2003).

Bien qu'il n'y ait pas de preuve formelle que le tabagisme provoque des malformations congénitales, nombre de complications de grossesse et de complications néonatales y sont associées (NICE, 2008a, 2010b). Il s'agit notamment :

- de fausses couches ;
- de grossesses extra-utérines ;
- de placenta prævia ;
- de décollement placentaire ;
- de rupture prématurée des membranes ;
- de mortinatalité (mort-né) ;
- d'accouchement prématuré ;
- de Retard de croissance intra-utérin (RCIU) ;
- de faible poids de naissance ;
- de fente labiale et palatine ;
- de réduction de la production du lait maternel ;
- de Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).

Des études sur les effets à long-terme suggèrent que les enfants de fumeurs souffrent de plus graves infections respiratoires dans l'enfance et l'adolescence (par exemple bronchite et pneumonie), et ont plus de risques de développer de l'asthme et des otites moyennes (2010b NICE). L'exposition *in utero* à la fumée a également été associée à des problèmes psychologiques durant l'enfance (par exemple des problèmes d'attention et d'hyperactivité, ou des comportements perturbateurs et négatifs) et peut avoir un effet négatif sur la performance scolaire de l'enfant (NICE 2010b).

La fumée secondaire (ou « tabagisme passif ») semble présenter des risques similaires au tabagisme maternel pour le fœtus et le bébé, en particulier en ce qui concerne un risque accru de faible poids de naissance, d'accouchement prématuré, de SMSN, d'asthme, d'infections de l'oreille et d'infections respiratoires (Martinez *et al.* 1994, US *Department of Health and Human Services* 2006).

Un certain nombre de facteurs sont clairement associés au tabagisme durant la grossesse (NICE 2010b). Les femmes enceintes qui fument sont plus souvent jeunes, moins instruites, n'occupent généralement pas des emplois spécialisés ou des emplois d'encadrement, vivent dans des logements sociaux ou des locations. Elles sont célibataires ou vivent avec un partenaire fumeur. L'effet néfaste des inégalités sociales et sanitaires sur le tabagisme maternel pendant la grossesse a conduit à une approche plus ciblée vis-à-vis de ceux qui en ont besoin.

Les effets de l'alcool

Aucun niveau « sûr » de consommation d'alcool pendant la grossesse n'a été établi. À tous les niveaux, depuis une consommation faible et occasionnelle jusqu'à une consommation élevée et régulière, il existe des preuves contradictoires quant à la possibilité d'effets néfastes sur le fœtus (Gray & Henderson 2006). Il a été constaté que la consommation d'alcool pendant la grossesse peut potentiellement affecter le cerveau du fœtus et le développement du système nerveux central à n'importe quel moment de la grossesse. L'alcool traverse facilement le placenta ; plus une mère consommera de l'alcool, plus les risques d'effets tératogènes (développement anormal de l'embryon et du fœtus) seront importants (BMA 2007a).

Un problème méthodologique majeur dans les études réside dans les difficultés de la mesure précise de la consommation d'alcool, ce qui explique la nature peu fiable des résultats. La plupart des mesures de consommation d'alcool s'appuie sur les témoignages maternels, qui sont souvent imprécis en raison des biais résultant d'une mauvaise évaluation, de souvenirs pauvres et de la stigmatisation sociale associée à l'abus d'alcool pendant la grossesse (Gray & Henderson 2006, RCM 2010).

UNE CONSOMMATION FAIBLE À MODÉRÉE

Dans une étude du NICE (2008a), il n'a pas été trouvé de preuve d'effets néfastes associés à de faibles niveaux de consommation d'alcool (i.e. < 1,5 unité par jour) pour l'enfant à naître, même si, en raison d'une augmentation possible du risque de fausse couche, il y est recommandé que les femmes enceintes, si possible, évitent de boire de l'alcool pendant le premier trimestre.

Une étude systématique (Henderson *et al.* 2007a) n'a pas permis de trouver de preuve convaincante d'effets indésirables associés à une consommation faible à modérée d'alcool pendant la grossesse – consommation définie comme inférieure à 1,5 unité par jour ou 10 unités par semaine. Toutefois, les preuves avancées ne sont pas assez fortes pour écarter tout risque. Des données provenant de deux méta-analyses sur la consommation modérée – définie comme allant de 3 à 21 unités par semaine – (Polygenis *et al.* 1998, Makarechian *et al.* 1998), et une expertise du *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (Gunzerath *et al.* 2004), suggèrent également qu'une telle consommation n'est pas associée à des déficits de croissance fœtale ou à des malformations congénitales. Le retard de croissance intra-utérine (RCIU), les fausses couches, la mortinatalité et l'accouchement prématuré ont tous été associés à une consommation maternelle d'alcool modérée à forte, mais pas systématiquement (Gray et Henderson 2006).

En plus du volume d'alcool consommé, le schéma, la fréquence et la durée de la consommation d'alcool pendant la grossesse semblent être importants. Les études sur les effets de l'hyperalcoolisation *(binge drinking)* pendant la grossesse (consommation de 6 unités ou plus en une même occasion), n'ont trouvé aucune preuve convaincante d'effets indésirables, à l'exception d'un risque accru de retard de développement neurologique (Gray et Henderson 2006, Sayal *et al.* 2009). Une hyperalcoolisation prononcée et fréquente est considérée comme représentant un plus grand risque pour le fœtus que la consommation modérée régulière (Gray et Henderson 2006).

LA CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL

La consommation abusive d'alcool pendant la grossesse, en particulier celle qui est associée à une dépendance* alcoolique, a pour conséquence la naissance de bébés ayant le Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). La prévalence du SAF au Royaume-Uni est inconnue, mais les études de prévalence dans le monde entier suggèrent que le SAF se produit dans environ 1/1 000 naissances (BMA 2007a).

L'appellation « Syndrome d'alcoolisation fœtale » a été inventée par Jones et Smith en 1973 pour décrire un ensemble de caractéristiques cliniques observées chez les enfants nés de mères dépendantes à l'alcool aux États-Unis.

Le Syndrome d'alcoolisation fœtale est caractérisé par :

- une restriction de la croissance fœtale (avec pour conséquence un faible poids à la naissance, une circonférence réduite de la tête et une taille réduite du cerveau) ;
- un retard de croissance (l'enfant reste en dessous du 10e percentile) ;
- un ensemble d'anomalies faciales caractéristiques, par exemple fentes palpébrales courtes (ouverture des yeux), vermillon mince (lèvre supérieure), partie médiofaciale aplatie et philtrum lisse (section entre la lèvre supérieure et la partie inférieure du nez).
- dommages sur le système nerveux central entraînant une insuffisance permanente de la fonction cérébrale, y compris des anomalies intellectuelles et neurologiques et un retard de développement. Les problèmes courants incluent des difficultés d'apprentissage, des déficits de l'attention, une mauvaise compréhension des situations sociales, une hyperactivité, un comportement impulsif, une mauvaise coordination et une mauvaise organisation, un mauvais tonus musculaire, des déficits de la mémoire de travail, des déficits du langage réceptif, des déficits des fonctions exécutives (par exemple difficulté à s'organiser et faible raisonnement de cause à effet), et une incapacité à tirer des conséquences de leur comportement. Environ 25 % des enfants atteints du SAF ont un QI inférieur à 70 (Streissguth *et al.* 2004).

Le diagnostic repose sur la confirmation de l'exposition prénatale* à l'alcool, bien qu'il n'y ait pas de consensus clair quant à la toxicité (tératogénie) du niveau d'exposition. La « forte » consommation alcoolique maternelle est très largement indéfinie dans la littérature. En tant que guide, le système de classement du code diagnostique à quatre chiffres, *« 4-Digit Diagnostic Code »,* (Astley 2004) établit une distinction entre les niveaux d'exposition prénatale* à l'alcool allant d'un « risque élevé » à un « risque éventuel ». Selon ce système, l'exposition à haut risque est équivalente à une concentration d'alcool dans le sang (BAC) de 100 mg/dl ou plus, consommé au moins une fois par semaine en début de grossesse. Le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* définit également comme « consommation excessive d'alcool » la consommation de plus de 6 unités d'alcool en un seul épisode, pendant 5 jours ou plus au cours d'une période de 30 jours *(US Department of Health and Human Servic*es 2000).

Tous les bébés de femmes qui boivent beaucoup pendant la grossesse ne développent pas de SAF « complet », et une recherche considérable a été entreprise pour examiner les facteurs qui contribuent au développement du SAF. Bien d'autres facteurs de confusion semblent importants. Ces facteurs comprennent la santé physique générale, la nutrition, les interactions hormonales, la santé mentale (en particulier les niveaux de stress), la violence familiale, l'âge, le *nombre* d'enfants nés « viables », le tabagisme et la consommation d'autres drogues, ainsi que la privation sociale (MRC 2010, BMA, 2007a, Abel, 1998). Il est maintenant généralement accepté que le SAF est un désordre complexe multifactoriel dans lequel l'exposition à une forte consommation d'alcool *in utero* interagit avec d'autres facteurs environnementaux et une prédisposition génétique (Gray et Henderson 2006).

D'autres « effets fœtaux de l'alcool » associés à l'abus d'alcool ont été décrits, y compris des *Anomalies congénitales liées à l'alcool* (ACLA) et des *Troubles neurologiques du développement liés à l'alcool* (TNDLA). Ces formes partielles du syndrome, qui montrent certaines caractéristiques du SAF (mais pas toutes), comprennent des déficits plus subtils identifiés lors de tests comportementaux, cognitifs, psychologiques et éducatifs. Ces différents effets ont entraîné des changements dans la terminologie qui ont suscité un débat considérable, puisque la relation entre la consommation maternelle d'alcool et le développement d'une gamme de troubles n'est pas entièrement comprise, et qu'un diagnostic différentiel prudent est nécessaire (Abel 1998, BMA 2007).

Pris ensemble, le groupe des effets est connu sous le nom d'*Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale* ou « ETCAF* » (RCOG 2006). L'incidence de l'ETCAF dans les pays occidentaux est estimée à environ 9/1 000 naissances (BMA 2007a). Il existe certaines preuves suivant lesquelles l'ETCAF peut se produire avec des niveaux modérés d'exposition prénatale* à l'alcool, bien que ces preuves ne soient pas concluantes. Les femmes les plus en danger d'avoir un enfant atteint du SAF ou de l'ETCAF sont celles qui vivent dans la pauvreté, un logement social, qui fument ou qui consomment des drogues illicites pendant la grossesse, les mères plus âgées, les femmes ayant une mauvaise alimentation pendant la grossesse, et les femmes « d'origine autochtone » (BMA 2007a).

Le SAF et l'ETCAF sont des situations irréversibles qui ont un impact significatif sur la vie d'un individu et sur la vie de ceux qui les entourent (BMA 2007a). Les déficits neurologiques et cognitifs associés à l'ETCAF signifient que les enfants touchés pourront rencontrer des problèmes en raison de difficultés d'apprentissage, de jugement, de planification et de mémorisation. Il s'agit notamment de problèmes de santé mentale, d'expérience scolaire perturbée, de comportement criminel, d'emprisonnement, de comportement sexuel inapproprié, et de problèmes d'alcool et de drogues en tant qu'adolescents et en tant qu'adultes (Streissguth *et al.* 2004).

Les taux de diagnostics du SAF sont notoirement pauvres (Elliott *et al.* 2006, RCOG 2006). Les caractéristiques du SAF ou de l'ETCAF peuvent ne pas être apparentes à la naissance et peuvent changer au fil du temps pendant le développement de l'enfant. Les problèmes de développement neurologique sont habituellement évalués après la petite enfance et tendent à persister durant la vie adulte. De même, les traits du visage liés au SAF deviennent plus évidents vers l'âge de huit mois mais ont tendance à être ensuite moins apparents pendant l'enfance. La période la plus précise pour un diagnostic se situe entre trois et douze ans (Gray et Henderson 2006).

Bien qu'il existe un grand nombre de preuves pour montrer que les problèmes d'alcool du père affectent le développement et le comportement de l'enfant, peu d'études ont enquêté sur les effets de la consommation d'alcool paternelle sur le risque de Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ou sur l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Certaines études ont enquêté sur le lien entre la consommation d'alcool *paternelle* sur l'issue de la grossesse, le poids à la naissance, l'accouchement prématuré et les fausses couches. La conclusion générale est qu'il n'y a aucune preuve d'une contribution paternelle significative. Cependant, aucune étude n'a porté sur le développement neurologique (Gray & Henderson 2006).

Les effets des drogues (illicites et prescrites)

Comme indiqué précédemment, les études portant sur les effets des drogues pendant la grossesse présentent de nombreux problèmes méthodologiques et facteurs de confusion amenant à des résultats incohérents et contradictoires (Kaltenbach 1994, Lagasse *et al.* 1999, Lester *et al.* 2004). Les effets signalés des produits sur le fœtus sont globalement similaires et en grande partie non-spécifiques au type de produit utilisé (*Ministry of Health,* 2007a). Le RCIU* et les accouchements prématurés contribuent au faible poids de naissance et à l'augmentation des taux de mortalité périnatale (Hepburn,

2004b). Ces résultats sont multifactoriels et sont également associés à la privation socio-économique, à la mauvaise santé maternelle, au stress et au tabagisme *(Ministry of Health,* 2007a). Schempf et Strobino (2008) rappellent que les études qui ont contrôlé les soins prénataux* et les facteurs sociaux, psycho-sociaux, comportementaux et médicaux associés montrent que les effets directs de la consommation illicite de drogues sur la naissance n'ont pas été significatifs.

LE CANNABIS

(MARIJUANA OU « HASCH »)

Malgré son usage répandu, l'information sur les effets du cannabis pendant la grossesse est généralement médiocre. Un examen du cannabis par l'Organisation mondiale de la santé (1997) a conclu qu'il n'y avait aucune preuve que le cannabis ait lui-même un effet direct sur la grossesse ou le développement du bébé. Fergusson *et al.* (2002) n'ont trouvé aucune association entre la consommation de cannabis pendant la grossesse et un risque accru de mortalité périnatale ou de morbidité. En ce qui concerne les effets sur le poids de naissance, une méta-analyse des études ajustées sur le tabagisme (English *et al.* 1997) n'a pas trouvé de preuves suffisantes démontrant que l'usage du cannabis, dans la quantité habituellement consommée par les femmes enceintes, entraîne une réduction de poids à la naissance. Toutefois, le cannabis est normalement mélangé avec du tabac et fumé dans un « joint ». Le tabac provoque une réduction de poids à la naissance, un risque accru de Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) et de nombreuses autres complications de grossesse.

LES BENZODIAZÉPINES*

(PAR EXEMPLE LE DIAZÉPAM ET TÉMAZÉPAM)

Il n'y a pas de preuve concluante que les benzodiazépines* causent des malformations congénitales ou d'autres effets indésirables graves sur le fœtus en développement (Moran *et al.* 2009). Toutefois, des risques accrus de faible poids de naissance et d'accouchement prématuré ont été rapportés (Wikner *et al.* 2007), et la plupart des études n'ont étudié que l'utilisation à faible dose, alors que de nombreux usagers de drogue rapportent des prises de fortes doses. Bien qu'il y ait eu quelques rapports sur des anomalies faciales (ex. : fente labio-palatine) suite à l'utilisation de benzodiazépines à forte dose en début de grossesse (Dolovich *et al.* 1998), ces résultats n'ont pas été recoupés de façon fiable (Wikner *et al.* 2007). L'utilisation maternelle de benzodiazépines à proximité du terme peut également se traduire par un « syndrome de la poupée » (amyotrophie spinale), où le nouveau-né est léthargique, a un tonus musculaire réduit et une dépression respiratoire (Day & George 2005).

La dépendance* aux benzodiazépines par la mère est clairement associée à des symptômes de sevrage chez le nouveau-né *(Ministry of Health,* 2007a, *American Academy of Pediatrics,* 1998). Le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) peut être plus grave et prolongé avec les benzodiazépines et l'apparition des symptômes de sevrage peut être retardée en cas d'usage d'opiacés – voir la section sur le « Syndrome de sevrage néonatal ».

LES OPIOÏDES

(PAR EXEMPLE L'HÉROÏNE, LA MÉTHADONE*, LA DIHYDROCODÉINE, LA BUPRÉNORPHINE)

À ce jour, il n'y a pas de données suffisantes sur les effets des opioïdes, en particulier concernant les effets à long terme sur l'enfant (Messinger *et al.* 2004, Bell et Harvey-Dodds 2008, Hunt *et al.* 2008). Il n'existe aucune preuve convaincante suivant laquelle les opioïdes causeraient des anomalies congénitales ou un risque accru de détérioration significative ou permanente du développement neurologique (Johnstone 1998, Messinger *et al.* 2004).

Les opioïdes sont associés à un risque accru :
- de faible poids de naissance ;
- de travail et d'accouchement prématurés ;
- de RCIU* ;
- de Mort subite du nourrisson (MSN).

Un plus grand risque d'accouchement prématuré a été associé à l'usage de drogues illicites, à l'usage de drogues par injection, au sevrage fœtal *in utero,* à une mauvaise alimentation, et à la mauvaise santé maternelle. Almario *et al.* (2009) ont constaté que les femmes enceintes qui ajoutent à leur prescription de méthadone*, deux ou plusieurs drogues illicites (y compris la cocaïne, l'alcool, les opiacés et le cannabis), étaient plus susceptibles d'accoucher avant terme que lors de la prise de méthadone seule. Une méta-analyse (Hulse *et al.* 1997) a permis de constater également une augmentation du risque de faible poids de naissance si la mère consomme de l'héroïne, ou de l'héroïne et de la méthadone, plutôt que de la méthadone seule. Toutefois, d'autres études qui ont contrôlé les effets de la cigarette, la qualité des soins prénatals* et d'autres facteurs de risque, n'ont trouvé aucune association entre la consommation d'opiacés et un faible poids de naissance ou la survenue d'accouchement prématuré (Schempf 2007, Schempf et Strobino 2008). L'usage maternel d'opiacés a été associé à un risque accru de mort subite du nourrisson, même après s'être protégé des effets de la cigarette (Kandell *et al.* 1993).

Les analyses de cas de sevrage aux opiacés au cours de la grossesse ont signalé un risque accru de fausse-couche au 1er trimestre, de mort-nés et de travail prématuré au 3e trimestre (Luty *et al.* 2003). Un sevrage brusque aux opiacés est donc considéré comme potentiellement dangereux pour le fœtus, bien que les risques de sevrage aient été exagérés par le passé et qu'ils peuvent être minimisés par une pharmacothérapie appropriée pour la mère (Johnstone 1998, Hepburn, 2004b) – Voir la section « Gestion de la consommation de drogues au cours de grossesse ».

Le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) est bien documenté chez les bébés nés de mères qui ont une dépendance* aux opiacés – Voir la section « Syndrome de sevrage néonatal ». Les bébés touchés développent normalement des symptômes dans les 24-72 heures suivant la naissance. Les symptômes varient en intensité et peuvent durer de quelques jours à plusieurs mois avant de se résoudre complètement (Lloyd et Mysersough 2006). La méthadone* (en raison de sa plus longue demi-vie) est associée à un déclenchement plus tardif et à des symptômes de sevrage plus graves et plus prolongés que l'héroïne ou la buprénorphine (Cairns 2001, Jones *et al.* 2010, Kakko *et al.* 2008). La consommation d'héroïne est toutefois associée à une mauvaise santé maternelle, à des soins prénataux de mauvaise qualité et à une plus grande probabilité de grossesse difficile et de nourrissons fragiles.

Des études sur le développement à long terme des enfants exposés *in utero* aux opiacés amènent des résultats incohérents et contradictoires, reflétant les variables confondantes existant au sein de ces mêmes études (Kaltenbach, 1994). Cependant, dans l'ensemble, la plupart des études suggèrent que l'environnement de soin joue un rôle plus important sur le développement des enfants que l'exposition *in utero* aux opiacés (Ornoy *et al.* 1996, Burns *et al.* 1996, Messinger *et al.* 2004, Topley *et al.* 2007).

LA COCAÏNE ET LE « CRACK »

Les preuves sur les effets de la consommation maternelle de cocaïne sont relativement importantes, mais peu concluantes. Les effets indésirables sur le fœtus ont été largement rapportés chez les gros consommateurs de cocaïne et de crack, plutôt qu'avec des consommations « de divertissement » ou occasionnelles (Hulse *et al.* 1997b, 2004a Hepburn). La cocaïne est un puissant vasoconstricteur, limitant l'écoulement de sang et d'oxygène vers le fœtus. Il n'y a pas de preuve réelle que la cocaïne soit tératogène (Bauer *et al.* 2005), ou ait un effet défavorable significatif sur le développement à long terme des enfants (Frank *et al.* 2001, Messinger *et al.* 2004).

La cocaïne et le crack sont associés à des risques accrus :

- de décollement placentaire (quand le placenta se sépare de la paroi de l'utérus de la mère avec des risques associés d'hémorragie et d'hypoxie fœtale) ;
- de RCIU* ;
- de bébés de faible poids à la naissance ;
- d'accouchement prématuré.

Une méta-analyse (Addis *et al.* 2001) sur les effets de la consommation maternelle de cocaïne sur l'issue des grossesses a constaté que « seul le risque de décollement placentaire et la rupture prématurée des membranes ont été statistiquement associés à la consommation de cocaïne ». Bauer *et al.* (2005) ont constaté que le retard de croissance était plus évident chez les nourrissons les plus grands et les plus matures, et que l'utilisation à forte dose de cocaïne chez la mère pouvait entraîner la présence de signes d'intoxication chez le nouveau-né à la naissance – ces symptômes comprennent : irritabilité, nervosité, tremblements, cris aigus, succion excessive, hypertonie, mauvaise alimentation et cycle de sommeil anormal (Bauer *et al.* 2005). Le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) n'a pas été rapporté de façon fiable (*Scottish Executive,* 2003).

Un examen systématique (Frank *et al.* 2001) du développement des enfants exposés à la cocaïne *in utero* n'a trouvé « aucune preuve convaincante d'une association avec le développement d'effets toxiques qui seraient différents en gravité, en portée ou en type des séquelles provenant de multiples autres facteurs de risque ». Toutes les études, y compris l'étude de cohorte la plus grande à ce jour (Messinger *et al.* 2004), semblent indiquer que les risques environnementaux (en particulier l'environnement de soins) constituent un meilleur prédicteur du développement mental, psychomoteur, comportemental et linguistique chez les enfants que l'exposition *in utero* à la cocaïne (Frank *et al.* 2001, Brown *et al.* 2004, Bauer *et al.* 2005).

LES AMPHÉTAMINES

(PAR EXEMPLE MÉTHAMPHÉTAMINE OU « SPEED »)

Il n'y a aucune preuve concluante suivant laquelle la consommation d'amphétamines affecterait directement l'issue de la grossesse (NSW *Department of Health* 2006). Toutefois, le sulfate d'amphétamine est un puissant stimulant du système nerveux central et les gros consommateurs ont tendance à avoir une mauvaise santé (en raison d'une mauvaise nutrition, d'une perte de poids, d'anémie et de problèmes de santé mentale). Comme la cocaïne, les amphétamines provoquent une vasoconstriction avec des effets néfastes associés sur la fonction placentaire et la croissance fœtale. Aucun symptôme de sevrage chez le nouveau-né n'a été observé de manière fiable en relation avec l'utilisation d'amphétamines, bien que, comme la cocaïne, des effets d'intoxication aient été décrits (*American Academy of Pediatrics,* 1998).

Des recherches plus récentes portant sur les très jeunes enfants de consommateurs de méthamphétamines aux États-Unis ont signalé des effets indésirables similaires à ceux trouvés avec la cocaïne et le tabac, comme un faible poids à la naissance et un RCIU*, ce qui suggère un effet direct sur la croissance fœtale, car ces effets semblent être liés aux doses utilisées (Smith *et al.* 2006). De légers effets neurocomportementaux chez les nouveau-nés ont également été associés à la forte consommation de méthamphétamines (Smith *et al.* 2008). Ces effets comprennent notamment une diminution de l'éveil, une léthargie accrue, une mauvaise qualité de mouvement et une augmentation du stress physiologique une fois le sujet réveillé. Les effets neurotoxiques de la méthamphétamine peuvent être supérieurs à ceux de la cocaïne en raison de sa plus longue demi-vie (Moran *et al.* 2009).

L'ECSTASY (« E » OU MDMA*)

Il n'y a pas de preuve concluante suivant laquelle la consommation d'ecstasy affecte directement l'issue de la grossesse ou cause des malformations, mais les informations dans la littérature scientifique sont rares (NSW *Department of Health* 2006). La consommation d'ecstasy prénatale* a été prise en compte dans une recherche récente sur les causes de laparoschisis (défaut de la paroi abdominale chez les nourrissons). Une étude cas-témoins (Draper *et al.* 2007) a permis de constater que l'utilisation de drogues récréatives vasoconstrictrices (comme la cocaïne, les amphétamines et l'ecstasy) pendant le premier trimestre est associée à un risque accru de laparoschisis. Cependant, les recherches sur les caractéristiques des femmes enceintes qui consomment de l'ecstasy montrent qu'elles rendent compte d'un large éventail de facteurs de risque qui peuvent compromettre le devenir des grossesses et des nourrissons, y compris le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, la polytoxicomanie, les problèmes de santé mentale et la précarité sociale (Ho *et al.* 2001). Aucun symptôme de sevrage chez le bébé nouveau-né n'a été rapporté avec l'usage d'ecstasy.

LES HALLUCINOGÈNES

(PAR EXEMPLE LE LSD - ACIDE LYSERGIQUE DIÉTHYLAMIDE OU « ACIDE »,
ET LES CHAMPIGNONS HALLUCINOGÈNES)

Il y a peu de données concernant les effets des hallucinogènes durant la grossesse. La plupart des recherches remontent aux années 1970, où l'intérêt pour le sujet a pris naissance en raison d'inquiétudes concernant les rapports de cas d'effets tératogènes et un lien possible avec des anomalies chromosomiques. Il n'existe aucune preuve de malformations congénitales et aucune preuve concluante d'autres risques accrus pendant la grossesse (Aase *et al.* 1970, McGlothlin *et al.* 1970).

LES SOLVANTS ET SUBSTANCES VOLATILES

(PAR EXEMPLE LA « COLLE » ET LE GAZ BUTANE)

Peu de données existent concernant les effets de la consommation de substances volatiles et de solvants pendant la grossesse. Toutefois, les solvants inhalés peuvent réduire l'apport d'oxygène pour le fœtus et des symptômes de sevrage ou d'intoxication ont été signalés chez les consommateurs abusifs. Un certain nombre de jeunes meurent chaque année des effets de substances volatiles (généralement en raison d'une arythmie) et les femmes qui continuent à en utiliser pendant la grossesse courent un risque de mort subite (Johnstone, 1998).

LES ANTIDÉPRESSEURS ET LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

La prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes ayant des problèmes d'alcool et de drogues est élevée (*Ministry of Health,* 2007a). Certains peuvent se voir prescrire des médicaments psychotropes en conjonction avec le traitement de leur alcoolisme ou de leur toxicomanie. Les témoignages sur les risques de problèmes néonataux et d'altération du développement du nourrisson suite à une exposition à des médicaments psychotropes pendant la grossesse et l'allaitement sont limités (NICE, 2007a). Les symptômes toxiques néonataux et les symptômes de sevrage qui suivent l'accouchement par des mères qui ont reçu des médicaments psychotropes pendant la grossesse ont été identifiés. Cela soulève des préoccupations concernant les effets à long terme de tels médicaments sur le développement neurologique de l'enfant (NICE, 2007a). Certains médicaments utilisés pour le traitement des problèmes de santé mentale (par exemple le lithium, le valproate, la carbamazépine, la lamotrigine et la paroxétine) ont été associés à des effets tératogènes et tous les antidépresseurs comportent un risque de sevrage ou de toxicité chez les nouveau-nés. Pour de plus amples informations sur les effets des médicaments psychotropes pendant la grossesse, se reporter à : Santé mentale prénatale* et postnatale : prise en charge clinique et conseils de service, *Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance* (NICE, 2007a).

7/

LA GESTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE

- L'arrêt du tabac 154
- Conseils sur la consommation d'alcool 155
- Unités d'alcool – un guide sommaire 156
- Dépistage de l'alcool 156
- Interventions brèves sur la consommation d'alcool 157
- Dépendance à l'alcool et désintoxication 159
- Évaluer les problèmes liés à la drogue 159
- Gestion de la consommation problématique de drogues 160
- La gestion des médicaments psychotropes 164
- Le mot de la fin 164

Prise en charge du tabac pendant la grossesse : expérience au CHU de Montpellier 165

> *Introduction* 165
> *Informer et signaler les consultations de tabacologie* 165
> *Repérer le tabagisme au cours de la consultation prénatale* 166
> *Proposer l'aide au sevrage en routine pour les patientes fumeuses* 166
> *Former les professionnels à la prise en charge des fumeuses en routine clinique* 167
> *Conclusion* 167

De nombreuses femmes qui ne sont pas vraiment dépendantes de l'alcool ou des drogues s'arrêtent spontanément dès qu'elles se savent enceintes. Ce constat s'applique à environ 20 % des femmes qui fument des cigarettes, et 34 % des femmes qui boivent de l'alcool, et à de nombreuses femmes qui consomment du cannabis et d'autres drogues à des fins « récréatives ». Il s'applique également à certains utilisateurs « contrôlés » d'opiacés et de benzodiazépines* (Johnstone, 1998). Dans la plupart des cas d'utilisation de drogues (à l'exclusion des opiacés) l'objectif immédiat serait celui de l'abstinence, mais, en réalité, cela peut s'avérer difficile à atteindre pour de nombreuses femmes. Il faudra donc apporter beaucoup de soutien et de conseil sur la dépendance* pour aider la mère à travailler vers cet objectif.

En outre, les recherches montrent que les femmes qui ont des problèmes d'usage de substances psychoactives sont plus susceptibles d'avoir des partenaires utilisant également ces produits (*Effective nterventions Unit* 2002). Le partenaire d'une femme peut exercer une influence importante sur son usage de substances psychoactives. Il est donc très important d'inclure le partenaire de la femme dans tout plan de traitement et de soins de sorte que l'environnement le plus favorable puisse être créé. Les observations suggèrent que les femmes qui s'engagent dans un traitement avec leur partenaire ont de meilleurs résultats que celles qui s'engagent sans leur partenaire (*Effective Interventions Unit* 2002).

L'arrêt du tabac

Idéalement, toutes les femmes devraient être encouragées à arrêter de fumer, ou se voir donner de l'aide pour réduire leur consommation avant qu'elles ne conçoivent. Les médecins généralistes, les pharmaciens et les infirmières peuvent se référer à des programmes d'arrêt du tabac et peuvent donner des conseils sur les traitements de substitution nicotinique (TSN). Les médecins généralistes peuvent également prescrire le bupropion (Zyban®) pour accompagner les envies de nicotine, mais les femmes qui sont enceintes ou qui allaitent ne devraient pas utiliser le bupropion (NICE, 2008a, 2010 b NICE).

Au cours de la grossesse, une approche proactive et personnalisée pour arrêter de fumer est nécessaire. Les conseils d'abandon du tabac qui sont donnés pendant la période prénatale* se sont révélés efficaces. Le résultat direct sera un gain significatif en poids de naissance (NICE, 2008a, 2010 b NICE).

Une approche proactive comporterait les éléments suivants :

- lors du premier contact, interroger les femmes enceintes au sujet de leur statut tabagique et fournir des informations sur les risques du tabagisme pour l'enfant à naître et les risques impliqués par l'exposition au tabagisme passif ;
- insister sur les avantages du sevrage tabagique à n'importe quel moment de la grossesse ;
- proposer des informations personnalisées, des conseils et un soutien sur la façon d'arrêter de fumer ;
- encourager la femme à utiliser les services d'arrêt du tabac de l'hôpital et la ligne de soutien téléphonique au tabagisme pendant la grossesse ;
- fournir des détails sur quand, où et comment accéder aux services de soutien à l'arrêt du tabac ;
- penser à offrir un soutien individuel ou à visiter les femmes enceintes à leur domicile s'il leur est difficile de se rendre dans des services spécialisés ;
- se renseigner sur le statut tabagique du père ou du partenaire et l'encourager à arrêter de fumer et à utiliser les services d'arrêt du tabac de l'hôpital.

Les femmes enceintes qui sont fortement dépendantes à la nicotine et incapables d'arrêter de fumer sans aide, peuvent se voir proposer des substituts nicotiniques à la suite d'une discussion avec un professionnel de santé ou dans le cadre du programme d'arrêt du tabac. Ce programme comprend une

évaluation de la motivation, des conseils et du soutien, ainsi qu'une discussion sur les risques et les avantages des TSN. Ceux-ci sont maintenant autorisés pendant la grossesse et l'allaitement. Les personnes suivant un TSN montrent un taux de nicotine dans le corps généralement inférieur à celui présent lors d'une forte consommation de tabac, et ne sont plus exposées aux nombreuses autres toxines émises par la fumée de cigarette, comme le monoxyde de carbone. Si une femme enceinte choisit d'utiliser les patchs de nicotine, il faut lui conseiller de les retirer avant de se coucher le soir.

Les femmes qui sont incapables d'arrêter de fumer pendant la grossesse devraient être encouragées à réduire leur consommation. Des études suggèrent que la diminution de la consommation de tabac peut réduire de façon significative les concentrations de nicotine et peut offrir une certaine protection pour le fœtus, une réduction de 50 % étant associée à une augmentation de 92 g du poids à la naissance (NICE, 2008a).

La plupart des localités ont maintenant des groupes de soutien à l'arrêt du tabac et des praticiens qui ont une mission spécifique concernant le sevrage tabagique pendant la grossesse. Vous pouvez contacter votre médecin généraliste, la pharmacie de secteur ou un service de sage-femme pour plus d'informations. Des brochures d'information sur le sevrage tabagique sont disponibles pour les femmes et leurs partenaires et peuvent être données au cours des consultations de préconception et des consultations prénatales*. Le *National Institute for Clinical Excellenc*e (NICE) a également des indications des TSN dans leur dépliant « d'information pour les patients » (www.nice.org.uk).

Beaucoup de femmes ayant des problèmes de drogue et d'alcool fument du tabac et peuvent trouver qu'il est difficile d'arrêter de fumer. Il est facile d'oublier les risques liés au tabagisme pendant la grossesse lorsque l'on travaille avec des femmes qui utilisent une variété d'autres drogues. Beaucoup de femmes elles-mêmes sont plus préoccupées par les effets des autres drogues, en particulier les opiacés. Les professionnels doivent se rappeler qu'il est important de procurer des informations sur les risques du tabagisme si l'on veut transmettre un message équilibré et cohérent sur le sujet.

Conseils sur la consommation d'alcool

Au Royaume-Uni, les conseils gouvernementaux sur la consommation d'alcool pendant la grossesse adoptent une approche de précaution : ils recommandent aux femmes d'éviter la consommation d'alcool pendant la grossesse ou lorsqu'elles essaient de concevoir. Le principe est le suivant : « pas d'alcool est le choix le plus sûr ». Toutefois, si les femmes choisissent de boire de l'alcool pendant la grossesse, le conseil est le suivant :

- ne pas boire plus de 1 à 2 unités d'alcool une ou deux fois par semaine ;
- éviter l'alcool au cours des trois premiers mois de la grossesse (car il peut être associé à un risque accru de fausse couche) ;
- éviter les excès et l'intoxication (car cela peut être nocif pour le bébé) (2008a NICE).

Bien qu'il y ait des incertitudes concernant un niveau sain de consommation d'alcool pendant la grossesse, il n'existe aucune preuve d'effets néfastes pour l'enfant à naître lorsque de faibles niveaux d'alcool sont consommés (2008a NICE). Les femmes qui sont préoccupées par de faibles niveaux de consommation d'alcool peuvent être assurées que 1-2 unités, une ou deux fois par semaine, ont peu de probabilité de faire du mal (RCOG 2006).

L'abstinence pendant la grossesse est recommandée dans plusieurs pays, dont les États-Unis, le Canada, l'Australie et la France. Les spécialistes soulignent que la recommandation d'abstinence va au-delà de nos connaissances actuelles et peut avoir ses propres effets indésirables (Abel 1998), comme la production d'anxiété maternelle et de culpabilité, qui peuvent à leur tour avoir un impact négatif sur le développement

ultérieur des enfants (O'Connor 2002). Elle stigmatise aussi les femmes dont la consommation peut ne pas avoir été nuisible à leur enfant, elle peut décourager certaines femmes d'assister à des soins prénataux*, ou elle peut affecter négativement la qualité de la relation de la femme enceinte avec sa sage-femme ou son obstétricien (ACOG 2008). C'est une question controversée qui a suscité un débat considérable.

Il est important de se rappeler que les femmes ayant de graves problèmes d'alcool ont besoin d'un environnement dans lequel elles seront capables de parler de leur consommation d'alcool et de leurs difficultés à lutter contre. L'approche des soins doit veiller à ce que les femmes ne se sentent pas coupables et à ce qu'elles se sentent soutenues par les services de santé et les services sociaux.

Unités d'alcool – un guide sommaire

La plupart des pays définissent des « boissons » standard, mais au Royaume-Uni nous nous référons à des unités. Une unité du Royaume-Uni contient 10 ml (8 g) d'alcool pur (éthanol). Depuis que les boissons alcoolisées au Royaume-Uni indiquent à la fois le volume et le degré (le titre alcoolémique volumique), un simple calcul permet de déterminer le nombre d'unités contenues. Par exemple, une bouteille de 750 ml de vin à une concentration de 12 % contient 0,12 x 750 = 90 ml d'alcool = 9 unités. Ou le volume (750 ml) x (12 %) = 1 000 ÷ 9 unités.

Toutefois, il convient de rappeler que la concentration d'alcool dans les différents types de bières et de vins varie grandement. En outre, la taille d'un « verre » de vin dans les restaurants et bars varie énormément et les autres mesures standards ne sont utilisées que dans les bars et les restaurants. Les mesures versées à la maison sont susceptibles d'être différentes, et généralement beaucoup plus grandes !

À titre indicatif, une « unité » d'alcool est l'équivalent de :
- une petite (25 ml) mesure de spiritueux (40 % vol) ;
- une demi-pinte (250 ml) de bière normale (4 %) ;
- un demi-verre (175 ml) de vin moyennement alcoolisé (12 % vol).

- Un petit verre (125 ml) de vin moyennement alcoolisé (12 %) contient 1,5 unités ;
- Une pinte de bière (500 ml à 5 %) contient 2,8 unités ;
- Une bouteille de 275 ml de premix (5 %) contient 1,4 unité ;
- Une bouteille de 2 litres de cidre fort (7,5 %) contient 15 unités.

Des appareils de mesure peuvent être utilisés pour calculer le nombre d'unités dans la plupart des boissons alcoolisées.

Un calculateur d'unités d'alcool en ligne est disponible sur Drinkaware : www.drinkaware.co.uk

Une liste d'unités d'alcool pour une gamme de boissons est incluse dans l'annexe 1 du SIGN (2003) directive 74 « La gestion de la consommation nocive de boissons et de la dépendance* à l'alcool dans les soins primaires », *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care.* www.sign.ac.uk

Dépistage de l'alcool

Les soins prénataux* programmés donnent l'occasion de détecter les niveaux dangereux et nuisibles de consommation d'alcool, de proposer des interventions brèves pour réduire la consommation d'alcool, et de se renseigner sur les traitements spécialisés qui existent (RCOG 2006, l'ACOG 2008). La recherche d'antécédents médicaux réalisée pendant le rendez-vous de déclaration de grossesse implique désormais de questionner la future mère sur sa consommation d'alcool.

Les recherches montrent que les questionnaires de dépistage d'alcool (comme les questionnaires T-ACE et TWEAK) peuvent améliorer considérablement la détection des consommations dangereuses d'alcool pendant la grossesse et sont faciles et rapides à effectuer pendant les consultations prénatales* (Sokol *et al.* 1989, Bradley *et al.* 1998, Chang *et al.* 1999, Chiodo *et al.* 2009). Par exemple, le questionnaire T-ACE est un simple test de quatre questions qui dure environ une minute et qui identifie correctement la majorité (environ 70 %) des buveurs à risque pendant la grossesse (Russell *et al.* 1994). Des exemples de questionnaires de dépistage d'alcool sont inclus dans l'annexe 5.

Chang *et al.* (2006) ont également étudié l'utilisation d'outils de dépistage des consommations dangereuses d'alcool pour identifier la consommation à risque chez les futurs pères. La consommation paternelle peut avoir une forte influence sur la consommation de la femme et les pères ont un rôle important à jouer pour aider les femmes enceintes à arrêter de boire ou à réduire leur consommation (Projet d'alcool et grossesse 2009). Les deux questionnaires T-ACE et AUDIT ont déjà décelé des problèmes d'alcool chez les partenaires masculins de femmes enceintes qui étaient elles-mêmes positives au T-ACE, suggérant ainsi que l'utilisation du T-ACE peut être, pour les praticiens de la santé (par exemple les sages-femmes), un moyen pratique d'identifier une consommation dangereuse à la fois chez les femmes enceintes et chez les futurs pères (Chang *et al.* 2006). Des interventions brèves et un traitement sur mesure concernant la consommation d'alcool peuvent alors être proposés au couple.

Interventions brèves sur la consommation d'alcool

La plupart des femmes (95 %) arrêtent de boire ou réduisent substantiellement la quantité d'alcool qu'elles consomment une fois qu'elles se savent enceintes, ou quand il leur est conseillé de le faire (Gray et Henderson 2006, *NHS Information Centre* 2010). Toutefois, les femmes ayant une consommation « à risque » comprennent également les femmes qui sont enceintes mais qui ne le savent pas encore. Une grossesse non planifiée peut n'être découverte que plusieurs semaines après la conception. Durant cette période, des dégâts liés à la consommation maternelle d'alcool peuvent survenir. Dans l'étude de cohorte du Millénaire, menée par le Royaume-Uni, 58 % des femmes ont déclaré que leur grossesse était non planifiée (Dex et Joshi 2005).

Il existe peu de preuves de l'efficacité des interventions brèves à destination des populations de femmes enceintes ayant une consommation à risque d'alcool (Heather *et al.* 2006). Cependant les réunions de conseil, les conseils de réduction des risques*, l'entretien motivationnel* et les techniques de prévention des rechutes ont montré qu'elles étaient des méthodes efficaces de réduction des niveaux de consommation modérée d'alcool chez de nombreux autres types de population (SIGN 2003, Heather *et al.* 2006).

Mettre en place une intervention brève pour l'alcool est approprié quand une femme enceinte :

- déclare boire de l'alcool au-dessus des niveaux recommandés, c'est-à-dire plus de 1-2 unités, une fois ou deux fois par semaine ;
- relate des épisodes de consommation excessive d'alcool, soit 6 unités ou plus en une même occasion ;
- obtient un résultat de consommation « dangereux » en utilisant les questionnaires T-ACE ou TWEAK.

Les réunions de conseil sur l'alcool comprennent généralement tout ou partie des éléments suivants, sur la base d'une stratégie efficace connue par l'acronyme « FRAMES » (Babor et Higgins-Biddle 2001, Heather *et al.* 2006, Kaner *et al.* 2007). Le but d'une réunion de conseil est d'accroître la conscience que la femme a de sa consommation d'alcool et de ses conséquences potentielles, et de la motiver à réduire sa consommation à risque.

FRAMES (CADRES)

Feedback	Fournir à la femme des informations en **réponse** à sa consommation déclarée d'alcool, de même que sur les risques associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Ces informations peuvent inclure le score d'un outil de dépistage comme le T-ACE ou le TWEAK.
Responsabilité	Insistez sur le rôle de la **responsabilité** personnelle dans le changement et la liberté de choix de l'individu.
Conseils *(**A**dvice)*	Fournir des **conseils** clairs pour parvenir à réduire sa consommation d'alcool, sur les avantages de la réduction de la consommation – dans une démarche de soutien plutôt que d'une manière autoritaire. Clarifier ce qui constitue une consommation d'alcool à faible risque pendant la grossesse.
Droit *(**M**enu)*	Offrez un **droit** à différentes stratégies pour réduire la consommation d'alcool, en proposant des options à partir desquelles la femme peut choisir ce qui semble le plus raisonnable pour elle.
Empathie	Soyez **empathique,** réfléchi et compréhensif envers la situation et le point de vue de la femme. Un style professionnel chaleureux et de soutien est le plus efficace.
Auto-efficacité *(**S**elf-efficacy)*	Renforcer l'auto-efficacité – la croyance de la femme en sa capacité à changer sa consommation d'alcool. Encouragez-la à élaborer un plan personnel pour réduire sa consommation.

Pour plus d'informations voir *Alcohol Brief Interventions (ABI) Antenatal Pack* sur le site du *NHS Health Scotland* : www.healthscotland.com/documents/4096.aspx

Les femmes qui boivent beaucoup avant la conception sont plus susceptibles de continuer à boire beaucoup pendant la grossesse, sans volonté d'interruption. Une utilisation concomitante de drogues et d'alcool ne pourra qu'être associée à de plus mauvais résultats (ministère de la Santé, 2007a). Si la dépendance* à l'alcool est reconnue, l'aiguillage vers un service de traitement spécialisé dans l'alcool est conseillé. Les réunions de conseil ne sont pas efficaces avec des gens qui sont dépendants à l'alcool (Heather *et al.* 2006).

Si une dépendance à l'alcool est soupçonnée, prendre en considération les interventions suivantes :

- demander à la femme de décrire plus en détail son mode de consommation d'alcool avant et après la conception ;
- remplir un « journal de boisson » (voir annexe 6) en demandant à la femme le détail de ce qu'elle a bu sur chacun des sept jours précédents ;
- s'assurer que la sage-femme, l'obstétricien, le médecin généraliste, et les autres « travailleurs clé » soient informés de la consommation d'alcool (de préférence avec le consentement de la femme) ;
- convenir d'un rendez-vous entre la femme et l'obstétricien consultant ou le médecin généraliste ;
- prendre rendez-vous avec un service de traitement de l'alcool pour une évaluation et une aide par un spécialiste (aborder doucement ce sujet avec la femme et obtenir son consentement avant le rendez-vous).

Dépendance à l'alcool et désintoxication

Les femmes enceintes incapables de réduire des niveaux élevés de consommation devraient être rapidement vues par un service spécialisé en alcoologie afin qu'une évaluation soit réalisée et qu'une aide leur soit procurée par un spécialiste. Toute requête sera rapidement traitée et la femme recevra des soins, et sera, ou non, hospitalisée en fonction de sa situation. Les demandes devraient être formulées par écrit avec le consentement de la femme.

L'alcoolodépendance représente un tel risque pour le fœtus que les professionnels doivent évoquer le sevrage à n'importe quel moment de la grossesse et répéter le conseil si nécessaire. L'objectif est de réduire l'exposition totale du fœtus à l'alcool (Hepburn, 2004b). La tolérance à l'alcool se développe normalement à des niveaux élevés de consommation, mais la tolérance peut aussi se développer à des niveaux inférieurs de consommation chez certaines femmes qui sont polytoxicomanes, ou chez celles dont la fonction hépatique est compromise.

Un arrêt soudain de la consommation abusive d'alcool est potentiellement dangereux pour la femme (delirium tremens et arrêt du cœur) et peut causer une détresse fœtale. Les femmes enceintes dépendantes à l'alcool devraient être avisées de ne pas arrêter de boire brutalement, mais de consulter leur médecin généraliste dès que possible. Le sevrage d'alcool nécessite une surveillance étroite de la femme et du fœtus sous supervision médicale spécialisée. Celle-ci comprend la collaboration avec un obstétricien et un spécialiste de l'alcool et elle a normalement lieu en milieu hospitalier (Plant 2001).
On manque de preuves sur l'efficacité des interventions pharmacologiques chez les femmes enceintes suivies dans des programmes de traitement de l'alcoolisme en lien avec la santé maternelle et infantile (Smith *et al.* 2009). Les médicaments du sevrage d'alcool (normalement des benzodiazépines* ou du chlordiazépoxide) sont considérés préférables aux risques associés d'un sevrage incontrôlé ou à la poursuite d'une forte consommation d'alcool pendant la grossesse. Le disulfiram (Aotal®) est cependant contre-indiqué chez la femme enceinte ou allaitante en raison du risque potentiel d'effets tératogènes. Les femmes qui conçoivent tout en prenant ce médicament devraient recevoir des conseils avant de décider de poursuivre la grossesse (Plant 2001).

Étant donné que les effets de l'alcool sont associés à des carences alimentaires, l'importance d'une alimentation équilibrée et une supplémentation en vitamine doivent être discutées. La fonction hépatique, y compris le taux de prothrombine, doit être mesurée.

Bien qu'il y ait peu de preuves sur l'efficacité des thérapies psychologiques pour les femmes enceintes dépendantes (Lui *et al.* 2009), le sevrage d'alcool doit faire partie d'un ensemble de soins qui comprend la prévention des rechutes et le soutien psychosocial (voir la section « soins postnataux »). Pour plus d'information, voir Heather *et al.* (2006). *A summary of the review of the effectiveness of treatment for alcohol problems,* Londres, *National Treatment Agency.* www.nta.nhs.uk

Évaluer les problèmes liés à la drogue

Il est important d'établir une image précise de la consommation de drogues d'une femme pendant la grossesse, afin que les interventions et les soins appropriés puissent être offerts.
Une évaluation de la consommation de drogues pendant la grossesse peut inclure :

- l'établissement d'un historique détaillé de la consommation de drogues de la femme ;
- la demande à la femme de remplir un « journal de drogue » (*cf.* annexe 6) ;
- l'évaluation des risques liés aux drogues (par exemple les conséquences physiques, psychologiques, sociales, juridiques, financières, ainsi que le style de vie, la consommation de drogue de la femme) ;

- l'évaluation des aspirations de la femme et sa motivation au changement ;
- la réalisation d'un dépistage toxicologique (pour investiguer l'usage récent de drogues) ;
- l'évaluation des symptômes de sevrage ;
- l'organisation des tests de tolérance ou l'auto-administration supervisée de méthadone*.

Les professionnels qui sont engagés dans l'évaluation ou les soins d'une femme ayant un problème de drogue devraient :

- discuter des soins de la femme avec son médecin généraliste ou un autre prescripteur ;
- orienter la femme vers un service approprié si elle n'est pas déjà en contact avec un tel organisme, de sorte qu'une évaluation puisse être faite ;
- demander conseil au spécialiste chargé du traitement de sa toxicomanie.

Important : le dépistage toxicologique (dépistage des drogues) est utilisé à des fins cliniques dans les centres de prise en charge en addictologie et doit toujours être fait avec le consentement de la femme – voir document d'orientation en annexe 7.

Gestion de la consommation problématique de drogues

L'objectif principal des professionnels devrait être d'attirer et de retenir les femmes dans les services de santé et les services sociaux (2004a Hepburn, ministère de la Santé, 2007a). La gestion de la consommation de drogues implique d'être habile dans la planification d'objectifs réalistes et réalisables avec chaque femme (Johnstone, 1998). Les professionnels doivent faire attention à ne pas vouloir faire suivre par la femme leurs propres idéaux ou leur « agenda ». Beaucoup de femmes se sentent déjà coupables et inquiètes des effets de leur consommation de drogues sur leur enfant à naître. Si les femmes sentent qu'elles ne répondent pas aux attentes supposées des professionnels, elles peuvent déclarer une consommation de drogues inférieure à leur consommation réelle et dissimuler les difficultés qu'elles peuvent éprouver. Essayer de convaincre une femme de réduire ou d'arrêter sa consommation de drogues peut simplement l'aliéner, la conduire à la rechute et à un sentiment d'échec, et a pour résultat la non-participation de celle-ci au traitement. Différentes options de traitement doivent être considérées à la lumière des aspirations de la femme et de sa situation sociale et psychologique. La consommation de drogues peut avoir été une partie intégrante de la vie de la femme pendant de nombreuses années. Elle peut avoir eu une précédente grossesse, tout en utilisant des drogues sans effets négatifs apparents. Cela peut être renforcé par des amies consommatrices de drogues qui ont également réussi à accoucher de bébés en bonne santé.

Les différentes options de traitement de la toxicomanie à considérer incluent :

- l'éducation et les conseils d'utilisation plus sûrs de drogues ;
- l'échange de seringues et les conseils pour une injection plus sûre ;
- la prescription de substituts ;
- la stabilisation ;
- la réduction lente ;
- la désintoxication.

Tout ce qui précède peut être incorporé à un projet de soins visant la guérison.

USAGE DES DROGUES À MOINDRE RISQUE

L'injection et une consommation irrégulière de drogues pendant la grossesse sont associées à des risques accrus pour la femme et le bébé (Bell et Harvey-Dodds 2008). Ces risques comprennent :

- la mort subite à cause d'une surdose de drogues ;
- la contamination par des virus transmissibles par voie sanguine (y compris le VIH, l'hépatite C et l'hépatite B) ;
- d'autres complications associées à de mauvaises pratiques d'injection et aux contaminants contenus dans les drogues de rue qui ne sont pas préparées de façon pharmaceutique ;
- les états d'intoxication et de sevrage ;
- le travail et l'accouchement prématurés ;
- de multiples problèmes sociaux.

Réduire la consommation illicite, instable et par injection de drogues pendant la grossesse est donc un objectif important à atteindre.

Les femmes enceintes qui s'injectent des drogues peuvent être dirigées vers des services d'échange de seringues pour la fourniture de matériel d'injection stérile, ainsi que pour recevoir des conseils de spécialistes sur les pratiques d'injection. De nombreuses pharmacies offrent également un service de fourniture de matériel d'injection.

PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS

Le traitement de substitution opiacé (TSO) à la méthadone* est le traitement le plus efficace et le plus généralement admis pour les femmes enceintes ayant une dépendance* aux opiacés (Kandall *et al.* 1999, OMS 2004), et est recommandé par le ministère de la Santé (2007a). Les études de suivi indiquent que les femmes qui entrent dans les programmes par la méthadone* pendant la grossesse ont de meilleurs résultats en termes de grossesse, d'accouchement et de développement du nourrisson, indépendamment de l'usage continu de drogues (WHO 2004, ministère de la Santé, 2007a). Les femmes qui fréquentent les services de traitement ont généralement de meilleurs soins prénataux* et une meilleure santé générale que les femmes toxicomanes sans traitement, même si elles utilisent toujours des drogues illicites en plus de leur prescription de substitution.

La méthadone* est normalement prise par voie orale sous forme liquide (mélange de méthadone* à 1 mg/1 ml). Elle est utilisée pour permettre aux usagers de stabiliser leur consommation de drogues et le mode de vie associé. Parce que la méthadone* est absorbée lentement et qu'elle a une longue durée d'action, elle offre une stabilité des niveaux de drogue pour la femme et le fœtus et réduit de manière significative la probabilité d'états d'intoxication et de sevrage, dont les effets négatifs sur le fœtus ont été démontrés (Bell et Harvey-Dodds 2008).

Il existe de solides preuves de recherche (OMS 2004, *Ministry of Health,* 2007a) montrant les bénéfices de traitements d'entretien à la méthadone* lorsqu'ils sont administrés de manière cohérente, à un dosage adéquat, avec une supervision adéquate et dans le contexte d'un soutien psychosocial. Les bénéfices identifiés conformément à la documentation de recherche (Ward *et al.* 1998, OMS 2004, NTA 2004, NICE 2007) comprennent :

- la réduction du comportement d'injection ;
- la réduction du risque de transmission virale (VIH, hépatites B et C) ;
- la réduction des décès liés aux drogues ;
- la réduction de la consommation illicite de drogue ;
- la réduction de la délinquance ;
- l'amélioration du fonctionnement social.

La dihydrocodéine (DF118) est un autre opiacé qui est prescrit dont l'efficacité par comparaison à la méthadone* a fait l'objet de recherches (*Ministry of Health,* 2007a). De même, la buprénorphine (un agoniste partiel des opioïdes) est également prescrite pour l'entretien et pour les programmes de désintoxication. Dihydrocodéine et buprénorphine ont tous les deux été utilisés comme médicament de substitution pendant la grossesse (Wright et Walker 2001). Il existe des preuves suggérant que les bébés nés de femmes sous buprénorphine ont peut-être un risque plus faible de syndrome de sevrage néonatal qu'avec d'autres opiacés. Dans une étude récente menée par le *National Institute on Drug Abuse* (Jones *et al.* 2010), la buprénorphine a été jugée supérieure à la méthadone* par rapport à la réduction des symptômes de sevrage des nouveau-nés. La buprénorphine est un médicament approuvé pour le traitement de la dépendance* aux opiacés, mais on connaît moins ses effets chez les femmes enceintes et leurs bébés (Johnson *et al.* 2003).

L'efficacité du traitement par substituts de la dépendance aux benzodiazépines* manque de preuves, et il est à craindre que l'utilisation à long terme des benzodiazépines* puisse causer des dommages sous la forme d'une déficience cognitive et de troubles de l'humeur. De nombreux toxicomanes continuent cependant à utiliser les benzodiazépines* et beaucoup se voient prescrire du diazépam (Valium®). La dose quotidienne maximale recommandée de diazépam est de 30 mg (*Ministry of Health,* 2007a). Les femmes à qui l'on prescrit des benzodiazépines* se voient normalement conseiller de réduire la dose au plus faible niveau possible pendant la grossesse afin d'éviter les symptômes de sevrage et une utilisation illicite.

Les centres de soins ou les centres communautaires fournissent une gamme de méthodes de traitement et de soins. Beaucoup d'usagers dépendants se voient prescrire des traitements de substitution. Les femmes enceintes usagères de drogues sont considérées comme hautement prioritaires pour les services de prise en charge en addictologie et sont normalement vues très rapidement après leur présentation.

Important : les patients à qui sont prescrits des traitements de substitution comme la méthadone* doivent être pleinement conscients des risques de leurs médicaments et de l'importance de protéger les enfants contre l'ingestion accidentelle – voir « Protéger les enfants de l'alcool et des drogues à la maison », annexe 2. Des décisions de prescription et de délivrance doivent également viser à réduire les risques pour les enfants (*Department of Health,* 2007a).

LA STABILISATION

Les femmes enceintes qui sont dépendantes aux opiacés ne devraient pas se voir demander de prendre un engagement à réduire ou à arrêter leurs drogues opiacées prescrites. L'accent devrait plutôt être mis sur le soutien et l'engagement dans le soin plutôt que sur la réduction forcée ou l'abstinence (Wright et Walker 2007). L'usage stabilisé de drogues devrait être l'objectif prioritaire à atteindre même si sa mise en place peut être longue. Le but est de minimiser les risques pour la femme et le bébé, non seulement pendant la grossesse et la période néonatale, mais, idéalement, sur le long terme. L'usage stable de drogues, une vie stable et l'abstinence de l'usage de drogues illicites (de rue) sont de bons résultats de traitement. Si l'usage d'opiacés non prescrits persiste, il peut être nécessaire d'augmenter la dose de méthadone* pour atteindre la stabilité et aider la femme à s'abstenir de consommer des drogues de rue (*Ministry of Health,* 2007a).

Certaines études montrent que les concentrations plasmatiques de la méthadone* diminuent avec la grossesse, en particulier dans le 3e trimestre (Bell et Harvey-Dodds 2008). Cela peut être dû à l'accroissement de l'espace fluide et à un large réservoir de tissu, ainsi qu'à l'altération du métabolisme de la drogue par le placenta et le fœtus. L'abaissement de la dose pour éviter des complications peut donc être inapproprié, car la femme peut avoir besoin d'une augmentation de la dose de méthadone* pendant la grossesse (Bell et Harvey-Dodds 2008). Le fractionnement de la dose peut réduire les différences pic-creux dans les concentrations sanguines et ainsi minimiser les effets d'intoxication et de sevrage (Wittman et Segal, 1991). Il faut conseiller à la femme d'essayer de diviser sa dose quotidienne afin de

surmonter la nécessité d'une augmentation (*Ministry of Health,* 2007a). A l'inverse, dans la période post-natale immédiate, un renversement de ces effets peut conduire à une augmentation des taux plasmatiques de méthadone* avec des effets d'intoxication ; dans ce cas il peut être nécessaire de réduire la dose. Il est important d'avertir la femme de ces effets, car ils peuvent avoir des conséquences dans les soins et la sécurité du bébé.

RÉDUCTION

La réduction lente de la consommation pendant la grossesse est également une option, mais doit être progressive, par étapes, et adaptée à la réaction de la femme. Les femmes signalent souvent qu'elles souhaitent réduire leur consommation de méthadone* pendant la grossesse afin de réduire la probabilité de syndrome de sevrage néonatal (SSNN), bien que la relation entre la dose de méthadone* et la gravité des sevrages n'ait pas été clairement établie (*Ministry of Health,* 2007a). Il est important que la femme comprenne cela.

Si la femme est dépendante aux benzodiazépines* et aux opiacés, il faudrait alors lui conseiller d'essayer de réduire les benzodiazépines* en premier (*Ministry of Health,* 2007a). Le diazépam (Valium®) est le médicament de choix à prescrire, car il dure plus longtemps que d'autres benzodiazépines*. Le diazépam doit être prescrit à un maximum de 30 mg par jour, réduit tous les quinze jours ou tous les mois de 2 à 5 mg. La méthadone* peut être réduite sur une base hebdomadaire ou bimensuelle de 2,5 à 5 ml. La dihydrocodéine peut également être prescrite sous forme de comprimés allant jusqu'à 30 mg 15 fois par jour, en réduisant d'un comprimé chaque semaine pendant 15 semaines. Les femmes qui sont sous buprénorphine devraient être gérées par un centre spécialisé en addictologie lorsqu'elles sont enceintes.

La stabilité de consommation de la femme doit être réévaluée à chaque étape de la réduction et avant toute poursuite. Si la femme n'a pas repris un usage de drogues illicites (ce qui peut être confirmé par un dépistage toxicologique) et souhaite poursuivre la réduction, il faut l'encourager et continuer. Si la réduction est introduite vers le début du 2e trimestre (soit 13 semaines), il peut être possible de parvenir à l'abstinence avant l'accouchement. Cependant, le désir de parvenir à l'abstinence doit toujours être mis en balance avec le risque de rechute et ses conséquences.

SEVRAGE

Le sevrage opiacé peut être envisagé à n'importe quel moment de la grossesse, mais il est normalement recommandé pendant le 2e trimestre, afin d'éviter tout risque de fausse couche au 1er trimestre et de travail prématuré au 3e trimestre (*Ministry of Health,* 2007a, Luty et al. 2003). Le sevrage opiacé est rarement mortel pour la femme lorsqu'il est réalisé hors cadre médical et est plus court que le sevrage à l'alcool ou aux benzodiazépines*. Mais il peut être très désagréable et le taux de rechute est élevé. Dans une étude britannique portant sur 101 femmes enceintes admises en milieu hospitalier pour le sevrage des opiacés, seulement 42 ont terminé la désintoxication, seulement 24 parmi celles-ci ont pu être suivies après leur sortie, dont une seule est restée abstinente jusqu'au moment de l'accouchement (Luty *et al.* 2003).

Le sevrage rapide des benzodiazépines* devrait être évité, car il peut conduire à des convulsions chez la femme et à un état de détresse fœtale (*Ministry of Health,* 2007a). Une cure de désintoxication aux opiacés comme aux benzodiazépines devrait être similaire à une cure de désintoxication de l'alcool. Une admission à l'hôpital ou en résidence est nécessaire pour superviser un sevrage progressif et surveiller le fœtus. Si nécessaire, des cures de désintoxication à répétition peuvent être effectuées tout au long de la grossesse. L'objectif est de réduire l'exposition totale du fœtus (Hepburn, 2004b). Toutefois, l'impact de la rechute sur la santé de la femme et sa situation sociale doit être considéré par rapport aux avantages potentiels de la réalisation de la stabilité sur une base de prescription de substitution à faible dose.

Le sevrage devrait être discuté et convenu à l'avance avec l'obstétricien et le spécialiste en addictologie ou son prescripteur. Il devrait faire partie d'un ensemble complet de soins qui comprend la prévention des rechutes (voir la section « soins postnataux »). Il est vraiment important que la femme comprenne les risques associés à la rechute (y compris les overdoses) et qu'elle soit convaincue que le sevrage est la bonne solution pour elle pendant la grossesse. À titre indicatif, le sevrage aux opiacés peut être considéré comme une option appropriée, s'il y a une évidence de stabilité de la femme sous faible dose de méthadone* (< 60 mg/jour), tout en bénéficiant de la mise en place d'un soutien de suivi intensif. Le sevrage aux opiacés est normalement procuré dans le cadre d'un programme en milieu hospitalier sur une période de 7-28 jours, et ne doit pas être confondu avec la stabilisation ou la réduction progressive de la dose (NICE 2007).

La gestion des médicaments psychotropes

La gestion obstétrique des femmes ayant des problèmes de santé mentale et la prise en charge néonatale des nourrissons exposés à une prescription d'antipsychotiques pendant la grossesse et l'allaitement maternel sont décrites dans « Santé mentale anténatale et postnatale : organisation clinique et guidance du service », *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance* (NICE 2007a).

Les recommandations NICE (2007) comprennent :

- la consultation d'un spécialiste des services de santé mentale périnatale ;
- avant que des décisions de traitement ne soient prises, les professionnels de santé doivent discuter avec la femme des risques associés au cours de la grossesse et de la période postnatale :
  1) au traitement ;
  2) à l'absence de traitement.

Si cela est jugé nécessaire pour l'état mental de la femme, des médicaments psychotropes doivent être maintenus à la dose minimale efficace pendant la grossesse ; le passage à un médicament qui a un profil de risque plus faible pour la mère et le bébé doit être pris en considération.
Il conviendrait d'envisager la réduction de la dose ou un arrêt complet entre deux à quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement, avec reprise après l'accouchement.
Les nouveau-nés exposés à des médicaments psychotropes pendant la grossesse doivent être surveillés pour des symptômes de sevrage après l'accouchement.

Le mot de la fin

Au fil des ans, l'accent a été mis sur la grossesse en tant que « catalyseur de changement » ou en tant que « fenêtre d'opportunité » pour que les femmes arrêtent de se droguer ou qu'elles réduisent leur consommation de drogues, et de nombreuses femmes enceintes diront aux professionnels que c'est ce qu'elles veulent faire. Au Royaume-Uni, comme à d'autres endroits en Europe, l'expérience a montré que cela n'est généralement pas le cas (Baldacchino *et al.* 2003, Wright et Walker 2007). Beaucoup de femmes qui tentent de réduire leur consommation ou d'arrêter les drogues pendant la grossesse n'y arrivent pas (Luty *et al.* 2003). Cependant, toutes les tentatives que font les femmes enceintes pour améliorer leur santé et leur situation sociale devraient être prises en charge par des professionnels et être considérées comme une réussite des soins.

PRISE EN CHARGE DU TABAC PENDANT LA GROSSESSE : EXPÉRIENCE AU CHU DE MONTPELLIER

STOEBNER-DELBARRE A. [1,3], CHANAL C. [2], QUANTIN X. [1], BOULOT P. [2], ESPIAND-MARÇAIS C. [1]

(1) Unité de coordination de tabacologie, service des maladies respiratoires, CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France
(2) Fédération « Naissance et pathologies de la femme » CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France
(3) Pôle prévention Épidaure, ICM-Val d'Aurelle Montpellier, France

Contact : anne.stoebner@icm.unicancer.fr
c-chanal@chu-montpellier.fr

Introduction

La prise en charge des femmes enceintes fumeuses est une priorité de santé publique dès la première visite et tout au long de la grossesse [1]. Dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, la mesure 10 poursuit les actions initiées par le premier Plan cancer [2, 3]. Elle renforce la politique d'aide au sevrage tabagique en développant notamment l'accès aux substituts nicotiniques pour les femmes enceintes et en remboursant ces traitements à hauteur de 150 € par grossesse. Dans ce contexte, la maternité de Montpellier en collaboration avec l'Unité de coordination de tabacologie et avec l'aide du Groupe groupe régional « périnatalité et addictions » a mis en place depuis 2006, un protocole s'appuyant sur les données scientifiques internationales. Ce protocole a été élaboré autour de quatre axes cliniques principaux : l'information sur l'existence de la consultation de tabacologie et la signalétique spécifique, le repérage du tabagisme et l'accès au sevrage en routine et la formation des professionnels de la périnatalité.

Informer et signaler les consultations de tabacologie

Pour atteindre cet objectif, des affiches ont été créées avec l'aide du service communication de l'hôpital. Ces affiches sont positionnées dans toutes les salles d'attente de la consultation afin d'informer les patientes et leurs familles de l'existence de la consultation de tabacologie au sein de la maternité et des modalités de prise de rendez-vous (*cf.* affiche ci-contre). Une signalétique spécifique est répartie dans les différentes zones de la Maternité afin de rappeler également l'interdiction de fumer aux portes et à l'intérieur de l'hôpital.

Repérer le tabagisme au cours de la consultation prénatale*

→ ABORDER SYSTÉMATIQUEMENT LA QUESTION DU TABAC

Le temps des consultations étant limité, les équipes sont formées à la technique du conseil minimal qui consiste à poser 2 questions simples : est-ce que vous fumez ? Si oui, souhaitez-vous arrêter de fumer ? Cette technique simple et rapide permet d'aborder systématiquement la question du tabagisme. Elle est susceptible de provoquer un processus de changement de comportement propice à une démarche de sevrage [4, 5].

→ NOTER LE STATUT TABAGIQUE

Au cours de la première rencontre, le soignant précise le statut tabagique et la quantité de cigarettes fumées avant et pendant la grossesse actuelle. Le dossier informatisé possède un système d'identification simple pour permettre ce repérage rapide du statut tabagique. D'après les résultats des méta-analyses, un système d'identification permet de doubler le taux d'abstinence et multiplie par 3 les chances d'aborder le sujet au cours de la consultation [6].

→ MESURER LE TAUX DE MONOXYDE DE CARBONE (CO) ET PRESCRIRE LA SUBSTITUTION NICOTINIQUE

Pour faciliter la mesure du taux de CO en routine à la maternité et ainsi évaluer le risque d'hypoxie fœtale, chaque bureau de consultation est équipé d'appareils CO-testeurs fixés au mur, à côté des tensiomètres. Chaque bureau dispose aussi d'une affiche murale permettant la lecture de la mesure du taux de CO et d'un schéma thérapeutique de l'utilisation des substituts nicotiniques *per os* ou transdermiques. La mesure du CO simple, rapide et efficace permet à la patiente de lire le résultat en même temps que le consultant [7] et de réaliser l'importance de son intoxication tabagique mais aussi l'évolution de ses efforts.

Proposer l'aide au sevrage en routine pour les patientes fumeuses

→ PROPOSER DES BROCHURES D'INFORMATION

La « bibliothérapie » ayant une efficacité reconnue durant la grossesse [8], 3 portes-brochures sont mises à la disposition des patientes enceintes et de leur conjoint. Les documents apportant des informations sur des thèmes variés de santé publique (aide à l'arrêt du tabac, alcool, cannabis, drogues, alimentation, contraception, violences conjugales, prévention cancer du col…) sont positionnés dans les différentes zones d'attente du service et dans le bureau des sages-femmes.

→ PRENDRE EN CHARGE LES FEMMES FUMEUSES

Au CHU de Montpellier, la prise en charge dès la déclaration de grossesse ou au cours de l'entretien individuel du premier trimestre se conforme aux recommandations de la conférence de consensus « Grossesse et tabac » [9]. Cette prise en charge est essentiel-

lement définie en fonction de la poursuite ou non du tabagisme résumée dans un algorithme décisionnel pour les soignants.

→ PRÉSENTER L'AIDE À L'ARRÊT COMME UNE AIDE AU CONFORT AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Au cours d'une hospitalisation, une aide et un accompagnement en tabacologie sont proposés systématiquement à la patiente comme une méthode de confort permettant d'éviter le manque. Cette mesure permet une prise en charge en routine et a conduit aux changements des représentations et des pratiques des soignants non tabacologues.

→ METTRE À DISPOSITION LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Les substituts nicotiniques sont mis à la disposition des patientes dans tous les services. Cette mesure favorise l'initiation d'une démarche de réduction ou de sevrage tabagique. Elle permet également aux personnes en situation précaire de bénéficier du traitement sans avance de frais.

→ ORIENTER AUPRÈS D'UN TABACOLOGUE OU ADDICTOLOGUE

Les soignants donnent systématiquement une information éclairée et proposent un rendez-vous avec une sage-femme tabacologue ou addictologue pour augmenter les chances de succès à l'arrêt du tabac. Un classeur identifiant les coordonnées de l'ensemble des consultations de tabacologie de la région est à leur disposition pour leur permettre d'orienter les fumeuses en quelques secondes.

Former les professionnels à la prise en charge des fumeuses en routine clinique

L'impact de nos discours est plus efficace lorsque plusieurs types de personnels médicaux encouragent les patientes fumeuses dans une démarche de sevrage [10, 11]. La participation de tous s'inscrit dans une démarche de mission de santé publique, quelle que soit sa fonction. C'est pourquoi, à la maternité de Montpellier, un effort a été particulièrement fait pour que l'ensemble du personnel soit informé dans ce sens.

Conclusion

Les consultations anténatales et les hospitalisations sont des moments propices pour aider les femmes à engager une démarche de sevrage. Le CHU de Montpellier a mis en place un protocole comprenant quatre axes cliniques : l'information, le repérage, la prise en charge du sevrage, incluant les méthodes reconnues pour leur efficacité en tabacologie et la formation.
Trois éléments ont été déterminants : la mesure du CO testeur au même titre que la tension artérielle, la mise à disposition des substituts nicotiniques et la présentation de l'aide à l'arrêt comme une aide de confort au cours d'une hospitalisation. Le protocole a ainsi permis aux acteurs de la périnatalité d'intégrer le suivi tabacologique à la surveillance globale de la grossesse en routine et de se sentir plus à l'aise dans cette nouvelle démarche de soins.

Bibliographie

[1] Conférence de consensus « Grossesse et tabac » octobre 2004. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2005 ; 34 hors série n° 1 : 3S 194-205.

[2] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Plan cancer 2003-2007. http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf

[3] Plan cancer 2009-2012. http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf

[4] Ferreira-Borges C. Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. *Prev Med* 2005 Jul;41(1):295-302.

[5] Le Houezec J. Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ? Conférence de consensus « Grossesse et tabac » *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2005 ; 34, hors-série n° 1: 3S183-193.

[6] Lemaitre B., Ratte S., Stoebner-Delbarre A. *Sevrage tabagique des clés indispensables pour les praticiens.* Edition Doin ; 2005 : 65-76.

[7] Delcroix M. *La grossesse et le tabac.* Edition Puf, Paris, avril 2005 : 77-116.

[8] Department of Health and Human Services public health service. Formats of Psychosocial Treatments. In: *Treating Tobacco Use and Dependence,* 2008 Update: 88-91.

[9] Conférence de consensus « Grossesse et Tabac » octobre 2004. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2005 ; 34 Hors-série n° 1.

[10] Stoebner-Delmarre A., Letourmy F., Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : rôle des professionnels de santé. Conférence de consensus « Grossesse et tabac ». *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 3S326-3S335

[11] Department of Health and Human Services public health service. Intensity of clinical interventions in treating tobacco use and dependence, in: *Treating Tobacco Use and Dependence* 2008 Update: 83-88.

8/

SYNDROME DE SEVRAGE NÉONATAL (SSNN) OU SYNDROME D'ABSTINENCE NÉONATALE

- Signes et symptômes du SSNN 170
- Apparition, durée et sévérité du SSNN 170
- Évaluation du SSNN 172
- Préparer les parents au SSNN 172
- Prise en charge des symptômes de sevrage néonatal 173
- Thérapie de soutien (comportementale) pour les nourrissons qui ont un SSNN 173
- Soins au domicile 176
- Soins à l'hôpital 176

Un ensemble de symptômes de sevrage rassemblés sous le nom de syndrome de sevrage néonatal peut apparaître chez les nourrissons nés de mères dépendantes à certaines substances psychoactives. Le SSNN* apparaît parce qu'à la naissance, le nourrisson, qui était exposé à une ou plusieurs substances *in utero,* se trouve soudainement privé de la source maternelle.

Les classes de substances psychoactives connues pour induire le SSNN incluent les opioïdes, les benzodiazépines*, l'alcool et les barbituriques. Les symptômes typiques du SSNN n'ont pas été observés de façon probante avec les solvants, les hallucinogènes, le cannabis, ni avec la plupart des stimulants, y compris la cocaïne et les amphétamines (*Scottish Executive* 2003, *American Academy of Paediatrics* 1998).

Le SSNN est l'effet secondaire négatif le plus fréquemment rapporté de la consommation maternelle de substances psychoactives pendant la grossesse et est très bien décrit chez les bébés nés de femmes dépendantes aux opiacés (*American Academy of Paediatrics* 1998).

Il est important que les professionnels connaissent ces formes de sevrages néonataux, afin que les mères, les pères et les autres responsables légaux de l'enfant (tuteurs) puissent être formés aux meilleures techniques pour répondre aux besoins spécifiques de ces bébés et pour leur fournir des soins adaptés visant à leur rétablissement.

Signes et symptômes du SSNN

Les symptômes du SSNN* ne sont généralement pas spécifiques de la classe de substance et diffèrent des symptômes de sevrage chez l'adulte (Oei *et* Lui 2007). Le SSNN est caractérisé par une irritabilité du système nerveux central, un dysfonctionnement gastro-intestinal, et une hyperactivité du système autonome.
Les symptômes varient largement, mais la majorité des nourrissons nés de mères dépendantes (55 % à 95 %) présenteront des symptômes du SSNN (*American Academy of Paediatrics* 1998).

Parmi les signes et symptômes fréquemment rapportés chez les bébés nés de mères dépendantes aux opiacés ou aux benzodiazépines* se trouvent :
- l'irritabilité (tremblement prononcé, sursaute facilement, réflexes exacerbés et pleurs excessifs) ;
- l'hyperactivité (mouvements excessifs, se gratte le visage) ;
- l'hypertonicité (tonus musculaire accru, raideur) ;
- un cri aigu, plus ou moins continu ;
- ne tient pas en place et ne dort pas après ses repas ;
- suce excessivement son pouce (ou son poing) ;
- un plus grand appétit ;
- difficultés à s'alimenter (a faim, mais parvient difficilement à téter, avaler, et prendre un repas jusqu'au bout) ;
- renvois et vomissements ;
- selles molles fréquentes ou diarrhées (qui peuvent causer une excoriation péri-anale) ;
- faible prise de poids ou perte de poids ;
- éternuements répétés, bâillements, hoquets, gêne respiratoire nasale ;
- tachypnée (respiration rapide et superficielle) ;
- dépression respiratoire ;
- rythme cardiaque accéléré ;
- température corporelle instable, fièvre (>37,5 °C), transpiration, déshydratation ;
- marbrure (dépigmentation de la peau) ;
- excoriation (abrasion de l'épiderme) due à une mobilité excessive (observable en général autour des fesses, à l'arrière de la tête, aux épaules et aux talons) ;
- convulsions.

Les crises de convulsion sont rares (chez environ 5 % des nourrissons) et peuvent se manifester jusqu'à 30 jours après la naissance (l'âge moyen de leur apparition est 10 jours).

Apparition, durée et sévérité du SSNN

L'apparition, la durée et la sévérité du SSNN varient largement et dépendent de nombreux facteurs, parmi lesquels :
- le type de substance consommée ;
- la longévité de la dépendance* maternelle ;
- l'horaire et la quantité de la dernière dose maternelle ;
- le métabolisme et l'élimination de la substance par le nourrisson ;
- l'éventuelle prématurité du nourrisson.

Les données sur les effets en fonction des doses de méthadone* sont controversées et non concluantes (*Department of Health* 2007a, *American Academy of Paediatrics* 1998). Certaines études montrent une corrélation positive entre les doses maternelles de méthadone* et le développement et la sévérité des symptômes du SSNN (e.g. Dashe *et al.* 2002, Dryden *et al.* 2009), d'autres études n'indiquent aucune corrélation (e.g. Berghella *et al.* 2003, Seligman *et al.* 2010). En pratique, cela signifie que la sévérité du SSNN est difficile à prévoir, surtout sur le plan individuel. Certaines femmes, avec des doses faibles, auront des nourrissons qui développeront des symptômes sévères, d'autres bénéficiant de doses élevées, auront des bébés chez qui les symptômes resteront légers. Peu de données sont disponibles concernant les effets en fonction des doses des consommations maternelles d'alcool et de benzodiazépines*.

Les symptômes apparaissent généralement 24 à 72 heures après la naissance, dans environ 75 % des cas. Les symptômes de sevrage chez le nouveau-né peuvent apparaître plus tard, durer plus longtemps et être plus sévères avec la méthadone* et la polytoxicomanie (Wilbourne *et al.* 2000, Dryden *et al.* 2009). Le début, la durée, et la sévérité du SSNN lié à la consommation de buprénorphine semblent similaires ou moindres par rapport à ceux observés après une exposition in utero à la méthadone* (Johnson *et al.* 2003, Jones *et al.* 2010), et ne seraient pas fonction des doses (Lejeune *et al.* 2006).

Le début du sevrage aux benzodiazépines* peut être retardé (en raison du métabolisme lent du nouveau-né), pouvant ne survenir qu'entre le 5e et le 10e jour, et les symptômes de ce sevrage peuvent durer plus longtemps qu'avec les opiacés (Coghlan *et al.* 1999). En revanche, le sevrage à l'alcool chez les nouveau-nés débute généralement rapidement, avec des symptômes qui apparaissent parfois au cours des 12 premières heures après la naissance. Un tabagisme important qui vient s'ajouter à une consommation d'opiacés et une polytoxicomanie, est associé à des symptômes plus sévères et davantage retardés (Choo *et al.* 2004). Les symptômes du nouveau-né associés à la consommation de cocaïne ou d'amphétamines sont davantage compris comme des effets d'intoxication plutôt que de sevrage, et leur courte durée s'explique par la demi-vie brève de ces substances (Oei and Lui 2007). D'autre part, les antidépresseurs peuvent être toxiques pour les nouveau-nés, ou induire chez eux des symptômes de sevrage (Isbister *et al.* 2001, Sanz *et al.* 2005). Toutefois ces effets sont légers dans la plupart des cas (NICE 2007a).

Des symptômes aigus de SSNN peuvent persister plusieurs semaines, et l'irritabilité durer plusieurs mois (en particulier avec les benzodiazépines*). Les symptômes de sevrage chez les nourrissons prématurés ont tendance à survenir plus tard que chez les nourrissons nés à terme et sont en général moins prononcés (Doberczak *et al.* 1991, Dysart *et al.* 2007). Certains facteurs pourraient expliquer cette différence chez les nourrissons prématurés, notamment : une exposition moins importante à la substance *in utero,* l'immaturité de développement de leur système nerveux central, leur métabolisme différent, ainsi que des capacités limitées pour exprimer leur souffrance pendant le sevrage. Cependant, une étude conduite sur un grand groupe n'a pas trouvé de lien entre la grossesse et le développement des symptômes (Dryden *et al.* 2009).

Certains bébés peuvent présenter des symptômes de SSNN alors que la mère n'a pas d'historique connu de consommation de substances psychoactives et/ou d'alcool. Dans le cas où un SSNN est suspecté, le pédiatre néonatal peut valider le diagnostic par un examen toxicologique du nourrisson et discuter tranquillement des résultats avec les parents.

Évaluation du SSNN

Une évaluation du nourrisson doit être réalisée afin de produire une mesure objective de la sévérité des symptômes et d'orienter au mieux les décisions en matière de traitement et de soins (Lloyd et Myserscough 2006).L'évaluation se fait généralement en déterminant le score de Lipsitz ou le score sur l'échelle de Finnegan dans sa version modifiée (*cf.* annexe 8), où des valeurs numériques sont attribuées en fonction de la présence et de la sévérité d'une sélection de symptômes. Les principales dimensions explorées par ces outils sont les symptômes d'irritabilité (cri aigu, cycle de sommeil, mouvements corporels, etc.) et les symptômes gastro-intestinaux (cycle d'alimentation, poids, abrasions de l'épiderme, etc.). Un score est attribué pour chaque symptôme sur chacune des tranches horaires (ex. : 9h-13 h, 13h-17 h, etc.) Les scores totaux sont ensuite calculés pour chaque tranche horaire, et les tendances relatives à la sévérité des troubles du bébé sont contrôlées. Tout traitement médical administré au bébé pourra également être intégré à la mesure. Cela permet au personnel médical de surveiller l'efficacité réelle d'un médicament et de le doser en fonction des symptômes du nourrisson, le sevrant progressivement. Tout le personnel de la maternité devrait être familier de cet instrument de mesure du SSNN* et être capable d'expliquer le pourquoi et le comment de son utilisation aux parents.

L'utilisation de cet outil de mesure du SSNN appliqué aux nourrissons prématurés (< 37 semaines) peut se révéler plus problématique chez ceux-ci, car certains symptômes explorés, tels que le cri aigu, la difficulté à se nourrir ou la tachypnée risquent d'être surestimés, tandis que d'autres, tels que le cycle de sommeil, la tonicité musculaire ou la fièvre, sous-estimés. Les nourrissons prématurés sont de préférence soignés en hôpital, où le personnel peut solliciter les conseils du pédiatre néonatal (néonatologiste).

Préparer les parents au SSNN

Il est important de préparer les parents à l'éventualité que leur bébé développe des symptômes de sevrage (même s'ils ne sont dépendants qu'à de faibles doses de substances), d'aborder avec eux ces questions d'une manière bienveillante, exempte de jugement.

Les parents d'un nourrisson souffrant d'un SSNN ont les mêmes émotions que n'importe quel parent dont la santé de leur bébé serait fragile. Anxiété, impuissance, peur et tristesse sont les sentiments les plus souvent rapportés. D'autre part, ces parents se sentent souvent coupables et responsables des troubles de leur bébé, et auront besoin de beaucoup de soutien, d'encouragement, et d'être rassurés. S'occuper d'un bébé qui a un SSNN peut s'avérer très stressant et les parents devront faire preuve de beaucoup de patience. Impliquer les parents dans toutes les décisions et choix relatifs aux soins de leur nourrisson et les garder informés des progrès du bébé est très important.

Idéalement, les parents auront reçu des informations précises et justes à propos du SSNN lors de la période prénatale* et devraient donc être bien préparés. À l'inscription, les sages-femmes devraient donner à tous les parents dépendants de substances psychoactives et/ou d'alcool le fascicule d'information « Prendre soin d'un bébé montrant des symptômes de sevrage » (*cf.* annexe 9). Ce fascicule résume dans un langage accessible ce à quoi les parents peuvent s'attendre et ce qu'ils peuvent faire pour l'aider. La femme et son partenaire devraient avoir l'opportunité de lire ce fascicule et de discuter des soins du bébé avec la sage-femme, et de toutes les autres questions ou inquiétudes qu'ils pourraient avoir à ce sujet.

Prise en charge des symptômes de sevrage néonatal

Il y a un grand débat quant à la meilleure manière de s'occuper de bébés souffrant de symptômes de sevrage, car les données concluantes en matière de prise en charge efficace sont peu nombreuses (Osborn *et al.* 2005a, 2005b). La pratique varie selon que la prise en charge est assurée en milieu hospitalier ou en dehors, les deux approches possédant chacune leurs avantages (Kruschel 2007).

Les soins se concentrent sur les objectifs suivants :
- favoriser l'attachement parent/enfant ;
- assurer l'adaptation réussie du bébé au milieu extra-utérin ;
- détecter tout indice de symptômes de SSNN*, et délivrer un traitement et un soutien thérapeutique si besoin.

Toute hospitalisation prolongée ou placement loin des parents devra être évité au maximum lorsqu'ils ne sont pas nécessaires, l'objectif étant de laisser la mère et son bébé ensemble le plus possible, afin de faciliter l'allaitement au sein, de développer l'attachement et les interactions parent-enfant, et soutenir la mise en place rapide de pratiques parentales de qualité (*Scottish Executive* 2003).

Toutes les femmes usagères connues de substances psychoactives et/ou d'alcool sont en général gardées à la maternité trois jours minimum (72 heures) après l'accouchement, afin de pouvoir repérer chez le nouveau-né d'éventuels signes et symptômes de SSNN. La plupart des bébés qui ont des symptômes modérés peuvent être soignés dans l'unité de soins postnataux, moyennant quelques mesures de confort. Le personnel de l'unité de soins postnataux doit montrer aux parents comment utiliser l'échelle d'évaluation du SSNN (*cf.* annexe 8) et les encourager à s'impliquer dans les soins de leur enfant dès le début. Les parents devraient être incités à demeurer très attentifs à leur bébé, et à signaler toute anomalie au personnel. Il est important de s'assurer que l'échelle d'évaluation du SSNN soit facile d'emploi, de sorte que les parents puissent comprendre le système d'attribution des scores, s'en servir, et s'impliquer dans les soins de leur bébé.

Un traitement pharmacologique peut être requis pour les nourrissons présentant des symptômes aigus, mais la décision d'avoir recours à des médicaments ou non pour aider au rétablissement du bébé devra demeurer une décision clinique. Une étude comparative menée sur deux groupes de nourrissons, les uns soignés dans une unité de soins postnataux, les autres dans une unité de soins néonataux a montré que la proportion de nourrissons ayant besoin d'un traitement était moins élevée dans le groupe soigné en unité de soins postnataux qu'en unité de soins néonataux, et la durée de leur séjour à l'hôpital était en moyenne plus courte. Aucun des bébés de ces deux groupes n'a dû être réadmis dans les 2 mois suivants sa sortie.

À noter : la naloxone (antagoniste opioïde) ne devrait pas être utilisée pour inverser une dépression respiratoire induite par des opioïdes, car elle provoque une crise de sevrage brutale aux opiacés.

Thérapie de soutien (comportementale) pour les nourrissons qui ont un SSNN

Il a été montré qu'une thérapie de soutien peut réduire les effets du sevrage chez les nouveau-nés et devrait être mise en place le plus rapidement possible après la naissance (French *et al.* 1998). Les parents devraient être encouragés à occuper un rôle central dans le soin de leur nourrisson et devraient être formés aux mesures de soutien afin de s'occuper de leur bébé de manière adaptée. Une assistance individuelle, pratique, sera souvent nécessaire aux mères, pères, et autres gardiens de l'enfant (tuteurs)

pour prendre confiance dans la façon de prendre soin d'un bébé différent des autres et potentiellement grincheux. À l'hôpital, mère et bébé devraient si possible avoir une chambre pour eux seuls dans l'unité de soins postnataux ou néonataux, afin de créer autour du bébé un environnement calme, sans trop de stimulations.

Les recommandations habituellement faites aux parents en matière de thérapie de soutien concernent différentes manières de répondre à des symptômes variés.

→ PLEURS ET IRRITABILITÉ

- Maintenir le bébé dans un environnement ou une pièce calme et silencieuse – pas de lumières fortes ni de sons élevés qui risqueraient de gêner le bébé et le rendre plus irritable. L'objectif est de réduire la stimulation sensorielle ;
- Porter et bouger le bébé le plus doucement et le moins possible – cela limitera le niveau de stimulation et le dérangement, et aidera à le maintenir calme ;
- Utiliser une tétine ou un doudou (sauf en cas d'allaitement au sein) ;
- Si le bébé reçoit beaucoup de contact peau à peau, il pleurera moins. Inviter la mère et le père à lire le fascicule « peau à peau » ;
- Fredonner, bercer ou masser doucement le bébé ou lui donner un bain relaxant peut parfois aider.

→ DIFFICULTÉS À S'ALIMENTER

- Nourrir le bébé dans un cadre calme avec le moins de dérangements possible ;
- Nourrir le bébé à sa demande – des repas plus petits mais plus fréquents sont souvent préférables ;
- Laisser l'enfant se reposer entre deux succions ;
- Faire roter le bébé très doucement chaque fois qu'il cesse de téter et après le repas, car les nourrissons avalent souvent de l'air à cause de leurs réflexes de succion faibles et mal coordonnés ;
- Soutenir doucement les joues et la mâchoire inférieure du bébé pour accompagner ses efforts de succion et de déglutition ;
- Si le bébé reçoit beaucoup de contact peau à peau, il s'alimentera plus facilement ;
- Essayer de donner au bébé un doux massage du ventre pour soulager son inconfort abdominal ;
- Noter tous les repas du bébé pour que les apports caloriques puissent être estimés, ainsi que le gain de poids.

→ TROUBLES DU SOMMEIL

- Réserver au bébé une chambre silencieuse et calme pour dormir. Maintenir un éclairage tamisé (pas de lumières fortes) et éviter de trop le câliner ou le toucher ;
- S'assurer que la couche du bébé soit propre et sèche – vérifier qu'il n'a pas d'érythème fessier, et appliquer une crème au zinc ou la formule donnée par l'hôpital, si indiqué ;
- S'assurer que la literie, les draps et les vêtements du nourrisson sont propres et sans vomi. L'odeur du vomi peut rendre le bébé malade à nouveau, et le vomi peut irriter sa peau sensible ;
- Veiller à ce que le bébé ne soit pas exposé à la fumée de cigarette ;

- Éviter que le bébé ait trop chaud ;
- Une musique douce, fredonner ou bercer doucement le bébé peut l'aider à se détendre et à s'endormir.

→ MOBILITÉ EXCESSIVE, AGITATION

- Emmailloter le bébé (l'envelopper dans un linge en flanelle doux, les bras et les genoux maintenus dans une position confortable) – cela peut aider en cas de tremblements, de sursauts, et d'agitation. Une écharpe porte-bébé en coton peut aussi être utilisée ;
- Maintenir le calme dans l'espace du bébé ;
- Tapisser le berceau avec des couvertures en flanelle ou une peau de mouton rasée couverte d'un drap de coton pour améliorer le confort du bébé ;
- Éviter de trop bouger le bébé s'il est très agité, s'il présente des sursauts ou des tremblements – limiter un maximum les stimulations pour le garder calme.

→ PROBLÈMES DERMATOLOGIQUES

- Vérifier et changer régulièrement la couche du bébé ;
- Changer souvent les vêtements du bébé, surtout s'il transpire beaucoup ;
- Couvrir les mains du bébé avec des gants ou des mitaines pour prévenir les lésions de l'épiderme causées par trop de succion de ses poings ;
- Maintenir propres toutes les zones de peau lésées - éviter les lotions pour bébé car il risquerait de les absorber ;
- Pour aider à la prévention de l'érythème fessier et de lésions, appliquer la formule donnée par l'hôpital ou une crème au zinc sur les fesses du bébé.

→ PROBLÈMES RESPIRATOIRES

- Veiller à ce que le bébé ne soit pas exposé à la fumée de cigarette. L'air devrait être sain et la pièce chauffée ;
- Veiller à ce que le nez et la bouche du bébé restent propres et dégagés ;
- Nourrir le bébé lentement, le laisser se reposer entre deux succions ;
- Ne pas trop habiller le bébé ni trop le serrer dans ses vêtements ;
- Maintenir le bébé dans une position semi-assise soutenue, et éviter de le coucher sur le ventre pour dormir ;
- Les parents doivent demeurer très attentifs au bébé, et si des difficultés respiratoires persistent ou empirent, contacter le médecin traitant, la sage-femme ou l'auxiliaire à domicile, ou appeler les urgences.

→ FIÈVRE

- Se contenter du minimum nécessaire de vêtements et éviter d'avoir trop de literie, éviter que le bébé ait trop chaud ;
- Si le bébé reçoit beaucoup de contacts « peau à peau », sa température se régulera mieux ;
- Si le bébé a de la fièvre depuis plus de 4 h, les parents doivent appeler la sage-femme, l'auxiliaire à domicile ou le médecin traitant au plus vite.

→ AUTRES PROBLÈMES

- Si le bébé souffre de vomissements ou de diarrhées sévères et de déshydratation, les parents doivent contacter en urgence la sage-femme, l'auxiliaire à domicile, le médecin traitant ou l'hôpital ;
- De même, si le bébé est pris de convulsions, les parents doivent appeler immédiatement les urgences afin qu'une ambulance conduise le bébé à l'hôpital.

Soins au domicile

Après un séjour de 72 heures en unité de soins postnatals, les bébés présentant des symptômes légers peuvent intégrer leur foyer, où leurs parents s'occuperont d'eux avec le soutien de l'équipe locale de sages-femmes, de l'auxiliaire à domicile et d'autres services d'aide aux parents. La sage-femme procurera des conseils et un soutien quotidiens, et organisera la réadmission du bébé à l'hôpital si jamais ses symptômes s'aggravent. Dans le cadre du suivi, les parents devraient continuer à mesurer le score de leur bébé à l'échelle d'évaluation du SSNN pendant au moins une semaine (jusqu'au 10e jour de vie du bébé). Les méthodes de soutien thérapeutique devraient continuer d'être appliquées jusqu'à la disparition des symptômes du bébé. Les parents devraient noter tous les repas (quantités absorbées et fréquences) afin que la sage-femme et l'auxiliaire à domicile puissent surveiller l'absorption calorique quotidienne du bébé. La sage-femme et l'auxiliaire à domicile pèseront également le bébé pour s'assurer que la prise de poids est satisfaisante.

Si les symptômes du bébé s'aggravent considérablement à la maison (c'est-à-dire s'il dort moins de 1 h / pleure 1h après le repas / perte de poids après 7 jours) la réadmission à l'hôpital devrait être envisagée. Si le bébé est resté à la maison moins d'une semaine, ou s'il a moins de 10 jours, il peut entrer à l'unité de soins néonataux. Si le bébé a plus de 10 jours, il est généralement admis à l'unité de l'enfance de l'hôpital.

Soins à l'hôpital

Les parents doivent avoir conscience que leur bébé risque de devoir intégrer l'unité de soins néonataux s'il développe des symptômes de sevrages sévères. Les bébés qui ont des symptômes sévères ont parfois besoin d'être nourris par un tube gastrique, d'un traitement pharmacologique, et d'une supervision 24h/24 par le personnel pédiatrique médical et infirmier spécialisé. L'implication des parents dans le soin du bébé demeure toutefois cruciale pour le rétablissement du bébé.

Les objectifs du traitement en unité de soins néonataux sont :
- calmer l'irritabilité et l'agitation motrice ;
- installer un cycle « alimentation/sommeil/veille » sain ;
- maintenir une température corporelle normale ;
- assurer une prise de poids correcte.

Les bébés présentant des symptômes sévères resteront généralement à l'unité de soins néonataux une dizaine de jours (Dryden *et al.* 2009), mais quelquefois beaucoup plus longtemps (Lloyd et Myserscough 2006). Les mères sont encouragées à dormir à l'hôpital (si des chambres sont disponibles) pendant le temps où leurs bébés sont en unité de soins néonataux. A défaut, à passer un maximum de temps à leur contact afin de permettre à l'attachement maternel de se poursuivre.

Le recours à des solutions pharmacologiques pour des bébés qui ont un SSNN peut réduire la durée et la sévérité de leurs symptômes, comparativement aux mesures de soutien thérapeutique (Osborn *et al.*

2005a, 2005 b), mais peu d'études ont évalué les bénéfices des différents agents et stratégies de traitement (Kruschel 2007). La pratique varie d'une unité de soins à l'autre, certaines optant pour une médication sur un grand pourcentage de bébés atteints, d'autres choisissant de ne pas recourir à la pharmacologie, sauf en cas d'extrême nécessité – par exemple lorsque le bébé convulse. La planification des médications est généralement décidée par le médecin en charge, et inclut généralement l'administration de l'une ou plusieurs de ces substances : morphine par voie orale, diazépam, phénatobarbitone, clonidine, et chlorpromazine. La meilleure d'entre elles semblent être la morphine lorsque la mère a consommé principalement des opioïdes (Osborn 2005a, 2005 b, Ebner *et al.* 2007). Plus récemment, la buprénorphine a également été utilisée pour traiter ces nourrissons (Kraft *et al.* 2008). Quand d'autres substances (ex : benzodiazépines*) ont été consommées, seules ou en associations, le traitement pharmacologique du bébé devra être élaboré sur mesure vers une période de sevrage plus longue et biphasée (Shaw 1999). On veille à ne pas sédater le bébé et à le sevrer de la médication le plus rapidement possible. Les bébés peuvent intégrer leur foyer dès que leur état de santé semble assez stable pour être pris en charge par leurs parents.

9/

VIRUS VÉHICULÉS PAR VOIE SANGUINE ET GROSSESSE

- Dépistage prénatal* du VIH*, de l'hépatite B et de l'hépatite C ... 179
- Virus d'immunodéficience humaine (VIH) ... 180
- Hépatite B (VHB) ... 184
- Hépatite C (VHC) ... 185
- Co-infection (VIH et hépatites) ... 187

Le VIH*, l'hépatite B et l'hépatite C sont des virus véhiculés par le sang qui peuvent être transmis de la mère à l'enfant (transmission verticale).
Tous les professionnels ont un rôle à jouer dans :

- la sensibilisation aux virus véhiculés par le sang ;
- le conseil pour la réduction des risques* de transmission ;
- la promotion des dépistages ;
- la facilitation de l'accès aux traitements et aux services de soins.

Dépistage prénatal* du VIH*, de l'hépatite B et de l'hépatite C

Au Royaume-Uni, les tests de dépistage du VIH* et de l'hépatite B font partie de l'examen prénatal* de routine. Tester les femmes durant leur grossesse a pour but de réduire la probabilité de transmission de la mère à l'enfant, d'améliorer et protéger la santé de la mère comme celle du bébé. Le dépistage de l'hépatite C devrait être proposé aux femmes à risques, mais ne fait pas partie de l'examen de routine (RCM 2008b). Le but du dépistage est d'identifier les femmes contaminées, de permettre ainsi le dépistage pour leurs enfants, de sorte que mère(s) et enfant(s) puissent bénéficier d'un traitement, le cas échéant.

Chaque femme enceinte reçoit un fascicule contenant des informations détaillées sur les examens prénataux de routine. Au moment de la déclaration de grossesse la sage-femme demandera à la femme si elle a bien lu et compris ce fascicule. Les bienfaits et les risques de chaque examen, ainsi que leurs implications doivent être discutés brièvement avant de recueillir le consentement de la femme et de procéder à la prise de sang. Tous les examens sont conduits, à moins que la femme ne le souhaite pas. Les femmes peuvent refuser l'un ou l'autre des tests si elles le souhaitent. Le dépistage de l'hépatite C pendant la grossesse chez les femmes à risques nécessite une discussion spécifique à ce propos ainsi que le recueil de leur consentement informé (RCM 2008b).

Tous les résultats négatifs devraient être communiqués à la femme lors du rendez-vous prénatal* suivant et reportés dans son dossier de maternité.

Si un test aux anticorps du VIH*, de l'hépatite B ou C s'avère positif, le virologiste devra transmettre ces résultats à l'obstétricien en charge désigné et/ou à la sage-femme responsable dans le domaine des virus véhiculés par le sang. L'obstétricien/la sage-femme rappelle alors la femme afin de lui donner ses résultats en personne, et d'effectuer une autre prise de sang visant à confirmer les résultats. Lors de cette visite, les modalités de soutien, de traitement et de soin seront discutées, et les questions relatives à la confidentialité seront abordées. De plus, on s'en remettra à l'expertise des équipes spécialisées en infectiologie.

Le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG 2010) fournit davantage de conseils pour la conduite à suivre en matière de dépistage prénatal* du VIH*, notamment :

- lorsqu'une femme décline un dépistage du VIH*, cela doit être reporté dans son dossier de maternité, ses motifs de refus devraient être attentivement étudiés, et un nouveau test devrait lui être proposé vers la 28e semaine de grossesse ;
- une femme testée négativement pour le VIH* mais jugée comme présentant un risque élevé de le contracter devrait envisager de renouveler le test plus tard ;
- lorsqu'une femme s'inscrit pour des soins prénataux* à 26 semaines de grossesse ou plus, le dépistage du VIH* devrait être réalisé en urgence et le résultat délivré sous 24 h ;
- les dispositifs de test rapides, qui peuvent produire un résultat en 20 min, devraient être proposés à toutes les femmes dont la sérologie pour le VIH* demeure indéterminée au moment du travail. Il faudra réagir immédiatement en cas de positivité du test.

Lorsqu'une femme refuse le dépistage du VIH* durant la grossesse et au moment de l'accouchement, on peut envisager de réaliser un test sur le nourrisson. Voir les recommandations nationales en matière de dépistage du VIH* – *UK National Guidelines for HIV Testing* (BHIVA *et al.* 2008).

Virus d'immunodéficience humaine (VIH*)

Le VIH* est le virus responsable du SIDA (Syndrome d'immuno déficience acquise). Le VIH* peut être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse (intra-utérine), pendant l'accouchement (intrapartum) et lors de l'allaitement au sein. Le risque de transmission est lié à la santé générale de la mère, à des facteurs obstétriques et à la prématurité de l'enfant (BHIVA/CHIVA 2008). La majorité de la transmission verticale (environ 80 %) se produit lors de la phase intrapartum, et il y a une grande corrélation entre la charge virale maternelle et le risque de transmission – plus la charge virale est élevée, plus le risque de transmission l'est aussi. L'allaitement au sein est également un vecteur de transmission important. Le risque additionnel de transmission que l'allaitement au sein représente est, au-dessus et au-delà des contributions intra-utérine et intrapartum, estimé entre 14 % et 28 % (RCOG 2010).

Sans traitement, le taux de transmission de la mère à l'enfant est d'environ 15 à 25 %. Sans traitement, les enfants contaminés par le VIH* développent des maladies chroniques et environ 20 % développent le SIDA ou décèdent dans la première année de vie. À 6 ans, environ 24 % d'entre eux seront morts, et la plupart des survivants souffriront d'une maladie provoquée par leur infection. Le pronostic à long terme est inconnu, mais il est certain que tous les enfants nés avec le VIH* et qui bénéficient d'un traitement dès la naissance ont une espérance de vie prolongée (BHIVA/CHIVA 2008).

L'objectif de ces examens prénataux est de réduire le nombre de bébés naissant avec le VIH* et d'améliorer la santé des femmes contaminées, ainsi que celle de leurs bébés. Un diagnostic pendant la naissance permet aux mères de recevoir des conseils, des traitements et toute autre mesure visant à réduire le risque de transmission à leur enfant. Si les mesures adaptées proposées sont acceptées, le risque de transmission verticale peut descendre à moins de 2 % (BHIVA/CHIVA 2008).

Les mesures recommandées pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant sont exposées dans le « Guide pour la prise en charge des contaminations au VIH* chez les femmes enceintes » des associations britanniques du VIH* et de l'association du VIH* de l'enfant, *Guidelines for the Management of HIV Infection in Pregnant Women* des *British HIV Association (BHIVA)* et *Children's HIV Association (CHIVA)* (De Ruiter *et al.* 2008), et le *Green-top Guideline N° 39: Management of HIV in Pregnancy* du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG 2010).

Ces mesures comprennent :
- la prise de médicaments antirétroviraux pour la mère comme pour l'enfant ;
- un soin particulier dans la prise en charge obstétrique, durant la grossesse et au moment de l'accouchement ;
- un accouchement par césarienne avant le début du travail, lorsque indiqué ;
- la contre-indication de l'allaitement au sein.

Le guide complet des recommandations du BHIVA/CHIVA, avec une annexe sur la sécurité et les données concernant la toxicité, est disponible sur le site internet du BHIVA (www.bhiva.org).

PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES AU VIH* ET DE LEURS BÉBÉS

Les soins proposés aux femmes enceintes séropositives au VIH* et à leurs bébés sont assurés par une équipe multidisciplinaire, incluant les sages-femmes, les obstétriciens, les spécialistes du VIH*, les pédiatres, l'équipe de premiers soins, ainsi que d'autres professionnels, tels que les pharmaciens, les associations de prévention contre les drogues, et d'autres travailleurs sociaux lorsque cela est indiqué. Le personnel de santé devrait se référer alors au protocole de prise en charge et au parcours de soin établis conjointement. L'approche du traitement est personnalisée, adaptée aux besoins et aux souhaits de chaque mère. Il est nécessaire que tous les professionnels entretiennent de bons liens, afin que la grossesse et l'accouchement se déroulent selon le plan établi et dans le respect de la vision et des souhaits de la femme concernée.

Il y a deux scénarii dans lequel une séropositivité au VIH* peut être découverte au cours de la grossesse :
- par un dépistage prénatal*.
- la femme révèle sa séropositivité au VIH*, déjà connue, au moment de son inscription.

Il faudra rapidement évaluer les conditions sociales des femmes récemment diagnostiquées positives au VIH*. Toutes devraient être encouragées à révéler leur séropositivité au VIH* à leurs partenaires et recevoir un soutien adapté (RCOG 2010). Il faudra veiller à ne pas révéler par inadvertance la séropositivité au VIH* de la femme aux membres de sa famille ou à ses ami(e)s – par exemple, même s'ils l'accompagnent aux rendez-vous prénataux ou sont présents à l'accouchement (RCOG 2010). Dans le cas d'un travail inter-

disciplinaire impliquant des professionnels différents, la séropositivité au VIH* ne devra être communiquée que lorsque cette information est indispensable, et elle devra être entourée de délicatesse et de discrétion.

Tous les professionnels qui soutiennent des femmes enceintes infectées par le VIH* devraient avoir à l'esprit les différentes problématiques psychosociales qui peuvent avoir un impact sur le traitement du VIH* et les soins (BHIVA/CHIVA 2008).
Ces femmes peuvent avoir besoin d'un soutien et d'une assistance considérable afin de se résoudre à un tel diagnostic, de même que pour la gestion de leur infection. L'accompagnement et le soutien de chaque femme devra prendre en compte ses conditions personnelles de vie, ainsi que tous les aspects sociaux ou culturels qui la concernent. Cela peut inclure de la maltraitance ou des violences domestiques, une situation de rupture ou de rejet par la famille et les amis.

Le traitement par antirétroviraux de la mère vise à abaisser sa charge virale jusqu'au seuil « indétectable » (< 50 copies/ml). La mise en place de ce traitement aux antirétroviraux dépendra de l'état de santé général de la mère relativement au VIH*. Pour les femmes dont la santé actuelle personnelle ne dépend pas immédiatement de ce traitement contre le VIH*, celui-ci sera repoussé jusqu'à un peu avant le 3e trimestre (entre 20 et 28 semaines), afin de limiter l'exposition du fœtus, et de permettre à la mère de cesser de prendre les antirétroviraux une fois que le bébé est né. Pour les femmes qui ont besoin de ce traitement pour leur propre santé, il sera prescrit sur toute la durée de la grossesse ainsi que postpartum. Dans les deux cas, l'objectif est de maintenir la charge virale de la mère sous 50 copies/ml.

Le mode d'accouchement à privilégier est aussi fonction de la charge virale. La césarienne est indiquée si la charge virale se révèle > 1 000 (> 50 copies/ml). Si la charge virale est en dessous, < 1 000 (idéalement < 50 copies/ml) une fois la grossesse arrivée à son terme, l'accouchement par les voies naturelles est envisageable (De Ruiter *et al.* 2008). La décision concernant le mode d'accouchement devrait être prise à la 36e semaine, après avoir fait l'objet d'une discussion avec la femme (RCOG 2010).

L'accouchement par voie naturelle fait l'objet d'un soin et d'une surveillance obstétriques particuliers :
- phase de travail raccourcie ;
- pas d'accouchement instrumentalisé ;
- pas de rupture artificielle de membranes ;
- pas de procédures invasives, telles qu'échantillonnage sanguin fœtal ou mise en place d'électrodes ;
- pas d'épisiotomie.

Les critères pour le déclenchement du travail tout comme pour son accélération devraient être strictes. En cas de quelconques retards, le risque cumulé de devoir procéder à une césarienne augmente. Un exemplaire du plan de naissance de la femme devrait être conservé au service de maternité, dans la salle de travail et à l'unité de soins prénataux*. Ce document devrait contenir un résumé des soins à prodiguer pendant le travail, la liste des médicaments éventuels et le type de suivi prévus pour le bébé. La femme devrait aussi conserver un exemplaire de ce plan avec elle, et le présenter au personnel au moment de son admission en salle de travail. Cela sera particulièrement utile en cas d'admission imprévue et inévitable dans une autre maternité, où le personnel n'aura pas son dossier ni pu mettre en place un protocole adapté.

Le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2010) recommande **aux femmes séropositives au VIH* de ne pas allaiter au sein.** Le risque de transmission via l'allaitement au sein lorsque la charge virale de la mère est indétectable demeure incertain (RCOG 2010). La charge virale maternelle est un mauvais indicateur de la concentration du virus dans le lait maternel, et bien que les traitements antirétroviraux réduisent la quantité de virus en circulation dans le plasma ainsi que la quantité de cellules associées au virus dans le lait maternel, la présence d'ADN viral demeure inchangée et peut, dès lors, poser un risque de transmission (De Ruiter *et al.* 2008). En conséquence de quoi, la recommandation faite aux femmes séropositives au VIH* vivant au Royaume-Uni, est d'allaiter leur enfant exclusivement avec des formules de lait infantile artificiel.

Le soutien à donner aux mères séropositives au VIH* en matière d'allaitement devrait inclure (RCOG 2010) :

- assistance et conseils sur l'allaitement au biberon avec des laits infantiles – cela s'avérera particulièrement important pour les femmes dont les familles ne sont pas au courant de leur séropositivité au VIH* et quand la norme culturelle est plutôt d'allaiter au sein ;
- médication pour stopper la production de lait (donnée dans les 24 h après l'accouchement) ;
- sensibilisation sur l'importance de la contraception lorsque l'on n'allaite pas au sein.

Le traitement aux antirétroviraux est en général administré au **nouveau-né** les 4 premières semaines. Le pédiatre référent en détermine le choix. Cette médication devrait être donnée au nourrisson aussi rapidement que possible après l'accouchement (maximum 4 heures après), et les heures d'administration du traitement strictement observées ensuite (RCOG 2010). Les prématurés sont les nourrissons les plus exposés aux risques de contamination et aussi les plus difficiles à traiter. Des indications concernant le traitement de ces nourrissons sont détaillées dans le guide du BHIVA/CHIVA (De Ruiter *et al.* 2008).

Le pédiatre en charge établit un diagnostic pour le VIH* chez les nourrissons nés de mères séropositives au VIH*. Tous les nourrissons nés de mères infectées par le VIH* seront séropositifs aux anticorps du VIH* à la naissance, à cause de la présence d'anticorps maternels. Les bébés non contaminés seront séronégatifs aux anticorps du VIH* d'ici leurs 18 mois. D'autres tests (utilisant des techniques de PCR qui testent l'ADN du VIH*) sont utilisés pour obtenir un diagnostic pour l'enfant avant 3 mois. Les nourrissons sont donc testés à 1 jour, à 6 semaines, et à 12 semaines. Si tous ces tests sont négatifs et que le bébé n'est pas allaité au sein, alors les parents peuvent être informés que leur enfant n'est pas séropositif au VIH* (De Ruiter *et al.* 2008). Un dépistage des anticorps du VIH* sera réalisé à nouveau aux 18 mois pour confirmer ce diagnostic.

La plupart des nouveaux nés de mères séropositives au VIH* auront été exposés aux traitements antirétroviraux *in utero.* Les possibles effets néfastes de cette exposition sur le fœtus et l'enfant en développement sont étroitement surveillés, et généralement un pédiatre est nommé responsable du suivi pour tous les enfants nés de mères séropositives au VIH* pour un secteur donné. À ce jour, aucune augmentation du risque d'anomalies à la naissance, aucun problème de croissance ou de développement n'ont été documentés avec la monothérapie à la zidovudine (ZDV) – connue sous le nom d'AZT. Nous en savons toutefois beaucoup moins sur l'innocuité à long terme des autres traitements antirétroviraux (De Ruiter *et al.* 2008).

Toutes les grossesses séropositives au VIH*, tous les nourrissons nés de femmes séropositives au VIH*, tous les enfants infectés par le VIH* (y compris les enfants nés à l'étranger et arrivés en Grande Bretagne ou en Irlande ensuite) sont enregistrés anonymement auprès du *National Study of HIV in Pregnancy and Childhood* – voir les détails sur le site www.nshpc.ucl.ac.uk. De plus, toutes les femmes enceintes suivant un traitement avec antirétroviraux sont répertoriées au registre *Antiretroviral Pregnancy Register* sur le site www.apregistry.com, et tous les bébés exposés à ces traitements sont inscrits à la *British Paediatric Surveillance Unit,* www.bpsu.inopsu.com.

PRÉVENTION CONTRE LE VIH* ET QUESTIONS RELATIVES AU BIEN-ÊTRE ET À LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT

Dans de rares cas, il arrive que la femme refuse les mesures recommandées pour réduire le risque de transmission de mère à enfant. Par exemple, une femme peut :

- refuser le traitement aux antirétroviraux pour elle-même ;
- refuser la césarienne alors que celle-ci est indiquée ;
- décider d'allaiter au sein quand il lui a été conseillé de ne pas le faire ;
- décliner le dépistage pour le nourrisson et peut être pour ses autres enfants.

Les raisons habituellement invoquées sont : difficultés de vouloir aller au terme suite au diagnostic VIH*, raisons religieuses, peur de devoir révéler sa séropositivité à son partenaire, peur de la stigmatisation, et avis d'autres membres de la famille conseillant de ne pas accepter les mesures recommandées (De Ruiter *et al.* 2008).

Lorsqu'une femme refuse les mesures proposées pour réduire le risque de transmission de mère à enfant, malgré tous les efforts faits par l'équipe multidisciplinaire pour l'encourager à les adopter, un entretien de planification avant l'accouchement devrait être organisé avec les services sociaux pour discuter des questions relatives au bien-être et à la sécurité de l'enfant (RCOG 2010). Cet entretien devrait permettre d'appréhender la situation dans toute sa complexité, en coordination avec les parents, afin que ceux-ci comprennent totalement les implications de leurs décisions. Les parents devraient être informés que le rôle du pédiatre est de prendre le parti de l'enfant, pour son bien-être, et de prévenir, autant que possible, sa contamination par le VIH* (De Ruiter *et al.* 2008). Le cas pourra être porté devant la loi, afin d'obtenir le traitement aux antirétroviraux de l'enfant, d'empêcher l'allaitement au sein, d'effectuer le dépistage, et de s'assurer que l'enfant soit présent aux soins suivis, contre la volonté des parents.

Les parents séropositifs au VIH* qui ont déjà des enfants dont la sérologie est inconnue pour le VIH*, devraient être encouragés à leur faire passer un dépistage. L'absence de symptômes n'indique pas une séronégativité au VIH*, même chez les adolescents (De Ruiter *et al.* 2008). Des recommandations détaillées concernant le dépistage des enfants dont les parents se savent séropositifs sont disponibles auprès de l'association BHIVA, consultables sur le site www.bhiva.org/DontForgettheChildren.aspx, et sont incluses dans la publication du BASHH, BIS (2008), *UK National Guidelines for HIV Testing 2008* – *cf.* annexe 5 : *Testing of Infants, Children and Young People.*

Hépatite B (VHB*)

L'hépatite B est un virus hépatique très contagieux. Il peut être transmis de la mère à l'enfant à l'accouchement – avec un taux de transmission d'environ 80-90 % par les mères porteuses chroniques. Rien n'indique que le risque de transmission de l'hépatite B augmente lors de l'allaitement au sein, celui-ci peut donc être encouragé (WHO 1996).

Les personnes chroniquement infectées à l'hépatite B (porteuses) peuvent rester en bonne santé des années et ne pas avoir conscience de leur infection. Les bébés contaminés – et qui deviennent porteurs chroniques (jusqu'à 90 %) – courent le risque de développer de graves pathologies du foie plus tard.

PRÉVENIR LA CONTAMINATION PAR L'HÉPATITE B

Un traitement pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant est désormais recommandé pour les mères présentant une charge virale importante (environ 200 000 UI et plus). Un comprimé oral d'antiviral (tenofovir) peut être administré sans danger durant le dernier trimestre de grossesse, en pratique à partir de la 28e semaine (Tran 2009).

Le fort taux de transmission de la mère à l'enfant peut aussi être en grande partie évité grâce à la vaccination. Si le dépistage prénatal* des antigènes de surface de l'hépatite B est positif, un programme de vaccination du bébé est mis en place à la naissance, ce qui lui permettra de développer une immunité et d'avoir une vie saine. La sage-femme en charge des soins intrapartum devrait informer le pédiatre du service néonatal lorsque le travail de la femme commence, et s'assurer que les médicaments prévus pour le bébé sont en réserve. Le bébé doit recevoir son premier vaccin contre l'hépatite B dans les 12 heures qui suivent sa naissance. Les bébés exposés à un risque particulièrement élevé de contracter l'hépatite B reçoivent également une dose d'immunoglobuline spécifique à l'hépatite B en même temps que le vaccin (l'immunoglobuline neutralise le virus) (Salisbury *et al.* 2006). La deuxième dose de vaccin est

donnée à 1 mois, la troisième à deux mois et la quatrième à 12 mois. Des contrôles d'immunité sont effectués entre 15 et 18 mois.
Le médecin traitant et l'auxiliaire puéricultrice doivent être informés, il leur incombe de s'assurer que le bébé reçoit bien tous les vaccins pour que le programme d'immunisation soit poursuivi jusqu'au bout.

Il est important de retracer tous les contacts potentiels, par exemple les partenaires sexuels, les enfants et les autres membres du foyer, afin de pouvoir leur proposer un dépistage et une vaccination s'ils ne sont pas immunisés. Les mères récemment diagnostiquées devraient être adressées à un hépatologue ou au service des maladies infectieuses pour une évaluation et un suivi.

USAGE DE DROGUES ET HÉPATITE B

La conduite à suivre est de proposer à toutes les femmes qui ont un historique de consommation de drogues par voie intraveineuse (ou ayant un partenaire sexuel qui a un historique de consommation de drogues) une analyse complète de leur sérologie au VHB* à l'occasion de la grossesse (i.e. le *Ab* test en plus du *Ag* test). Les femmes sans infection antérieure à l'hépatite B (non immunisées) peuvent être vaccinées sans danger pendant la grossesse (RCOG 2010). Les partenaires sexuels du moment, les autres membres du foyer, ainsi que les enfants devraient être immunisés aussi. L'immunisation contre l'hépatite B et l'hépatite A est recommandée à toute femme séropositive à l'hépatite C et au VIH* (BHIVA/CHIVA 2008).

Les médecins traitants, les sages-femmes, les auxiliaires à domicile, les puéricultrices et les travailleurs sociaux ou les éducateurs spécialisés en toxicomanie sont tous bien placés pour aborder le sujet de l'hépatite B et recommander le dépistage et l'immunisation. L'immunisation peut désormais être faite facilement dans un cabinet de médecine générale.

Hépatite C (VHC*)

L'hépatite C est un virus qui atteint le foie et peut être transmis de la mère à l'enfant, pendant la grossesse ou l'accouchement, mais pas via l'allaitement au sein. Les personnes infectées par l'hépatite C peuvent rester en bonne santé des années et ne pas savoir qu'elles sont infectées. Les bébés contaminés par transmission verticale présentent un risque élevé de développer des pathologies graves du foie au cours de leur vie. La progression de la fibrose avec l'âge est lente, non linéaire, et l'âge moyen pour le développement de la cirrhose est estimé à 28 ans (SIGN 2006). Certains enfants contaminés développeront des formes sévères d'hépatite ou de cirrhose pendant l'enfance, mais cela est rare (< 5 %).

Les femmes enceintes séropositives aux anticorps du VHC* et séronégatives à l'ARN du VHC* (par exemple, pas d'infection chronique) ne posent pas de risque de transmission pour leur enfant (SIGN 2006). La transmission de mère à enfant ne peut se faire que lorsque la femme enceinte est séropositive aux anticorps du VHC* et à l'ARN (par exemple avec infection chronique). Le taux de transmission est faible (< 6 %).

Il n'y a malheureusement pas à ce jour de vaccin disponible contre l'hépatite C.
Le traitement combiné contre l'hépatite C (interferon et ribavirine) est contre-indiqué pendant la grossesse et l'allaitement au sein (à cause des effets foetotoxiques et tératogènes de la ribavirine) ainsi que chez les très jeunes enfants. Pour l'instant, il n'y a pas de mesures ayant prouvé leur efficacité dans la prévention ou la réduction du risque de transmission verticale (sauf en cas de co-infection, voir ci-dessous). L'allaitement au sein peut être encouragé, car rien n'indique que le VHC* puisse être transmis par cette voie (SIGN 2006). Le dépistage systématique pour toutes les femmes enceintes n'est pour l'instant pas recommandé. La sérologie au VHC* d'une femme n'a pas d'incidence sur sa prise en charge obstétrique (SIGN 2006).

Le dépistage de l'hépatite C pendant la grossesse peut néanmoins se révéler utile pour plusieurs raisons :

- la santé générale de la femme et le fonctionnement de son foie peuvent être surveillés ;
- elle peut recevoir des conseils de style de vie sain, être sensibilisée sur l'importance à éviter l'alcool ;
- elle peut être conseillée sur la manière d'éviter le risque de surexposition au virus ;
- elle peut être vaccinée contre l'hépatite B et l'hépatite A ;
- elle peut être informée sur les moyens de contrôler les risques de contamination à la maison et ailleurs ;
- elle peut être orientée vers une prise en charge thérapeutique de l'hépatite C ;
- le bébé peut recevoir un suivi pédiatrique adapté, incluant la surveillance de l'apparition de signes et symptômes de l'hépatite C dans sa première année de vie, être immunisé contre l'hépatite B, et recevoir un test PCR pour le VHC*.

Dès lors, la conduite à suivre est de proposer le dépistage du VHC* aux femmes enceintes *à risques* (RCM 2008b).

LES FACTEURS DE RISQUE POUR L'HÉPATITE C COMPRENNENT :

- un historique d'usage de drogues par injection intraveineuse, et/ou d'infection au VIH* ou à l'hépatite B (VHB*) ;
- une anomalie persistante de l'ALAT (mesure de l'activité enzymatique hépatique) ;
- le sujet a reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins, une greffe d'organe ou de tissus avant 1992 ;
- un partenaire sexuel qui a un historique d'usage de drogues par injection intraveineuse ;
- un partenaire sexuel à la séropositivité connue pour l'une ou l'autre des infections, VIH*, VHB*, VHC* ;
- des interventions médicales ou dentaires potentiellement non stériles réalisées à l'étranger, dans des pays où le contrôle des infections est insuffisant (i.e. des pays autres que l'Amérique du Nord, l'Australie, la Nouvelle Zélande, et l'Europe de l'Ouest) ;
- le contact sanguin (ex. via une aiguille ou par une blessure) avec quelqu'un dont la séropositivité pour l'hépatite C est connue ou suspectée ;
- piercing, tatouages, acupuncture, etc. non stériles.

Le dépistage de l'hépatite C ne faisant pas partie des examens de routine pendant la grossesse, la sage-femme peut estimer bon d'adresser la femme à son médecin traitant ou d'autres services pour le dépistage du VHC*. Si toutefois elle se sent capable de réaliser elle-même le test, celui-ci pourra être effectué sur du sang prélevé lors de l'entretien prénatal* d'inscription, et demandé comme test additionnel sur le formulaire des examens prénataux. Le personnel qui propose le test VHC* aux femmes enceintes devrait appliquer les recommandations concernant la procédure de dépistage, notamment à propos des sujets à discuter avant et après le test, et l'orientation de la mère et de l'enfant vers un suivi (si nécessaire). Le consentement éclairé doit être recueilli avant de procéder au test.

Les mères séropositives aux anticorps et à l'ARN du VHC* devraient être orientées vers des services spécialisés dans le traitement de l'hépatite C pour des soins suivis, que le traitement soit considéré comme étant indiqué ou pas. Le traitement de l'hépatite C est aujourd'hui très efficace (SIGN 2006). Les mères peuvent choisir de débuter leur traitement de l'hépatite C après l'accouchement et l'interruption de l'allaitement au sein.

Les bébés nés de mères séropositives à l'ARN du VHC* devraient être orientés vers un suivi pédiatrique. Le pédiatre surveillera la santé du nourrisson, le testera pour des signes d'infections et, s'il s'avère que le nourrisson a contracté l'infection (et présente conjointement un fonctionnement anormal du foie), il sera adressé au service de gastroentérologie pour la prise en charge des pathologies du foie. Les nourrissons sont généralement auscultés par le pédiatre à 3 mois, à 9 mois (pour le test ARN du VHC*) et à 18 mois (pour le test des anticorps du VHC*). Des études suggèrent que certains enfants infectés (approximativement 20-40 %) éliminent spontanément le virus de leur organisme (SIGN 2006). La *Children's Liver Disease Foundation,* fondation pour les pathologies infantiles du foie, est une association spécialisée dans le soutien aux enfants atteints de pathologies du foie (www.childliverdisease.org).

Co-infection (VIH* et Hépatites)

La co-infection par le VIH*, le VHC* et le VHB* peut se produire à cause de voies de transmission partagées. Le risque de transmission de mère à enfant du VHC* est deux fois plus élevé en cas de co-infection avec le VIH*, même si un traitement efficace contre le VIH* est donné (SIGN 2006). La césarienne est donc recommandée même lorsqu'elle ne semblait pas indiquée au regard de la seule séropositivité au VIH* (De Ruiter *et al.* 2008).

La conduite à tenir (Brook *et al.* 2010) concernant les virus véhiculés par voie sanguine et la grossesse est :

- toutes les femmes enceintes séropositives au VIH* devraient être testées pour l'hépatite B et C ;
- toutes les femmes enceintes séropositives au VIH* et infectées par le VHC* devraient être vaccinées contre l'hépatite B si elles ne sont pas immunisées ;
- toutes les femmes enceintes infectées par le VHC* et le VHB* devraient être vaccinées contre l'hépatite A si elles ne sont pas immunisées ;
- toutes les femmes enceintes infectées par le VHB* et le VHC* devraient participer à une discussion concernant l'importance d'éviter l'alcool et les moyens de réduire les risques de transmission ;
- les contacts, parents et partenaires sexuels des femmes enceintes séropositives au VHC* devraient être contactés dans la mesure du possible, afin de se voir proposer un dépistage.

Remarque : Les vaccins contre l'hépatite B et l'hépatite A peuvent être administrés sans danger pendant la grossesse ou le postpartum (*The Green Book* de Salisbury *et al.* 2006).

Idéalement, les femmes présentant des risques d'infection par des virus véhiculés par voie sanguine devraient pouvoir accéder aux dépistages avant de procréer. Les femmes séropositives au VIH* qui prévoient une grossesse devraient recevoir des conseils avant la conception, notamment concernant les risques de transmission de mère à enfant, un examen virologique complet, un dépistage des IST, et leur traitement devrait être ajusté pour ne pas être tératogène. Les femmes qui suivent un traitement contre l'hépatite C devraient être informées du fait que celui-ci est contre-indiqué pendant la grossesse et l'allaitement au sein, et dès lors être encouragées à éviter ou reporter le moment de la conception jusqu'à au moins 4 mois après le traitement (6 mois après le traitement pour les hommes). Pour plus de renseignements à propos de la planification familiale, consulter la section « soin avant conception ».

10/

LES SOINS MATERNELS

- Les soins préconceptionnels 190
- Les soins prénatals 192

Conseils avant la conception et prévention des grossesses non désirées 199

> *Aborder le désir d'enfant au cours de la prise en charge des conduites addictives* 199

> *Conseils avant la conception* 201

> *Prise en charge d'une grossesse non désirée* 202

Le chapitre suivant de ce guide fournit des informations et des recommandations concernant les pratiques correctes à observer pour les soins maternels. Elles incluent :

- les soins préconceptionnels ;
- les soins prénatals*;
- les soins intrapartum ;
- les soins postnatals.

L'aide fournie ici est concise et vise à compléter d'autres publications sur le sujet, telles que :

- Soin prénatal* : routine de soins pour la femme enceinte en bonne santé, *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant women* (NICE 2008) ;
- Soin intrapartum : soin des femmes en bonne santé et de leurs bébés pendant l'accouchement, *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth* (NICE 2007) ;
- Routine de soins postnataux pour les femmes et leurs bébés, *Routine postnatal care for women and their babies* (NICE 2006) ;
- Soin des femmes enceintes en situation sociale difficile : un modèle de prestation de services, *Care of pregnant women with complex social factors: a model for service provision* (NICE 2010) ;
- Santé mentale prénatale* et postnatale : prise en charge clinique et conseil en prestation, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidanc*e (NICE 2007) ;
- Améliorer l'alimentation des femmes enceintes et allaitantes et celle de leurs enfants dans les foyers à faibles revenus, *Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low income households* (NICE 2008) ;
- Normes cliniques – mars 2005 : services de maternité, *Clinical Standards – March 2005: Maternity Services* (NHSQIS 2005).

Les soins préconceptionnels

De bonnes conditions sociales et de santé avant la grossesse profitent à la femme, à l'enfant à naître, ainsi qu'à la famille au sens large (*Scottish Executive* 2001). Tous les professionnels devraient demander régulièrement aux femmes si elles envisagent d'avoir un enfant dans un futur proche, ou si elles sont actuellement enceintes. Ces questions doivent être adressées avec délicatesse et s'intégrer à un programme global de surveillance et de soins. Aider une femme à préparer et planifier sa grossesse et sa maternité est une bonne opportunité pour lui proposer des conseils de style de vie sain et de réduction des risques*.

Toutes les femmes qui ont un problème de drogue ou d'alcool pourraient bénéficier d'informations et de conseils en matière de :

- contraception ;
- santé sexuelle ;
- santé reproductive ;
- soins préconceptionnels.

Au Royaume-Uni, la prévalence des problèmes de drogues et d'alcool est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2007, *Department of Health* 2007a). Les professionnels et les organisations au contact d'hommes usagers de ces substances devraient régulièrement leur demander s'ils prévoient d'avoir des enfants, ou si leur partenaire est actuellement enceinte. La planification familiale, les pratiques sexuelles à moindres risques, l'utilisation de préservatifs, les moyens de contraception et les questions relatives à la fertilité devraient être discutées régulièrement avec tous les hommes sexuellement actifs. Les hommes ont un rôle important à jouer dans la prévention des grossesses non planifiées et/ou non désirées.

SANTÉ REPRODUCTIVE ET USAGE DE DROGUES

Des informations fiables concernant les effets de la consommation de substances psychoactives sur la santé reproductive sont difficiles à obtenir et les résultats souvent non concluants. Théoriquement, l'usage de drogues illicites peut affecter de plusieurs façons la fertilité des hommes comme des femmes (Hepburn 2004a, Wright et Walker 2007).

Le mésusage d'une substance psycho-active* est associé à une mauvaise nutrition et à une perte d'appétit. Une perte de poids importante peut causer une aménorrhée (absence de règles), avec anovulation (absence d'ovulation). Les opiacés (tels que héroïne, méthadone*, dihydrocodéine) ainsi que les stimulants (tels que amphétamines, cocaïne, ecstasy) peuvent interférer avec le cycle menstruel de la femme de cette manière. L'aménorrhée ne signifie pas nécessairement que la femme ne peut pas tomber enceinte, car il se peut malgré tout qu'elle ovule, donc la contraception permettant d'éviter une grossesse non désirée demeure indiquée. À cause de cycles irréguliers et d'absences de règles, certaines femmes peuvent ne pas réaliser qu'elles sont enceintes jusqu'à un stade avancé de leur grossesse, quand des mouvements du fœtus se font sentir ou que d'autres changements sont remarqués.

La fertilité d'une femme peut augmenter au moment où elle diminue ou cesse sa consommation de substances, ou bien lorsqu'elle s'engage dans un traitement de substitution avec la méthadone*. Des conseils en contraception et une assistance pré-conceptionnelle devraient donc aller de pair avec tout démarrage de traitement de l'usage de drogues (Hepburn 2004a).

Tous les professionnels peuvent inciter les femmes à se rendre dans les services de santé qui procurent du conseil et des soins en matière de contraception et de santé sexuelle. Les médecins traitants et les centres de planning familiaux discuteront avec les femmes des options possibles en matière de contraception, et les conseilleront pour l'obtention d'une contraception d'urgence si besoin. Les dispositifs de

contraception réversibles à long terme, tels que les implants, efficaces dans la réduction des grossesses non planifiées et/ou non désirées, devraient être activement mis en avant.

Les femmes et les hommes ayant des problèmes de drogues ou d'alcool peuvent prévoir d'avoir des enfants, ou bien se trouver confrontés à une grossesse non planifiée. Lorsque la grossesse est planifiée, des soins pré-conceptionnels peuvent être proposés.

CONSEIL PRÉCONCEPTIONNEL

Les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les bénévoles ont tous un rôle à jouer dans les soins préconceptionnels à apporter aux femmes et aux hommes ayant des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives. Les médecins traitants sont dans la position idéale pour fournir des soins préconceptionnels aux femmes et aux hommes usagers de substances qui se rendent à son cabinet pour obtenir les ordonnances pour leurs substituts. Si une femme participe à des programmes de prévention ou de traitement contre la drogue au sein de services spécialisés, les employés de ces services ont alors une excellente opportunité de lui fournir des soins préconceptionnels. Les autres professionnels peuvent aborder nombre de problématiques sociales et encourager les femmes et leurs partenaires à se rendre à toute consultation de santé qui serait nécessaire.

Les soins préconceptionnels peuvent inclure des discussions sur quelques-uns ou l'ensemble de ces sujets :

- information sur les services de maternité et sensibilisation à l'importance des soins prénataux* ;
- historique obstétrique de la femme, déroulement de ses grossesses passées, la santé et les conditions de vie actuelles de ses enfants, lorsqu'elle en a déjà ;
- importance d'une alimentation saine et équilibrée ;
- complément en vitamine D et en acide folique (pour prévenir les malformations du tube neural) ;
- vérification de l'immunisation contre la rubéole, vaccination si nécessaire ;
- dépistage des maladies sexuellement transmissibles, comme le chlamydia ;
- dépistage des virus véhiculés par voie sanguine (VIH*, hépatites C et B) ;
- vaccination contre l'hépatite B et l'hépatite A si nécessaire ;
- frottis cervical si nécessaire ;
- recherche de la toxoplasmose et du cytomégalovirus (si séropositivité au VIH* ou en cas de système immunodéprimé) ;
- exploration des autres troubles éventuels, par exemple épilepsie, modalités de prise en charge et type de médication, antidépresseurs ;
- importance de l'hygiène et des soins dentaires ;
- bienfaits de l'allaitement au sein ;
- sensibilisation à un style de vie sain, dont font partie l'exercice physique, la réduction du stress, etc. ;
- options de contraception postnatale et importance de prévenir les grossesses non planifiées ;
- recherche et évaluation d'éventuels autres problèmes de santé physique ou psychologique qui pourraient affecter négativement la grossesse et la parentalité, i.e. maladie grave, maltraitance domestique, troubles mentaux passés ou présents, etc. ;
- évaluation des conditions sociales de vie, prenant en compte des problèmes éventuels de logement, d'endettement, d'aides sociales, d'emploi et de formation, d'incivilité ou de problèmes judiciaires ;
- évaluation des réseaux de soutien de la personne, partenaires, parents, frères et sœurs, autres membres de la famille et amis ;

- historique du partenaire concernant d'éventuels problèmes de drogues et/ou d'alcool, sa consommation actuelle, son niveau de stabilité dans la consommation en cas de dépendance*, s'il est en contact ou non avec des services de traitement ou de prévention de l'usage de drogues ou d'alcool ;
- conseil conjugal et sur la transition vers le statut de parents ;
- information et conseils sur le développement de l'enfant, la fonction de parent, et les services de soin à l'enfance.

Les conseils préconceptionnels relatifs à l'usage des substances psychoactives peuvent concerner :

- les risques liés au tabagisme pendant la grossesse, des conseils sur l'arrêt du tabac et des informations sur les services de tabacologie ;
- les risques d'une consommation modérée à excessive d'alcool durant la grossesse et des conseils pour réduire sa consommation ;
- des consultations au sujet de l'alcool, le conseil d'éviter la consommation d'alcool 3 mois avant la conception et durant la grossesse ;
- des informations sur les services d'alcoologie et les moyens d'y accéder ;
- les risques liés à l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse, en particulier les drogues illicites et les drogues en injections ;
- le risque de syndrome de sevrage néonatal / abstinence néonatale chez les bébés nés de mères toxicodépendantes ;
- le risque plus élevé de mort subite du nourrisson chez les bébés nés de mères fumeuses ou consommatrices de substances psychoactives ;
- l'étude des options pour la gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse, l'importance de la prescription de substituts et de la stabilisation de la consommation chez les femmes dépendantes aux opiacés ;
- des informations sur les services de toxicologie et les moyens d'y accéder ;
- des informations sur les risques de transmission de mère à enfant des virus véhiculés par le sang et les moyens de les réduire.

Toutes les femmes qui ont un historique médical ou obstétrique difficile, de mauvais développements fœtaux ou obstétriques par le passé, ou d'antécédents familiaux de maladie grave devraient se voir proposer une assistance spécifique en matière de préconception (NHSQIS 2005, NICE 2008a). Les femmes devraient être encouragées à discuter de ceci avec un médecin traitant en premier lieu.

D'avantage de ressources concernant la santé sexuelle, la contraception et la planification familiale peuvent être obtenues auprès de l'association de planning familial, *Family Planning Association,* www.fpa.org.uk.

Les soins prénatals*

Recevoir des soins prénatals* de qualité améliore la grossesse et ses développements, même avec une consommation maintenue de substances psychoactives ou d'alcool (Broekhuizen *et al.* 1992, *Department of Health* 2007a). Toutes les femmes qui ont des problèmes liés à l'usage de ces substances devraient être informées des bénéfices des soins prénatals* et encouragées à s'y engager tôt dans la grossesse.

Les soins en maternité (pour les grossesses à moindre risque) sont désormais essentiellement pris en charge par l'équipe de sages-femmes à domicile. Les soins sont personnalisés, leur nature dépend des besoins de chaque femme et de sa situation. Les sages-femmes suivent un « parcours de soins* » établi

pour les soins prénatals* et postnatals, au programme duquel figurent des entretiens prénatals de routine, des examens d'imagerie médicale et d'autres analyses pendant la grossesse (selon l'historique maternel de la femme), la préparation à l'accouchement, une introduction au rôle de parent, et des visites postnatales.
Des recommandations détaillées concernant la routine de soins prénatals* pour les femmes enceintes en bonne santé ont été publiées par le *National Institute for Health and Clinical Excellenc*e (NICE 2008a) et le *NHS Quality Improvement Scotland* (NHSQIS 2009). De plus, NICE a publié des préconisations plus poussées relatives aux soins des femmes enceintes en situation sociale compliquée (NICE 2010a). Ce guide contient des recommandations cliniques concernant la prise en charge des femmes ayant des problèmes liés à l'usage de drogues et d'alcool, et les nombreuses questions auxquelles celles-ci doivent faire face.

Les sages-femmes, les médecins traitants et les obstétriciens consultants prennent désormais en charge conjointement les femmes enceintes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives. Toutes les femmes reconnues comme possédant de tels problèmes devraient avoir une sage-femme attitrée ainsi qu'un obstétricien consultant attitré pour favoriser une continuité de soins. L'obstétricien consultant auscultera la femme au début de sa grossesse, évaluera, prendra en charge les complications éventuelles de la grossesse, et/ou les risques obstétriques sur toute sa durée. De nombreux obstétriciens consultants dirigent à l'heure actuelle des antennes cliniques dans des centres locaux de premiers soins et pourront recevoir la femme proche de son lieu de résidence. Seul un petit nombre de femmes usagères de substances psychoactives auront besoin d'être prises en charge par des obstétriciens au sein de cliniques adaptées à la gestion de risques élevés, dans un cadre hospitalier. Cela concerne généralement d'autres complications de grossesse, comme la séropositivité au VIH*.

Toutes les femmes enceintes reçoivent un exemplaire du *The Pregnancy Book (Department of Health* 2009) ou du *Ready Steady Baby* (du *NHS Health Scotland* 2009), qui contient des informations complètes sur tous les aspects de la grossesse, de l'accouchement et des soins postnatals, et qui aidera la femme enceinte dans son processus décisionnel. En général, le médecin traitant ou la sage-femme remettra cet exemplaire à la femme dès leur premier contact, après la confirmation de la grossesse. Lors de ce premier contact, le professionnel de santé réalisera une première évaluation des risques et procurera des conseils pour les soins en début de grossesse.

*HAND HELD MATERNITY RECORDS**

Consigner les informations dans un *hand held maternity records** fait partie intégrante du soin de chaque femme enceinte et favorise le dialogue entre elle et le personnel de la maternité ainsi que les autres prestataires de soin. Tous les professionnels impliqués dans le soin d'une femme doivent veiller à ce que chaque information importante soit consignée dans son dossier.

Toutes les femmes enceintes reçoivent à l'heure actuelle un *hand held maternity records* à compléter manuellement au cours de la grossesse. Celui-ci lui est normalement délivré autour de la 10e ou 12e semaine de grossesse, et la femme le conserve jusqu'à son admission à la maternité pour l'accouchement. La femme est incitée à inscrire ses propres annotations dans ce livret si elle le souhaite. La plupart des services de maternité ont également recours à un service informatisé complémentaire pour la tenue du dossier de chaque femme. Ces données informatisées ne sont cependant pas accessibles aux autres professionnels de santé, aux médecins traitants par exemple, en conséquence de quoi la femme serait bien avisée de se rendre à ses autres consultations munie de son *hand held maternity records,* afin que tout au long de la grossesse les autres praticiens puissent consulter les informations importantes concernant sa grossesse et le programme de soins en maternité établi pour elle.

RENDEZ-VOUS DE DÉCLARATION DE GROSSESSE

Les femmes enceintes peuvent soit s'adresser directement à une équipe de sages-femmes, soit être orientées par leur médecin traitant ou une autre institution. La plupart des secteurs/localités ont désormais en place un système d'inscription en maternité centralisé pour favoriser un accès rapide. Le rendez-vous d'inscription à la maternité est généralement pris entre la 8e et 12e semaine de grossesse, c'est un rendez-vous auquel il est très important que la femme se présente. À l'occasion de ce rendez-vous, la sage-femme réalise une évaluation complète des besoins de la femme et établit avec elle un calendrier des soins pour toute la grossesse. La sage-femme évalue aussi les risques qui peuvent peser sur la grossesse, prenant en compte chaque facteur qui pourrait affecter son bon déroulement, ainsi que la capacité de la femme à s'occuper du bébé.

Lors du rendez-vous d'inscription, la sage-femme pose à la femme des questions de routine à propos de sa consommation de substances psychoactives, notamment de tabac, d'alcool, de drogues illicites, de médicaments sur ordonnance et d'autres médications en vente libre. Des tests et des entretiens au sujet de la consommation d'alcool sont désormais intégrés au déroulé de ce rendez-vous (voir le chapitre « La gestion de l'usage de substances psychoactives durant la grossesse »). Chaque substance dont la femme affirmera faire usage sera inscrite dans son dossier de maternité. La sage-femme s'enquiert également de problèmes éventuels de santé mentale, de maltraitance domestique, et de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances par le partenaire.

Les femmes qui font part de problèmes liés à l'usage de substances psychoactives ou d'alcool sont invitées à fournir de plus amples informations au personnel de la maternité afin que celui-ci puisse avoir des indications concernant ses modes de consommation, son historique de traitement, les contextes sociaux, et déterminer les possibles implications de cette consommation sur la grossesse et la santé du nouveau-né. Ces données sont généralement consignées sur une fiche annexe, telle que « Le formulaire prénatal* de liaison (usage problématique de substances psychoactives) » – *cf.* annexe 10, inclus dans le dossier de la femme. Cet ensemble d'informations est ensuite communiqué à l'unité de soins prénatals*, au personnel soignant de la salle de travail et des unités de soins postnatals et néonatals. Cela permet de mettre en place des soins intrapartum et postnatals coordonnés et ajustés aux besoins spécifiques de la femme et de son bébé.

À l'inscription, la sage-femme délivre des informations sur les risques associés à la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives pendant la grossesse et conseille la femme sur les moyens de les diminuer. Toutes les femmes enceintes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool devraient recevoir des informations bienveillantes concernant leur consommation, telles que celles contenues dans le fascicule « Enceinte... et consommatrice de drogues et d'alcool ? » – *cf.* annexe 4. Les femmes engagées dans un traitement de substitution, à la méthadone* par exemple, devraient recevoir des informations plus détaillées concernant le syndrome de sevrage néonatal, telles que celles contenues dans le fascicule « Prendre soin d'un bébé montrant des syndromes de sevrage » – *cf.* annexe 9. La femme et son partenaire devraient avoir l'opportunité de lire ces fascicules d'information et de discuter de toutes les questions ou inquiétudes qu'ils pourraient avoir au regard de ces circonstances particulières.

Il est important de se rappeler que certaines femmes prennent conscience de leur consommation de substances psychoactives et d'alcool pour la première fois à l'occasion de la grossesse. Dans ce cas, l'opportunité de réduire les risques, de proposer des conseils et d'orienter la femme vers des services de traitement spécialisés est excellente. Cela peut amener la femme à modifier sa consommation. D'autres femmes peuvent avoir conscience des problèmes liés à leur consommation de substances psychoactives et/ou d'alcool mais choisir de ne pas en faire part aux professionnels de santé et autres travailleurs sociaux. Certaines femmes peuvent reconnaître qu'elles consomment des substances psychoactives et/ou

de l'alcool mais largement minimiser cette consommation. Ces femmes sont parfois repérées lorsque des problèmes se manifestent chez le nouveau-né. Un traitement et des soins adaptés peuvent être proposés à partir de là.

De nombreuses femmes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives sont déjà connues des services de prévention et de traitement, et seront déjà engagées dans des traitements de substitution, par exemple à la méthadone*. Il en va de même pour les femmes qui ont des problèmes liés à la consommation d'alcool, souvent déjà connues des services d'alcoologie, et à qui on pourra proposer un soutien et des traitements complémentaires au cours de la grossesse. Dans de nombreuses localités, en particulier dans les zones urbaines étendues, des équipes de sages-femmes spécialisées et/ou des équipes interdisciplinaires sont déjà formées, pour proposer des soins avancés aux femmes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool. Dans tous les cas, toutes les femmes qui font part d'un problème lié à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool devraient être dirigées vers des services adaptés (NICE 2010a).

EXAMENS DE ROUTINE LORS DU RENDEZ-VOUS D'INSCRIPTION

Lors du rendez-vous d'inscription, la sage-femme réalisera des examens prénataux de routine. Des échantillons de sang seront prélevés pour :
Le dépistage du VIH*, de l'hépatite B, de la syphilis, l'immunité contre la rubéole, la détermination du groupe sanguin, et une analyse de sang globale.

À noter à propos de l'hépatite C :

- les femmes qui s'injectent des substances par voie intraveineuse ou qui ont dans leur histoire un tel mode de consommation présentent un risque d'infection par l'hépatite ;
- l'hépatite C est également répandue chez les personnes ayant des problèmes d'alcool ;
- le dépistage de l'hépatite C ne fait pas partie des analyses de routine, toutefois il devrait être proposé aux femmes présentant des risques (RCM 2008b).

Pour plus d'informations sur le dépistage prénatal* du VIH*, de l'hépatite B, de l'hépatite C et sur la prise en charge des femmes séropositives (ainsi que leurs bébés) à l'un et/ou l'autre de ces virus, consulter le chapitre « Virus et grossesse ».

AUTRES EXAMENS ET TESTS DE DIAGNOSTIC

Un certain nombre d'examens et de procédures de diagnostics sont proposés au cours de la grossesse. Ceux-ci sont particulièrement importants pour les femmes ayant des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool, car leurs grossesses présentent des risques plus élevés de complications. La consommation de telles substances est associée à un risque plus important de RCIU*, un soin particulier devrait donc être porté à l'examen clinique de la croissance du fœtus, au suivi et à la surveillance prénatale* du fœtus par imagerie médicale. Le personnel devrait expliquer soigneusement à la femme les motifs de chaque examen supplémentaire, de manière prévenante.

L'échographie est généralement prévue pour la 12e semaine. Il est important de confirmer l'âge du fœtus, mais aussi d'offrir à la mère (et à son partenaire) une expérience positive en milieu hospitalier. Les femmes usagères de substances psychoactives sont souvent plus inquiètes au sujet d'anomalies fœtales que d'autre chose, et éprouvent un sentiment de culpabilité par rapport aux atteintes qu'elles pourraient avoir causées à leur bébé. La plupart du temps, il est possible de les rassurer (Johnstone 1998).

Un dépistage d'anomalie fœtale est désormais proposé aux femmes enceintes à la 20e semaine. Si une anomalie est détectée, la femme est adressée à une équipe médicale spécialisée pour un suivi spécifique.

Une surveillance fœtale électronique (cardio-topographie ou CTG) est parfois indispensable pour les femmes usagères de substances psychoactives, en particulier lorsqu'un RCIU* est diagnostiqué. Veuillez noter, toutefois, qu'une diminution de l'activité (diminution de variabilité et d'accélérations) peut être observée après l'ingestion d'opiacés, de benzodiazépines* et d'alcool. Une surveillance renouvelée ou continue est donc parfois requise. Le profil biophysique est moins affecté, et s'avère la plupart du temps normal, même après ingestion de ces substances. Un autre examen de surveillance fœtale, le Doppler ombilical artériel, peut permettre de déceler à temps des troubles vasculaires dans le placenta, autrement susceptibles de provoquer des détresses, voire le décès. Ce test peut s'avérer nécessaire pour les femmes grandes consommatrices de substances stimulantes (telles que la cocaïne et les amphétamines) ou pour les femmes chez qui l'échographie a révélé un RCIU.

Certaines usagères de substances psychoactives (par exemple les travailleuses du sexe) présentent un risque plus élevé d'infections sexuellement transmissibles ou d'autres infections vaginales, elles-mêmes associées à des risques plus élevés de travail et d'accouchement prématurés. Il est dès lors important de détecter et de traiter toutes ces infections pendant la grossesse. La recherche de *chlamydia,* gonorrhée, vaginose bactérienne, et streptocoques du groupe B devrait être envisagée.

Certaines femmes (en particulier les femmes séropositives au VIH* et les femmes qui ont un système immunitaire altéré) peuvent être exposées à un risque plus grand de Néoplasie intraépithéliale cervicale (CIN) mais n'ont peut-être pas effectué les analyses cytologiques de routine (frottis cervicaux). La grossesse peut être une bonne occasion de sensibiliser et d'orienter ces femmes vers une surveillance cytologique, assurément pendant le 1er et le 2etrimestre.

COMPLICATIONS DE GROSSESSE

D'autres complications peuvent survenir chez les femmes usagères de substances psychoactives, mais pas plus fréquemment que chez les autres, à l'exception des grandes consommatrices de substances stimulantes, comme la cocaïne, en raison du risque accru de rupture de placenta (Addis *et al.* 2001, *Department of Health* 2007a).

Le travail et l'accouchement prématurés représentent un problème particulier, ayant pour conséquence des difficultés dans le maternage et posant un risque important sur la santé du bébé. Le phénomène est plus fréquent chez les femmes toxicodépendantes, en particulier chez celles qui s'injectent des drogues illicites ou consomment des opiacés à délivrance rapide – par exemple, l'héroïne (Hepburn 2004, Almario *et al.* 2009, *Department of Health* 2007a). L'accouchement prématuré est associé à un risque plus élevé de mortalité infantile. Les infections sont aussi parfois en cause dans les cas de travail et d'accouchement prématuré, leur dépistage est donc préconisé. Il faudrait conseiller aux femmes enceintes suspectant un travail prématuré de se présenter rapidement à la maternité afin de recevoir une injection de stéroïdes qui pourront favoriser la maturation des poumons du fœtus.

PROBLÈMES DE SANTÉ MATERNELLE

Une bonne alimentation pendant la grossesse est importante pour le développement du bébé (NICE 2008a, 2008b, *Scottish Government* 2011). Toutes les femmes enceintes devraient recevoir des conseils sur :

- un régime alimentaire sain et équilibré, incluant des aliments riches en fer et en calcium ;
- les compléments nutritionnels (vitamine D et acide folique) ;
- l'hygiène alimentaire (notamment sur les moyens de réduire les risques d'intoxications et d'infections alimentaires) ;
- les bienfaits de l'allaitement au sein ;
- le programme « Un début sain ».

Une bonne source d'information à propos des questions de nutrition et du régime à suivre durant la grossesse est accessible en ligne auprès du site de la *Food Standards Agency* (FSA).
NICE (2008b) a également produit des recommandations pour l'amélioration de l'alimentation des femmes enceintes et allaitant au sein ainsi que celle de leurs enfants dans les foyers à faibles revenus.

Les femmes enceintes sont régulièrement testées pour l'anémie lors des rendez-vous prénatals et peuvent se voir prescrire des compléments en fer lorsque cela est nécessaire. Il devrait leur être conseillé de prendre des compléments en acide folique (400 microgrammes) pendant les 12 premières semaines de grossesse pour prévenir les malformations du tube neural, ainsi que des compléments en vitamine D (10 microgrammes) pendant la grossesse et l'allaitement au sein (Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2011).

La constipation est très fréquente chez les femmes enceintes, et peut être aggravée par la consommation d'opiacés. Les femmes devraient donc être avisées d'augmenter leur consommation de fibres et de boire plus d'eau. La nausée et les vomissements sont également fréquents mais sont sans conséquences sur le bon déroulement de la grossesse. Toutefois, ces phénomènes peuvent avoir beaucoup d'impact sur le confort de vie, et certaines usagères feront part d'une difficulté à garder la méthadone*, en particulier dans les 16 ou 20 premières semaines de grossesse. Dans ce cas, il faudra inviter la femme à consulter son médecin prescripteur afin d'étudier les moyens de diminuer ces effets. Le gingembre, des acupressions du poignet, et la division en deux prises de la dose journalière de méthadone* peuvent parfois aider. Siroter lentement la méthadone* sur une période d'environ une heure peut également parfois aider.

Une mauvaise santé générale associée à un usage de substances psychoactives peuvent causer des troubles respiratoires, dont des infections des bronches et de l'asthme. Les injections répétées au fil des années détruisent les vaisseaux sanguins périphériques, laissant souvent des marques/cicatrices et limitant l'accès aux veines même chez les femmes ayant cessé les injections de drogues depuis plusieurs années (Hepburn 2004a).

Une bonne hygiène dentaire est également particulièrement importante pendant la grossesse. Toutes les femmes enceintes qui ont un problème lié à l'usage de substances devraient être incitées à prendre rendez-vous avec un dentiste pour une visite de contrôle, afin de recevoir les soins dentaires nécessaires, éviter la dégénérescence dentaire et les infections pendant la grossesse (Hepburn 2004b). La consommation d'opiacés est souvent associée à de graves problèmes dentaires. Ceux-ci sont aggravés par le fort taux en sucre et l'acidité de la méthadone* (*Department of Health* 2007a). De la méthadone* sans sucre est disponible sur ordonnance, mais son acidité est la même que dans la préparation standard. On conseillera aux femmes de se brosser les dents avec un dentifrice fluoré avant la prise de méthadone*, et de faire un bain de bouche à l'eau ensuite. Les chewing-gums sans sucre peuvent aussi aider à se débarrasser de la méthadone* restée en bouche. Les femmes ont tendance à avoir plus de problèmes gingivaux pendant la grossesse, ce qui peut se traduire par des saignements de gencives. Cela peut s'avérer plus grave chez les femmes usagères de substances, et évoluer vers des infections aiguës très douloureuses.

ALLOCATIONS MATERNELLES ET AIDES SOCIALES

Toutes les femmes enceintes devraient être informées à propos des allocations et des aides sociales auxquelles elles ont droit pendant la grossesse et après l'accouchement. Celles-ci comprennent :

- le droit à la gratuité pour les prescriptions NHS et à la gratuité pour les soins dentaires durant toute la grossesse et pendant 1 an à partir de la naissance du bébé ;
- l'allocation de naissance. Une sage-femme, une auxiliaire maternelle à domicile, ou un médecin peut signer le formulaire de demande (attestant ainsi que la femme a reçu des soins prénataux*) ;
- le droit à des coupons (en cas de faibles revenus), qui peuvent être utilisés pour se procurer gratuitement du lait, des fruits, des légumes, des formules pour bébé et des vitamines.

Plus d'informations sur ces aides sont disponibles auprès des sites internet des institutions suivantes :
- *Directgov* (www.direct.gov.uk)
- *Healthy Start* (www.healthystart.nhs.uk)
- *Social Security booklet 'A guide to maternity benefits' (Department for Work and Pensions* 2010).

PRÉPARATION AU RÔLE DE PARENT

Toutes les femmes enceintes ainsi que leurs partenaires se voient offrir des cours d'éducation parentale avant la naissance : ceux-ci se déroulent en général entre la 28e et 32e semaine de grossesse. Des sessions de groupe et des sessions individuelles peuvent être organisées et assurées par les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture. Les sessions d'éducation parentale se déroulent par secteur *(community-based).* Elles comprennent généralement des informations relatives à la grossesse, l'accouchement, l'allaitement du nourrisson, la parentalité et le développement de l'enfant. Toutefois, elles peuvent englober des mesures de soutien sur des questions plus larges, permettant aux femmes et à leurs partenaires d'explorer et d'appréhender leurs propres besoins sociaux, émotionnels, psychologiques et physiques pendant cette période (NICE 2008a). L'objectif de l'éducation parentale est d'offrir aux parents l'opportunité de prendre conscience de leur rôle et de développer leur confiance en leurs capacités, afin de vivre positivement le moment de la naissance, et de s'adapter avec succès à leur nouvelle situation de parents et aux changements que cela implique.

L'éducation parentale est particulièrement importante pour les femmes et les hommes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool, ainsi que pour les primo-pères et mères. Pour plus d'informations, contactez votre équipe locale de sages-femmes. Les professionnels devraient encourager les futurs parents à participer à ces sessions, d'autant que les personnes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances ont souvent manqué de modèles parentaux positifs, et que leur participation à ces sessions est souvent faible.

CONSEILS AVANT LA CONCEPTION ET PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

CATHERINE CRENN-HEBERT, obstétricienne
et ANNE-MARIE SIMONPOLI, médecin responsable ELSA

Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine, Louis Mourier, Colombes, AP-HP

Contact : catherine.crenn-hebert@lmr.aphp.fr
anne-marie.simonpoli@lmr.aphp.fr

La grossesse chez les femmes abusant des substances psychoactives (SPA) est souvent pour elles une surprise du fait de la diminution de la fertilité, de la fréquente oligo-ménorrhée et de l'absence de contraception. C'est également une surprise pour les équipes de soins spécialisés en addictologie car 1/3 des usagers de drogues sont des femmes en âge de procréer et il existe peu de dispositifs de soins orientés vers une spécificité d'approche par genre. Cet effet surprise peut entraîner un retard de diagnostic. Cette grossesse survient assez souvent dans un contexte d'antécédents obstétricaux multiples : IVG, fausses couches spontanées, prématurité, syndrome d'alcoolisation fœtale, d'antécédents de séparation mère-enfant et de vulnérabilité psycho-sociale : événements négatifs dans l'enfance, origine étrangère, absence de conjoint, de ressource, violence conjugale, double dépendance vis-à-vis du conjoint par rapport à la vie sexuelle et usage de drogues, prostitution, prise de risque infectieux d'Infections sexuellement transmissibles (IST),VIH,VHB,VHC, absence d'hébergement.

Par ailleurs, les consommations de SPA pour toutes les femmes enceintes demeurent encore insuffisamment dépistées par les équipes obstétricales, en dehors du tabac. Les difficultés des professionnels proviennent essentiellement d'un manque d'intérêt pour le sujet, d'un défaut d'information, d'un manque de temps, d'une réticence à aborder ce sujet sans formation préalable et de leurs propres représentations des femmes usagères. De plus, lors de la consultation d'obstétrique les femmes sous-déclarent leurs consommations de SPA par méconnaissance, déni, par honte, culpabilité, crainte de la stigmatisation, du regard des autres (soignants et entourage) et d'un placement éventuel de l'enfant. L'entretien prénatal précoce pourrait être un moment privilégié pour aborder ce sujet entre soignants et femmes enceintes.

Aborder le désir d'enfant au cours de la prise en charge des conduites addictives

Toute femme en âge de procréer, même dysménorrhéique, doit bénéficier d'une consultation gynécologique auprès de professionnels de santé du système de soins de premier recours. Pour les adolescentes, en l'absence de médecin traitant personnel, on privilégiera les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Cette consultation réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme, a plusieurs objectifs :

1) réaliser un examen clinique avec un frottis de dépistage cervico-utérin conseillé tous les 3 ans à partir de 25 ans ;

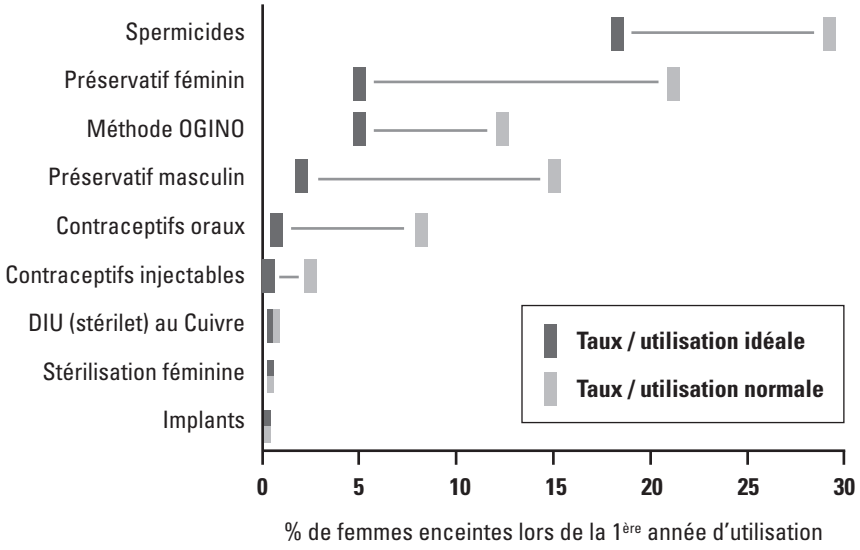
2) dépister les infections sexuellement transmissibles (IST), informer sur les relations sexuelles à risque et sur l'intérêt des préservatifs masculin et féminin pour la prévention :
    - rechercher les IST : trichomonas, chlamydiae, mycoplasmes, gonocoque, syphilis, VIH, VHB ;
    - le dépistage d'une infection à chlamydiae souvent asymptomatique et responsable d'infertilité secondaire est particulièrement recommandé chez les 18-24 ans ;
    - proposer une vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) en cas d'absence d'infection ou d'immunité ;
    - Proposer une vaccination contre le papillomavirus (HPV) avant le début de la vie sexuelle ;
    - Informer sur la possibilité d'un conseil médical avec éventuel traitement post exposition du VIH en cas d'accident d'exposition sexuelle ;
    - Informer sur l'intérêt de préserver la flore vaginale en évitant les toilettes vaginales internes, en réalisant des toilettes externes avec des solutions à pH neutre, et non des antiseptiques .

3) informer sur la contraception en présentant les différentes méthodes :
    - leur efficacité est variable : la plus importante en usage réel étant celle des méthodes continues comme le dispositif intra-utérin (stérilet) ou l'implant sous-cutané qui n'exposent pas à l'oubli (voir schéma ci-contre) ; les risques d'échec des préservatifs liés à une difficulté d'utilisation correcte peuvent être palliés par la prescription concomitante d'une pilule d'urgence à prendre en cas de rupture de préservatif,
    - leurs avantages et inconvénients seront à apprécier de façon individualisée pour permettre un choix personnalisé qui tiendra compte des antécédents personnels et familiaux, des consommations de SPA, des interactions médicamenteuses éventuelles, des difficultés psycho-sociales risquant d'entraver la méthode. Ce choix après information personnalisée, est à faire par la patiente pour favoriser l'observance et éviter les échecs avec la survenue d'une grossesse non désirée.

4) Favoriser l'expression du désir de grossesse et/ou d'enfant quand il existe ou informer sur la survenue d'une éventuelle grossesse en cas d'absence de contraception.

EFFICACITÉ COMPARÉE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

D'après Steiner M.J., Trussell J., Mehta N., *et al.* Communicating contraceptive effectiveness: a randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(1): 85-91.



Conseils avant la conception

Lors d'un désir de grossesse on proposera une prise en charge intensifiée pour réduire les risques d'infertilité et/ou de complications périnatales :

1) liés aux IST : information, dépistage pour la femme et son partenaire, prévention et traitement ;

2) liés aux consommations de SPA : information sur les effets de ces substances et tout particulièrement sur la tèratogènicité de l'alcool, sur les possibilités thérapeutiques avec proposition d'un accompagnement au sevrage, d'une initiation ou du maintien d'un traitement de substitution nicotinique en cas de consommation de tabac et d'un traitement de substitution aux opiacés si nécessaire, sans réduction des doses. Pour toute recherche d'effet d'une substance pendant la grossesse le Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) qui dispose d'un site Internet, pourra être sollicité. En cas de traitement psychotrope on vérifiera son innocuité et si nécessaire on le modifiera en lien avec le psychiatre prescripteur ;

3) liés aux modes d'usages de ces SPA : informer sur la dangerosité des ivresses alcooliques, sur la prévention des risques infectieux (VHB, VIH, VHC) en utilisant du matériel à usage unique pour l'injection, l'inhalation ;

4) Comme pour toute femme ou couple ayant un désir d'enfant, on proposera aussi :
   a) dépistage du diabète,
   b) vérification des sérologies (rubéole, toxoplasmose) avec vaccination sous contraception pour la rubéole en l'absence d'immunisation par un vaccin contre rubéole-oreillons-rougeole,
   c) vérification des autres vaccinations de la femme et de l'entourage (coqueluche, rougeole, varicelle…),
   d) supplémentations en acide folique pour la prévention des anomalies de fermeture du tube neural, vitamine D.

On favorisera si possible une consultation en couple avec la proposition d'une prise en charge des consommations de SPA du partenaire si elles existent.

Cette démarche repose sur une collaboration efficace entre les professionnels de la grossesse et ceux de l'addictologie, sur un travail en réseau avec des professionnels référents au sein des structures de soins ou en libéral. Les équipes de soins spécialisés en addictologie (CSAPA, CAARUD, ELSA) qui prennent en charge des femmes ayant des conduites addictives et très souvent sans suivi gynécologique ont un rôle d'accompagnement important pour favoriser la consultation et le conseil pré-conceptionnel.

Prise en charge d'une grossesse non désirée

Une orientation de la femme vers un centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) quand il existe, vers un établissement de santé ou vers un médecin libéral est réalisée sans délai. Au cours de l'entretien préalable il est indispensable de clarifier les risques de la grossesse liés à la consommation de SPA, car la motivation de l'IVG peut être cette consommation et la méconnaissance des risques réels.

Délai légal pour pratiquer une IVG : 14 semaines d'aménorrhée.

Deux consultations médicales préalables obligatoires espacées d'un délai de réflexion d'une semaine, réduit à 48 heures si risque de dépassement du délai de 14 semaines.

Un entretien psycho-social, facultatif si la femme est majeure, est obligatoire si elle est mineure.

Deux méthodes :
IVG médicamenteuse ou IVG chirurgicale.

- **IVG médicamenteuse :** possible jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée et pratiquée soit en établissement de santé soit en cabinet de ville.
- **IVG chirurgicale :** possible jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée et pratiquée obligatoirement dans un établissement de santé. Aspiration de l'œuf sous anesthésie locale ou générale.

Proposition d'une contraception après l'IVG.

Consultation de contrôle post IVG entre 14e et 21e jour après l'IVG.

11/

ÉVALUATION DES RISQUES PENDANT LA GROSSESSE

- N'est pas suivie par / n'a pas déclaré un médecin traitant 204
- Sans abris, sans domicile fixe ou sans « chez soi » 204
- Maltraitance domestique 205
- Problèmes de santé mentale des parents 206
- Nouveau-né présentant un risque de Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) 207
- Inquiétudes concernant le bien-être et la sécurité de l'enfant 207

L'entretien prénatal précoce : occasion d'une alliance avec les parents 209

> L'instauration d'un entretien prénatal précoce (dit du 4e mois) 209

> Pourquoi un entretien médical ? 211

Accompagnement socio éducatif des femmes enceintes usagères de Substances psychoactives (SPA) en situation de précarité : accès aux droits, ressources, hébergements, protection de l'enfance 213

> L'accès aux soins et la protection sociale 214

> L'accès aux droits : ressources, hébergement 215

> La protection de l'enfance 217

Tous les professionnels au contact de femmes enceintes usagères de substances psychoactives et/ou d'alcool devraient avoir une notion claire du concept d'évaluation des risques, pour assurer la sécurité de la mère et du bébé. Les risques devraient être évalués tout au long de la grossesse, il faut tenir compte du caractère forcément évolutif de la situation sur la durée (NICE 2008a).

Les facteurs de risques importants, qui méritent une investigation plus poussée voire une intervention, peuvent être :

- historique obstétrique difficile et mauvais développement des grossesses passées ;
- santé maternelle fragile / maladie grave / VIH*, hépatites C ou B ;
- consommation d'alcool importante (dont le *binge drinking*)* ou dépendance* alcoolique ;
- injection ou consommation de substances illicites (non prescrites) ;
- nouveau-né qui risque de développer un Syndrome de sevrage néonatal (SSNN), ou bien SSNN chez le précédent bébé ;
- historique de troubles mentaux sévères (ex. : schizophrénie, troubles bipolaires / maniaco-dépressif, dépression postnatale, psychose puerpérale, troubles alimentaires) ;
- difficultés d'apprentissage, handicap cognitif susceptible d'affecter la capacité parentale ;
- maltraitance domestique, conflit conjugal ;
- implication dans des affaires criminelles / membre de la famille coupable d'agressions sexuelles ;
- grossesse précoce / absence de soutien pendant la grossesse ;
- sans domicile fixe / absence de logement, logement insalubre, dangereux, inadapté ;
- minorité ethnique, réfugiée politique ou demandeuse d'asile ;
- problèmes sociaux remarquables divers (ex. : manque d'équipement domestique, problèmes d'endettement ou difficultés financières, travailleuse du sexe, etc.) ;
- enfant(s) existant(s) enregistré(s) « à risques » / logé(s) par les autorités locales ;
- dossier déjà enregistré concernant des problèmes parentaux ou une prise en charge problématique d'un enfant.

Se rappeler que la plupart des facteurs de risques présentés ci-dessus peuvent s'appliquer **au père de l'enfant/ partenaire de la mère,** plutôt qu'à la mère elle-même, et devraient être traités de la même manière.

N'est pas suivie par / n'a pas déclaré un médecin traitant

Les femmes enceintes qui n'ont pas de médecin traitant devraient être encouragées à en choisir un le plus rapidement possible. Si la femme a du mal à trouver un médecin traitant, il faudra lui conseiller de contacter le centre de premiers soins local, *Primary Care Trust,* ou le *Health Care Partnership,* pour demander qu'un médecin traitant lui soit attribué. Ces demandes devraient être faites par écrit. Invitez la femme à remplir le formulaire de demande (*cf.* annexe 11) et à l'envoyer au centre de premiers soins, *Primary Care Services Department.*

Sans abris, sans domicile fixe ou sans « chez soi »

Il est important que la femme trouve à temps un logement adapté pour se préparer à la naissance de son bébé. Ne pas posséder de logement crée un stress additionnel pour la femme et peut rendre les soins prénataux* compliqués. Une bonne planification des soins et une bonne liaison entre les professionnels sont nécessaires pour un travail d'équipe. Les femmes enceintes doivent se faire connaître

tôt des services d'assistance, qui encourageront la famille à se tourner vers des services de santé grand public dès qu'ils seront installés dans un logement stable.

Les femmes enceintes sans abris ou en hébergement temporaire peuvent s'inscrire auprès du médecin traitant d'un centre d'accueil pour les sans-abris. Ces centres d'accueil, existant en zones urbaines, bénéficient en général de personnel social supplémentaire, travaillant à l'assistance et aux soins des adultes et des enfants vulnérables. Les sages-femmes qui travaillent avec des patientes enregistrées dans ces centres d'accueil pour sans-abris s'organiseront pour rendre visite à la femme à l'hôpital ou à son hébergement temporaire.

Maltraitance domestique

La maltraitance domestique (aussi connue sous le nom de violence conjugale, ou violence de genre) est en étroite relation avec la consommation de substances psychoactives, et en particulier celle de l'alcool (Cleaver *et al.* 2010, Barnish 2004, BMA 2007b). Elle peut être très dangereuse pour la santé et le bien-être physique et mental de la mère et du bébé, voire menacer leurs vies, et représente un problème criminel, social et médical des plus sérieux (*Department of Health* 2005, BMA 2007b, RCM 2009). La maltraitance domestique peut consister en de multiples formes d'abus physiques (coups, séquestration,...), sexuels (viol, contrainte,...), psychologique (isolement social, maltraitance verbale, démoralisation) et financière (privation / retenue d'argent). La maltraitance domestique peut également être perpétrée par courriels, via d'autres documents écrits ou par messages téléphoniques.

Il a été rigoureusement montré que la grossesse, loin d'être une période de paix et de sécurité, peut au contraire déclencher ou exacerber la violence masculine à la maison (RCM 2009). La maltraitance domestique est très répandue mais pas assez rapportée, et le risque de récidives est très élevé. Il est estimé qu'un tiers des maltraitances domestiques commence ou augmente pendant la grossesse (*Department of Health* 2005). La violence peut également s'aggraver à la naissance du bébé, ou si la femme tente de mettre fin à la relation (Barnish 2004). La maltraitance domestique pendant la grossesse est associée avec des taux plus élevés de fausses couches, de naissances prématurées, de blessures fœtales ou de décès du fœtus (BMA 2007b). La maltraitance domestique peut avoir des effets indirects sur la santé du fœtus et du bébé en développement, parce qu'elle est associée à de plus grandes consommations maternelles de tabac, d'alcool, à plus de stress, et parce que les soins prénataux* et postnataux sollicités par la mère sont plus ou moins empêchés par le partenaire abusif (BMA 2007b).

La question de la maltraitance domestique fait partie des questions de routine posées par toutes les sages-femmes pour évaluer les risques dans le cadre des suivis prénataux et postnataux. Pour qu'elles puissent se confier plus facilement, toutes les femmes devraient avoir au moins une consultation seule à seule avec le/la professionnel(le) de santé au cours de la grossesse, sans leur partenaire et sans autre membre de la famille (BMA 2007b). Lorsqu'une maltraitance est suspectée, les sages-femmes devraient inviter la femme à verbaliser clairement les abus, sans toutefois la brusquer (RCM 2009). Les femmes qui confient une maltraitance domestique devraient être soutenues, et conseillées sur où et comment se procurer de l'aide. Des informations détaillées sur les structures qui fournissent une assistance psychologique et d'hébergement (refuge) aux femmes victimes de violences devraient leur être fournies. Les adresses et numéros de téléphones utiles devraient être facilement accessibles, pour permettre aux femmes d'en faire usage quelle que soit leur connaissance ou leur situation vis à vis du personnel soignant. Lorsqu'il y a confidence, il faut orienter la femme vers les structures d'aide adaptées et entreprendre toute action/démarche qui paraît immédiatement nécessaire.

Il est important de noter que la maltraitance domestique est considérée comme un problème de protection de l'enfance, car la sécurité et le bien-être de l'enfant à naître, du nouveau-né et des autres enfants vivant dans le foyer sont potentiellement en danger (Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2010, Cleaver *et al.* 2010).

Le personnel de santé devrait se référer aux guides d'accompagnement suivants pour plus d'informations sur les bonnes conduites à suivre en cas de maltraitance domestique :

- Améliorer la sécurité, réduire les risques : les enfants, les jeunes et la violence domestique : un guide pratique pour les praticiens de première ligne, *Improving safety, Reducing harm: Children, young people and domestic violence: A practical toolkit for front-line practitioners.* Londres, *Department of Health* (2009).
- Répondre aux abus domestiques : un manuel pour les professionnels de santé, *Responding to domestic abuse: a handbook for healthcare professionals, Department of Health* (2005).
- Répondre aux abus domestiques : un guide pour les travailleurs de santé du NHS Scotland, *Responding to domestic abuse: guidelines for health care workers in NHS Scotland, Scottish Executiv*e (2003).
- Travailler ensemble pour prendre soin des enfants : un guide pour le travail inter-agences pour protéger et promouvoir la santé des enfants, *Working together to safeguard children: a guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children, HM Government* (2010).

Problèmes de santé mentale des parents

Les problèmes de santé mentale sont étroitement associés avec les problèmes de drogues et/ou d'alcool. Jusqu'à 60 % des alcoolodépendants et des personnes pharmaco/toxico dépendantes font part d'invalidités légères à sévères, conséquences de ces troubles morbides associés tels que anxiété, dépression, stress post-traumatique, troubles bipolaires (maniaco-dépression), et psychoses, comme la schizophrénie (*Department of Health* 2007a). Il est important de repérer tôt les femmes enceintes et les futurs pères souffrant de troubles psychologiques et de s'assurer qu'ils reçoivent un traitement et des soins adaptés à ce « double diagnostic ». Pour des informations sur la prise en charge obstétrique des femmes qui ont des problèmes de santé mentale et sur la prise en charge néonatale de nourrissons exposés à des médications antipsychotiques pendant la grossesse et l'allaitement, consulter : Santé mentale anténatale et postnatale : prise en charge clinique et guidance, *Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidanc*e (NICE 2007a).

Les problèmes de santé mentale des parents, comme les problèmes d'usage de substances psychoactives, sont associés à un risque plus élevé de mauvaises aptitudes parentales et de maltraitances de l'enfant (Tunnard 2002a, 2002b, 2004). Des études ont montré que la santé mentale des parents est un facteur important dans une grande partie des cas (environ dans 30 % des cas de maltraitance fatale d'enfant), et encore plus quand la consommation parentale de substances psychoactives et/ou d'alcool fait aussi partie des facteurs (Brandon *et al.* 2008, 2009). Des difficultés combinées, par exemple : dépression, alcool, problèmes de drogue, violence, mal logement, nourrisson qui a des besoins particuliers, formeront un spectre complexe d'agents stressants qui nécessiteront une prise en charge pluridisciplinaire et pluristructurelle. La participation des services de santé mentale périnatale peut être requise. Pour des recommandations plus poussées concernant la prise en charge des enfants et des familles touchées par des problèmes de santé mentale des parents, consulter : Penser l'enfant, penser le parent, penser la famille : un guide pour la santé mentale parentale et le bien-être de l'enfant, *Think child, think parent, think family: a guide to parental mental health and child welfare* (SCIE 2009).

Nouveau-né présentant un risque de Syndrome de sevrage néonatal (SSNN)

Il est important de discuter assez tôt de la possibilité de Syndrome de sevrage néonatal avec toutes les femmes pharmaco/toxico dépendantes et leurs partenaires. Ils doivent savoir que le SSNN est en général assez facile à gérer, mais que le bébé aura besoin d'un soin et d'une attention particuliers, et qu'il faudra faire preuve de compréhension et de patience. Avoir un bébé qui développe des symptômes sévères de sevrage peut être très perturbant pour les parents, mais s'il est correctement pris en charge, le bébé connaîtra un rétablissement complet (Johnstone 1998, *American Academy of Paediatrics* 1998). Il est important d'inscrire dans le dossier maternel que le bébé présente des risques de développer un SSNN. Cette observation à valeur de mise en garde évitera que le bébé quitte l'hôpital sans soins post-nataux adaptés.

Le fascicule d'information « S'occuper d'un bébé qui a des symptômes de sevrage » (*cf.* annexe 9) fournit des informations détaillées aux parents. Ce fascicule devrait être distribué à toutes les femmes pharmaco/toxico dépendantes et leurs partenaires au moment de leur inscription. Ils devraient avoir l'opportunité de lire ce fascicule et de discuter le plan de naissance et de soins de leur bébé avec la sage-femme/l'obstétricien, ou une auxiliaire de puériculture. Pour des informations plus détaillées, voir le chapitre « Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) ».

Inquiétudes concernant le bien-être et la sécurité de l'enfant

Une évaluation des risques peut aider à repérer d'éventuelles incertitudes quant à la capacité de la femme (ou de son partenaire) à s'occuper de l'enfant. Si tel est le cas, il est important d'aborder ces questions avec la femme et son partenaire assez tôt. Tous les professionnels au contact de femmes enceintes ont la responsabilité et le devoir d'agir lorsqu'ils pensent qu'un bébé sera exposé à un danger. Une intervention proactive anticipée aura plus de chance de déboucher sur une issue positive pour la mère, le bébé et la famille.

Les professionnels devraient :

- prendre connaissance des procédures de protection de l'enfance et des méthodes d'évaluation des risques.
- Se référer aux guides d'aide à la pratique suivants :
    - Travailler ensemble pour protéger les enfants : un guide pour le travail inter-agences pour protéger et promouvoir la santé des enfants, *Working together to safeguard children: a guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children, HM Government* (2010).
    - Savoir quand suspecter la maltraitance d'un enfant : guidance clinique, *When to suspect child maltreatment: Clinical Guideline*, NICE (2009).
    - Guidance nationale pour la protection de l'enfance en Écosse, *National guidance on child protection in Scotland, Scottish Government* (2010).
    - Identifier les priorités : guide de bonnes pratiques pour le travail avec les enfants et les familles victimes d'usage problématique de substances psychoactives, *Getting Our Priorities Right: Good Practice Guidance for Working with Children and Families affected by Substance Misuse, Scottish Executive* (2003).

Ces documents contiennent des informations importantes pour les professionnels, dont :

- les principes de base pour sécuriser les enfants ;
- le cadre légal de la protection de l'enfance ;
- les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans la protection du bien-être et de la sécurité des enfants ;
- les indications sur le partage d'informations et la confidentialité ;
- les signes et les symptômes de maltraitance physique, de négligence, manque d'épanouissement de l'enfant qui n'a pas de cause organique, maltraitance émotionnelle et abus sexuel ;
- l'impact des problèmes liés à l'usage parental de substances psychoactives et/ou d'alcool sur les nourrissons et les enfants ;
- le parcours professionnel relatif aux questions de protection de l'enfance ;
- les implications pratiques de la protection et du soutien des enfants face à des usagers qui ont des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives ;
- une liste de contacts utiles de professionnels spécialisés dans la protection de l'enfance.

Pour des recommandations plus détaillées concernant la protection de l'enfant, voir le chapitre « Évaluation pendant la grossesse de la capacité parentale liée à la garde des enfants ».

L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE : OCCASION D'UNE ALLIANCE AVEC LES PARENTS

FRANÇOISE MOLENAT

Pédopsychiatre
Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (AFREE)
Contact : www.afree.asso.fr

Identifier dès que possible, avec les futurs parents, leurs attentes, leurs craintes, les étayages nécessaires, relèverait du bon sens. Mais les conditions de dialogue approfondi entre femmes enceintes et professionnels n'étaient pas en place de manière généralisée, et les conduits addictives soulevaient jusqu'à une période récente beaucoup de craintes mutuelles, tant chez les mères que chez les soignants. Les femmes enceintes souffrant d'addiction ont longtemps fui le système de santé, par peur du jugement et/ou d'un retrait de l'enfant qui se produisait fréquemment, tant les représentations de parents « toxicomanes » étaient empreintes de peurs massives chez les professionnels.

Des expériences innovantes d'accueil bienveillant, le plus tôt possible dans la grossesse, ont fait leurs preuves vers la fin des années 1990. La situation s'est retournée et l'amélioration de tous les indicateurs – médicaux, sociaux, psychologiques – a permis d'en extraire les principes essentiels. Le Plan périnatalité 2005 [1], inspiré pour une part de ces expériences, a proposé de nouveaux « outils relationnels », afin d'intégrer dans le suivi habituel de la grossesse et de la naissance la part émotionnelle inhérente à la procréation, surtout lorsque les parents présentent des facteurs d'insécurité liés à leurs conditions d'existence actuelles ou passées. C'était le moment où le monde obstétrical et pédiatrique, ayant acquis une bonne maîtrise de la mortalité périnatale, pouvait élargir son champ de préoccupations à d'autres critères influençant le développement ultérieur de l'enfant : en particulier l'impact de l'environnement humain sur la construction des liens familiaux et la mise en place des systèmes de régulation chez le nourrisson. Cette intégration exige cependant un profond changement de culture, puisqu'elle oblige à prendre en compte la subjectivité des femmes enceintes, celle du futur père, avec une rigueur suffisante.

L'instauration d'un entretien prénatal* précoce (dit du 4e mois)

Il a fait l'objet d'un financement spécial de l'Assurance-maladie et la création de postes dédiés. Mené par une sage-femme le plus souvent, il a pour but ce triple objectif :

- donner la parole à la femme enceinte ;
- créer une alliance avec la future mère en partant de ses préoccupations ;
- organiser les réponses aux besoins exprimés dans une cohérence suffisante, du début de la grossesse au retour à domicile.

Pour l'ensemble des grossesses, les arguments de départ étaient nombreux :

- le taux de dépression périnatale avec leurs effets sur le développement de l'enfant et les troubles de la parentalité ;
- la fréquence des ruptures conjugales précoces corrélées à la fragilité des liens ;
- le constat après-coup, devant les troubles des enfants, que les mères n'avaient rien exprimé de leurs difficultés lors du suivi obstétrical classique ;
- le rôle des facteurs de stress maternel méconnus dans certaines complications obstétricales ;
- l'impact de ce stress sur le développement fœtal et néonatal ;
- le peu d'attention portée à la place du père par les professionnels ;
- le désarroi des équipes devant l'imprévu d'un épisode émotionnel non anticipé ;
- l'isolement au retour au domicile faute d'anticipation et de liens ;
- la fréquence des consultations aux urgences sans substrat somatique avéré ;
- le peu de confiance, voire la peur des parents les plus vulnérables vis-à-vis d'un environnement professionnel peu coordonné ;
- l'impuissance ressentie par un certain nombre d'intervenants devant la « lourdeur » des situations.

S'agissant d'addictions, l'objectif se portait sur la nécessité d'un accueil bienveillant par un soignant :

- non stigmatisant ;
- lui-même en sécurité ;
- disposant des réponses aux inquiétudes dites par la femme enceinte ;
- connaissant d'emblée les produits, leurs conséquences, leur prise en charge ;
- ou orientant vers un soignant du monde obstétrical capable d'apporter les premières réponses et d'assurer la suite, du type « sage-femme de coordination » ;
- frotté à l'intérêt des liaisons significatives avec le réseau de proximité choisi par la femme ou activé (en particulier le médecin traitant).

Pour assurer cette qualité d'accueil et le maintien d'une alliance qui puisse garantir l'adhésion des futurs parents, des règles se dégagèrent progressivement [2]. L'entretien précoce relève d'un état d'esprit et doit se mener de manière souple, en fonction des contextes et des collaborations. Il peut se renouveler ou s'intégrer dans le suivi mis en place, selon les pratiques locales. En deuxième lieu, l'objectif n'est pas de traiter la conduite addictive en soi, mais de rassembler toutes les mesures pouvant améliorer le suivi obstétrical, de bonnes conditions de naissance, puis d'accueil du nouveau-né. Enfin, face à la charge émotionnelle de certaines situations, et à la rigueur nécessaire dans l'accompagnement, le professionnel ne peut rester seul. L'analyse avec un psychologue ou psychiatre en deuxième ligne s'avère la condition minimale pour prendre du recul. Encore faut-il que soit menée une réflexion sur la formation exigée à ces praticiens pour exercer ce type d'activité dit « travail indirect ».

Pourquoi un entretien médical ?

La rencontre avec une sage-femme ou un médecin se situe dans le registre *positif* de la préparation à la mise au monde d'un enfant. Il n'est pas stigmatisant, s'inscrivant dans le suivi classique, à l'hôpital, en libéral ou par un professionnel de la PMI relié au lieu de naissance. Les femmes les plus vulnérables se sentent accueillies *comme toutes les mères,* et c'est un premier facteur de sécurité. La fonction soignante, centrée sur le corps, constitue en soi un facteur de protection. Le mouvement de sollicitude d'une équipe pour le bien-être de la femme et de l'enfant permet d'aborder plus aisément les éléments chargés négativement.

L'entretien précoce permet *l'ajustement du suivi obstétrical* en fonction des besoins exprimés ou pressentis : par exemple des échographies rapprochées, une sage-femme de proximité, la rencontre avec un pédiatre avant la naissance.

Il permet de *donner la parole* à la femme enceinte et au futur père, afin qu'ils puissent poser leurs questions, se sentir écoutés, recevoir les réponses ajustées à ce qu'ils expriment. Ainsi se crée le sentiment de *ne pas subir* – un sentiment de passivité pouvant activer émotionnellement des antécédents traumatiques -, et d'éprouver une nouvelle confiance en soi au travers de la maîtrise suffisante du suivi proposé.

EN CONCLUSION, l'entretien prénatal* précoce est un outil pour tous. Occasion d'ouvrir le dialogue dans une réciprocité : *« nous avons besoin de bien vous connaître pour assurer les meilleures conditions d'accueil de votre enfant »,* il vise à situer les futurs parents au centre des soins proposés. A l'inverse d'un questionnaire issu d'une logique « professionnelle », il permet aux soignants d'entrer dans la logique de la femme enceinte. Il ne s'agit pas de « tout savoir », encore moins de tout dire à tous, mais d'avancer pas à pas en tenant le fil du vécu parental. C'est plus la circulation d'émotions neuves – confiance, protection, disponibilité – qui permettra de dérouler la globalité des besoins, que le remplissage d'une grille visant à explorer les recoins du présent et du passé. Le lien avec d'autres temps vécus n'a d'intérêt que s'il vient de la femme elle-même. Par contre l'énoncé par le professionnel que les ressentis parentaux méritent d'être pris en compte doit se faire dès le début de grossesse – et l'entretien prénatal* précoce peut y aider.

Un tel élargissement de l'attention exige cependant d'inverser le raisonnement fondé sur les « facteurs de risque » pour construire un projet avec les parents, à partir de ce qu'ils expriment, cimenté par la valeur accordée à leur propos. D'autres clés doivent se trouver pour maintenir une rigueur dans les divers niveaux de communication. Une méthode pédagogique a été créée à cet effet [3]. A l'instar des « revues de mortalité/morbidité » elle consiste à dérouler de manière prospective la succession des interventions, et d'inviter un groupe pluridisciplinaire à élaborer, lors des pauses dans la présentation, les hypothèses cliniques, les objectifs et outils à disposition, depuis le début de grossesse jusqu'à la petite enfance. Chacun est ainsi invité à se mettre à la place de l'autre professionnel et l'élaboration progressive d'une culture « en réseau » a démontré ses effets étonnants. La suite du cas permet d'évaluer les hypothèses élaborées au début.

Références

[1] Plan périnatalité 2005-2007 et circulaire du 5 juillet 2005, www.sante.gouv.fr

[2] Référentiel de formation à l'entretien prénatal* précoce, www.afree.asso.fr

[3] Référentiel pour l'analyse interdisciplinaire et prospective de situations complexes (formation en réseau), www.afree.asso.fr

ACCOMPAGNEMENT SOCIO ÉDUCATIF DES FEMMES ENCEINTES USAGÈRES DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES* (SPA) EN SITUATION DE PRÉCARITÉ : ACCÈS AUX DROITS, RESSOURCES, HÉBERGEMENTS, PROTECTION DE L'ENFANCE

FRANÇOISE CORNEAU

Assistante de service social, ELSA*,
Groupe hospitalier Cochin Saint-Vincent-de-Paul

Contact : francoise.corneau@cch.aphp.fr

Il est coutumier de dire que la grossesse est un moment privilégié dans le parcours d'une femme et d'un couple. Pour la femme enceinte présentant une addiction à laquelle s'ajoute une situation de précarité sociale, il s'agit d'une période particulièrement délicate où des enjeux multiples peuvent faire basculer une trajectoire de vie.

Les futures mères arrivent souvent à la maternité en situation de grande souffrance et de culpabilité. Elles appréhendent le regard social, le jugement des soignants et ont peur d'être disqualifiées dans leur future fonction maternelle et à terme d'être séparées de leur enfant.

Cette représentation menaçante de l'hôpital rejoint souvent une histoire familiale, personnelle, chaotique, jalonnée de ruptures, parfois de placements en institutions pour elles mêmes ou pour leurs propres enfants. Un regard négatif, générateur de craintes majeures peut constituer un véritable frein à l'instauration d'une relation de confiance et il va sans dire que les résistances à l'accompagnement social vont également peser sur la prise en charge des intervenants médicaux compromettant parfois le suivi ultérieur de ces patientes.

Dans un tableau de situations complexes, de difficultés sociales accumulées parfois depuis de nombreuses années, le temps compté de la grossesse se révèle souvent bien court lorsque l'on sait qu'un nombre non négligeable de ces femmes se présentent à la maternité au-delà de 6 mois de grossesse. Dès lors, le premier entretien social, souhaitable dès la déclaration de grossesse, permet de proposer une évaluation globale visant la mise en place d'un accompagnement ajusté à chaque situation afin de préparer au mieux l'arrivée d'un enfant.

Ce premier entretien s'organise dans un cadre thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire et vise en premier lieu à faciliter l'accès aux soins. Cet accompagnement médical et social propre à chaque patiente pourra nécessiter des hospitalisations pour cures de sevrage ou complications obstétricales.... Après la naissance de l'enfant se pose parfois la question de l'admission en Unité mère enfant, en néonatologie voire en hospitalisation à domicile pédiatrique.

L'accès aux soins suppose aussi des droits sociaux déjà en place pour certaines futures mères mais souvent inactivés ou inexistants pour d'autres. Soutenir la femme dans l'accès aux droits est un axe essentiel du suivi social car les dispositifs sont multiples, en constante évolution, avec des organisations souvent différentes d'un département à l'autre, qui peuvent sembler complexes et entraver le bon déroulement de la prise en charge.
Initier ou ré-ouvrir des droits nécessitent beaucoup de formalités administratives et de documents (domiciliation pour les personnes sans résidence stable, pièce d'identité, déclaration de perte ou de vol, photos....) qui peuvent décourager les femmes les plus vulnérables. En effet, souvent en errance, fragilisées voire marginalisées, certaines ne sont pas en mesure de se conformer aux règles des institutions ; des accompagnements sont alors nécessaires pour activer les dossiers dans des délais souvent très courts.

Mon propos est de vous faire partager mon expérience de travail en tentant de condenser les dispositifs les plus usités et de permettre de mieux repérer les missions de l'assistante socio-éducative d'une ELSA* (Equipe de liaison et de soins en addictologie) au sein d'une maternité à Paris.

L'accès aux soins et la protection sociale

Une étude des droits est à faire en fonction de chaque situation au moment de la déclaration de grossesse qui devra être envoyée à la **Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)** dont dépend la patiente.

→ **L'Assurance maladie** permet pour les personnes salariées (ou au titre d'ayant droit) du régime général ou assimilées (ex. : chômage, allocation adulte handicapée) d'obtenir une prise en charge à 100 % pour la maternité : consultations et examens obligatoires dès la déclaration de grossesse ainsi que les frais afférant à la maternité à compter du 6e mois de grossesse et ce jusqu'au 12e jour après l'accouchement.

→ **La Couverture maladie universelle (CMU)** s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions (loi du 27/07/1999).

→ **La Couverture maladie universelle de base** doit être mise en place pour les femmes non couvertes par un régime obligatoire d'assurance maladie qui résident en France de façon stable et régulière depuis au moins 3 mois ; elle est gratuite en dessous d'un certain revenu (ex. : 780 euros par mois pour une personne seule). La prise en charge des soins liés à la maternité sera identique à celle du régime général.

→ **La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)** sous conditions de ressources, est comparable à une mutuelle et permet ainsi une prise en charge à 100 % des dépenses de santé sans avoir à faire l'avance des frais (dans les hôpitaux publics).

→ **L'Aide pour une complémentaire santé (ACS)** permet un soutien pour l'accès à une mutuelle des personnes ayant des revenus modestes et ne relevant pas de la CMUC.

→ **L'Aide médicale d'état (AME)** s'adresse aux femmes étrangères en situation irrégulière résidant depuis plus de 3 mois en France ; ce dispositif permet de bénéficier d'un accès aux soins **sans avance de frais.**

→ **Les soins d'urgence vitale** peuvent être demandés pour les femmes ne pouvant prétendre à aucune autre couverture sociale.
Ils doivent être notifiés par certificat médical,
« sont pris en charge les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ; sont pris en charge les soins dispensés à la future mère et au nouveau né, les frais de consultations et d'hospitalisation, les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG ».*

→ **L'Aide médicale à titre humanitaire peut être envisagée dans certaines situations spécifiques**

→ **Les permanences d'accès aux soins (PASS) :** dispositif dans les hôpitaux publics en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale (sans couverture sociale ou en attente de régularisation) qui permet une prise en charge des consultations, soins et dispensation des médicaments en ambulatoire.

Enfin, dans le cadre du **service de Protection maternelle et infantile (PMI)** et selon les départements, il y a une possibilité de prise en charge des consultations et examens en attente de régularisation des droits.

L'accès aux droits : ressources, hébergement

Poser les bases autour de la sécurité matérielle, c'est pour une mère savoir où aller à la sortie de la maternité, comment se nourrir, se vêtir, répondre à ses besoins primaires et lui permettre d'accéder à une sécurité psychique plus stable.

••• LES RESSOURCES FINANCIÈRES

L'envoi de la déclaration de grossesse à la **Caisse d'allocations familiales (CAF),** va permettre l'obtention de prestations familiales après l'étude des droits de la femme ou de la famille (conditions de ressources, situation régulière, résidence permanente en France).

- **La Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)** avec :
  La prime à la naissance au 7e mois de grossesse (***923,08 euros***), **l'allocation de base** après la naissance jusqu'aux 3 ans de l'enfant, le complément de libre choix d'activité et le complément de libre choix de mode de garde.
  D'autres allocations peuvent être versées en fonction de la situation (allocation de soutien familial, complément familial, aide au logement…).
- **Le Revenu de solidarité active (RSA)**
  S'adresse aux femmes ou aux couples sans ressources financières, mais peut aussi être demandé dans certains cas pour compléter un salaire, une allocation chômage ou une allocation adulte handicapé ainsi que des indemnités journalières de la Sécurité sociale.
  Il est à noter qu'il n'y a pas de conditions d'âge pour la femme enceinte, et le RSA est majoré si la femme est isolée (ex. : femme enceinte sans enfant : ***620,54 euros***).
- **Les indemnités journalières de la Sécurité sociale** sont versées dans le cadre du congé de maternité aux femmes sous certaines conditions d'activité salariée ou d'indemnisation au titre du chômage, par la CPAM suite à l'envoi de la déclaration de grossesse.

En cas de ressources insuffisantes ou d'absence de ressources des **aides facultatives ponctuelles** peuvent être demandées auprès de différents organismes (**Aide sociale à l'enfance ASE,** CAF, CPAM.....), d'associations ou de fondations. Le plus souvent ces demandes doivent être motivées et accompagnées d'un rapport social (ex. : pour le vestiaire, le lait, les couches, le matériel de puériculture, la layette ...).

Pour la nourriture, des orientations sont proposées sur des accueils de jour ou des associations offrant des repas, colis alimentaires, tickets services. Par ailleurs, les **CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques* pour usagers de drogues)** mettent à disposition au-delà de l'offre de soins et d'accompagnement social proposé, un accueil hygiène et laverie.
Pour les femmes étrangères en situation irrégulière ce seront là les seules aides possibles.

Enfin, pour soutenir la mère ou le couple dans la vie quotidienne avec son ou ses enfants une prise en charge peut être demandée à la CAF, à la PMI ou à l'ASE pour l'intervention au domicile d'une **Technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF).**

Par ailleurs, il est primordial de prévoir un lieu de vie sécurisant pendant la grossesse en proposant à une mère isolée un accueil adapté, en structure de soins ou d'hébergement, le logement étant rarement accessible d'emblée.

••• L'HÉBERGEMENT

Pour les femmes enceintes usagères de SPA, la spécificité du soin en addictologie est à prendre en compte. Il peut être envisagé une mise à l'abri des consommations et des risques liés à des conditions de vie précaires avec une orientation en prénatal et postnatal vers des **services de soins de suite médicalisés** (ex. : hôpital mère-enfant de l'Est Parisien, hôpital du Vésinet) sous couvert que la patiente ait une protection sociale.

- **Les Centres thérapeutiques résidentiels (CTR) :** depuis quelques temps certains acceptent les femmes enceintes, les soutiennent pour le maintien du sevrage et favorisent leur insertion. Selon les structures un accueil est aussi possible avec l'enfant en postnatal.
- **Les Appartements thérapeutique relais (ATR) gérés par les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) :** s'adressent aux personnes en difficulté avec les substances psychoactives ; certains ATR prennent en charge les femmes enceintes ou mères (couples) avec enfant à plus long terme et proposent un travail autour du soin et de l'insertion. Il en va de même pour certains **Appartements de coordination thérapeutiques (ACT)** qui s'adressent à un public présentant une pathologie lourde.
- **Le pôle hébergement du CSAPA Horizons** spécifique en Île-de-France accueille les femmes enceintes et couples, il propose :

  - **des appartements thérapeutiques** qui permettent dans la prise en charge médico-psycho-sociale des addictions, un travail autour de la parentalité et vise la prévention des situations de carence, de négligence et de maltraitance pour les enfants (jusqu'aux 3 ans de l'enfant) ;

  - **un accueil en hôtel** qui peut être mis en place avec un suivi psychologique et éducatif au domicile.

- **Les centres maternels** dans le cadre de la protection de l'enfance peuvent être sollicités pour les femmes isolées enceintes et ce jusqu'aux 3 ans de l'enfant, mais les places sont souvent difficiles à obtenir et ces structures ne sont pas toujours les plus adaptées en terme de soin.
- Enfin, **des prises en charge hôtel** peuvent être accordées financièrement par un CSAPA, une association, ou l'ASE…

Pour l'urgence, les femmes continuent de contacter le **115 (SAMU SOCIAL pôle famille)** ou SIAO urgences qui orientent les femmes enceintes soit en centre d'urgence ou en hôtel.
Actuellement, pour organiser un accueil plus pérenne type **CHRS** (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) ou résidences sociales, les professionnels envoient une demande au **Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO)** du département et constituent parallèlement un dossier **DAHO (Droit à l'hébergement opposable).**

Cet accompagnement autour de l'hébergement tout au long de la grossesse permet de créer avec la future mère ou le couple une alliance autour de l'enfant à naître, d'évaluer sur quelles solidarités (conjugale, familiale, affective, institutionnelle, environnementale) il sera possible de compter mais aussi de repérer les manques et les impossibilités.

La protection de l'enfance

L'accompagnement des femmes usagères de SPA dans un contexte de précarité associé parfois à des troubles psychiques ou des pathologies mentales reste une mission toujours délicate et une situation à risque de ruptures toujours possibles.
Dans un travail de pas à pas avec la mère durant le séjour à la maternité, l'objectif est de favoriser la qualité du lien précoce mère-enfant et d'entourer la nouvelle cellule familiale. Il s'agit d'une part d'anticiper les difficultés éducatives potentielles et d'autre part de repérer les véritables obstacles pour élever l'enfant.

Il est nécessaire de favoriser la mise en place concrète de conditions favorables à l'accueil du nouveau né, de pouvoir évaluer la capacité des parents à protéger et prendre soin de leur enfant.
Il faut organiser et/ou maintenir au retour à domicile le relais avec les partenaires chargés de la petite enfance (PMI, TISF), du soin (CSAPA, CMP…) et du social (ASE, service social polyvalent de secteur…).
Le travailleur social est au cœur de ces interactions entre l'hôpital et l'extérieur et impulse le travail en réseau.

Un travail de concertation (synthèses pluri-professionnelles ou réunion du CRPEF, Comité de prévention de protection enfance famille, avec le responsable de l'ASE et les partenaires) est souvent nécessaire surtout quand les conditions d'accueil de l'enfant à la sortie de la maternité ne sont pas favorables (errance, violence, instabilité,…) ou que la famille n'adhère pas aux propositions faites par les professionnels. Les conclusions et décisions collégiales sont alors expliquées aux parents ainsi que les implications diverses qui visent toujours le soutien à la parentalité et non à une sanction en tant que telle.

Quelles que soient les décisions à prendre, l'enfant est au cœur de toute démarche et les parents y sont impliqués même lorsqu'il s'agit d'une demande de **mesure de protection de l'enfance** faite à la **Cellule de recueil et d'information préoccupante** de l'Aide sociale à l'enfance. Ces mesures peuvent être soit une **Aide éducative à domicile (AED),** un **accueil provisoire,** soit un **signalement judiciaire au parquet des mineurs.** Dans ce dernier cas, le juge des enfants pourra au vu des éléments ordonner un **mandat d'évaluation,** une **Aide éducative en milieu ouvert (AEMO),** une **Mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE)** ou un **placement (OPP) à l'ASE** (pouponnière, famille d'accueil) ou à une personne désignée tiers digne de confiance.

EN CONCLUSION, l'accompagnement socio-éducatif proposé aux femmes enceintes usagères de SPA en situation de précarité au sein de la maternité, s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire (sage femme, obstétricien, psychiatre, addictologue, infirmière, pédiatre…) qui permet de créer un « lieu ressources », des rencontres essentielles dans cette période particulière de l'existence de ces femmes : la mise au monde de leur enfant.

Au-delà de la qualité des accompagnements proposés et des liens de confiance construits autour de la parentalité, dépendra la poursuite de la prise en charge de ces patientes devenues mères dans des relais satisfaisants dont elles seules pourront ou non se saisir.

12/

ALLAITEMENT DU NOURRISSON

- Conseils et soins relatifs à l'allaitement au sein 220
- Bienfaits de l'allaitement au sein 221
- Risques potentiels 222
- Méthadone et autres substituts aux opiacés (ex. : dihydrocodéine, buprénorphine) 223
- Benzodiazépines prescrits sur ordonnance 224
- Alcool 224
- Tabac 225
- Cannabis 225
- Questions relatives à la consommation de substances supplémentaires pendant l'allaitement au sein 225
- Syndrome de mort subite du nourrisson 226
- Allaitement au sein et virus présents dans le sang 226
- Conseil pour le sevrage 227
- Allaitement au lait infantile (biberon) 227
- Allaitement et placement en centre/famille d'accueil 227

Augmenter la proportion de femmes allaitant au sein, en particulier dans les milieux défavorisés, est une priorité clé de santé publique, inscrite dans les *Infant Feeding Strategies,* Stratégies d'alimentation du nourrisson. L'allaitement maternel contribue de façon majeure à la santé du nourrisson sur le long terme ainsi qu'à sa croissance, réduisant l'incidence de troubles tels que la gastroentérite, l'eczéma et l'asthme. Il est aussi associé à de meilleurs pronostics de santé pour la mère, notamment par la réduction des risques* de cancer du sein et des ovaires, de l'ostéoporose et de l'obésité (OMS 2003, *Ministry of Health).*

Beaucoup de confusion règne autour de la question de savoir si une femme qui continue à prendre des drogues doit, ou non, allaiter son bébé au sein. Les parents devraient être informés que les bienfaits de l'allaitement au sein prévalent sur ses inconvénients, même en cas d'usage ininterrompu de substances psychoactives (*Ministry of Health* 2007a).

Le lait maternel est le meilleur type d'alimentation pour les nouveau-nés (ministère de la Santé 2003). L'Organisation mondiale de la santé (2003) recommande de nourrir exclusivement au sein les nourrissons les six premiers mois de leur vie, afin de favoriser une croissance, un développement et une santé optimale. À partir de 6 mois, les nouveau-nés devraient recevoir une alimentation adaptée et sûre, en complément de l'allaitement au sein, jusque dans leur deuxième année voire plus.

Toutes les mères usagères de substances psychoactives devraient être encouragées à allaiter au sein, sauf contre-indications médicales ou sociales expresses. Les décisions relatives à la sécurité sanitaire devraient être prises au cas par cas, après avoir pesé les bienfaits et les risques de l'allaitement au sein aux vues des données scientifiques (recherches publiées), et en prenant en compte les principes pharmacologiques, les stratégies de réduction des effets nocifs, et les questions relatives au bien-être de l'enfant. Dans la mesure du possible, l'allaitement au sein devrait toujours être mis en avant, et les souhaits de la mère respectés.

Remarque : il est essentiel que le personnel impliqué dans la discussion des bienfaits et des risques de l'allaitement au sein avec une usagère de substances psychoactives soit correctement et suffisamment formé. Tout conseil ou information incomplets, erronés, incohérents ou contradictoires risquent d'ébranler la confiance de la mère en elle-même, de perturber son processus décisionnel, et de lui causer une inquiétude et des préoccupations superflues.

L'ALLAITEMENT AU SEIN N'EST PAS RECOMMANDÉ LORSQUE LA MÈRE EST :
séropositive au VIH* en raison du risque de transmission du virus de la mère à l'enfant.

Les femmes devraient être informées des risques associés à l'allaitement au sein lorsqu'elles :

- s'injectent les drogues, à cause du risque de contamination virale par voie sanguine ;
- consomment des substances psychostimulantes telles que la cocaïne, le crack, les amphétamines, la méthamphétamine ou l'ecstasy, en raison du risque d'altération mentale de la mère et des effets possibles sur le nourrisson tels qu'insomnie, irritabilité et troubles alimentaires ;
- consomment régulièrement des substances illicites (de rue), telles que l'héroïne et/ou des benzodiazépines* (ex. : diazépam), en raison du risque d'état confus de la mère et des possibles effets sédatifs sur le nourrisson ;
- boivent de l'alcool conjointement à la prise d'autres dépresseurs du système nerveux central (SNC) tels que les opiacés et les benzodiazépines*, à cause du risque d'altération de la santé de la mère et des possibles effets sédatifs sur le nourrisson.

Conseils et soins relatifs à l'allaitement au sein

Bien que l'allaitement au sein soit généralement recommandé, toutes les femmes enceintes présentant un problème associé à la consommation d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives devraient discuter des bienfaits et des risques de l'allaitement au sein avec leur professionnel de santé – généralement la sage-femme, l'obstétricien, ou le médecin traitant en charge des soins prénataux*. Au moment de l'entretien de déclaration de grossesse (en temps normal aux environs de 8-12 semaines aménorrhée), une discussion à propos de l'allaitement au sein devrait être amorcée (NICE 2008a).

Il est important de noter que la majorité des usagères de substances psychoactives sont polytoxicomanes. À savoir qu'elles consomment généralement conjointement plusieurs produits, en association, lors d'une même prise ou sur une même période. Nombreuses sont celles qui affirment fumer du tabac et du cannabis,

prendre de la méthadone* ou d'autres opiacés (ex. : héroïne ou dihydrocodéine), des benzodiazépines* (ex. : diazépam), et des substances stimulantes (ex. : cocaïne ou amphétamines). Il est important de déterminer quelles substances la femme consomme ou est susceptible de consommer, quelles sont ses habitudes de consommation, ses modes d'administration (ex. : orale ou intraveineuse), et son plan de traitement – ce afin d'évaluer les risques que sa consommation peut poser en cas d'allaitement au sein, et de pouvoir l'en informer au cours de la discussion, qui doit dans tous les cas s'attacher à encourager l'allaitement au sein et à en diminuer les risques.

En plus de rediriger les femmes dépendantes aux opiacés vers des traitements de substitution prescrits, comme par exemple la méthadone, et de leur offrir un soutien additionnel, un suivi spécialisé dans le domaine des drogues/alcool est conseillé pour toute la période prénatale* – voir le chapitre « Gestion de l'usage de substances psychoactives durant la grossesse », et les recommandations cliniques du ministère de la Santé, *Ministry of Health* (2007a). Un soutien complémentaire à destination des parents usagers ou faisant mésusage de substances psychoactives est également disponible à l'occasion des synthèses prénatales* transdisciplinaires, qui se tiennent habituellement vers la 28e semaine de grossesse.

À la 32e semaine de grossesse, ou plus tôt si possible, des informations sur l'allaitement au sein, y compris sur les bonnes pratiques, devraient être dispensées selon les lignes décrites dans le document *Baby Friendly Initiative* de l'UNICEF Royaume-Uni. Si la femme a décidé d'allaiter au sein, elle devrait recevoir des informations sur l'importance de :

- la complémentation en vitamine D et en acide folique pendant la grossesse et l'allaitement ;
- un régime alimentaire sain ;
- le contact peau à peau après l'accouchement ;
- le positionnement et l'attache du bébé sur le sein ;
- l'allaitement initié par le bébé et les indicateurs d'appétit ;
- le rapprochement mère-enfant ;
- la non-utilisation des biberons de complément (sauf indiqués cliniquement) ;
- la non-utilisation de tétines ;
- des horaires d'allaitement en fonction de la prise de substances ;
- des conseils sur le sevrage et l'importance de maintenir une alimentation au lait maternel lorsqu'un allaitement mixte (biberons et allaitement au sein) est entrepris ;
- du suivi et du soutien par la sage-femme, l'auxiliaire de puériculture, l'assistante maternelle et le médecin traitant ;
- la recommandation claire de NE PAS PARTAGER LE LIT avec le bébé doit être adressée à tous les parents fumeurs, consommateurs d'alcool et/ou usagers de substances psychoactives, prescrites ou illicites.

Bienfaits de l'allaitement au sein

- Bénéfique pour la mère et le bébé sur le plan psychologique (favorise et entretient l'attachement, le soin, l'interaction mère-enfant) ;
- Bénéfique pour le bébé sur le plan immunitaire (participe de la prévention des infections infantiles et améliore la santé de l'enfant sur le long terme) ;
- Bénéfique pour la santé de la mère sur le long terme ;
- L'allaitement au sein peut réduire le risque de mort subite du nourrisson ;
- L'allaitement au sein peut réduire la sévérité des symptômes de sevrage chez l'enfant (Syndrome de sevrage néonatal).

Les fascicules/kits d'information à destination du patient comprennent :

- « Vers un bon départ : tout ce que vous devez savoir sur l'allaitement de votre bébé », *Off to a good start: all you need to know about breastfeeding your baby, NHS Health Scotland* (2009)
- Toutes les femmes enceintes reçoivent un DVD gratuit *From bump to breastfeeding,* un exemplaire du *The Pregnancy Book* ou du *Ready Steady Baby* et peuvent obtenir de l'information sur le site www.breastfeeding.nhs.uk.

Remarque : une assistance individuelle sur mesure peut être nécessaire pour les femmes dont les ressources de langage sont limitées (problème d'alphabétisation et/ou handicap).

Les informations complémentaires à destination des professionnels comprennent : Hoddinott *et al.* (2008), et « Bonnes pratiques et innovation dans l'allaitement », *Good practice and innovation in breastfeeding (Department of Health* 2004).

Risques potentiels

Les décisions quant à l'allaitement au sein (ou à sa poursuite) ou non en cas de tabagisme, d'alcoolisme, ou d'usage de médicaments et/ou de substances psychoactives illicites ne se basent pas uniquement sur la question de savoir si la ou les substances se retrouvent dans le lait maternel.

Seuls quelques produits sont réellement contre indiqués pour les mères allaitant au sein. Presque tous passent dans le lait maternel, mais seulement en très faibles quantités – en général moins de 1 % de la dose maternelle (Hale 2008). Tandis que certains produits représentent vraiment un problème pour le nourrisson (même en faible quantité), ce n'est pas le cas pour la plus grande majorité d'entre eux. En cas de doute, ou bien s'ils ont des questions, les professionnels de santé devraient demander conseil aux associations locales de prévention et/ou à un pharmacien.
Idéalement, ces requêtes devraient être formulées pendant la grossesse pour permettre une planification en amont.
Les préoccupations concernant les effets des produits pendant la lactation peuvent survenir à cause de leurs effets potentiels sur la mère, de leurs effets potentiels à court et à long terme sur l'enfant, et/ou de leurs effets potentiels sur la production du lait maternel (Lee, 2007, Hale 2008).

- Les effets potentiels sur la mère dépendent de sa stabilité dans le mode d'usage du produit (si elle prend de la méthadone* par exemple), des types de substances qu'elle consomme, de son état psychologique et de son comportement, de sa capacité à gérer et à suivre un emploi du temps d'allaitement au sein, et de sa propre stabilité générale dans son environnement personnel et social.
- Les effets potentiels sur l'enfant dépendent du type de produit et de sa quantité présente dans le lait, de la biodisponibilité de celui-ci et de ses effets secondaires spécifiques, du volume de lait maternel ingéré par l'enfant et de sa capacité corporelle à éliminer la substance de son organisme.
- La santé et le bien-être général du nourrisson doivent être pris en compte – par exemple, un prématuré, un nourrisson de faible poids à la naissance et/ou un nourrisson malade peuvent nécessiter un degré de surveillance plus élevé, en raison d'un probable ralentissement de leurs fonctions d'élimination.
- Certaines substances peuvent accroître ou au contraire diminuer la production (et donc les ressources) de lait maternel et affecter sa concentration en lipides, donc sa valeur nutritionnelle pour le nourrisson.

Méthadone et autres substituts aux opiacés

(ex. : dihydrocodéine, buprénorphine)

La méthadone* n'est PAS contre-indiquée en cas d'allaitement au sein (*Ministry of Health* 2007a, Hale 2008). La méthadone prescrite est plus sûre que l'usage non prescrit de drogue, l'usage intermittent, ou le sevrage brutal. Les professionnels de santé devraient encourager les femmes dépendantes aux opiacés ayant entrepris un traitement de substitution à la méthadone à allaiter au sein, tout en prenant en compte les problématiques adressées dans ce guide.

Les mères sous méthadone qui choisissent d'allaiter au sein devraient veiller à maintenir une consommation la plus stable possible avec un dosage prescrit le plus bas possible (tout en conservant une stabilité), et devraient surveiller le nourrisson afin de repérer chez lui des signes éventuels de sur-sédation et de difficultés respiratoires (*Ministry of Health,* 2007a). Le succès dans la mise en place de l'allaitement au sein est en lui-même un indicateur d'une stabilité adéquate dans la consommation de la substance (*Scottish executive,* 2003).

Il est important de rassurer les mères (et leurs partenaires) sur le fait que la quantité de méthadone transmise au bébé par le lait maternel est minime et peu susceptible d'avoir des conséquences néfastes (neurocomportementales) sur l'enfant (Jansson *et al.* 2008a, Jansson *et al.* 2008b, McCarthy et Posey 2000). Des études sur les mères allaitant au sein engagées dans un traitement de substitution à la méthadone ont montré de faibles rapports lait/lymphe, et ont estimé les doses approximatives du nourrisson à < 0,2 g/jour en moyenne, quelle que soit la dose de méthadone de la mère (Begg *et al.* 2001, Blinick *et al.* 1975, Geraghty *et al.* 1997, Jansson *et al.* 2004, Jansson *et al.* 2008a, McCarthy et Posey 2000, Pocock 2008, Wojnar-Horton *et al.*1997).

Des observations suggèrent que les pics de concentration en méthadone dans le lait maternel varient, et se produisent entre 1 à 6 heures après que la mère ait prit sa dose journalière (Begg *et al.* 2001, Blinick *et al.* 1975, Jansson *et al.* 2004, McCarthy et Posey 2000). Les mères peuvent éventuellement organiser leurs horaires d'allaitement de manière à éviter ces pics de concentration. Toutefois, cela est souvent difficile à mettre en place (en particulier lorsqu'elles allaitent à la demande toutes les 2-4 heures) et surtout, cela n'est PAS nécessaire, puisque les pics de concentration n'auront que très peu de conséquences sur le nourrisson (Jansson *et al.* 2008a).

La petite quantité de produit transmise à l'enfant via le lait maternel peut améliorer les symptômes de sevrage (SSNN) chez le nouveau-né (*Ministry of Health* 2007a). Une apparition retardée des symptômes, des symptômes moins sévères, une nécessité moindre de traitement pharmacologique, et des temps de séjours plus courts du nourrisson à l'hôpital ont été observés (Abdel-Latif *et al.* 2006, Malpas *et al.* 1997).

Ceci étant, les parents devraient être prévenus que l'allaitement au sein ne garantit pas de prévenir le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) chez leur enfant. Les parents dont les bébés présentent des risques de développer un SSNN devraient être correctement préparés – voir la partie sur le « SSNN ». Les mères sous méthadone, (ou benzodiazépines*) allaitant au sein, et dont les enfants développent un SSNN, peuvent avoir besoin de davantage de soutien, car les nourrissons qui ont un SSNN peuvent avoir des difficultés à s'alimenter et/ou avoir des besoins nutritionnels spéciaux (ex. : apport calorique plus important).

D'autres produits tels que la **dihydrocodéine (DF118), la buprénorphine (Subutex*®) et le combiné buprénorphine/naloxone (Suboxone®)** sont parfois prescrits en cas de dépendance* aux opiacés. Les femmes enceintes dépendantes aux opiacés ne sont généralement PAS orientées vers ces traitements de substitution car la méthadone reste l'option privilégiée. Cependant, pour celles qui ont été stabilisées en adoptant l'un ou l'autre de ces traitements pendant leur grossesse et qui souhaiteraient allaiter au sein, une évaluation individuelle des bienfaits/risques de l'allaitement permettant de prendre une décision devrait

être conduite par le médecin prescripteur. Compte tenu du manque de données quant aux effets de ces substances sur les enfants allaités, il convient de ne pas se référer aux conseils des fabricants, bien qu'il existe un consensus parmi les experts, statuant sur l'innocuité du Subutex*® et du Suboxone® pour l'enfant allaité, ne les rendant PAS contre-indiqués (*Center for Substance Abuse Treatment* 2004, Hale 2008). Des observations montrent que la buprénorphine, n'étant que peu absorbée par l'enfant par la voie orale, serait donc sans danger et efficace pendant la grossesse, et qu'elle pourrait aider à diminuer l'apparition et la sévérité du SSNN (*Center for Substance Abuse Treatment* 2004, Johnson *et al.* 2003a, Jones *et al.* 2010, Fischer *et al.* 2006). Il n'y a pas suffisamment de données sur la consommation à dose élevée de dihydrocodéine durant la lactation pour en retenir un conseil catégorique.

Le plus important pour ces femmes qui choisissent de poursuivre leur traitement avec ces médications de substitution est de comprendre que l'innocuité de ces substances, en particulier dans ces quantités consommées ici, n'a pas été parfaitement évaluée.

Benzodiazépines* prescrits sur ordonnance

Certaines femmes dépendantes se voient également prescrire des benzodiazépines* (en général du diazépam, à des dosages de 30 mg par jour ou moins). Le diazépam et les autres benzodiazépines* sont excrétés dans le lait maternel, cependant à des taux relativement faibles (McElhatton 1994). Les fabricants conseillent d'éviter si possible la consommation de diazépam en cas d'allaitement au sein. Les recherches manquent concernant les mères dépendantes aux benzodiazépines* allaitant au sein, mais lorsqu'une femme dans ce cas souhaite allaiter au sein, elle devrait être soutenue dans son initiative, dans la mesure où sa consommation de benzodiazépines* est stable et qu'une analyse des risques a été réalisée, estimant que ceux-ci sont moindres par rapport aux bienfaits. Les risques possibles incluent la léthargie, la sédation, et des difficultés à téter (Hale 2008). On conseillera à ces mères de maintenir leur dose de diazépam la plus basse possible et de surveiller chez leur nourrisson l'apparition de signes de sur-sédation et de sous-alimentation ou de sous-développement.

Alcool

L'alcool est libéré dans le lait maternel (Lee, 2007). Il peut diminuer les ressources en lait, en changer le goût et l'odeur, affecter les cycles de sommeil du nourrisson, sa digestion, et potentiellement réduire ses apports nutritionnels (Mennella et Beauchamp 1991, Mennella et Gerrish 1998, *NHS Health Scotland* 2009).

Si une femme décide de boire de l'alcool alors qu'elle allaite au sein, elle devrait être avisée de ne pas en consommer plus de une ou deux unités, une à deux fois par semaine (*NHS Health Scotland* 2009). Le *Binge drinking**/alcoolisation massive, la consommation régulière et/ou associée à d'autres substances sont DÉCONSEILLÉS.

Les taux d'alcool dans le lait maternel sont les plus élevés entre 30 et 60 minutes après la consommation. L'alcool passe du lait au plasma avec le temps, donc une seule boisson (unité) serait complètement éliminée du lait après 2 ou 3 heures (à condition que la femme n'aie pas continué à boire). Les mères peuvent tirer leur lait avant de boire de l'alcool, ou bien éviter d'allaiter au sein quelques heures après avoir consommé de l'alcool (1 ou 2 unités), afin de s'assurer que les taux d'alcool dans le lait seront réduits.

Tabac

L'allaitement au sein devrait être encouragé, que la femme soit fumeuse ou non. Bien qu'il soit couramment conseillé aux femmes allaitant au sein d'éviter autant que possible de fumer, le tabagisme n'est PAS une contre-indication pour l'allaitement au sein. La recherche montre que l'allaitement au sein reste une meilleure option que le lait infantile (biberon), tant pour la mère que l'enfant (Lee 2007, Hale 2008).

Les mères qui choisissent de fumer malgré tout devraient avoir conscience que le tabac peut diminuer la production de lait (la ressource) ainsi que sa concentration en lipides (Hale 2008). La nicotine est présente dans le lait maternel et peut causer des irritations gastriques au nourrisson (Shenessa et Brown 2004). Si possible, les mères devraient laisser un intervalle d'environ 20 minutes entre la dernière cigarette et l'allaitement, de manière à ce que le taux de nicotine dans le lait soit réduit. Il faut conseiller aux mères, aux pères et aux autres proches de l'enfant de ne pas fumer dans la maison, en particulier dans la pièce où celui-ci se trouve. Des conseils pour l'arrêt du tabac, des patchs de nicotine ou des gommes devraient être proposés, ainsi que des encouragements à suivre des programmes d'arrêt du tabac – voir le chapitre « Gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse ».

Cannabis

Malgré son usage répandu, les effets du cannabis (marijuana) sur les nourrissons allaités sont méconnus. Le cannabis est libéré dans le lait maternel, et son métabolite, le tétrahydrocannabinol (THC), peut s'y accumuler grâce à sa grande solubilité dans les graisses. En cas de consommation importante et régulière de la mère, le nourrisson peut devenir impatient et réclamer des tétées plus fréquentes. Une étude (Ashley et Little 1990) a trouvé des retards de développement moteur à 1 an chez des bébés ayant été exposés au cannabis via le lait maternel. Lorsque c'est possible, l'usage du cannabis devrait être évité lors de la période d'allaitement au sein. Toutefois, les mères qui en font l'usage ne devraient pas être découragées d'allaiter au sein.

Questions relatives à la consommation de substances supplémentaires pendant l'allaitement au sein

Si une femme allaitante a consommé des substances illicites (ou un excédent d'alcool) et s'inquiète des possibles conséquences sur le nourrisson, elle peut tirer et jeter son lait, demander conseil à un professionnel de santé, et reprendre l'allaitement une fois la substance éliminée de son organisme (environ 12 à 48 heures plus tard, selon la substance et les conditions de la prise). Compte tenu des bienfaits largement documentés du lait humain sur la santé du bébé, le risque associé à une interruption de l'allaitement doit être soigneusement estimé par rapport au risque que peut présenter la consommation de la substance en question. La prévention des rechutes devrait faire partie intégrante du programme de soin de la femme.

Si la mère allaitante s'engage dans un traitement de substitution à la méthadone* (ou autres substituts) pour la première fois, ou bien augmente sa dose, elle devrait être encouragée à surveiller chez le nourrisson l'apparition de changements de comportements, de signes de sédation ou de difficultés respiratoires. Les mères allaitantes qui remarqueraient de tels symptômes chez leur enfant doivent consulter un

médecin immédiatement. Tous les efforts devraient être faits pour s'assurer que la consommation en méthadone* de la mère soit stabilisée bien avant la naissance de l'enfant.

Syndrome de mort subite du nourrisson

Les bébés exposés au tabac, aux drogues et à l'alcool pendant la grossesse (et après leur naissance) présentent des risques accrus de mort subite du nourrisson (Kandall *et al.* 1993, Friend *et al.* 2004, *American Academy of Pediatrics* 2005). Les moyens de réduire le risque de mort subite doivent être discutés avec toutes les mères consommatrices de substances ainsi qu'avec les pères – voir Réduire le risque de mortalité au couffin, *Reducing the risk of cot death* (*Department of Health* 2007b).

Le partage du lit, combiné au tabagisme, à la consommation d'alcool et/ou de substances psychoactives est associé à un risque accru de mort subite du nourrisson (Blair *et al.* 1999, *American Academy of Paediatrics* 2005, McKenna et McDade 2005, Horsley *et al.* 2007). En plus de discuter ensemble des bienfaits et des risques de l'allaitement au sein, ainsi que des méthodes d'allaitement, il faudra conseiller aux parents usagers de substances de NE PAS partager le lit avec leur nourrisson, et de toujours le placer sur le dos pour dormir (*American Academy of Paediatrics* 2005).

Les mères sous l'influence de substances psychoactives ou de l'alcool risquent de se montrer moins réactives devant les besoins de leur nourrisson en raison d'une altération de leur vigilance. Les mères allaitant au sein ne devraient pas le faire en position allongée (sur un lit, un canapé ou au sol) car elles risqueraient de s'y assoupir et d'étouffer leur nourrisson.

Allaitement au sein et virus présents dans le sang

Les mères séropositives au VIH* ne devraient PAS allaiter au sein (De Ruiter *et al.* 2008). Le VIH* peut être transmis de la mère au bébé *in utero,* pendant l'accouchement, et via l'allaitement. L'allaitement au sein augmente le risque de transmission du VIH* de la mère à l'enfant jusqu'à 50% (De Ruiter *et al.* 2008, OMS 2008).

Les mères porteuses du virus de l'hépatite C avec infection chronique (i.e. PCR+ve/viraemic) peuvent être encouragées à allaiter au sein étant donné que rien n'indique que l'allaitement au sein augmente le risque de transmission de l'hépatite C de la mère à l'enfant (*Scottish Executive* 2003, SACDM 2008). Le risque de transmission de l'hépatite C de la mère à l'enfant *in utero* ou lors de l'accouchement est faible – environ 5 % (*Department of Health* 2007a, NICE 2008a). La séropositivité à l'hépatite C de la femme ne devrait pas avoir d'influence sur sa prise en charge obstétrique ni sur les conseils de routine en matière d'allaitement au sein (SIGN 2006).

Les femmes testées positives pour les antigènes de surface de l'hépatite B (porteuses contagieuses) peuvent allaiter au sein sans risque dès que leur nouveau-né a reçu sa première dose d'immunoglobuline et sa première vaccination contre l'hépatite B (administrées rapidement après la naissance).

Les nourrissons nés de consommatrices ayant pour habitude de s'injecter les drogues, ou partageant le foyer avec des usagers s'injectant des drogues devraient être vaccinés contre l'hépatite B.

Conseils pour le sevrage

Les femmes qui ont un problème d'usage de drogues devraient demander conseil à propos du sevrage auprès de leur assistante maternelle, auxiliaire de puériculture ou de leur médecin traitant. Les mères allaitant au sein sous méthadone* devraient être incitées à introduire progressivement des aliments solides dans l'alimentation du nourrisson, réduisant ainsi la fréquence des tétées au cours des semaines.

L'interruption brutale de l'allaitement au sein tandis que la mère est usagère de méthadone devrait être évitée le plus possible, car cela risquerait de provoquer chez le nourrisson l'apparition du syndrome de sevrage néonatal (Malpas et Darlow 1999). Les femmes qui décideraient d'interrompre l'allaitement au sein devraient le faire selon un plan de sevrage, établi en consultation avec leur équipe de soin (assistante maternelle, auxiliaire de puériculture, médecin traitant).

Le lait infantile en biberon ne fait pas partie du processus de sevrage. Toutefois, si une mère allaitant au sein désire combiner le lait infantile en biberon et le lait maternel dans l'alimentation de son nourrisson, ou bien changer pour un allaitement au lait infantile, elle devrait le faire progressivement, substituant un allaitement avec le lait infantile à un allaitement au lait maternel par jour pendant plusieurs jours, afin de permettre à son bébé et à son propre corps de s'adapter. Un deuxième allaitement au lait infantile dans la journée peut ensuite être introduit, pendant plusieurs jours, puis un troisième, puis un quatrième, etc. Idéalement, le sevrage s'étale sur plusieurs semaines, permettant une séparation en douceur avec le bébé.

Les professionnels peuvent demander des conseils complémentaires auprès des conseillers en allaitement des nourrissons, au sein des services de la maternité.

Allaitement au lait infantile (biberon)

Certaines femmes usagères de substances peuvent choisir d'allaiter au biberon, avec du lait infantile, plutôt que d'allaiter au sein. Les croyances et les normes socioculturelles ont beaucoup d'influence sur le processus décisionnel concernant l'allaitement au sein. Les parents devraient être encouragés à opter pour l'allaitement au sein autant que possible, et être soutenus afin de faire un choix informé quant à la meilleure façon d'alimenter leur nourrisson. Une fois leur décision prise, ils devraient être soutenus par tous les professionnels impliqués.

Les mères qui choisissent de donner le biberon devront être instruites sur la manière de le préparer correctement avant de quitter l'hôpital, une sage-femme devrait veiller à ce que ces conseils aient été assimilés.

Allaitement et placement en centre/ famille d'accueil

Certaines mères peuvent souhaiter allaiter au sein leur nourrisson (ou poursuivre l'allaitement au sein) alors même qu'une décision a été prise visant à placer celui-ci en famille/centre d'accueil. Ces mères devraient être soutenues dans leur décision d'allaiter au sein le plus possible.

13/

LES SOINS POSTNATALS

- Mort subite du nourrisson (MSN) 230
- Risques associés au partage du lit et au sommeil en commun 230
- Formation de liens, attachement 231
- Dépression postnatale 231
- Risques de rechute 232
- Stockage sans danger des substances psychoactives et de l'alcool à la maison 232

▶ ***L'Unité Kangourou : un idéal pour l'accueil de la mère usagère de substances psychoactives et de son bébé*** 234

S'occuper d'une femme enceinte consommatrice de substances psychoactives et/ou d'alcool, et l'aider à avoir un accouchement sans problème, constituent la première étape des soins. Un soutien qui s'étend à la période postnatale et à la transition dans la vie de parents est essentiel si l'on souhaite atteindre la situation idéale, dans laquelle la mère et l'enfant peuvent rester ensemble, et où la famille fonctionne bien. Les *Standards for maternity care* (RCOG *et al.* 2008) préconisent de fournir à la femme, dans les 3 jours après la naissance du bébé (si elle ne l'a pas reçu avant), le guide du *Ministry of Health* intitulé *Birth to Five,* un guide d'accompagnement à l'intention des parents, qui les conseille dans leur rôle pendant les cinq premières années de la vie de l'enfant. Les praticiens de santé devraient aussi se référer au guide publié par NICE (2006) intitulé *Routine postnatal care of women and their babies.*

Si le nourrisson est admis à l'unité de soins néonatals pour quelque motif que ce soit (parce qu'il est prématuré, a un poids de naissance très faible, ou développe des symptômes sévères de sevrage néonatal), il faudra adopter une approche familiale intégrative – voir : Outils pour des services néonatals de qualité supérieure, *Toolkit for high-quality neonatal services, Department of Health* (2009c).
Les unités de soins néonatals devraient aider les parents à mieux vivre le stress, l'anxiété, et les changements dans leur rôle de parents provoqués par ces troubles chez le bébé. Les besoins physiques, psychologiques et sociaux du bébé et de toute sa famille doivent être au cœur du protocole de soins. Des soins

centrés sur la famille visent à favoriser l'attachement entre le bébé et sa famille, et à optimiser les chances à long terme de développements heureux pour tous (*Department of Health* 2009c).

Avant de quitter l'unité de soins postnatals ou l'unité de soins néonatals, le plan de soutien familial devrait être revu. Le moment de la sortie devrait être planifié par une équipe multidisciplinaire (coordonnée par le professionnel référent), tout en impliquant les parents (*Department of Health* 2009c). Planifier le moment de la sortie est important, la décision de savoir si l'environnement de soins du bébé est sûr et bon doit en effet être prise sans aucune ambiguïté ; les parents doivent avoir compris les besoins du nourrisson pour son développement et être capables de les satisfaire.

Une fois sorti de l'hôpital, le bébé est soigné à domicile par la mère, le père ou la famille, avec le soutien et les conseils d'une sage-femme ainsi que d'autres professionnels ou structures impliquées avec la famille. La sage-femme rendra visite au bébé tous les jours jusqu'à ce que le bébé ait 10 jours. Il arrive que la sage-femme doive poursuivre ses visites jusqu'à ce que le bébé soit âgé de 28 jours ; tout dépend de la santé du bébé et de la manière dont la mère et le père s'en sortent avec les soins. L'auxiliaire à domicile prend généralement le relais de la sage-femme après le 10e jour, et entre en contact avec la sage-femme ou le médecin traitant avant de rendre visite à la famille. L'auxiliaire à domicile sera pour les parents une bonne source d'information et de soutien concernant tous les aspects de la santé du bébé, de leur santé, et concernant leur rôle de parents. Lorsque le bébé aura atteint l'âge de 6-8 semaines, le médecin traitant ou l'auxiliaire à domicile l'examinera. Le bien-être physique, émotionnel et social de la femme devrait aussi être réévalué (NICE 2006). Les soucis de santé fréquents chez la mère incluent des douleurs dorso-lombaires et/ou du périnée, des difficultés d'allaitement au sein, de l'incontinence, de la fatigue, et de la dépression postnatale.

Les soins postnatals devraient accompagner les femmes et leurs partenaires dans leur transition vers le statut et la fonction de parents. Dans la période postnatale, les professionnels devraient donner la chance aux mères de méditer sur leurs expériences de grossesse et d'accouchement, de réfléchir et de discuter avec elles des possibles incidences de la maternité sur leurs relations sentimentales (RCOG *et al.* 2008). Les pères devraient recevoir le même type de soutien pour s'adapter à leur nouveau rôle et à leurs nouvelles responsabilités au sein de la famille (NICE 2006).

Mort subite du nourrisson (MSN)

Les consommations maternelles et paternelles de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives sont associées à un risque accru de Mort subite du nourrisson. Tous les parents usagers de ces substances devraient recevoir des conseils sur les manières de réduire le risque de MSN, oralement et par écrit. Le fascicule « Réduire le risque de Mort subite du nourrisson », *Reducing the risk of cot death (Department of Health* 2009b) est inclus dans le kit de sortie de l'hôpital, et devrait être présenté aux deux parents avant qu'ils ne le quittent.

Risques associés au partage du lit et au sommeil en commun

Partager le lit avec le nourrisson ou dormir avec lui lorsqu'il y a consommation de tabac, d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives est associé à un risque plus élevé de MSN (*American Academy of Paediatrics* 2005). En plus d'être informés sur la MSN, tous les parents devraient recevoir des conseils clairs à propos du sommeil en commun, conformément aux recommandations établies par le *Department of Health* (2009). Celles-ci indiquent notamment que la façon la plus sûre de dormir

pour un bébé est seul dans un berceau, dans la même pièce que ses parents, pendant les 6 premiers mois. Les parents ne devraient JAMAIS partager le lit avec leur bébé si l'un ou l'autre de la mère ou du père :

- fume (peu importe où et quand, et même s'ils ne fument pas au lit) ;
- a consommé de l'alcool récemment ;
- a pris des médicaments et/ou des substances pouvant induire une somnolence ou un sommeil plus lourd.

Conseillez également aux parents de ne JAMAIS s'endormir avec leur bébé sur un fauteuil, dans un canapé, ou à un endroit où ils risqueraient de se retourner sur l'enfant dans leur sommeil et de l'étouffer, ou bien où le bébé risquerait de se trouver pris entre deux épaisseurs, pourrait rouler, tomber, et se blesser.

Les risques associés au sommeil en commun sont plus grands si le bébé :

- est né prématurément (avant 37 semaines de grossesse) ;
- avait un faible poids de naissance (moins de 2,5 kg).

Les décès de nourrissons qui surviennent à la suite d'un sommeil en commun sont extrêmement perturbants pour les parents et peuvent être prévenus. Assurez-vous que les conseils à propos de la MSN et des risques du sommeil en commun ont bien été communiqués aux parents dans le cadre du plan de soutien familial.

Formation de liens, attachement

La qualité de l'attachement parent-enfant est un prédicteur majeur du bon développement dans la vie de l'enfant sur le long terme, notamment pour son développement social, émotionnel et comportemental (NICE 2006). La théorie de l'attachement suggère que le développement d'un attachement de qualité dépend de la sensibilité du donneur de soin (son empathie) pour interpréter et répondre aux besoins exprimés par le nourrisson, lui créer un environnement bienveillant au sein duquel faire l'expérience de la sécurité, où ses sentiments pourront être accueillis et s'agencer (NICE 2006). L'attachement, les liens émotionnels, sont réciproques. Non seulement le comportement du nourrisson est influencé par celui de son donneur de soin, mais il peut lui-même influencer en retour le comportement de celui-ci. D'autres facteurs plus indirects peuvent aussi intervenir dans le développement de l'attachement, notamment la personnalité de la mère/du père, le niveau du soutien social et d'implication du parent.

L'attachement parent-enfant peut se révéler problématique pour les parents usagers de substances psychoactives et/ou d'alcool, à cause des effets que peut avoir la consommation de ces substances sur leur disponibilité émotionnelle, sur la santé du bébé, parce qu'ils peuvent être la cause d'une séparation avec lui, ou tout cela ensemble. Une évaluation de l'attachement émotionnel entre les parents et l'enfant devrait être conduite à chaque rencontre postnatale (NICE 2006). Les visites à domicile peuvent être l'occasion de faire valoir les mérites de l'attachement parent-enfant, et d'encourager les parents à développer leurs réseaux sociaux car cela influe positivement sur les interactions avec le nourrisson. Des sessions de formation, en groupe ou individuelles, destinées à faire connaître les bienfaits de l'attachement émotionnel et à développer les capacités des parents peuvent aussi leur être proposées. Le contact physique étroit, au moyen de porte-bébés type « kangourou » ou de massages doux, peut aussi améliorer les interactions et les comportements d'attachement (Underdown *et al.* 2009, NICE 2006).

Dépression postnatale

Les troubles mentaux sont très fréquents chez les personnes qui ont des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives et/ou d'alcool (*Department of Health* 2007a). Anxiété, Syndrome de stress post traumatique (SSPT), troubles de la personnalité, antécédents d'abus sexuels et/ou de violences physiques, sont communément associés à une pharmacodépendance ou à une alcoo-

lodépendance. La dépression postnatale touche environ 10–15 % des femmes qui accouchent (NICE 2006), et les femmes usagères de substances psychoactives et/ou d'alcool présentent un plus grand risque à cause de troubles mentaux passés ou présents, d'un possible isolement social et d'un faible soutien de la part du partenaire. Repérer les femmes à risques de dépression postnatale et les soutenir est très important. Une dépression postnatale non traitée risque d'avoir des effets néfastes sur les interactions parent-enfant et sur le développement du nourrisson (avec des troubles cognitifs et émotionnels). Les enfants de mères dépressives ont plus de risque de souffrir de troubles mentaux à l'adolescence et à l'âge adulte, et de fréquenter les services de santé mentale pour enfants et adolescents (NICE 2006). La dépression postnatale est généralement évaluée entre le 10e et 14e jour après la naissance, au moyen d'un test tel que l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg, *Edinburgh Postnatal Depression Score* (EPDS). Les auxiliaires à domicile et les médecins traitants sont formés à l'utilisation de ces outils pour améliorer le soin des femmes à risques de dépression.

La psychose puerpérale, forme la plus sévère des troubles psychiatriques postpartum, touche 1 ou 2 femmes sur 1000 (SIGN 2002). Elle apparaît en général tôt dans la période postpartum, au cours du premier mois, et est de nature affective en général (elle implique un trouble thymique grave).

Le personnel devrait prendre connaissance des recommandations cliniques utiles contenues dans les publications suivantes :

- Dépression postnatale et psychose puerpérale, *Postnatal Depression and Puerperal Psychosis* (SIGN 2002) ;
- Santé mentale prénatale* et postnatale : prise en charge clinique et recommandations, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance* (NICE 2007a).

D'avantage d'informations sur les pratiques à suivre lorsque l'on travaille avec des parents souffrant de troubles mentaux et leurs enfants se trouvent dans :

- Penser enfant, penser parent, penser famille : un guide pour la santé mentale des parents, le bien-être et la sécurité de l'enfant, *Think child, think parent, think family: a guide to parental mental health and child welfare* (SCIE 2009).

Risques de rechute

Dans la période postnatale, l'augmentation de la consommation de substances psychoactives et/ou d'alcool est fréquente. Pour les mères qui avaient réussi à réduire leurs consommations durant la grossesse ou même à se sevrer, le risque de rechute vers des niveaux ou des modes de consommations identiques à ceux antérieurs est élevé. Il y a plusieurs raisons à cela, notamment :

- envie de célébrer (!) ;
- penser qu'il est désormais possible de consommer ;
- soulagement d'avoir un bébé « normal » ;
- « baby blues » ou dépression postnatale ;
- stress d'avoir à s'occuper d'un nouveau-né (qui souffre peut-être de SSNN) ;
- soutien du partenaire ou de la famille qui laisse à désirer ;
- anxiété relative à la fonction de parents ;
- stress associé aux procédures et interventions des services de protection de l'enfance.

Il est important pour les professionnels de réaliser que les rechutes sont fréquentes. Réévaluer l'usage de substances et gérer les consommations de substances psychoactives et/ou d'alcool s'avère essentiel à cette période, de même qu'un soutien pour stabiliser la consommation et prévenir la rechute.

S'assurer que la femme et son partenaire sont engagés dans un suivi avec des services spécialisés dans la prévention des drogues et l'assistance psychologique et sociale peut être un aspect important du plan de soutien familial postnatal.

Le travail de prévention des rechutes (Witkiewitz et Marlatt 2004) peut consister en :

- aider les parents à comprendre la rechute en tant que processus et événement ;
- faire prendre conscience des situations à hauts risques et des facteurs conduisant à la rechute ;
- réfléchir à comment anticiper, éviter ou gérer les situations à hauts risques ;
- acquérir des capacités (cognitives et comportementales) pour mettre en place des stratégies de prévention de la rechute ;
- éduquer à la gestion du stress et de l'anxiété ;
- renforcer la confiance en soi et le sentiment d'efficacité personnelle (auto-efficacité) ;
- renforcer des stratégies positives existantes et d'autres traits de caractère positifs de la personne ;
- éduquer à des capacités sociales, de vie (ex : affirmation de soi, techniques de résistances et de dissuasion, activités alternatives à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool) ;
- diriger vers des groupes ou des réseaux de soutien orientés vers la rémission ;
- faire participer la famille proche et les amis pour soutenir un sentiment d'appartenance à une communauté (Meyers *et al.* 2005).

Stockage sans danger des substances psychoactives et de l'alcool à la maison

L'arrivée d'un nouveau bébé est une bonne occasion de discuter des questions de sécurité à l'intérieur d'une maison et de discuter des modes de rangement sûrs des substances psychoactives et de l'alcool, même si cela a déjà été fait. Nombre de nourrissons et d'enfants sont morts ou passés près de la mort au Royaume-Uni pour avoir été exposés à des substances dangereuses par leurs parents. Plus de la moitié des cas d'empoisonnement d'enfants surviennent après qu'ils aient absorbé des médicaments ou d'autres substances trouvées dans la maison (Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2011).

Il faudrait indiquer à tous les parents usagers de substances psychoactives comment entreposer ces substances de manière sûre, hors de la vue et de la portée des enfants. Les parents devraient savoir que même une toute petite quantité de méthadone* peut suffire à provoquer le décès d'un enfant, et qu'une attention médicale d'urgence sera requise en cas d'ingestion accidentelle d'une quelconque substance psychoactive* par l'enfant. Le fascicule d'informations à destination des parents « Protéger les enfants de l'alcool et des drogues à la maison » (*cf.* annexe 2) contient d'avantage de conseils à ce sujet.

L'UNITÉ KANGOUROU : UN IDÉAL POUR L'ACCUEIL DE LA MÈRE USAGÈRE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET DE SON BÉBÉ

MAÏCA REICHERT [1], TAHIRA TAJANI [2], MICHÈLE WEIL [3]

(1) Sage-femme cadre supérieure, coordonnatrice du Réseau « Maternité et addictions »
(2) Puéricultrice en Unité Kangourou* au CHRU de Strasbourg et au Réseau « Maternité et addictions »
(3) Pédiatre en Unité Kangourou* au CHRU de Strasbourg, présidente du Réseau « Maternité et addictions »

Contact : reseau.maternite-addiction@chru-strasbourg.fr

Née dès 1979 en Colombie, destinée initialement aux enfants prématurés, devant l'insuffisance de moyens techniques, l'idée des Unités Kangourou (UK) repose sur un concept simple. Ces enfants, encore immatures comme les bébés kangourous à la naissance maintenus dans la poche ventrale maternelle, vont poursuivre leur maturation en portage peau à peau précoce, continu et prolongé contre leur mère.

En France, en 1987, l'équipe de l'hôpital Antoine Béclère à Clamart, sous l'impulsion de Michèle Vial, pédiatre, va s'approprier ce principe dans la perspective, cette fois-ci, d'une humanisation de l'accueil des nouveau-nés. En effet, certains enfants nécessitent des soins et un plateau technique spécifique jusque-là proposés dans le cadre d'un transfert en service de néonatologie et donc d'une séparation d'avec leurs mères à la naissance ; séparation toujours vécue par les familles comme un drame, un échec générant angoisses et inquiétudes.

Outre les bénéfices médicaux tels que l'action du portage en peau à peau sur la thermorégulation, l'impact sur la morbidité et la mortalité, la diminution des infections nosocomiales et un allaitement maternel favorisé, il est reconnu aujourd'hui que ce type de soins a des effets positifs sur l'établissement du lien entre la mère et son enfant, dans ce cas fragile.

De nombreux travaux de psychanalystes concernant le lien mère-enfant, la théorie de l'attachement du psychanalyste anglais J. Bowlby entre-autre, mettent en avant l'importance de la construction de ce lien pour le développement harmonieux de l'enfant et les perturbations potentiellement graves qui peuvent survenir lorsque ce lien est entravé notamment par la séparation à la naissance.

L'Unité Kangourou* telle qu'elle est conçue en France repose finalement bien plus sur une philosophie et une réflexion sur les soins prodigués que sur une spécificité véritablement « technique » ou organisationnelle. Son principe repose sur un postulat simple : non séparation de la mère, des parents avec cet enfant même si celui-ci nécessite des soins pédiatriques de niveau 2, rendre compatible technicité et humanisation.

Encore dit autrement, au lieu de « déplacer » cet enfant dans un autre service que celui où est hospitalisée sa mère, c'est le service de néonatologie qui est « translaté » et intégré en maternité afin de garantir la non séparation des parents avec ce nouveau-né. Les soignants se déplacent vers le patient et non pas l'inverse.

La maman hospitalisée et le père « accompagnant » dans la même chambre en maternité que leur enfant seront de fait de véritables partenaires et interlocuteurs de l'équipe soignante. L'équipe pédiatrique elle, aura à s'adapter en permanence à ces interlocuteurs et à leur parcours personnel de parents.

D'un point de vue administratif, l'organisation et le fonctionnement d'une Unité Kangourou* se réfère à une hiérarchisation des niveaux de soins et d'une organisation en réseau définit dans les décrets du 9 octobre 1998.

Les maternités françaises sont classées en 3 niveaux, selon leurs possibilités de prise en charge du nouveau-né.

- Les maternités de type 1 ne disposent pas de structure pédiatrique et accueillent donc le suivi des grossesses et accouchements à bas risque sans pathologie.
- En cas d'apparition de pathologies, l'organisation en réseau et les relations fonctionnelles établies avec des maternités de type 2 ou 3 vont aboutir à un relais de prise en charge.

Les soins dispensés aux nouveau-nés en maternité sont définis de manière réglementaire en fonction du nombre et de la spécificité du personnel para-médical, du degré de disponibilité d'un pédiatre et du plateau technique existant.

Là aussi, 3 niveaux de soins pédiatriques sont définis en fonction de ces critères : A , B et C. Une maternité de type 2 pouvant ainsi, par exemple, être de type 2 A ou 2 B.

Administrativement, en France, il n'existe pas de textes officiels définissant clairement l'Unité Kangourou*, il y a donc une disparité concernant les pratiques, l'organisation, le fonctionnement et les objectifs de prise en charge. Néanmoins, dans la réalité, une Unité Kangourou* correspond à un niveau de soin de type 2 ou 3 et équivaut à un niveau de soin de type néonatologie. Le statut administratif de l'enfant sera d'être hospitalisé en néonatologie et entraînera le codage de pathologies ou d'actes médicaux et leur facturation.

Le Réseau maternité et addictions (RMA), qui existe depuis 10 ans, est historiquement né de professionnels impliqués dans l'Unité Kangourou*. En effet, ces services hospitaliers, qui prennent conjointement en charge la mère et l'enfant, nous ont permis de rencontrer à partir du début des années 2000 des femmes ayant un traitement substitutif aux opiacés.

À partir de ces rencontres est née une réflexion et une organisation de soins qui commence par l'accueil des femmes addictives dès le début de la grossesse si possible, dans le cadre d'un suivi proposé par le Réseau maternité et addictions et qui se poursuit après l'accouchement par le séjour en Unité Kangourou*, véritable pierre angulaire de cette prise en soins avant d'être relayé vers les professionnels extra hospitaliers.

Pendant la grossesse, c'est autant par le versant médical que par l'instauration d'un lien de confiance avec les professionnels de santé, que la maman sera en capacité d'accueillir et de soutenir son enfant. Le RMA va constamment épauler les équipes hospitalières qui elles-mêmes accompagneront la maman.

Le suivi obstétrical est celui d'une grossesse à haut risque avec consultations rapprochées, surveillance intensive de grossesse avec enregistrement cardiotocographique à partir de la 28e semaine, des échographies référées avec suivi biométrique. Sont présents l'addictologue pour adapter le traitement dans une optique de réduction des risques*, l'obstétricien, la sage-femme, le psychiatre pour évaluer d'éventuelles comorbidités, et bien entendu les travailleurs sociaux, autant d'interlocuteurs indispensables pour aborder la complexité des situations de ces futures maman.

Plus tard dans la grossesse, l'entretien avec le pédiatre et la visite de la salle de naissance et de l'Unité Kangourou*, permettent d'aborder le séjour hospitalier redouté par ces usagères avec plus de sérénité. Le syndrome de sevrage* sera abordé et son traitement, par nursing et par médicaments, expliqué.

Il est important pour le pédiatre de rappeler que l'éventualité de survenue d'un syndrome de sevrage* n'est pas augmentée par une majoration des posologies de traitement de substitution pendant la grossesse, car cette majoration peut être indispensable pour le bien être maternel et la lutte contre l'accouchement prématuré. Il est fondamental que ce soit le médecin des enfants qui valide cette recommandation souvent difficile à accepter par les patientes.

CULPABILITÉ ET SÉPARATION

Devenir mère pour ces femmes est une perspective qui change leur manière de penser, leur rapport au produit ou au traitement de substitution. Consommer le produit quel qu'il soit, n'engageait auparavant qu'elles, leur corps, dans son bien ou mal-être, leur plaisir ou leur souffrance. L'usage, le mésusage du produit n'avait de conséquence que sur elles.

Lors de la maternité, il existe cet autre en elles qui grandit et s'impose à elles par les transformations physiques de la grossesse.

Elles ont toutes, à un moment ou à un autre de leur parcours, connu « le manque ». Cet état d'inconfort extrême qu'elles redoutent. La perspective d'avoir un enfant qui pourrait connaître ce manque est angoissante.

Question récurrente aux professionnels qui revient tout au long de la grossesse et après la naissance *« Est-ce que mon enfant va faire un syndrome de sevrage*? ».*

Un sentiment de culpabilité naît pratiquement toujours pendant la grossesse et peut se développer à la naissance de leur enfant. Une séparation exacerbe ce sentiment puisqu'elles sont impuissantes à calmer les pleurs de leur enfant.

La perception de la mère pourrait être : je suis condamnée à une double peine : *« je suis responsable de l'état de mon bébé, et on me punit en me séparant de lui » ...,*

> Au vu des risques liés à ces grossesses, l'enfant peut naître prématurément, hypotrophe, ou avec des malformations, une autre culpabilité peut alors se rajouter. Culpabilité de n'avoir pas réussi à mener la grossesse à terme, d'avoir un enfant trop petit, d'avoir consommé de l'alcool, du tabac pendant la grossesse....

Le séjour en Unité Kangourou* après la naissance est au minimum d'une semaine. Il permet, outre les soins pédiatriques, l'anticipation de la sortie dans de bonnes conditions. Une évaluation du lien mère-enfant, de la capacité maternelle, de son entourage et quelquefois la tenue d'une réunion de synthèse, quand la situation est complexe, vont permettre d'orienter et de consolider ce retour post hospitalier. Les étayages sont choisis en fonction de la situation : simple relais avec la Protection maternelle et infantile, le pédiatre, le médecin généraliste, l'assistante sociale, avec ou non mise en place d'une TISF (technicienne de l'intervention sociale et familiale) ou plutôt hospitalisation à domicile, voire unité mère-nourrisson en psychiatrie, parfois aussi maison maternelle.

Pour la femme elle-même, le relais, avec son accord, avec les intervenants de la ville peut être soigneusement établi : addictologue et pharmacien, contraception, accueil en maison maternelle ou par une équipe de CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale), médecin généraliste, CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) ...

L'Unité Kangourou* et son fonctionnement au quotidien

Dans cette unité, la maman est au centre du soin : c'est l'unité de néonatalogie qui se transporte au cœur de la maternité avec son personnel qualifié, de l'aide puéricultrice à la cadre avec des pédiatres néonatalogistes qui dépendent du pôle de pédiatrie. Il existe une véritable symbiose entre les équipes de maternité et l'équipe de pédiatrie, les soins à la mère et l'enfant pouvant au cours du nycthémère, être groupés aux mêmes moments pour respecter au maximum le rythme veille/sommeil de la dyade et sont effectués par un trinôme travaillant en lien étroit : la sage-femme, la puéricultrice, l'aide-soignante ou auxiliaire de puériculture.

En pratique, l'UK* se compose de vastes chambres regroupées non loin d'une unité centrale plateau technique, bureau, pouponnière. Ces chambres, confortables pour la maman (salle de bain, douche, toilettes individuelles) contiennent également tout ce qui est nécessaire pour accueillir et soigner bébé : un plan de travail intégrant lave-main, table à langer et baignoire avec rampe chauffante, fluides médicaux disponibles et enfin, une place suffisante pour une couveuse fermée. Scope et pousse seringue peuvent y être utilisés.

La vie familiale y est facilitée par la présence de fauteuil, d'un téléviseur, d'un réfrigérateur et même d'un lit pliant pour le papa s'il désire partager le quotidien et les soins avec sa compagne. Les autres enfants et les grands-parents sont les bienvenus.

Dans cette chambre accueillante, où la maman vit en permanence avec son enfant, les soins du post-partum et les soins à l'enfant sont effectués en harmonie. L'allaitement

y est favorisé et facilité par la proximité entre la maman et son bébé. Le choix de l'allaitement maternel ou artificiel est discuté en anténatal. Bien souvent les mères, lorsqu'elles ont un traitement de substitution aux opiacés, imaginent d'emblée que cela leur sera impossible. L'ensemble des études et publications sont unanimes pour ne pas contrindiquer mais plutôt recommander l'allaitement maternel quelque soit la posologie du traitement de substitution, qu'il s'agisse de buprénorphine HD ou de méthadone*, même avec une posologie élevée.

Les quantités de traitement opiacé ingérées par l'enfant lors de l'allaitement sont extrêmement faibles et bien insuffisantes pour traiter un syndrome de sevrage*. Au contraire, le fait de pouvoir allaiter est très bon pour l'estime de soi maternelle, pour renforcer le lien mère-enfant et pour contribuer à rassurer l'enfant.
Lorsque ceci est expliqué en anténatal, dans notre expérience 70 % des femmes allaitent leur enfant à la naissance.
La prudence est néanmoins de mise lorsqu'il y a poly consommation et particulièrement un mésusage de benzodiazépines, mais cette question nécessite une évaluation anténatale attentive.

L'Unité Kangourou* est pour la mère un lieu où on s'occupe de son bébé mais aussi d'elle, comme dans tout service de maternité. Elle n'est pas en visite, on lui demande chaque jour comment elle va, ce qu'on peut faire pour elle. On s'adapte à son état d'esprit du jour et à son vécu de mère. Pour le soignant qui l'accompagne cela engendre une proximité, il apprend à la connaître et à repérer les moments de fragilité pour l'aider au mieux.

Dans la cas d'une mère usagère de substances, cette mixité avec des mamans de bébés prématurés, infectés, hypotrophes ...accueillis en Unité Kangourou* lui permet aussi de se sentir comme toutes ces mamans dont le bébé nécessite des soins spécifiques.
L'examen initial du pédiatre est un moment très attendu : il va permettre de mettre en évidence un examen normal dans la plupart des situations, de montrer les compétences du nouveau-né et de renforcer l'estime de soi chez la maman usagère, souvent culpabilisée, qui peut être enfin fière d'avoir réussi un si joli bébé. L'examen en chambre permet la confidentialité et permet à la mère de poser librement toutes les questions.
Cette naissance, même si la culpabilité et la peur sont présentes aussi, est souvent vécue comme un cadeau dans un parcours de vie souvent chaotique fait de rupture, de violences. Cet enfant représente souvent la fierté d'avoir réussi quelque chose. « J'ai enfin fait quelque chose de bien ».

Il peut arriver que dans certaines situations il y ait inadéquation entre le mode de vie habituel de la mère, (en cas de parcours particulièrement chaotique, de périodes d'errances, de comorbidités psychiatriques par exemple) et une certaine rigueur nécessaire pour s'adapter au rythme et besoins de l'enfant ainsi qu'au cadre de la vie hospitalière.
Ces situations nécessitent alors un suivi rapproché, une tenue très précise et factuelle du dossier médical au quotidien qui sera le support, la base d'un dialogue pouvant aboutir à un compromis de « vie commune ». La temporalité différente dans laquelle sont les uns et les autres (patiente, bébé, équipe) est à prendre en compte et nécessite souvent des réajustements successifs.

La surveillance du nouveau-né passe par l'établissement pluri-quotidien de scores (Finnegan). L'observation de l'enfant se fait conjointement par la maman et la puéricultrice, en toute transparence, quand l'enfant est changé, repu, au calme.

Pour ces mères, comme toutes les autres, la transparence concernant les informations et les transmissions est très importante. L'évaluation du syndrome de manque en est le parfait exemple ; expliquer différents signes observés, pour la cotation du score de Finnegan, leur permet d'être actrice aussi du bien être de leur bébé. Il est primordial de les inscrire au centre de ce soin et de valoriser ce partenariat.

Le rythme de cette surveillance n'est pas figé et est adapté à l'intensité des signes de sevrage : de biquotidien si l'enfant est calme, il peut être accéléré si l'enfant commence à être agité.

Le soin au nouveau-né de mère usagère permet de rassurer l'enfant, de le calmer et d'atteindre un état de bien-être : respect des rythmes spontanés, pas de réveil intempestif, maintient au chaud, au calme, diminution des stimulations sonores, lumière tamisée ; les couveuses sont souvent mal supportées en dehors des toutes premières heures de vie. Si l'emploi de la couveuse est nécessaire, l'enfant doit être bien contenu.

L'enfant est maintenu le plus possible au contact de sa mère, peau à peau, notamment grâce à des bandeaux au lit ou même en ambulatoire grâce aux écharpes. La proximité physique est le principal intérêt de l'Unité Kangourou*. L'enfant reste auprès de sa mère qui a la possibilité de calmer elle-même son bébé. Le principe de réciprocité est valorisant pour la maman. Lorsque son bébé pleure elle a la capacité de le porter, le câliner, le nourrir et de répondre efficacement aux besoins de son bébé. Les signes d'apaisements de son bébé, valorisés par les professionnels, lui indiquent qu'elle est tout simplement capable de répondre à ses besoins.

Dans la mesure où ce sont elles qui vivent avec leur bébé et l'observent le plus souvent, elles sont les plus à même à évaluer ces signes. Mieux que toute autre personne, c'est son bébé qui valorise au mieux ses compétences. Le soignant est simplement là pour lui faire toucher du doigt les réactions de son bébé et l'accompagner dans les soins à son enfant, sans se substituer à elle. Le soignant est là pour l'aider à découvrir ce que lui dit son enfant dans les premiers jours de vie pour que, grâce à son observation personnelle, elle réussisse à décoder son langage et qu'elle soit progressivement en mesure d'expliquer au soignant ce qu'il essaye de dire. D'observatrice, elle passe à traductrice (ce qui la met aussi dans une position de « savoir » par rapport au soignant).

Quand la maman n'est pas disponible, ou que l'équipe prend le relais, l'emmaillotage rassure l'enfant en le contenant.

L'alimentation est adaptée aux besoins importants de ces enfants : on n'hésite pas à leur proposer sein ou biberon plus souvent, autant qu'ils le désirent et ce d'autant que leur courbe de poids est souvent « poussive » : une courbe plate pendant plusieurs jours n'est pas anormale si l'enfant mange correctement, urine et a un transit régulier. Il faut simplement surveiller et la sortie peut être autorisée avec étayage : la courbe va démarrer plus tardivement son ascension.

Si le bébé commence à s'agiter à quelques heures de vie, à un moment où souvent la maman est peu présente car elle vient d'être installée dans sa chambre, s'occupe

d'elle-même après l'accouchement ; s'il est petit et un peu « refroidi », il est souvent placé en incubateur : il ne faut pas d'emblée croire au début d'un syndrome de sevrage* grave et transférer l'enfant en néonatalogie traditionnelle. Il s'agit souvent d'un état transitoire qui s'apaise aussitôt que l'on le prend calmement dans les bras, que l'on lui donne à manger, que l'on le place contre sa maman. Bien des transferts inopinés et hâtifs reposant sur l'histoire de la patiente, sur les représentations des équipes, sur le manque de connaissance de la pharmacologie des opiacés, ont entraîné des traitements prolongés des nouveau-nés par opiacés, des durées d'hospitalisation extrêmement longues de bébés endormis buvant mal et des mères culpabilisées par le regard des soignants dont les visites s'espacent en néonatalogie.

Le véritable syndrome de sevrage* survient habituellement après la 48e heure de vie (et même nettement plus tard s'il y a un usage conjoint de benzodiazépines et de psychotropes). Il est étayé par des scores élevés au Finnegan, au moins deux fois à quelques heures d'intervalle. Il doit être pris en charge immédiatement et d'abord par des moyens non médicamenteux : renforcement de l'alimentation, portage continu (maman ou aide des soignantes), emmaillotage, parfois un peu de paracétamol et de solution sucrée *per os.*

Si malgré cette prise en charge le score reste élevé, il y a une indication de traitement par solution morphinique orale tout en continuant le nursing Kangourou. Les éléments de gravité, parmi les éléments du score, sont l'existence de troubles de l'alimentation et de fièvre. Le traitement morphinique doit être administré par 4 heures, de préférence sans réveiller un enfant qui dort. L'augmentation des doses est parfois nécessaire et l'équilibre est parfois difficile à atteindre entre calme et sédation trop forte. La décroissance du traitement peut être débuté quand l'enfant se calme et recommence à manger. Dans les cas où le traitement morphinique est nécessaire, il faut renforcer le soutien à la mère, qui vit souvent très mal ce traitement qui renforce sa culpabilité.

Le tableau suivant résume l'expérience du RMA en partenariat avec les Unités Kangourous du Bas-Rhin. Pour exemple, sur 5 années, 280 enfants de mères dépendantes aux opiacés ont été prises en soin. Le taux de recours au traitement opiacé chez l'enfant a été globalement très faible, comparé aux chiffres publiés (de 50 à 70 %). Il est de 6 % en moyenne sur les 5 dernières années et de plus les enfants concernés sont, pour la très grande majorité d'entre eux, des nouveau-nés qui ont été transférés en soins intensifs ou réanimation pour des raisons médicales (prématurité, détresse respiratoire, infections).

	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Nombre de nouveaux-nés exposés aux opiacés *in utero*	57	60	61	48	54
Prématurité	5 %	13 %	18 %	15 %	10 %
% enfants traités par morphiniques	7	3	5	7	6

La durée d'hospitalisation pour l'enfant de mère usagère d'opiacés est nettement augmentée en cas de recours au traitement morphinique : de 10 jours en moyenne en Unité Kangourou* contre 20 jours en néonatalogie traditionnelle.

Ces résultats, très encourageants en termes de faible recours à un traitement opiacé pour le bébé, reposent en partie sur le séjour périnatal en Unité Kangourou*.

D'une manière générale, il est possible de résumer notre approche de la manière suivante : le portage ou « holding » des mères par les équipes, permet le « holding » de l'enfant par la mère. Le résultat : des mères sécurisées au maximum de leurs capacités, très peu de placements demandés par des équipes ayant tissé des liens de confiance avec les femmes.

Plus précisément, les résultats présentés sont à notre sens le fruit d'un travail à plusieurs niveaux : un accompagnement anté-natal pluridisciplinaire, spécialisé et coordonné ; des femmes et des couples confiants envers les professionnels rencontrés ; des équipes hospitalières formées et soutenues fortes d'une réelle expérience et compétentes pour la prise en soins de ces patientes.

Bibliographie

- ANDERSON G.C. «Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants». *J Perinatol,* 1991: 3, 216-226.
- FRANCOUAL C., BOULEY A.M., CARLUS C., VIAL M., WALLET A. « Comment soigner un nouveau-né malade près de sa mère ». In *20es Journées nationales de médecine périnatale,* Arnette, Paris, 1990 : pp. 71-83.
- VIAL M. « L'environnement du bébé hospitalisé : comment l'améliorer » ? In : *Le bébé à l'hôpital,* Syros, Bordeaux, 1995 : pp. 53-67.
- WHITELAW A., SLEATH K. «Myth of the marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia». *Lancet,* 1985: 1, 1206-1208.
- PEZZOLO S., LANG J.P., WEIL M., REICHERT M. « Psychotropes et traitements de substitution au cours de la grossesse et de l'allaitement ». *Courrier des Addictions (Le)* 2007, 9, (1), p.29-30.
- REICHERT M., WEIL M. « Maternité et addictions en Alsace : exemple de prise en charge pluridisciplinaire ». *Courrier des Addictions (Le),* 2007,9 3), p.102.
- LANG J.P., REICHERT M., WEIL M. « Procréation médicalement assistée chez un couple dépendant d'opiaces ». *Alcoologie et Addictologie* 2009, 31(2), 155-158.
- REICHERT M., WEIL M., LANG J.P. « Prendre en soin une femme enceinte usagère de substances psychoactives en Alsace : le réseau maternité et addictions », *Psychotropes,* vol. 16 n° 3-4, 2010, pp. 33-46.

14/

ÉVALUATION PENDANT LA GROSSESSE DE LA CAPACITÉ PARENTALE LIÉE À LA GARDE DES ENFANTS

- Protéger les enfants 245
- Stratégies d'intervention précoce 246
- Favoriser les facteurs de récupération, de résilience et de protection 246

Beaucoup de femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives s'inquiètent du fait qu'elles seront orientées vers les services sociaux ou que leur bébé sera signalé aux services sociaux uniquement parce qu'elles consomment des drogues ou de l'alcool. Soulever ce sujet assez tôt et discuter ouvertement de leurs préoccupations favorisera une relation de confiance et les aidera à surmonter leurs craintes (NICE 2010a). Il est important de rassurer les femmes sur le fait qu'un usage de substances psychoactives problématique n'est pas, *en soi,* une raison suffisante pour supposer des capacités parentales ou des capacités inadéquates de garde d'enfants. Elles ont cependant besoin de savoir que s'il y a des interrogations particulières quant à la sécurité ou le bien-être de l'enfant, les travailleurs sociaux auront peut-être besoin de faire une évaluation et de s'impliquer, mais que cette politique est la même pour tout le monde, qu'ils soient ou non consommateurs d'alcool ou de drogues. Cet avis est inclus dans le dépliant d'information *Enceinte ... et consommatrice de drogues et d'alcool* (*cf.* annexe 4).

Beaucoup de facteurs différents influent sur la santé et le développement des enfants. La consommation de drogues et d'alcool par les parents n'est qu'un de ces facteurs. Les résultats des recherches actuelles ne soutiennent pas l'hypothèse suivant laquelle l'usage de substances à risque par les parents entraînera automatiquement la négligence ou la maltraitance des enfants (*Scottish Executive* 2003, Kroll et Taylor,

2003, Templeton *et al.* 2007). Cependant, les compétences parentales sont souvent compromises et un signalement à l'aide sociale à l'enfance est courant dans les familles où l'usage maternel ou paternel de substances psychoactives est problématique, le plus souvent à cause d'un constat de négligences (ACMD 2003, Kroll et Taylor, 2003, Barnard et McKeganey 2004, Forrester 2007, Rue *et al.* 2008 , Cleaver *et al.* 2010). Les nourrissons, en particulier, sont vulnérables aux effets de la négligence physique et émotionnelle, qui peuvent être néfastes sur leur développement à long terme (ACMD 2003).

Il est important de se rappeler que « se libérer » des drogues ne devrait pas être une exigence pour que les parents puissent garder leurs enfants ou pour être considérés comme « bons » parents. Les parents qui arrêtent d'utiliser des drogues ou qui contrôlent leur consommation d'alcool ou de drogues ne sont pas nécessairement de meilleurs parents ou des parents plus sûrs. Certains parents présenteront des capacités parentales défaillantes pour d'autres raisons que leur usage de substances psychoactives, dans la mesure où de nombreux facteurs de risque se manifestent aussi dans des familles non-usagères de drogues (Sidebotham 2001, le *Scottish Executive* 2003, Templeton *et al.* 2007, Cleaver *et al.* 2010). Cependant, la consommation fluctuante de drogue ou d'alcool et un style de vie désorganisé peuvent affecter la sécurité, la santé et le développement des enfants d'une multitude de manière et représente un facteur à toujours prendre en considération.

Les problèmes de garde d'enfants qui ont été associés à l'usage parental problématique de substances psychoactives (ACMD 2003, Kroll et Taylor, 2003, Cleaver *et al.* 2010) comprennent :
- hygiène incohérente ;
- supervision inadéquate ;
- manque de stimulation ;
- logement inadéquat et dangereux ;
- isolement social et stigmatisation ;
- exposition à la violence et à un comportement criminel ;
- négligence ou abus émotionnels ou physiques.

Ayant pour conséquences :
- retard de croissance ;
- blessures accidentelles ;
- difficultés émotionnelles ;
- difficultés comportementales ;
- mauvaise intégration sociale ;
- retard du développement cognitif et retard de scolarité.

Les professionnels qui sont impliqués auprès des enfants et des familles ont besoin de se rappeler qu'une bonne communication et une bonne collaboration entre les services sont essentielles. Il est important d'obtenir très tôt le consentement des parents et de partager des informations avec d'autres professionnels et d'autres organismes. Par ailleurs, aucun professionnel ne peut garantir la confidentialité absolue dans la mesure où la loi autorise le partage des informations dans certaines circonstances.

L'évaluation des risques dans la promulgation des soins à l'enfant devrait couvrir des questions telles que les compétences parentales, la sécurité de l'enfant, ainsi que son développement physique, cognitif, affectif et social. Les travailleurs sociaux spécialisés dans la drogue et l'alcool qui manquent d'expertise dans les domaines des soins à l'enfance et de la parentalité devraient consulter et impliquer d'autres professionnels et d'autres organismes ayant cette expertise. De même, les services d'aide à l'enfance devraient consulter des spécialistes de l'usage d'alcool et de drogues pour évaluer la nature et l'étendue de l'usage de substances psychoactives par les parents et comment cela impacte, ou est susceptible d'impacter, le bien-être de l'enfant. Des conseils d'orientation sont disponibles sur le travail en commun entre les services de traitement de la toxicomanie et de l'alcool et les services de l'enfance et de la famille -

voir DCSF / *Ministry of Health* / NTA (2009). La brochure d'orientation écossaise (2003) « Bien définir nos priorités : Guide des bonnes pratiques pour travailler avec les enfants et les familles affectées par l'abus de substances psychoactives », *Getting Our Priorities Right : Good practice Guidance for working with Children and Families affected by Substance Misuse*, comprend également une liste de contrôle utile pour recueillir des informations sur l'utilisation de substances psychoactives et son impact sur les capacités parentales (à télécharger depuis www.scotland.gov.uk).

Protéger les enfants

Le bien-être de l'enfant est notre première préoccupation. Tous les professionnels travaillant avec des femmes enceintes et des familles touchées par la consommation problématique de substances psychoactives devraient se familiariser avec les procédures locales des relations entre les services concernant la protection de l'enfance.

Le processus d'évaluation peut soulever des préoccupations quand la femme ou son partenaire :

- ont des problèmes sociaux multiples ou complexes ;
- ont un style de vie désorganisé qui fait qu'ils échouent de manière répétée à se présenter aux consultations prénatales* ;
- se rendent aux consultations, mais sont à plusieurs reprises en état d'ébriété ou handicapés par les effets de l'alcool ou des produits ;
- ont de graves problèmes de santé mentale ;
- ont été sous le coup de plusieurs ou de graves condamnations pénales ;
- disposent d'un habitat inadéquat qui pourrait être dangereux pour un bébé ;
- ne disposent pas des biens matériels nécessaires pour un bébé ;
- ont déjà été mentionnés au travail social concernant leurs aptitudes parentales ;
- ont des enfants déjà placés dans des familles d'accueil ;
- ont des enfants déjà signalés à la protection de l'enfance ;
- ont déjà eu des enfants relogés par les autorités locales ;
- ont déjà eu des enfants adoptés par d'autres familles ;
- ont fait l'objet d'un constat de violence conjugale ;
- sont socialement isolés, sans réseau de soutien social.

Les professionnels qui sont préoccupés par la situation peuvent envisager de prendre une ou plusieurs des mesures suivantes :

- entrer en contact avec une association travaillant avec les enfants et les familles touchés par la consommation de substances psychoactives. Les parents utilisant de telles substances perçoivent les associations de bénévoles comme plus acceptables et moins « stigmatisantes » ou menaçantes que les services sociaux. Les praticiens qui travaillent dans ces associations peuvent offrir un soutien parental intensif ;
- discuter de leurs préoccupations avec la sage-femme ou l'infirmière effectuant les consultations ou un médecin généraliste ;
- prendre contact avec un responsable du service chargé de la protection de l'enfance pour discuter de leurs préoccupations ;
- contacter les services sociaux locaux pour discuter de leurs préoccupations et leur demander conseil ;
- encourager la femme enceinte et son partenaire à se rapprocher de leur propre initiative des services sociaux pour chercher de l'aide et demander conseil ;
- s'adresser aux services sociaux et en discuter avec les parents.

S'il y a un risque important pour la santé du bébé et pour son développement, les professionnels doivent prendre toutes les mesures nécessaires et s'adresser aux services sociaux. Des dommages peuvent résulter de mauvais traitements ou de l'absence de soins adéquats. La protection des enfants est une responsabilité commune à plusieurs services, mais c'est aux travailleurs sociaux que revient la responsabilité légale dans l'évaluation des risques et dans l'organisation d'éventuels plans de protection des enfants. L'évaluation du travailleur social, tout en reconnaissant les besoins et les droits des parents, se concentrera principalement sur les besoins et le bien-être de l'enfant. Dans certaines situations, il y aura conflit entre les besoins et les souhaits des parents et le bien-être de l'enfant.

Tout signalement aux services sociaux ou toute discussion avec eux doivent être traités de manière sensible. Il est important de souligner à la mère et à son partenaire que l'implication du travailleur social est souvent positive et utile. Chaque fois que c'est possible, le travailleur social se doit de promouvoir l'éducation des enfants par leurs familles. Le retrait obligatoire et permanent des enfants à leurs familles est rare, même lorsque les organismes sont préoccupés par le bien-être de l'enfant (*Scottish Executive,* 2003).

Il peut arriver que les services sociaux soient suffisamment préoccupés par le risque qu'encourt le futur bébé pour justifier la mise en œuvre de procédures de protection de l'enfant et convoquer une réunion visant à envisager la nécessité de ce plan de protection. Si une telle réunion est organisée, idéalement, elle doit avoir lieu aux alentours de la 28e semaine de grossesse afin que les mesures puissent être mises en place à temps pour la naissance du bébé.

Stratégies d'intervention précoce

Pour les familles « préoccupantes », mais pas formellement « à risque », les professionnels devraient s'impliquer auprès des parents et intervenir rapidement. Une série d'interventions peut être utile pour les enfants et les familles vulnérables (*Cabinet Office* 2008). Il s'agit notamment d'un soutien à la parentalité :

- en offrant un soutien affectif ainsi que la possibilité de parler de toutes les tensions ou de toutes les inquiétudes ;
- en discutant des rôles et des responsabilités parentaux ;
- en développant les compétences, les attributs et les ressources existants des parents ;
- en promouvant un mode de vie plus sûr et plus stable ;
- en enseignant des stratégies pour développer les liens affectifs entre la mère et l'enfant ;
- en offrant ou en organisant un soutien pratique à la famille ;
- en enseignant de bonnes techniques de jeu et d'activités parents/enfants ;
- en discutant avec les parents de stratégies pour la gestion du comportement de leurs enfants ;
- en apprenant aux parents à évaluer les besoins de développement de leurs enfants ;
- en engageant les familles dans des activités où les enfants peuvent découvrir des modèles positifs ;
- en aidant les parents à développer des routines familiales, des règles et des limites avec leurs enfants.

Favoriser les facteurs de récupération, de résilience et de protection

La majorité des femmes enceintes et des parents ayant des problèmes d'usage de substances psychoactives peuvent développer de bonnes compétences parentales et de soins à l'enfant si on leur apporte le soutien nécessaire au bon moment. Une « approche écologique » et des modèles d'intervention fondés sur le renforcement des capacités individuelles sont connus pour être plus efficaces

(Sidebotham 2001, Velleman et Templeton 2007, le *Cabinet Office* 2008). Il s'agit d'adopter une approche holistique* et d'identifier les forces et les faiblesses chez l'individu, dans la famille et dans l'environnement, puis d'aider à promouvoir les forces individuelles et à diminuer les faiblesses de départ (*Cabinet Office* 2008). Cette approche développe la résilience, le renforcement des facteurs de protection, et l'établissement d'une perspective plus large d'insertion sociale. La parentalité est tout autant une question de voisinage, de réseaux sociaux et d'environnement social qu'un attribut individuel. Des recherches récentes soulignent à quel point il est important d'observer la famille dans son ensemble (*Cabinet Office* 2008), et de se concentrer sur le renforcement des relations de soutien positives et des réseaux sociaux – du « capital social » (Velleman et Templeton 2007). Les services sociaux destinés aux adultes comme aux enfants ont un rôle à jouer en aidant à la construction des ressources, de la résilience, de la stabilité et de l'intégration sociale familiale.

Les professionnels engagés dans la prise en charge des femmes enceintes et de leurs partenaires peuvent promouvoir des comportements de protection lors des entretiens, avant et après la naissance du bébé :

- l'importance de subvenir à tous les besoins de base de l'enfant : alimentation, vêtements, chaleur, hygiène personnelle, confort, sécurité, éveil, activités appropriées à l'âge, etc. ;
- l'importance des rendez-vous santé de l'enfant avec le médecin traitant, l'infirmière à domicile et le pédiatre ;
- l'importance d'une surveillance appropriée des enfants – les périodes d'intoxication et de sevrage peuvent être des moments pendant lesquels une surveillance optimale ne peut être offerte et pendant lesquels les parents devront veiller à ce qu'un autre adulte responsable soit disponible ;
- l'importance d'établir et de maintenir des procédures et de faire en sorte que la maison soit un environnement sécurisé et sain pour l'enfant ;
- l'importance de la recherche de soutiens en période de stress : famille, amis et professionnels ;
- décrire les problèmes potentiels, tels qu'un mode de vie chaotique, d'autres amis ou résidents consommant des substances psychoactives, l'achat de drogues, la violence domestique ou dans le voisinage, le trafic de drogues et les comportements délinquants qui peuvent mettre l'enfant en danger ;
- discuter du stockage sécurisé d'alcool et de drogues à la maison, y compris le stockage sécurisé des médicaments, le stockage et l'élimination sécurisés du matériel d'injection, les risques d'ingestion et d'overdose de médicaments, comment faire face aux urgences médicales, etc. ;
- promouvoir des contacts réguliers et une implication des membres de la famille et des amis qui ne se droguent pas.

Une perspective plus large d'insertion sociale pourrait inclure une aide des parents face aux problèmes financiers et de budgétisation, aux problèmes de logement, aux problèmes juridiques, à la formation, à l'éducation et à l'emploi. Il est difficile pour les parents de se concentrer sur leur rétablissement s'ils sont inquiets de pouvoir garder un toit sur leur tête, ou s'ils sont menacés d'emprisonnement, ou s'ils ont peur de ne pas pouvoir fournir un repas à leurs enfants. Un programme global de soutien qui prenne en compte les besoins plus larges de la famille est nécessaire.

Enfin, il est important de rappeler que la grossesse est un événement particulier dans la vie d'une femme ayant des problèmes d'usage de drogues psychoactives, permettant aux professionnels de pouvoir offrir un traitement et des soins qui pourraient autrement ne pas être acceptés. La philosophie de l'approche et les principes de la gestion devraient être globalement les mêmes que pour n'importe quelle autre femme enceinte dans des circonstances particulières et ayant des besoins supplémentaires. La recherche sur les pères et sur la paternité au cours des dernières décennies a également mis en évidence les besoins

des pères dans le rôle parental, la garde des enfants et la vie familiale (Lewis et Lamb 2007). L'inclusion des pères dans les services de protection de la grossesse, de la parentalité et de l'enfance est maintenant comprise comme étant essentielle, et pas seulement optionnelle, et contribue à la réalisation d'une approche de la famille en tant que totalité.

Glossaire

Abus/mésusage de substances psychoactives	Se réfère à un usage abusif ou détourné de substances psychoactives ou d'alcool, dans un sens socialement préjudiciable et dangereux.
Anomalie congénitale	Une anomalie présente à la naissance.
ARS	Agence régionale de santé.
ASE	Aide sociale à l'enfance.
Assemblée des services de protection de l'enfance	Réunion multidisciplinaire menée par des travailleurs sociaux pour évaluer les risques auxquels sont exposés les enfants et décider d'une action à conduire, le cas échéant.
Benzodiazépines	Classe de médicaments psychotropes autrefois appelés « tranquillisants mineurs », qui diminuent l'anxiété et ont un effet sédatif.
Buprénorphine haut dosage (BHD)	Traitement de substitution aux opiacés qui s'administre en sublingual, se présentant sous forme de comprimés aux dosages suivants : 1 mg, 4 mg, 6 mg.
Binge drinking	Mode de consommation qui consiste à ingérer de l'alcool en une seule occasion en quantité excessive, deux fois plus que la quantité journalière recommandée (i.e. 6 unités ou plus pour une femme) – parfois utilisé comme anglicisme.
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie. Aujourd'hui, les CCAA et les CSST ont fusionné afin de former les CSAPA*, et de ne plus dissocier la prise en charge par produit.
Césarienne	Intervention chirurgicale pour accoucher le bébé par incision de l'abdomen et de la paroi utérine.
Charge virale	Quantité de virus en circulation dans le sang.
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.
Conception	Action de tomber enceinte.

Consultation	Rendez-vous au cours duquel la mère s'engage sur le parcours de soin de la maternité, caractérisé par la remise d'informations, le recueil d'historique détaillé, un examen prénatal et un calendrier des soins – généralement conduit par la sage-femme.
Continuité de soin	Situation dans laquelle les professionnels impliqués dans les soins adoptent une philosophie commune et mettent en commun leurs méthodes de travail afin que la femme ne soit pas troublée par des avis contradictoires ou des conflits de position pendant la période de son suivi.
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
CSST	Centre de soins spécialisés en toxicomanie. Aujourd'hui, les CCAA et les CSST ont fusionné afin de former les CSAPA, et de ne plus dissocier la prise en charge par produit.
DADD	Dispositif d'appui drogues et dépendances.
Date Prévue d'Accouchement (DPA)	Date prévue de l'accouchement, quand la grossesse arrive à terme.
Dépendance à l'alcool, Pharmacodépendance	Syndrome caractérisé par une association de signes et de symptômes, parmi lesquels la dépendance physique (tolérance, sevrage/manque) et la dépendance psychologique (compulsion, stratégies d'évitement, minimisation des dangers).
Dépendance	Perte de la maîtrise de la consommation, avec besoin de la poursuivre en dépit du retentissement. Elle peut se traduire par des signes de tolérance, un syndrome de sevrage lors de la réduction ou de l'arrêt de la substance, un comportement compulsif de consommation et une réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisir.
Dépistage	Examen étendu d'une population afin de détecter des pathologies spécifiques, des troubles ou des prédispositions.
Dépresseur du SNC	Substance qui agit sur le système nerveux central en diminuant l'activité neuronale. Ex. : opiacés, benzodiazépines.
DGS	Direction générale de la santé.
DIM	Département d'information médicale.
DIU	Diplôme inter-universitaire.
Doppler ombilical artériel	Examen médical de surveillance du bien-être fœtal.
DU	Diplôme universitaire.

Durée de la grossesse	Age du fœtus depuis la conception.
Échographie	Technique d'imagerie médicale utilisant des ultrasons, qui peut servir à confirmer la grossesse, déterminer la taille du fœtus et son bien-être général.
ECIMUD	Equipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogue (spécifique à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris).
(principe d') égalité/intégration sociale	Permettre que chaque personne aie l'opportunité de vivre une vie active épanouie, épargnée d'injustice, de discrimination et de pauvreté, indépendamment de son sexe, de ses ressources, de sa race, de sa religion, de son âge, de son style de vie, de sa localisation.
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie.
Entretien motivationnel	Méthode de communication et de préparation au changement de comportement qui vise à augmenter la motivation par un travail d'exploration et de résolution de l'ambivalence du patient.
Entretien thérapeutique	Consiste généralement en une rapide évaluation de l'usage de substances psychoactives, un exposé d'informations et de conseils sur les risques associés à l'usage de substances psychoactives et les moyens pour les réduire, des renseignements sur les structures locales d'aides et autres ressources utiles.
Épisiotomie	Incision chirurgicale du périnée (région située entre le vagin et l'anus) afin de laisser passer plus rapidement le bébé et de prévenir la déchirure des tissus cutanés.
Équipe de sages-femmes	Petite équipe de sages-femmes (située à proximité), qui se partagent la responsabilité des soins pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant la période postnatale.
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.
Évaluation du profil biophysique fœtal (PBF)	Utilisation de techniques d'imagerie médicale à ultrasons pour évaluer le bien-être du fœtus.
Fœtal	Relatif au fœtus, à l'enfant à naître.
Free-base	Autre appellation du crack ; peut également être appelée cocaïne-base.
Gravide	Enceinte.

Grossesse « à bas risque »	Grossesse au déroulement normal, pour laquelle peu de complications sont à prévoir, généralement suivie par une sage-femme.
Grossesse « à risque »	Grossesse présentant des probabilités élevées de complications, généralement suivie par un obstétricien.
Grossesse ectopique	Grossesse qui se développe en dehors de l'utérus, généralement dans une des trompes de Fallope. Ce type de complication nécessite une interruption de grossesse en raison du danger qu'elle entraîne pour la mère.
Hand held maternity records	Livret, dossier de suivi de grossesse.
Health visitors	Infirmières/assistantes/soignantes spécialisées dans la famille et la santé publique, qui font partie d'équipes de premiers soins. Elles travaillent aux côtés des sages-femmes pour fournir un soutien éducatif aux parents pendant et après la grossesse. Elles prennent le relais avec les sages-femmes quand les soins procurés par celles-ci s'achèvent (généralement 10 jours après la naissance) auprès de la femme, du nouveau-né et de la famille ; elles assurent des visites à domicile pendant la période qui suit la naissance, puis un suivi régulier de l'enfant jusqu'à son entrée à l'école. Les assistantes puéricultrices/maternelles jouent un rôle clé dans le soutien aux familles, en ce qui concerne l'allaitement, la dépression post-partum, la parentalité, l'encadrement des comportements, les difficultés sociales et émotionnelles. Les assistantes puéricultrices/maternelles rendent visite aux femmes enceintes avant l'accouchement, elles s'impliquent tôt dans leur soin.
Holistique	Dans la globalité des sphères bio-psycho-sociales de l'individu.
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État.
In utero	Dans l'utérus, non né.
Indice de privation sociale	L'index de Carstairs et Morris est composé de 4 indicateurs sociaux jugés caractéristiques d'un désavantage matériel dans la population. Parmi ceux-ci : surpopulation, chômage masculin, classe sociale 4 ou 5, ne pas posséder de voiture.
Inquiétude, préoccupation, crainte	Quelque chose qui affecte ou risque d'affecter la sécurité, le bien-être ou le potentiel d'un enfant. Cela peut être en relation avec une observation, un événement ou une série de ceux-ci, avec un trait de l'enfant ou de quelqu'un dans son entourage, ou avec un aspect de son environnement de soin.
Intervention précoce/anticipée	Agir en amont pour évaluer les besoins et/ou les risques pour les enfants et/ou les enfants à naître, fournir une assistance et un soutien anticipés à une famille afin de prévenir un engrenage et/ou une détérioration.

Intoxication	État dans lequel se trouve un individu après avoir bu ou consommé des drogues en quantités telles que ses capacités d'expression, de raisonnement, et ses capacités à se mouvoir ou à conduire sont significativement altérées.
IVG	Interruption volontaire de grossesse.
Liquide amniotique	Liquide qui entoure le bébé dans l'utérus (appelé aussi « les eaux »).
« Manque »/Sevrage	Réaction du corps au manque soudain d'alcool ou d'une substance psychoactive* auquel il s'était adapté.
MDMA	Méthylène-Dioxy-MéthylAmphétamine (ou Méthamphétamine) – principal composant de l'ecstasy.
Médecins traitants, médecins généralistes	Médecins qui assurent le suivi médical général de l'ensemble d'une famille, qui dans la plupart des cas confirmeront la grossesse. Ils sont expérimentés dans le soin des femmes enceintes et travaillent souvent en relation étroite avec les sages-femmes. Nombre d'entre eux gèrent conjointement les soins prénataux au sein de centres médicaux communautaires de premiers soins *(Primary Care Health Centers).* Ils travaillent également en relation étroite avec les obstétriciens et les sages-femmes pour fournir des soins particuliers aux femmes présentant des grossesses « à risques ». Ils procurent également des soins postnataux à la mère et l'enfant, et travaillent en coordination avec les infirmières, les assistantes maternelles, les auxiliaires de santé ou de puériculture, pour suivre et améliorer la santé et le développement des enfants. Dans de nombreuses localités, les usagers de drogues ayant adopté un traitement de substitution (ex. : méthadone*) sont suivis par des généralistes et se rendent dans les centres de premiers soins pour leurs ordonnances.
Méta-Analyse	Analyse statistique consistant à synthétiser les résultats issus d'un corpus d'études indépendantes explorant un même sujet, afin de produire une estimation unique de résultat.
Méthadone	Chlorhydrate de Méthadone. Traitement de substitution aux opiacés se présentant sous forme de sirop en flacon mono-dose aux dosages suivants : 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg et 60 mg pour 15 ml ; ou sous forme de gélules, aux dosages suivants : 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg.
Mort-né	Bébé né mort après 24 semaines complètes de grossesse. Les naissances sans vie doivent être enregistrées et la cause de mort doit être établie avant que ne soit rédigé un certificat médical d'accouchement d'enfant mort-né et que l'enterrement puisse avoir lieu.
Multi-gravide/ Multi-parturiente	Se dit d'une femme qui a déjà été enceinte / qui a mené à terme plus d'une grossesse.

Néonatologistes et pédiatres	Médecins en charge des besoins médicaux spécifiques des bébés, y compris les prématurés, les bébés atteints de pathologies (par exemple le Syndrome de Sevrage Néonatal), les bébés présentant des anomalies congénitales. Ils travaillent en coordination étroite avec les obstétriciens, les sages-femmes, les infirmières néonatales, les assistantes maternelles et les auxiliaires de puériculture, pour planifier et procurer les soins aux nouveau-nés en collaboration avec les parents. Les nouveau-nés souffrants de pathologies sont généralement traités au sein de l'unité de néonatologie / l'unité néonatale de soins intensifs.
Nouveau-né	Enfant qui vient de naître.
Nullipare	Se dit d'une femme qui n'a jamais accouché d'un enfant viable.
Obstétriciens et gynécologues	Médecins spécialistes de la grossesse et de l'accouchement. Les obstétriciens sont experts dans la prise en charge des complications au cours d'une grossesse, à même de proposer conseils spécialisés, dépistages et traitements. Ils assurent en personne le suivi des grossesses « à risque », généralement en coordination avec l'équipe de sages-femmes et la participation du médecin traitant.
Obstétrique	Branche de la médecine et de la chirurgie spécialisée dans les grossesses et les accouchements.
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies.
Opiacés	Drogues dérivées du pavot, par exemple héroïne, morphine, codéine.
Opioïdes	Incluent les opiacés et leurs analogues de synthèse, par exemple méthadone*, dihydrocodéine, péthidine.
Parcours de soins	Programme de soins structurés, multidisciplinaires, détaillant les principales étapes dans le soin et le traitement des patients atteints de pathologies spécifiques.
Peau à peau	Lorsque le bébé est placé directement au contact de la peau nue de la mère / des parents, généralement sur la poitrine.
Période néonatale	Premiers 28 jours de la vie de l'enfant.
Petit matériel d'injection	Tout l'équipement utilisé pour l'injection d'une drogue (ex. : cuillère, filtre, tasse, aiguille, seringue…).

Pharmaciens	Ils travaillent en collaboration avec les patients, les médecins et les autres professionnels de santé pour s'assurer que les posologies d'usage des médicaments sont respectées au mieux. De nombreux pharmaciens de quartier ont des contacts fréquents avec des femmes enceintes usagères de substances psychoactives, ils peuvent ainsi leur fournir soutien et conseils sanitaires. Les pharmaciens dispensent une variété étendue de services, parmi lesquels : arrêt du tabac, délivrance des substituts prescrits, supervision de l'auto-administration de méthadone*, protocoles d'échanges de seringues, conseil sanitaire général, etc.
Placenta prævia	Lorsque le placenta s'est formé dans la région basse de l'utérus, couvrant parfois le col utérin (cervix) et obstruant la sortie du bébé, nécessitant de recourir à une césarienne.
Plan de l'enfant	Plan d'action coordonné, structuré, qui fixe les objectifs souhaités pour l'enfant et les moyens à mettre en œuvre pour obtenir le changement désiré. Inclut des échelles temporelles, des responsabilités, les assistances à fournir pour répondre aux besoins de l'enfant, un plan d'urgence, la mention des partenaires et des fournisseurs de services impliqués dans le plan.
Plan de naissance	Consignation par écrit des souhaits et préférences de la femme enceinte en matière de soins, pour la grossesse, le travail et l'accouchement.
PMI	Protection maternelle et infantile.
Polytoxicomanie	Consommation/usage conjoint/associé de plusieurs substances psychoactives.
Postnatal	Après la naissance.
Prématuré	Un bébé né avant 37 semaines de grossesse (une grossesse « à terme » dure 40 semaines).
Prénatal	Avant la naissance.
Primipare	Une femme enceinte pour la première fois – parfois appelée « prim' ».
Problème associé à la consommation d'alcool ou de drogues	Se réfère à un large spectre de dommages (physiques, psychologiques, sociaux) associés à la consommation de la substance en question.
Problème de drogue et/ou d'alcool – usage problématique de drogues et/ou d'alcool	Se réfère généralement à une consommation d'alcool, tabac et autres drogues (avec dépendance ou récréative) à l'origine de problèmes sociaux, financiers, légaux ou de santé.
Professionnel cadre/référent	Un(e) professionnel(le) impliqué(e) auprès de la famille, à qui revient la responsabilité de s'assurer que celle-ci bénéficie des soins professionnels appropriés, dont il/elle procure souvent lui-même une part importante.

Professionnel(le) référent(e)	Praticien(ne) à qui revient la responsabilité de s'assurer que les besoins d'un adulte ou d'un enfant sont traités par les services médicaux et sociaux. Parfois appelé « travailleur clé ».
Protocole (PLAN) de soutien familial	Un Protocole de Soutien Familial est un outil de documentation et d'orientation dans le processus de planification des soins destinés aux enfants et aux familles. Il contient des informations sur les aides nécessaires pour favoriser le développement de l'enfant et accroître les capacités de la famille à favoriser le développement de l'enfant. A travers ce protocole, les membres de la famille et les organismes d'aide travaillent en équipe pour planifier, mettre en œuvre et évaluer des aides ajustées aux besoins spécifiques de cette famille, à ses préoccupations, ses priorités et ses ressources.
Rapprochement mère-enfant	Pratique qui consiste à permettre à la mère et son bébé de rester 24h ensemble au lendemain de l'accouchement – ceci facilite l'allaitement et l'attachement, et réduit les risques d'infection.
RCIU	Retard de croissance intra-utérin.
Réanimation	Action de réanimer une personne en état de choc ou d'arrêt respiratoire ou cardiaque.
Réduction des dommages/risques	Approche centrée sur le sujet et son expérience qui consiste à permettre à la personne en situation d'usage de limiter au maximum les complications liées à sa consommation.
Revue systématique	Revue de la littérature scientifique concernant un sujet, au sein de laquelle les résultats des études sont méthodiquement présentés, évalués et synthétisés, au regard d'un critère déterminé.
RPIB	Repérage précoce – intervention brève.
SA	Semaine d'aménorrhée.
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale.
Sages-femmes	Professionnelles formées aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Elles assurent généralement de manière autonome le suivi des grossesses à moindre risque. Elles mettent en œuvre une évaluation continue du risque tout au long de la grossesse, et font appel aux spécialistes médicaux adéquats en cas de repérage de situations à risque. Elles jouent également un rôle important dans l'éducation sanitaire et le soutien apporté aux parents dans leurs nouvelles fonctions. Toutes les femmes enceintes se voient attitrer une sage-femme référente au moment de leur inscription. Le plus souvent il s'agit d'une sage-femme rattachée au service du médecin traitant.

Santé reproductive	Santé de l'appareil reproducteur, des organes impliqués dans la conception, la grossesse et la naissance.
Score d'APGAR	Fiche de relevés établie à la naissance du bébé après observation d'indicateurs de santé tels que : teint, tonus, rythme cardiaque, etc.
Sevrage	Processus par lequel un usager se sèvre des effets de l'alcool ou d'autres drogues sur une période donnée relativement courte (de 1 à 3 semaines), généralement avec une aide médicamenteuse.
Skénan	Sulfate de morphine. Appartenant à la famille des antalgiques, se présente sous forme de gélules aux dosages suivants : 5 mg, 10 mg, 20 mg, 10 mg LP, 30 mg LP, 60 mg LP, 100 mg LP et 200 mg LP.
Soin partagé	Accord entre le médecin traitant et un obstétricien / une sage-femme / un pédiatre / ou un autre professionnel de santé à propos des soins d'une femme.
Soins intrapartum	Soins procurés pendant le travail et l'accouchement.
Soins postpartum	Soins procurés dans la période après l'accouchement.
Soins prénatals	Soins procurés par des professionnels au cours de la grossesse pour détecter, anticiper, prévenir et prendre en charge les problèmes chez la femme et/ou son enfant à naître.
SPA	Substance psychoactive.
SSR	Soins de suite et de réadaptation.
Stimulant du SNC	Substance qui agit sur le système nerveux central en augmentant l'activité neuronale. Ex. : amphétamines, cocaïne, nicotine.
Strabisme	Trouble dans lequel les deux yeux fixent des directions différentes.
Substance psychoactive	Tout produit ayant une action sur le cerveau.
Substances volatiles	Se réfère aux solvants et aux substances inhalées, y compris les aérosols.
Subutex	Buprénorphine haut-dosage (BHD). Traitement de substitution aux opiacés, se présentant sous forme de comprimés aux dosages suivants : 0,4 mg, 2 mg, 8 mg ; qui s'administre en sublingual.
Syndrome de Sevrage Néonatal (SSNN)	Ensemble de symptômes de sevrage affectant un nourrisson dont la mère a consommé certains produits au cours de la grossesse, généralement des opiacés et des benzodiazépines.

Syndrome de sevrage	Apparition de symptômes physiques à l'arrêt de la consommation.
Tératogène	Substance qui provoque des malformations du fœtus et/ou des anomalies congénitales.
Terme	Environ 40 semaines de grossesse, à compter du premier jour des dernières règles.
Tolérance	Signifie que des doses plus élevées de substances psychoactives sont nécessaires pour obtenir les mêmes effets.
Tout-petit	Enfant dans sa première année.
Transmission verticale	Transmission de mère à enfant, soit *in utero,* soit lors de la naissance ou à travers l'allaitement.
Trimestre	Chaque période de trois mois au cours de la grossesse (1er, 2e et 3e trimestre).
UK	Unité Kangourou.
Unité Kangourou	Unité d'hospitalisation post-natale mère-enfant.
Usage nocif	Consommation répétée induisant l'apparition de dommages sanitaires (somatiques, psychologiques ou psychiatriques), sociaux ou judiciaires (retentissement familial, scolaire ou professionnel, marginalisation) pour l'usager ou pour autrui.
Usage récréatif de drogues	Usage occasionnel de drogues.
Usage simple	Consommation de substances psychoactives qui n'entraîne pas de complication somatique, psychique ou sociale, ni de dommage. Cette consommation peut être une expérimentation ou un usage occasionnel.
VHB	Virus de l'hépatite B.
VHC	Virus de l'hépatite C.
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine.

Annexe 1/

Calendrier de prise en charge idéale

Usage problématique de substances psychoactives durant la grossesse

	Soins pré-conceptionnels	• Conseils sur la santé reproductive, la fertilité, la contraception, la santé sexuelle • Proposition de rencontrer le planning familial • Évaluation de la consommation de tabac, d'alcool et des autres drogues • Conseils pour une bonne grossesse : conseils diététiques, complémentation en acide folique et en vitamine D • Évaluation des risques de contamination par les virus transmissibles par le sang et proposition de tests de dépistage
	Confirmation de la grossesse / premier contact avec un professionnel de santé	• Organiser le premier rendez-vous avec une sage-femme en maternité • Consulter son médecin traitant : conseils sur un style de vie sain, sur la complémentation en acide folique, sur l'hygiène • Organiser la première échographie à 12 semaines
10 semaines	Premier rendez-vous (inscription) Partage d'information multi-disciplinaire/première évaluation des risques possibles pour le bébé	• Suivre le guide de soins anténatals • Remplir le formulaire de liaison de la maternité (si usage problématique de substances) • Conseils et soutien pour arrêter de fumer • Interventions brèves sur la consommation d'alcool • Orientation vers un spécialiste en addictologie si nécessaire • Orientation vers une maternité spécialisée dans l'usage problématique de substances psychoactives • Prise de rendez-vous avec un obstétricien • Distribution du fascicule « Enceinte… et consommatrice d'alcool ou de drogues ? » • Remise du fascicule « Prendre soin d'un bébé montrant des symptômes de sevrage » • Réalisation des tests de dépistage (VIH*, VHB*, VHC*). Si résultat positif, suivre la procédure indiquée • Remise du formulaire d'information sur « Comment nourrir le nourrisson » et conseils sur l'allaitement au sein

		• Évaluation du contexte social, discussion sur les bénéfices de la maternité • Évaluation des risques (concernant la protection de l'enfance) • Consentement pour le partage d'information et le travail transversal • Remise du livret de maternité
12 semaines		• Échographie et évaluation du premier trimestre (si consentement)
16 semaines…	Rendez-vous anténatal **Mise en place du plan de soin maternel**	• Discussion des besoins d'évaluation et de soins avec l'obstétricien • Discussion et accord sur le plan de soin maternel • Discussion et accord sur la prise en charge addictologique • Identification de la personne en charge d'organiser l'évaluation transversale et les rendez-vous de soutien à la famille
20 semaines		• Échographie d'anomalie fœtale
22 semaines	Rendez-vous anténatal	• Monitoring de l'évolution, incluant l'usage d'alcool, de tabac et/ou de drogues • Organisation d'une réunion transversale avec les parents/professionnels • Visite d'évaluation à domicile incluant une discussion sur le stockage sans risque des drogues
24 semaines	Réunion transversale et plan de soutien à la famille	• Réunion transversale avec les parents pour discuter l'évaluation et l'agrément à un plan de soutien à la famille • Évaluation de la consommation de drogues, de tabac et/ou d'alcool et des traitements éventuels • Discussion sur les capacités parentales de la mère et du père à élever l'enfant • Discussion sur la prise en charge du bébé présentant un SSNN ou SAF • Nomination d'un professionnel responsable de la coordination du plan de soutien à la famille
28 semaines	Rendez-vous anténatal	• Réunion d'information sur la protection de l'enfance (si nécessaire) et sur le plan de protection de l'enfance (si nécessaire) • Échographie de croissance et monitoring fœtal si nécessaire • Discussion du plan de naissance
32 semaines	Rendez-vous anténatal	• Évaluation de la croissance fœtale : 2e échographie de croissance

		• Discussion sur le travail et la mise au monde (incluant le protocole concernant les prescriptions) • Discussion et agrément sur la contraception postnatale • Surveillance de la consommation de drogues et/ou d'alcool • Mise à jour du formulaire de liaison avec la maternité
36 semaines	Rendez-vous anténatal	• Préparation à la parentalité • Évaluation de la croissance fœtale • Discussion sur la prise en charge du bébé présentant un SSNN ou SAF*
38 semaines	Rendez-vous anténatal	• Préparation à la parentalité • Surveillance de la consommation de drogues et/ou d'alcool
Terme (40 semaines)	**NAISSANCE**	• Si terme dépassé, rendez-vous avec la femme à 40 ou 41 semaines et mise en place d'un plan pour provoquer le travail • Si naissance survenue à terme, suivi du plan de soin postnatal • Conseils et soutien pour l'allaitement au sein • Prescription d'une contraception postnatale • Soutien sur la parentalité pour la mère et le père • Évaluation du Syndrome de sevrage néonatal (SSNN)* et soins si nécessaire • Évaluation du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF*) et soins si nécessaire • Rendez-vous de travail transversal de sortie (incluant les prescriptions requises par le plan de soin) • Révision et mise à jour du plan de soutien à la famille • Identification du professionnel en charge de la coordination pour le plan de soin postnatal • Kit de sortie - discussion sur les risques de mort subite du nourrisson et du partage de lit
10 jours	Soin postnatal **Réévaluation-révision du plan de soutien à la famille / plan de protection de l'enfance**	• Continuation du soutien inter-service/plan de soutien postnatal • Continuation de l'évaluation de SSNN/SAF* et soin (si nécessaire) • Réévaluation de la consommation de drogues/alcool après la sortie • Soutien de prévention à la rechute • Soutien parental pour la mère et le père • Fin de la prise en charge par la sage-femme (entre le jour 10 et le jour 28) • Remplissage du formulaire de liaison avec la maternité (lié à l'usage problématique de substances psychoactives) pour documenter les résultats de la grossesse • Visite à domicile par un *health visitor** à partir du jour 11 • Organisation d'un rendez-vous de travail transversal à 6-8 semaines

\Annexe 2

Protéger les enfants de l'alcool et des drogues à la maison

Il est essentiel de s'assurer que les nourrissons, les enfants et adolescents soient tenus à distance de l'alcool et des drogues que les parents consomment et conservent à la maison. Un certain nombre d'enfants au Royaume-Uni sont décédés ou ont été gravement intoxiqués suite à l'ingestion de drogues. Plus de la moitié des cas d'empoisonnement d'enfants sont dus à l'ingestion de médicaments ou drogues.

Lisez ce fascicule et discutez-en avec votre professionnel de santé.

Protéger les enfants

Les enfants sont naturellement curieux et ne comprennent pas le danger. L'alcool et les drogues pourraient paraître attirants pour de jeunes enfants. Ne comptez pas sur eux pour différencier les médicaments des bonbons ou boissons gazeuses.

Méthadone et autres produits

Même une toute petite quantité de méthadone* peut tuer un enfant. Si un enfant ingère de la méthadone, il peut tomber dans un état de somnolence, s'évanouir, avoir des troubles de la déglutition, s'arrêter de respirer et s'étouffer avec sa propre salive ou son vomi.

Suivez ces recommandations simples pour stocker EN SÉCURITÉ votre méthadone ou n'importe quel autre produit que vous pourriez avoir à la maison

- → Placez vos produits hors d'atteinte dès que vous les ramenez chez vous ou après chaque usage. Maintenez-les toujours hors de vue et inaccessibles. Rangez-les dans un placard en hauteur qui peut se fermer à clé ou dans une armoire fermée.
- → Si vous n'avez pas le mobilier qui convient, achetez-vous un cadenas ou un contenant incassable et que l'on peut fermer à clé, tel un tiroir-caisse.
- → Si vous n'avez pas un endroit où enfermer vos produits, alors assurez-vous qu'ils sont positionnés très en hauteur, et qu'ils ne peuvent pas être vus ou atteints en grimpant.

Médicaments prescrits comme la méthadone ou le diazépam

Assurez-vous que votre pharmacien vous fournit vos médicaments – qu'ils soient sous la forme de cachets, gélules ou liquide – dans un flacon avec bouchon qui ne peut être ouvert par les enfants. Ces bouchons peuvent sauver des vies, mais souvenez-vous qu'ils ne sont pas totalement inviolables, qu'ils peuvent être ouverts, même par des petits. Gardez les flacons hors de vue et hors d'atteinte.

Ne stockez jamais vos produits dans un contenant autre que celui que vous a donné le pharmacien. Retournez toujours les médicaments non utilisés à votre pharmacien. Ne les gardez jamais à la maison.

Ne laissez jamais vos produits – même pour un temps très court :

- sur le sol
- dans un sac, un sac à main ou une poche de manteau
- sous un lit
- dans la chambre d'un enfant
- dans la salle de bain
- derrière les coussins du canapé
- sur une table
- dans une boîte à gants
- dans le réfrigérateur
- sans surveillance lors de voyage avec des enfants

Prendre des médicaments ou d'autres produits à la maison

- Lorsque vous prenez votre méthadone* ou n'importe quel autre médicament, soyez certains de prendre exactement la bonne dose.
- Évitez de prendre les produits devant des enfants.
- Rangez les produits immédiatement après usage. Ne les laissez pas sur une table ou une surface de travail.
- Si vous renversez accidentellement votre méthadone (ou n'importe quel autre produit), nettoyez immédiatement. Lavez les chiffons ou débarrassez-vous des serviettes en papier que vous avez utilisées. Ne les jetez pas simplement dans la poubelle, les enfants pourraient facilement aller les rechercher !
- Lorsque vous avez terminé votre flacon de méthadone ou d'autre médicament, rappelez-vous de le rincer avec de l'eau avant de le jeter.

Si vous achetez de la méthadone ou d'autres produits dans la rue, souvenez-vous que :

- Vous ne pouvez être sûr de la concentration ou de la pureté – et cela même si l'on vous a dit qu'il s'agissait bien du médicament ou du produit que vous consommez !
- Ils pourraient ne pas être conservés dans des flacons avec des couvercles inviolables par les enfants.
- Si un enfant les avale, ni vous ni le médecin ne serez en mesure de dire le contenu du flacon.

Parler aux enfants des dangers des drogues

Si vous avez des enfants, ou gardez des enfants, parlez-leur des dangers de la consommation d'alcool, de drogues ou de n'importe quel médicament et que cela n'est en aucun cas pour eux. Conservez tous vos médicaments, drogues et alcool « hors de vue » et « hors d'atteinte » et dîtes à vos enfants de ne jamais toucher aucune des bouteilles d'alcool ou des flacons de médicaments qui se trouvent à la maison. Dîtes aux enfants que s'ils prennent n'importe quelle drogue ou alcool par erreur, il faut qu'ils vous le disent immédiatement pour pouvoir les aider.

Que faire si un enfant prend une drogue ?

Si vous suspectez qu'un enfant ou un adolescent a consommé de l'alcool ou pris de la drogue par accident, allongez-le sur le côté en **position latérale de sécurité** (*cf.* image ci-contre) et **appelez le 15 immédiatement.** Restez à côté de lui jusqu'à l'arrivée d'une ambulance qui le dirigera vers le service d'urgence le plus proche. Si possible, demandez à quelqu'un d'autre que vous d'appeler le 15 et restez près de l'enfant ou de l'adolescent.

© The British Red Cross

Dîtes au professionnel soignant ce que l'enfant a pris, quelle dose, quand, et à quelle vitesse (montrez-leur le flacon si possible).

N'essayez pas de faire vomir l'enfant, n'essayez pas de le faire boire si l'enfant somnole.

Pour placer quelqu'un en position latérale de sécurité, suivez ces étapes

- → Placez le bras le plus près de vous à angle droit du corps, le coude plié.
- → Amenez l'autre bras contre la poitrine et maintenez le dos de la main de la personne contre la joue la plus proche.
- → Prenez la jambe extérieure juste au-dessus du genou et remontez-la tout en maintenant le pied sur le sol.
- → En maintenant la main collée à la joue, tirez sur la jambe pour rouler la personne vers vous.
- → Ajustez la jambe extérieure de manière à ce que la hanche et le genou soient dans les bons angles.
- → Inclinez la tête en arrière et soulevez le menton vers l'avant, de manière à ce que les voies respiratoires de la personne (bouche et gorge) restent ouvertes. Si nécessaire, ajustez la main sous la joue de manière à garder la tête inclinée.
- → Vérifiez que la personne ne peut pas rouler en avant ou en arrière.
- → Si la personne reste plus de 30 minutes dans la position latérale de sécurité, tournez-la de l'autre côté.
- → Contrôlez le pouls et la respiration de la personne.

© The British Red Cross

Position de sécurité pour les nourrissons (bébés de moins d'un an)

Si le nourrisson est inconscient mais respire, bercez-le dans vos bras, placez-le sur le côté avec la tête penchée vers le bas pour prévenir la possibilité qu'il s'étouffe avec sa langue ou qu'il inhale du vomi.

Appelez le 15 et contrôlez les signes vitaux – respiration, pouls et réflexivité jusqu'à ce que le médecin arrive.

S'injecter des drogues – les risques pour les enfants

- Vous devez vous assurer que les autres ne soient pas exposés à des risques par un usage non-précautionneux du matériel d'injection.
- Les enfants ne devraient jamais être témoins de vos séances d'injection ou de celles d'autres personnes.
- Les enfants n'ont pas la même compréhension des dangers que les adultes. Ils pourraient ne pas être effrayés par la vision de seringues ou du matériel de préparation de l'injection et pourraient vouloir les saisir ou les toucher.
- Si vous (ou quelqu'un d'autre) êtes en train de vous injecter des drogues à domicile, conservez la boîte de seringues dans un lieu sécurisé et fermé, hors d'atteinte et hors de vue des enfants.
- Faîtes en sorte de cacher le matériel d'injection immédiatement en rentrant à la maison, et de vous en débarrasser immédiatement après usage. Rangez votre matériel dans un placard qui peut être fermé et en hauteur.
- Dîtes aux enfants de ne jamais toucher des seringues ou des aiguilles. Si vous en trouvez dans la rue ou dans le quartier – ne les ramassez pas. Appelez plutôt le service voirie de votre mairie pour demander un ramassage de seringues ou d'aiguilles usagées.

Comment se débarrasser proprement du matériel d'injection

Mettez tout le matériel utilisé dans une boîte rigide : aiguilles, filtres, cotons, tampons secs, cuillères, feuilles d'aluminium, pipes à crack, sachets d'acide citrique ou de vitamine C, eau PPI, etc. La boîte peut être ensuite déposée à votre point local d'échange de seringues.

Blessure due à l'aiguille

Il est important d'être conscient des risques causés par l'injection ou par une blessure avec une aiguille. Le VIH*, l'hépatite C, l'hépatite B et d'autres infections peuvent être transmises.

En cas d'urgence – blessure due à l'aiguille

Si vous pensez qu'un enfant s'est piqué avec une aiguille, vous devriez :

- favoriser le saignement en pressant le point de la blessure
- laver abondamment avec du savon et de l'eau
- couvrir avec un pansement pour empêcher des germes d'entrer dans la plaie
- demander un avis médical d'urgence. Ne paniquez pas, même s'il est tout de même urgent de demander un avis médical car un traitement pourrait s'avérer nécessaire.

→ LISTE DE SÛRETÉ

CHOSES IMPORTANTES À SE SOUVENIR

- Stockez les drogues en toute sécurité à la maison – enfermées, hors de vue, hors d'atteinte
- Évitez de consommer des drogues devant des enfants
- Ne mettez pas les médicaments dans des flacons ne disposant pas de couvercles inviolables par les enfants
- Enseignez aux enfants les dangers des médicaments/drogues/alcool et que cela n'est pas pour eux
- Ne donnez jamais aux enfants de produit comme la méthadone* – vous mettrez en danger leur vie
- Amenez vos médicaments périmés à la pharmacie pour les jeter en toute sécurité
- Stockez et débarrassez-vous du matériel d'injection en toute sécurité
- Conservez ce fascicule et lisez-le de temps en temps

N'hésitez pas à parler du stockage de vos médicaments/drogues/alcool avec votre médecin, infirmière ou pharmacien, auxiliaire maternelle, auxiliaire de puériculture, infirmière à domicile ou sage-femme. Ils vous aideront à organiser le stockage de vos produits en toute sécurité, et vous donneront des informations supplémentaires pour PROTÉGER LES ENFANTS.

Annexe 3/

Plan de soutien familial

Enfants concernés par un usage parental de substances psychoactives

Informations sur la MÈRE (nom, date de naissance, adresse, téléphone)

.....

.....

.....

.....

Informations sur le PÈRE (nom, date de naissance, adresse, téléphone)

.....

.....

.....

.....

Informations sur les autres membres de la famille ou tuteurs,
incluant les tuteurs membres de la famille (nom, date de naissance, adresse, téléphone)

.....

.....

.....

.....

Informations sur tous les ENFANTS

.....

.....

.....

.....

Bébé à naître ? ❑ Oui ❑ Non Si oui, date estimée de la naissance : .....

Plan rempli par : .....

Nom du professionnel de santé responsable de la remise de ce plan de soutien familial :

..... Date : .....

Plan de soutien familial

Enfants concernés par un usage parental de substances psychoactives

Nom de tous les professionnels ayant pris en charge les membres de la famille	Agence/Service	Informations de contact	Fréquence de contact exemple, hebdomadaire d'une heure

Plan de soutien familial

Enfants concernés par un usage parental de substances psychoactives

Besoins identifiés	Action / intervention décidée pour répondre aux besoins (incluant, quoi, où, qui, quand pourquoi et comment)	Résultat / objectif désiré	Durée

PLAN ALTERNATIF (Que se passera-t-il si le plan est refusé par la famille ou si les résultats recherchés ne sont pas obtenus ?)

.....

.....

.....

.....

Date du prochain rapport : .....

\Annexe 4

Enceinte… et consommatrice d'alcool ou de drogues ?

Information pour vous aider, aider votre bébé et votre famille

Il est important de connaître les effets de l'usage de tabac, d'alcool et de drogues pendant la grossesse. Ce fascicule vous propose de l'information et des conseils pour vous aider, vous et votre bébé, à rester en meilleure santé possible, et pour vous aider à préparer la naissance de votre enfant.

Usage de tabac, d'alcool et de drogues durant la grossesse

Il est normal de se sentir inquiète des conséquences que pourrait avoir votre consommation d'alcool ou de drogues sur votre grossesse et votre bébé. Il est important de rappeler que la plupart des femmes qui consomment de l'alcool ou des drogues suivent une grossesse normale et mettent au monde un bébé en parfaite santé. Cependant, il existe des risques associés à l'usage de tabac, d'alcool et de drogues. Réduire les risques ne peut que vous aider, vous et votre bébé.

Jusqu'à présent les preuves formelles des effets de l'usage d'alcool ou de drogues durant la grossesse sont malheureusement difficiles à établir. Ce que nous savons cependant est que **fumer durant la grossesse** (ou être exposée à la fumée de cigarette) est clairement dangereux pour votre bébé à naître et peut affecter votre grossesse de nombreuses manières. Nous conseillons à toutes les femmes enceintes (et à leurs partenaires) qui fument d'essayer d'arrêter et nous pouvons vous apporter beaucoup de soutien dans cette démarche ! N'hésitez pas à demander de l'aide à votre sage-femme, votre médecin traitant ou votre pharmacien.

Fumer du tabac, consommer des drogues de rue (comme l'héroïne, la cocaïne, le crack), s'injecter des drogues ou être dépendant de produits comme la méthadone* ou le valium, peuvent augmenter les risques d'accouchement prématuré ou d'accoucher d'un bébé qui a un poids faible. Cela peut entraîner par la suite d'autres problèmes. Le risque de *mort subite du nourrisson* (syndrome de Mort subite du nourrisson ou MSN) est également accru.

Il n'existe aucune preuve solide qui suggère que les drogues illicites (de rue) ou des drogues comme la méthadone puissent provoquer des malformations congénitales. Cependant, les bébés de **femmes qui boivent trop d'alcool** durant la grossesse peuvent naître avec des malformations congénitales ou des lésions cérébrales. Cela peut entraîner par la suite des problèmes sérieux à long terme pour les enfants. Même une consommation de doses faibles ou modérées d'alcool peut augmenter le risque de fausse couche ; aucune dose d'alcool consommée durant la grossesse n'ayant pu être établie comme « sans risque ». Nous conseillons à toutes les femmes enceintes d'éviter l'alcool durant les trois premiers mois de la grossesse et de manière générale jusqu'à la naissance du bébé. Si vous buvez de l'alcool pendant la grossesse, nous vous recommandons de ne pas boire plus d'une unité ou deux d'alcool, une ou deux fois par semaine. Parlez-en à votre sage-femme, votre médecin traitant, pour évaluer combien d'unités sont contenus dans les boissons alcoolisées.

Les usages intensifs de **tabac** ou de **crack/cocaïne** sont liés à un certain nombre de problèmes durant la grossesse car ces drogues réduisent les flux de sang et d'oxygène chez le bébé à naître. Ils peuvent affecter le placenta de nombreuses manières. **S'injecter des drogues** entraîne des risques bien plus graves pour vous et votre bébé, particulièrement des risques d'infection et d'accouchement prématuré.

On connaît très peu de choses sur la dangerosité des effets d'autres drogues comme le cannabis (le « shit »), les amphétamines (le « speed »), l'ecstasy, les solvants (aérosol ou colle), le LSD (« acide ») et d'autres drogues de synthèse ou des « euphorisants légaux ». Cependant, s'il existe un doute sur les effets d'une substance psychoactive*, il est préférable de les éviter pendant la grossesse. Les drogues de rue peuvent contenir des impuretés qui peuvent avoir des conséquences sur votre foie et vos reins. Il est donc préférable de **n'utiliser que les produits qui vous ont été prescrits pendant votre grossesse.**

Il est important de bien se souvenir que de nombreux facteurs peuvent affecter votre grossesse, pas uniquement le tabac, l'alcool et les drogues : par exemple, votre régime alimentaire (la nourriture que vous mangez), votre style de vie et le contexte social, et si vous suivez ou pas un bon programme anténatal (de maternité). L'usage d'alcool et de drogues peut affecter votre appétit, votre poids, votre santé dentaire, votre santé générale, votre humeur, vos relations et votre capacité à affronter la vie quotidienne.

Changer de drogue pendant la grossesse

Si vous êtes usagère de drogues opioïdes (méthadone*, dihydrocodéine, buprénorphine* ou héroïne) essayez de maintenir votre consommation aussi stable que possible durant la grossesse. Cela signifie prendre la même quantité de drogue chaque jour et éviter autant que possible de prendre des extras ou de chercher à être « défoncée ».
Souvenez-vous : continuer à consommer des drogues prescrites comme la méthadone est parfaitement possible, cela vous aide à rester stable et à être bien. Il est complètement inapproprié que quelqu'un vous dise que vous DEVEZ arrêter la méthadone* lorsque vous êtes enceinte.

Si vous vous injectez des drogues, vous recevrez de l'aide pour essayer d'arrêter ou de diminuer. Si vous êtes dépendante à l'héroïne, on vous proposera de prendre un traitement de substitution opiacé (comme la méthadone). Demandez de l'aide aux services spécialisés dans l'accompagnement et la prise en charge des usagers de drogues. Ils vous recevront prioritairement en tant que femme enceinte.

Si vous consommez des drogues prescrites comme la méthadone, et que vous ressentez des nausées le matin, nous vous recommandons en général de fractionner votre dose quotidienne en deux ou plusieurs prises (par exemple une dose le matin, une dose le soir). Fractionner vos doses quotidiennes vous permettra, ainsi qu'à votre bébé, d'être mieux équilibrée sur la durée de la grossesse.

→ Réduire

Si vous pensez que vous pourriez parvenir à réduire votre usage de drogues, vous pouvez bénéficier d'un soutien pour le faire. Parlez-en d'abord à votre médecin ou votre éducateur spécialisé en toxicomanie, pour être en mesure de le faire correctement. Il est important d'éviter la rechute, donc une réduction lente sur plusieurs semaines ou mois est normalement recommandée. Si vous prenez des benzodiazépines* (comme le Valium®) vous recevrez de l'aide pour d'abord réduire cet usage. Si vous réduisez vos prises de drogues, il est conseillé de rendre visite à votre éducateur spécialisé en toxicomanie chaque semaine de manière à ce qu'il puisse garder un œil attentif sur vos progrès.

→ Arrêter

Il est en général conseillé d'arrêter de consommer du cannabis (le « shit »), des amphétamines (le « speed »), de l'ecstasy, des solvants (aérosol ou colle), du LSD (« acide ») et d'autres drogues de synthèse. Nous conseillons d'arrêter toutes ces drogues durant la grossesse. Si vous ne pouvez pas arrêter de prendre des drogues stimulantes (comme la cocaïne, le « crack » ou le « speed »), demandez de l'aide aussi rapidement que possible car un usage important de ces produits pendant la grossesse peut mener à de nombreuses complications. Arrêter de fumer du tabac à n'importe quel moment de la grossesse est toujours profitable pour le bébé. N'hésitez donc pas à demander de l'aide ou des conseils dès que vous vous sentez capable d'arrêter.

→ Certaines femmes qui sont dépendantes aux opiacés ou aux benzodiazépines considèrent qu'elles peuvent arrêter leur usage de drogues d'un seul coup.

Si vous pensez agir de cette manière, il faut en parler à votre médecin ou à votre éducateur spécialisé. N'arrêtez pas soudainement de prendre des opioïdes (comme l'héroïne, la méthadone*, la dihydrocodéine ou la buprénorphine) ou des benzodiazépines* (comme le Valium®) car cela pourrait s'avérer risqué pour vous et votre bébé. Si vous voulez tout arrêter, il est mieux de le faire sous contrôle médical. Ainsi votre bébé à naître pourra être surveillé et vous pourrez bénéficier de soins. Si vous êtes dépendante à la fois aux opiacés et aux benzodiazépines, nous vous aiderons en général d'abord à arrêter les benzodiazépines, dans la mesure où ces produits peuvent causer plus de problèmes au bébé que les opiacés.

→ Alcool…

Une consommation excessive d'alcool durant la grossesse (ce qui inclut le « Binge drinking* », l'alcoolisation massive) peut être très dangereuse pour votre bébé. Si vous buvez plus de deux boissons standards (ou 3 unités) chaque jour et que vous ne pouvez pas arrêter ou réduire votre consommation, alors parlez-en à votre sage-femme ou votre médecin, qui peut vous orienter vers un spécialiste en addictologie. Si vous buvez excessivement (plus de 5 boissons standards par jour – ou 7,5 unités) vous devriez demandez de l'aide immédiatement. Les femmes enceintes qui sont dépendantes à l'alcool sont prises en charge très rapidement et se voient proposer un traitement pour les aider à arrêter de boire. Parlez de votre consommation d'alcool de manière détaillée à votre sage-femme, à votre médecin traitant ou à un professionnel de santé.

Effets de l'alcool et des drogues après la naissance du bébé

Si vous êtes dépendantes à certaines drogues, votre bébé en naîtra dépendant également et pourra développer ce que l'on nomme « syndrome de sevrage néonatal ». Il s'agit d'un état où le bébé présente des signes et des symptômes de sevrage (généralement dans les 3 jours après la naissance). Cela peut survenir avec l'alcool, les benzodiazépines* (comme le Valium®) et les opioïdes (comme la méthadone*, la dihydrocodéine, la buprénorphine et l'héroïne). À la naissance, le bébé ne reçoit plus de drogues et peut passer par une période de sevrage. Le sevrage des bébés dure en général de quelques jours à quelques semaines, mais cela peut aussi durer plusieurs mois.

Il est difficile de prédire comment un bébé va réagir. Cela dépend des produits que vous avez consommés, de la quantité et de la durée. Cela dépend également de la manière dont votre corps réagit aux produits que vous prenez (votre métabolisme durant la grossesse), de la durée de votre grossesse et de la capacité du bébé à évacuer les produits de son système.

Il est important de se souvenir qu'il n'existe aucun lien établi entre la quantité de produits que vous prenez et le fait que le bébé soit affecté à la naissance. Cela signifie que même si vous réduisez vos prises de drogues avant la naissance, votre bébé pourra développer des symptômes de sevrage. De la même

manière, certains bébés de mères qui prennent de hautes doses de produits comme la méthadone* ne développent pas toujours des symptômes sévères. C'est pourquoi nous voulons y préparer tous les parents avant la naissance.

Soins anténatals (avant la naissance)

Lorsque vous êtes enceinte, il est très important que vous soyez suivie régulièrement et que vous assistiez à tous les rendez-vous, échographies et autres tests. Les femmes (et leurs bébés) qui suivent des tests anténatals réguliers sont plus à même de suivre les recommandations en ce qui concerne les drogues qu'elles consomment.

Les sages-femmes et les obstétriciens (médecins de la maternité) sont là pour aider et essaieront de répondre à toutes vos questions. Lorsque vous voyez une sage-femme, parlez-lui de votre consommation de tabac, d'alcool et de drogues, de manière à ce qu'elle puisse vous orienter vers les spécialistes dont vous, votre bébé et votre famille, avez besoin.

Si vous êtes suivie par un addictologue, dîtes lui que vous êtes enceinte, de manière à ce qu'il puisse vous aider à gérer votre consommation pendant la grossesse. Vous aurez peut-être aussi besoin des services d'un travailleur social ou d'un spécialiste en droits sociaux pour vous aider dans vos démarches sociales et administratives (comme l'habitat, les dettes, les problèmes légaux, les questions d'emploi, etc.). Vous aurez peut-être également besoin des services de l'aide à l'enfance pour vous aider à prendre soin de votre enfant, particulièrement si vous avez déjà d'autres enfants à charge, ou si c'est votre premier enfant mais que vous ne bénéficiez pas d'aide de votre famille ou de vos amis.

Normalement, la sage-femme organise une réunion de synthèse avec l'ensemble des professionnels au 6e ou 7e mois de grossesse pour partager votre situation et pour planifier l'arrivée du bébé. Vous et votre partenaire serez invités à y participer. Idéalement, cette réunion devrait clarifier les rôles, les tâches et les connaissances de chacun, notamment concernant le type de soutien dont vous et votre famille avez besoin, les objectifs et les résultats que vous vous fixez, et les services qui peuvent vous être proposés. Un « référent » ou un « professionnel en charge » travaillera avec vous pour faire en sorte que tout se passe comme prévu.

Il peut parfois y avoir des inquiétudes sur la capacité d'un parent, ou des deux parents, à s'occuper d'un nouveau-né, ou sur les risques possibles pour le bien-être et la sécurité de l'enfant à naître. Dans ces circonstances, les services sociaux prennent l'initiative de planifier des soins pour la famille et peuvent organiser un rendez-vous avec les services de la protection de l'enfant. Ils peuvent prendre la décision d'établir un plan de protection de l'enfant **avant** sa naissance. Quoi qu'il en soit, vous serez clairement informée sur le type de soutien mis en place pour vous et votre famille bien avant la naissance.

VIH, hépatite B et hépatite C

Votre sage-femme vous proposera des tests de dépistage pour l'hépatite B et le VIH* lors de vos rendez-vous anténatals. Ces infections peuvent passer de la mère au bébé. Des traitements peuvent maintenant réduire considérablement les risques de contamination de votre bébé. Il est donc important de se faire dépister. Si vous vous injectez des drogues, ou si vous avez eu des relations sexuelles non-protégées (sans préservatif) avec quelqu'un qui s'injecte des drogues, vous avez pu être en contact avec le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C. Dans ce cas, votre sage-femme ou votre médecin traitant vous proposera normalement un test de dépistage de l'hépatite C. Nous vous recommandons également de vous faire vacciner contre l'hépatite B. Si vous (ou votre partenaire) vous injectez des drogues, nous vous recommandons que toute votre famille se fasse vacciner. Malheureusement, il n'existe pas de vaccin contre le VIH et l'hépatite C.

Travail et accouchement

La plupart des femmes consommatrices d'alcool ou de drogues présentent un travail et un accouchement normaux. L'obstétricien (médecin de la maternité) et le pédiatre (médecin de l'enfance) seront présents en cas de complications. Certaines femmes sont inquiètes de savoir si elles recevront suffisamment d'antalgiques... Vous ne devez pas vous inquiéter. Il faut continuer à prendre régulièrement vos médicaments à l'hôpital. Vous bénéficierez d'un traitement antalgique si besoin. Il est important que le personnel de l'hôpital ait connaissance des produits que vous prenez (même les drogues de rue) car cela aura une influence sur le choix des antalgiques à vous prescrire (par exemple certains antalgiques ne sont pas compatibles avec la méthadone*, l'héroïne et la dihydrocodéine).

Vous devez donner au personnel de la maternité les noms, les adresses et les numéros de téléphone de votre pharmacien et de votre médecin traitant. Cela fait partie du protocole hospitalier de vérifier les prescriptions avant de donner des produits (comme la méthadone) dans l'enceinte de la maternité. Vous devriez amener tous vos médicaments à l'hôpital et les confier au personnel. De cette manière, vous éviterez les problèmes ou les délais d'acheminement de vos médicaments dont vous avez besoin à l'hôpital.

Soins postnataux (après la naissance)

Les mères qui ont des problèmes de drogues ou d'alcool sont gardées à l'hôpital au moins 3 jours (72 heures) après la naissance de leur bébé ; cela de manière à vérifier l'état de santé du bébé. Vous aurez à surveiller attentivement votre bébé lorsque vous serez dans le service postnatal. Vous aurez la possibilité de vivre le lien mère-enfant et vous bénéficierez de conseils sur la parentalité et l'allaitement. Dans les jours suivant la naissance, les changements dans votre corps peuvent signifier que les substances prescrites vous affectent plus que d'habitude. Il faut être vigilant car vous pourriez vous retrouvez trop assoupie (et vous sentir « défoncée ») et pourriez accidentellement laisser tomber votre bébé ou ne pas l'entendre pleurer.

Avant que vous et votre bébé ne quittiez l'hôpital, le personnel voudra revoir le plan de soin de votre famille et y apporter des modifications si nécessaires. Cela dépendra de l'état de développement de votre bébé et de la façon dont vous et votre partenaire faîtes face à la situation. Les bébés ne quittent pas l'hôpital tant que tous les professionnels ne sont pas rassurés quant à sa bonne prise en charge par la suite.

Après votre départ du service postnatal, la sage-femme vous rendra visite à domicile. Lorsque votre bébé aura atteint 11 jours, votre *health visitor** vous rendra visite. Il saura vous informer précisément sur la parentalité et sur tous les aspects concernant votre santé et celle de votre bébé. Vous pourrez évaluer la croissance et le développement de votre bébé et rencontrer d'autres parents dans un des centres de PMI de votre quartier. Vous pourrez trouver des groupes de soutien à l'allaitement, des associations de massage pour bébés et des associations de soutien à la parentalité dans la plupart des quartiers. Il est important que vous et votre famille preniez connaissance des services disponibles.

Le temps qui suit la naissance peut être difficile pour les mères et les pères. La fatigue, le manque de sommeil, le « baby blues » et d'autres formes de stress (par exemple : si le bébé présente toujours des symptômes de sevrage) peut rendre plus difficile la prise en charge de votre enfant. C'est tout à fait normal et votre sage-femme, votre médecin, ou votre addictologue sont là pour vous offrir un soutien.

Allaitement

Allaiter est excellent pour la santé et le développement à long terme de l'enfant. Cela favorise le lien mère-enfant et calme les bébés qui présentent des syndromes de sevrage. Vous recevrez beaucoup d'encouragement à nourrir votre enfant au sein. La seule exception sera si vous êtes positive au VIH* car l'infection peut se transmettre aux bébés par l'allaitement.

Dans la plupart des cas, les bénéfices de l'allaitement sont tels qu'il n'est jamais remis en question comparativement aux problèmes relatifs à un usage continu de drogues. Cependant, la sage-femme et l'obstétricien discuteront avec vous des risques de l'allaitement si vous vous injectez des drogues, si vous consommez des drogues de rue, si vous vous alcoolisez de façon importante ou si vous prenez n'importe quelle autre substance qui pourrait poser un problème d'allaitement. Il n'y a aucune preuve que l'hépatite C se transmette au bébé par l'allaitement, donc même si vous êtes positive à l'hépatite C nous continuerons de vous encourager à allaiter.

Si vous avez une prescription de méthadone*, il est important de savoir qu'une très faible quantité passe au bébé par le lait maternel, même si vous prenez des doses importantes. Si vous avez réussi à nourrir votre enfant au sein, tout en continuant à prendre de la méthadone, votre *health visitor** pourra ensuite vous aider à faire passer le bébé à l'alimentation solide quand le temps sera venu.

Si vous fumez du tabac, buvez de l'alcool ou prenez des drogues, il y a une chose à se souvenir concernant l'allaitement – **ne partagez JAMAIS le lit avec votre bébé – et ne nourrissez JAMAIS votre bébé allongée dans un lit, un canapé, sur le sol ou dans une chaise longue, car vous pourriez vous endormir et étouffer ou blesser votre enfant.** Nous conseillons aux parents de toujours laisser leur bébé dormir tranquillement sur le dos dans un berceau. La sage-femme ou le *health visitor** vous expliquera les risques associés au partage de lit, ce qu'est la mort subite du nourrisson et comment en réduire les risques.

Aide professionnelle

En plus de votre médecin traitant, de nombreux professionnels de santé s'impliqueront dans les soins qui vous sont proposés, à vous ainsi qu'à votre bébé. Les sages-femmes sont spécialement formées pour la grossesse et l'accouchement. Les obstétriciens sont les médecins spécialistes des femmes enceintes et de l'accouchement. Les néonatalogistes sont les médecins spécialistes des soins pour nouveau-nés. Les pédiatres sont les médecins qui apportent des soins aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents. Les *health visitors** sont spécialement formés sur la santé des enfants et de la famille. Tous peuvent également impliquer les pères.

Les services spécialisés en addictologie peuvent proposer de l'aide durant votre grossesse ou après que votre bébé soit né. Demandez à votre médecin traitant ou à votre sage-femme comment les contacter. Les services spécialisés donnent la priorité aux femmes enceintes, ils vous recevront très rapidement. Les personnels des services spécialisés en addictologie savent également à quel point il est important d'aider les futurs pères ayant des problèmes de drogues/alcool et leur apporteront un service similaire. Si votre partenaire a des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues, vous pouvez lui conseiller de parler avec son propre médecin traitant ou avec votre sage-femme, qui pourront l'orienter correctement.

Obtenir de l'aide

Il est essentiel que vous receviez toute l'aide et l'assistance dont vous avez besoin durant votre grossesse et après. Montrez ce fascicule à votre partenaire et à toutes les personnes (famille et amis) qui vous aideront à prendre soin de votre enfant. Il existe de nombreux mythes au sujet de l'usage de drogues durant la grossesse et de nombreux préjugés sur les mères qui consomment de l'alcool ou des drogues. Il est donc important que vous en parliez et que vous vous engagiez positivement dans cette nouvelle situation.

Certains parents sont inquiets à l'idée que la garde de leur bébé leur soit retirée uniquement en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues. L'usage de drogues ou d'alcool n'est pas une raison suffisante pour faire un signalement aux services sociaux ou pour décider que vous ne pouvez pas prendre correctement soin de votre bébé. Cependant, si le bien-être ou la sécurité de votre bébé sont

considérés comme préoccupants, ou si les services sociaux peuvent vous apporter une aide supplémentaire, alors ils auront peut-être besoin d'établir une évaluation de la situation et de s'impliquer. La même politique est appliquée à tous, que la consommation d'alcool ou de drogues soit un enjeu ou pas.

Nous disposons au Royaume-Uni de bons systèmes sociaux et de santé qui travaillent bien avec les personnes consommatrices d'alcool ou de drogues. Tout le monde est concerné par votre bien-être, celui de votre bébé et de votre famille, et nous voulons faire de votre expérience de la grossesse et de la naissance une expérience positive.

Sentez-vous libre de parler à un professionnel de santé des informations contenues dans ce fascicule, particulièrement s'il y a des éléments que vous ne comprenez pas et dont vous aimeriez parler.

Numéros de téléphone utiles

- Ma maternité : .....
- Ma sage-femme : .....
- Mon obstétricien : .....
- Mon pharmacien : .....
- Mon *health visitor** : .....
- Mon éducateur toxicomanie/alcoologue : .....
- Mon interlocuteur social : .....
- Autre professionnel impliqué dans mes soins : .....

Annexe 5/

Questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool

T-ACE

T =	Tolérance Combien de verre(s) vous faut-il pour ressentir les effets de l'alcool ?
A =	Agacement Est-il arrivé que des proches, des professionnels de la santé s'inquiètent de votre consommation d'alcool ?
C =	Cessation Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation d'alcool ?
E =	Eveil Avez-vous déjà eu besoin de consommer de l'alcool le matin pour être en forme ?

T = 2 points s'il faut plus de 2 consommations ;
1 point s'il en faut 1 ou 2.

A, C et E = 1 point si la réponse est oui.

→ À risque à partir de 2 points (1 point pour certains auteurs).
→ Risques élevés au dessus de 2 points.

Questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool

TWEAK

1 •• Combien de verres devez-vous consommer pour ressentir les premiers effets de l'alcool ?

2 •• Combien de verres devez-vous consommer pour vous endormir ou tomber ivre ? Ou si vous ne buvez pas jusqu'à tomber ivre, quel est le nombre de verres le plus élevé que vous pouvez boire ?

3 •• Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool dans l'année passée ?

4 •• Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

5 •• Vous est il déjà arrivé de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

6 •• Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

→ Les questions 1 et 2 interrogent sur la tolérance.
→ Les questions 3, 4 et 6 sont tirées du DETA.
→ La question 5 interroge sur les épisodes d'amnésie du lendemain *(black out)*.

Madame, Monsieur,
Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool. Merci de le remplir en cochant une réponse par ligne. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

Pour votre information, nous vous rappelons que tous les verres ci-dessous contiennent la même quantité d'alcool pur et sont définis comme "un verre standard" dans ce questionnaire. Mais attention : une canette de 50 cl d'une bière forte (8°6 ou 10°) contient l'équivalent de 4 verre s standard et une bouteille de vin contient 8 verres standard.

Un verre standard représente une de ces boissons :

1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

jamais ☐ | 1 fois par mois ou moins ☐ | 2 à 4 fois par mois ☐ | 2 à 3 fois par semaine ☐ | 4 fois ou plus par semaine ☐

2/ Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

un ou deux ☐ | trois ou quatre ☐ | cinq ou six ☐ | sept à neuf ☐ | dix ou plus ☐

3/ Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

jamais ☐ | moins d'une fois par mois ☐ | une fois par mois ☐ | une fois par semaine ☐ | chaque jour ou presque ☐

4/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais ☐ | moins d'une fois par mois ☐ | une fois par mois ☐ | une fois par semaine ☐ | chaque jour ou presque ☐

5/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous?

jamais ☐ | moins d'une fois par mois ☐ | une fois par mois ☐ | une fois par semaine ☐ | chaque jour ou presque ☐

6/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais ☐ | moins d'une fois par mois ☐ | une fois par mois ☐ | une fois par semaine ☐ | chaque jour ou presque ☐

7/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

jamais ☐ | moins d'une fois par mois ☐ | une fois par mois ☐ | une fois par semaine ☐ | chaque jour ou presque ☐

8/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais ☐ | moins d'une fois par mois ☐ | une fois par mois ☐ | une fois par semaine ☐ | chaque jour ou presque ☐

9/ Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non ☐ | oui mais pas dans les douze derniers mois ☐ | oui au cours des 12 derniers mois ☐

10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

non ☐ | oui mais pas dans les douze derniers mois ☐ | oui au cours des 12 derniers mois ☐

DATE : __/__/__ **SCORE* :** ☐

* Si votre score atteint ou dépasse 6, pour une femme, ou 7, pour un homme, nous vous recommandons de consulter votre médecin pour discuter du risque éventuel que votre consommation d'alcool peut représenter pour vous. Vous pouvez, pour en savoir plus, consulter le livret de l'INPES "Pour faire le point sur votre consommation d'alcool". Les informations que nous vous donnons ne tiennent pas compte de toutes les situations particulières (âge, maladie, traitement, grossesse, poste de travail, par exemple). C'est pourquoi une discussion avec votre médecin généraliste, votre médecin du travail ou tout autre professionnel de santé peut vous permettre d'estimer votre niveau de risque de façon plus adaptée à votre situation personnelle.

\Annexe 6

Journal
Consommation d'alcool et de drogues

Jour	Heure	Type de drogue/ boisson consommée	Quantité consommée	Où ? Pourquoi ? Effets ?

Nom : ..... Date : .....

Annexe 7/

Guide de bonne pratique sur l'usage de l'analyse toxicologique dans le contexte de la protection de l'enfance

Information pour les professionnels des services sociaux et de santé

Introduction

Les services de protection de l'enfance demandent régulièrement aux services de santé de fournir des examens et des rapports toxicologiques concernant les mères et les pères (ainsi que les futurs parents) qui suscitent des inquiétudes quant à leurs capacités parentales, où relevant de la protection de l'enfance. Il faut faire attention à l'usage inapproprié, à l'interprétation faussée, aux manières de rendre compte ou à la gestion inadéquate de telles analyses.

Ce fascicule a pour objectif de fournir des informations et des conseils utiles pour les praticiens dans la santé ou le social qui se retrouvent confrontés à des parents consommateurs de substances psychoactives, et plus particulièrement concernant les points suivants :

- l'usage clinique de l'analyse toxicologique selon les objectifs des traitements anti-addiction
- ce que les analyses toxicologiques indiquent et comment elles devraient être interprétées
- ce que les analyses toxicologiques n'indiquent PAS
- les limites de l'analyse toxicologique
- les rapports et la gestion de l'interprétation des résultats d'analyses toxicologiques par les professionnels
- le rôle potentiel de l'analyse toxicologique, si pratiquée, dans les contextes de soin aux enfants ou de protection de l'enfance.

Attention : ce guide ne se réfère pas aux analyses toxicologiques des nourrissons et des enfants pour des objectifs de diagnostic ou médico-légaux.

L'usage clinique de l'analyse toxicologique selon les objectifs des traitements anti-addiction

Les drogues ou médicaments illicites, prescrits ou en vente libre peuvent être détectés dans certains échantillons biologiques (comme l'urine, la salive, le sang et les cheveux) en utilisant différentes méthodes d'analyse. De nombreuses substances licites ou illicites peuvent être mal utilisées, mais elles ne peuvent pas toutes être détectées par des dépistages de routine. Les analyses toxicologiques ciblent généralement les produits en usage commun ou des classes de produits. Les procédures d'analyses toxicologiques dépendent des conditions requises et des ressources des services d'analyse locaux.

L'analyse toxicologique est en général menée à partir d'urine ou de prélèvement salivaire. L'analyse de sang ou des cheveux n'est en général pas effectuée par les services NHS, bien qu'elle puisse l'être pour des objectifs médicaux-légaux.

Le *Department of Health* (2007) fournit des règles cliniques sur l'usage de l'analyse toxicologique dans l'objectif de traitement de l'addiction aux drogues.

L'analyse toxicologique est un outil clinique qui peut aider à la prise de décision en ce qui concerne le traitement de l'addiction aux drogues. Par exemple :

- Comme faisant partie du processus d'évaluation, pour confirmer que le patient prend des drogues
- Pour éclairer les décisions concernant le traitement, comme la prescription de substituts
- Pour permettre d'établir l'efficacité d'un traitement sur une période donnée
- Pour permettre d'établir la conformité avec un traitement sur une période donnée
- Comme élément du processus de révision, pour pouvoir confirmer que le patient prend le médicament prescrit
- Pour aider à surveiller la consommation de drogues illicites, ce qui inclut un objectif de traitement spécifique au produit (par exemple, comme élément d'une intervention psychosociale ou un programme de sevrage)
- Pour soutenir un dialogue honnête entre le clinicien et un patient concernant les progrès dans le traitement.

Les analyses toxicologiques peuvent également être utilisées pour des objectifs et exigences d'assurance de qualité.

Les décisions concernant un traitement de l'addiction aux drogues ne sont jamais prises uniquement sur la base d'une analyse toxicologique. Les résultats d'analyse toxicologique sont utilisés comme guide clinique et pour d'éventuelles mesures de traitement et ne sont pas utilisés de manière punitive. Les mesures coercitives pour obtenir des analyses toxicologiques et les réponses punitives faisant suite à des résultats d'une analyse toxicologique positifs pourraient dissuader les patients de se présenter aux rendez-vous de prise en charge sociale ou de santé, ce qui donnerait de plus faibles résultats. De la même manière, il est important de s'assurer que les besoins des patients, dont les résultats ne montrent pas de problèmes apparents, ne sont pas négligés.

L'analyse toxicologique est toujours réalisée après que le patient en ait pris connaissance et ait donné son consentement. Les directives du Department of Health (2007) indiquent que des analyses toxicologiques intermittentes et aléatoires constituent l'option la plus pratique et efficace pour fournir une information fiable concernant l'usage récent de drogue d'un individu. L'analyse toxicologique, pratiquée pour confirmer un usage illicite de drogue lorsque le patient l'a admis et est déjà en traitement, n'est, en général, PAS efficace.

Attention : Le raisonnement conduisant à l'analyse et l'usage fait des résultats sont importants et doivent être menés par ceux qui sont responsables de la prise en charge du patient pour être efficaces.

Ce que les résultats d'analyse toxicologique indiquent et comment ils devraient être interprétés

L'analyse toxicologique peut détecter la présence ou l'absence de certains types de drogues et leurs métabolites. Les résultats d'analyse d'urine et de prélèvements salivaires donnent simplement une réponse "positive" ou "négative" pour chaque type de drogue, ou "non déterminée" pour une raison spécifique.

Les produits ou classes de produits suivants sont généralement inclus dans les analyses toxicologiques :

- méthadone*
- cocaïne
- benzodiazépines*.
- autres opiacés
- amphétamines

Le cannabis n'est habituellement pas inclus et les analyses toxicologiques ne détectent pas l'alcool.

Attention : les directives du *Department of Health* (2007) insistent sur le fait que les résultats d'analyses toxicologiques devraient toujours être interprétés dans le contexte dans lequel elles ont été réalisées et à la lumière d'autres informations cliniques. Cela peut inclure la prescription en cours (s'il y en a), les informations données par le patient concernant son usage de drogues non-prescrites, l'étape dans le traitement, et les circonstances sociales et personnelles du patient.

Ce que les résultats d'analyses toxicologiques n'indiquent PAS (1)

- Les analyses ne mesurent pas les quantités de drogues prises
- Les analyses ne mesurent pas la fréquence d'usage (par exemple, sporadique ou continue)
- Les analyses ne mesurent pas les niveaux de tolérance
- Les analyses ne confirment ou ne mesurent pas la dépendance* ou la sévérité de la dépendance* au produit
- Les analyses ne peuvent identifier le moment exact où le produit a été consommé (seulement une "période fenêtre" – qui varie suivant le type de produit, la dose, le mode de consommation, la voie d'administration, et l'échantillon test)
- Encore plus important, les analyses n'indiquent pas si les produits ont eu un quelconque effet sur l'état mental ou le comportement de la personne.

(1) Résultats relatifs aux analyses toxicologiques d'urine ou de prélèvements salivaires.

Les analyses toxicologiques ne permettent pas de faire la distinction entre un usage de drogue et un *usage problématique de drogue* (2). Des résultats positifs à des drogues illicites n'établissent pas que l'usage des drogues ait eu des conséquences négatives pour l'individu ou ceux qui l'entourent. Un résultat positif n'indique pas nécessairement qu'un traitement est nécessaire ou requis.

De la même manière, des résultats d'analyse négatifs à des drogues illicites n'indiquent pas nécessairement qu'un individu :

- consomme les médicaments prescrits comme indiqués ;
- n'est pas affecté dangereusement par un comportement de consommation de drogues ;
- n'est pas usager de drogues illicites ou d'alcool de manière intermittente ou peut-être permanente.

(2) Un usage problématique de drogues signifie que l'usage de drogues à des conséquences négatives sérieuses sur le physique, la psychologie, les relations sociales et interpersonnelles, sur les finances et le statut judiciaire des usagers ou de ceux qui l'entourent. Un tel usage de drogues est en général lourd, avec des symptômes de dépendance, et implique en général l'usage d'un ou plusieurs de ces produits : héroïne, autres opiacés, benzodiazépines*, cocaïne, amphétamines (ACMD 2003).*

Les limites de l'analyse toxicologique

Il y a un certain nombre de limites aux procédures d'analyse toxicologique qui doivent être prises en compte.

Les fenêtres de détection et la sensibilité des différentes analyses peuvent donner des résultats "faux positifs" et "faux négatifs".

Certains médicaments en vente libre peuvent donner des résultats positifs. Par exemple, les médicaments en vente libre qui contiennent de la codéine ou de la dihydrocodéine peuvent donner des résultats positifs aux opiacés. Des analyses pour différencier quel opiacé a été pris sont parfois requises.

Les échantillons peuvent être sujets à des problèmes de frelatage, de substitution, de non-conformité ou des problèmes de prélèvement, produisant des résultats faussés (*Department of Health* 2007). Par exemple, l'ingestion de drogues obtenues illicitement (par exemple la méthadone* de prescription, la dihydrocodéine ou le diazépam) pourrait masquer celles prises licitement.

Il est conseillé que des analyses de confirmation soient requises quand le résultat est inattendu ou contesté, ou si un doute substantiel pèse sur le résultat. Les analyses de confirmation sont essentielles pour les objectifs médicaux-légaux, comme les analyses qui pourraient impliquer des décisions de justice, et les résultats d'analyses qui pourraient avoir des conséquences sérieuses pour les patients et leurs familles – par exemple, dans la surveillance de l'usage de drogues ou la protection de l'enfance.

Rapporter et gérer les résultats d'analyse toxicologique par les professionnels

Les directives du *Department of Health* (2007) établissent qu'il devrait être de pratique courante d'établir des documents écrits pour l'analyse toxicologique, y compris pour la discussion et la gestion des résultats rapportés.

L'analyse toxicologique devrait être conduite quand elle est cliniquement indiquée et quand elle est considérée comme appropriée par le clinicien responsable du plan de gestion clinique de l'usage de substances psychoactives du patient, en accord avec les contraintes et les standards du service en charge des soins.

Les discussions sur les résultats d'analyses et les réponses aux résultats positifs ou négatifs aux analyses doivent être adaptés individuellement et en cohérence avec le plan clinique de gestion de l'usage. Il est conseillé aux praticiens responsables de la prise en charge du patient que les résultats d'analyse soient uniquement fournis à des services non-cliniques, de façon à prendre en compte de manière compréhensive l'histoire de l'usage de drogues du patient, le comportement rapporté dans la prise de drogues, les progrès dans le traitement et le plan de traitement de l'addiction.

Les motivations pour l'analyse et l'usage fait des résultats d'analyse doivent être clairement expliqués. Les professionnels impliqués dans les soins apportés à la famille doivent s'assurer que ces informations soient bien documentées.

Le rôle potentiel de l'analyse toxicologique, si pratiquée, dans le contexte de la prise en charge de l'enfant ou dans les pratiques de protection de l'enfance

Les résultats d'analyse toxicologique ne fournissent pas en eux-mêmes des "preuves" d'une capacité parentale adéquate ou inadéquate pour la prise en charge de l'enfant. La valeur de l'analyse toxicologique pour déterminer les effets d'un usage parental de drogues sur les capacités parentales est dès lors très limitée, particulièrement en cas d'absence de formes plus solides de procédures et de processus d'évaluation de la capacité parentale à prendre soin de l'enfant. Sortis de leur contexte, les résultats toxicologiques fournissent un indicateur de progrès relativement brut et potentiellement trompeur des progrès et ne devraient pas, par eux-mêmes, être utilisés pour justifier les évaluations et les prises de décisions concernant la capacité parentale à prendre soin de l'enfant. Au contraire, il est conseillé aux praticiens de se référer aux directives et procédures établies pour ce qui concerne la protection de l'enfance.

Tandis que les directives du *Department of Health* (2007:16) réfèrent à la possibilité d'utiliser les résultats d'analyses toxicologiques dans le contexte de la protection de l'enfance, il n'existe aucun accord sur des protocoles, des règles, des standards ou des cadres de compétence pour guider de telles

pratiques. Cela représente un défi en matière de gouvernance, de même qu'en matière de responsabilité professionnelle et organisationnelle. Dans ce contexte, les praticiens individuels devraient se sentir autorisés à expliquer, démontrer et défendre leurs pratiques lorsque cela s'avère nécessaire.

Attention : Les directives du *Department of Health* (2007) rappellent que tout membre du personnel qui réalise, interprète ou gère des analyses toxicologiques devrait être suffisamment formé et compétent pour le faire.

\Annexe 8

Tableau d'évaluation du Syndrome de sevrage néonatal

Tableau d'évaluation du Syndrome de sevrage néonatal

Unité n° : ....

Nom : ....

Date de naissance : ....

Poids à la naissance : ....

Âge gestationnel : ....

- Remplissez le tableau avec le score correspondant à chaque période de 4 heures.
- Remplissez le tableau avec le score correspondant pour chaque symptôme et faites ensuite l'addition pour obtenir le score total.
- S'il n'y a aucun symptôme entrez le score = 0
- Inscrire la date au début de chaque nouveau jour et l'heure au début de chaque période de 4 heures

23/06
14 h

SCORES

- Symptômes légers = 0-5 • Symptômes modérés = 6-13 • Symptômes sévères = 14-21

Information pour les parents...

Si le bébé présente des convulsions, appelez les urgences au 112.

Si le bébé présente des symptômes modérés à sévères, demandez un avis médical.

	Date		
	Heure		
SYMPTÔME	**SCORE**		
Allaitement	Incapable d'allaiter du tout	4	gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointes-
	Demande de tétées chaque heure	2	
	tète très lentement (plus de 30 mn)	2	
Poids... depuis le jour 7	Perte	4	tinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointestinal • gastrointesti
	Identique	2	
	Gain	0	
	Moins de 7 jours	0	
Condition des fesses	Chair à vif ou abîmée	3	
	Très rouges	2	
	Moyennement rouges	1	
Repos/sommeil après les tétées	Moins d'une heure	5	
	1-2 heures	3	
	2-3 heures	1	
Pleurs/irritabilité	Tout le temps	5	irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité • irritabilité •
	La plupart du temps	4	
	Seulement de temps en temps	1	
	SCORE TOTAL		
	Traitement drogue		traitement • traitement • traitement • traitement • traitement •
	Début ou changement de dose		traitement • traitement • traitement • traitement • traitement • tr

Commentaires

Annexe 9/

Prendre soin d'un bébé présentant des symptômes de sevrage

Information pour les parents

Ce fascicule fournit de l'information et des conseils qui vous aideront à vous préparer pour l'arrivée de votre bébé. Nous espérons qu'après la lecture de celui-ci vous :

- vous sentirez mieux informés sur le sevrage du bébé
- comprendrez ce dont votre bébé pourrait avoir besoin
- vous sentirez en confiance pour prendre en charge votre bébé.

Les drogues et le nouveau-né

La plupart des drogues (ce qui inclut le tabac et l'alcool) que vous prenez lorsque vous êtes enceinte passe au travers du placenta, puis est absorbée par votre bébé.

Si une mère est dépendante ou « addict » à certaines drogues, le bébé aura été exposé à ces drogues durant la grossesse et pourrait développer des symptômes de sevrage après la naissance. Le nom médical pour les symptômes de sevrage du bébé est le « **syndrome de nevrage néonatal** ».

Malheureusement il est impossible de dire exactement si le bébé réagira, étant donné qu'il existe de nombreux facteurs qui affectent les symptômes de sevrage chez les bébés. C'est pourquoi nous tenons à préparer tous les parents, « au cas où ». Ce que nous pouvons dire est que le sevrage de drogue chez les bébés est assez connu maintenant, vous n'êtes donc pas seule.

Les symptômes de sevrage du bébé se constatent assez souvent avec :

- les drogues opioïdes (comme la méthadone*, l'héroïne, la dihydrocodéine, la buprénorphine),
- les benzodiazépines* (comme le diazépam ou le témazépam),
- la consommation massive d'alcool.

Si votre bébé développe des symptômes de sevrage, ils sont en général facilement maîtrisés et le bébé se remettra rapidement. La plupart des nourrissons affectés par des symptômes de sevrage parviennent à une croissance et un développement normaux à l'âge d'environ 6 mois et ne souffrent plus par la suite si l'on prend soin d'eux correctement.

Les sages-femmes, les autres professionnels de la maternité et les médecins traitants ont de l'expérience dans la prise en charge des bébés et peuvent fournir de bons conseils et de l'aide aux parents.

Comment les bébés sont affectés

Les symptômes de sevrage du bébé sont similaires à ceux que ressentent les adultes lorsqu'ils arrêtent soudainement de boire ou de consommer des drogues. Cependant, il existe des différences importantes entre les manières dont les adultes et les bébés sont affectés.

Les symptômes de sevrage varient beaucoup suivant les bébés. Vous pourriez constater certains ou tous les symptômes suivants :

- pleurs aigus
- pleurs excessifs (qui durent longtemps)
- irritabilité (facilement dérangé ou contrarié)
- difficultés de sommeil (le bébé ne peut pas se stabiliser ou dormir après une tétée)
- difficultés d'allaitement (le bébé est souvent enclin à téter mais ne peut pas prendre ou avaler correctement)
- vomissement (incapable de digérer le lait)
- diarrhées (selles molles ou liquides fréquentes)
- des fesses rouges et endolories (du fait de couches sales fréquentes)
- faible gain ou perte de poids
- agitation (incapable de rester allongé calmement quelle que soit la durée)
- tremblements et nervosité
- irritations de la peau (plaies dues aux mouvements trop répétés)
- nez bouché et éternuements
- respiration rapide
- fièvre (haute température).

Occasionnellement le bébé montre des convulsions, mais cet état est très rare.

La plupart des bébés qui ont été exposés aux drogues avant leur naissance développeront des symptômes après la naissance. Certains bébés ne développent que des symptômes légers et ne nécessitent que les soins habituels apportés aux nouveau-nés. D'autres bébés peuvent présenter des symptômes sévères tels que l'incapacité à téter ou à dormir correctement, ou alors de perdre du poids au lieu d'en gagner. Ces bébés ont généralement besoin de soins spéciaux à domicile ou à l'hôpital (en unité de néonatalogie) et peuvent éventuellement nécessiter des *calmants* pour les aider à se remettre. Certains bébés peuvent être irritables pendant des semaines ou des mois, mais les symptômes s'améliorent avec le temps.

Il est important de se souvenir que les bébés présentant des symptômes de sevrage peuvent présenter des difficultés à répondre normalement à ceux qui prennent soin d'eux. Cela est dû à la façon dont les symptômes de sevrage affectent l'équilibre du bébé. Certaines formes de contact parent-enfant (parentalité) et de mesures de soutien au confort ont montré leur efficacité dans l'aide aux bébés qui présentent des symptômes de sevrage. Si votre bébé développe des symptômes de sevrage, vous recevrez plus de conseils sur ces questions. Nous vous suggérons de suivre ces conseils pour que vous puissiez prendre soin de votre bébé en toute confiance.

Évaluer si le bébé présente des symptômes de sevrage

Les symptômes de sevrage du bébé peuvent commencer quelques heures après la naissance, ou au maximum 10 jours après, mais la plupart des bébés qui développent des symptômes de sevrage montrent des signes après 24 à 72 heures. Il est donc en général demandé aux mères qui sont dépendantes aux drogues ou à l'alcool de rester à l'hôpital (dans le service postnatal) avec leur bébé pour au moins 3 jours (72 heures).

Le service postnatal attend des mères qu'elles prennent soin de leur bébé en permanence ; celles-ci sont encouragées à se lier avec leur bébé et à allaiter. La mère et le bébé ne sont pas séparés, hormis absolue nécessité – par exemple si le bébé n'est vraiment pas bien. En général un tableau d'évaluation est utilisé pour suivre la condition du bébé et l'on montre aux parents comment l'utiliser. Les symptômes de sevrage du bébé peuvent être similaires à d'autres conditions ou problèmes médicaux, il est donc im-

portant d'effectuer une bonne évaluation, ce qui implique de garder un œil attentif sur le bébé, de noter certains signes et symptômes et de décrire la sévérité de chaque symptôme sur une période donnée de temps.

La plupart des bébés peuvent rentrer à la maison après 3 jours (même s'ils développent des symptômes), où ils seront pris en charge par leurs parents, avec le soutien de la sage-femme et du médecin traitant. La plupart des bébés ont besoin d'attention et de soins spécifiques pendant une bonne période, la sage-femme et le médecin traitant voudront vérifier comment le bébé se nourrit, dort, développe son poids, et comment il répond, à vous et à son environnement.

Certains bébés peuvent présenter une aggravation de leur condition après être rentrés à la maison. Cela est dû à certaines drogues (comme les benzodiazépines* – ex : Valium®) qui mettent plus de temps à quitter le système du bébé. Nous encourageons les parents à garder un œil attentif sur leur bébé et à continuer d'utiliser le tableau d'évaluation pendant au moins une semaine après avoir quitté l'hôpital.

Bébé admis dans l'unité de néonatalogie

Si un bébé développe des symptômes de sevrage sévères, il sera alors admis en unité de néonatalogie. Dans ces services, il pourra être alimenté par une sonde et se voir prescrire des *calmants* si nécessaire. Le traitement et le soin a pour objectif de réduire la douleur et l'inconfort du bébé, et de lui permettre de se nourrir et de dormir aussi normalement que possible. Le bébé reste en général en unité de néonatalogie environ 10 jours, mais parfois plus longtemps. La plupart des admissions en unité néonatale se font alors que le bébé est encore à l'hôpital, après la naissance, mais le bébé est également admis alors qu'ils est peut-être déjà rentré à la maison. Si les problèmes du bébé s'aggravent à la maison, il est préférable de l'admettre plus tôt que trop tard. C'est pour cette raison que nous sommes disposés à offrir de l'aide supplémentaire aux parents à la maison afin de voir comment le bébé se porte.

Conseils pour prendre soin de votre bébé

Si votre bébé développe des symptômes de sevrage, nous savons d'expérience, et grâce à la recherche, qu'il existe certaines choses qui tendent à aider le bébé à se remettre.
Voici quelques suggestions.

Pleurs et irritabilité

- Faîtes en sorte que votre bébé séjourne dans une pièce calme et que l'environnement le soit également – pas de lumières ou de sons forts qui pourraient le déranger et le rendre plus irritable.
- Portez votre bébé avec précaution et le moins souvent possible – cela réduira le niveau de stimulation et gardera votre bébé plus calme.
- Utilisez une tétine, à moins que vous n'allaitiez.
- Si votre bébé reçoit beaucoup de contact peau-à-peau, il pleurera moins.
- Essayez de faire des massages très doux à votre bébé.
- Fredonnez, chantez doucement ou bercez lentement votre bébé.

Problèmes d'allaitement

- Allaitez votre bébé dans un endroit calme avec le moins de perturbation possible.
- Allaitez votre bébé à la demande – de petites tétées fréquentes sont en général meilleures.
- Donnez du temps pour le repos entre chaque tétée.
- Faîtes roter votre bébé très précautionneusement lorsqu'il arrête de téter.
- Soutenez délicatement les joues et la mâchoire inférieure de votre bébé pour l'aider dans ses efforts à téter et à avaler.

- Si votre bébé connaît beaucoup de contact peau-à-peau, il tétera mieux.
- Essayez de faire des massages délicats du ventre à votre bébé.
- Prenez note de toutes les tétées de votre bébé, de manière à ce que la sage-femme ou la *Health Visitor** puisse vérifier qu'il se nourrit suffisamment, reçoit suffisamment de calories et prend suffisamment de poids.

Problèmes de sommeil

- Laissez votre bébé dormir dans une pièce calme, avec le minimum de perturbations. Faîtes en sorte que la pièce soit sombre (pas de lumières) et essayez de ne pas trop caresser ou toucher votre bébé.
- Assurez-vous que votre bébé porte une couche propre et sèche – vérifiez s'il présente un érythème fessier (irritation cutanée due au contact de la couche) et appliquez une crème apaisante si nécessaire.
- Assurez-vous que votre bébé a des draps et des vêtements propres, non souillés par du vomi. L'odeur du vomi pourra rendre votre bébé malade à nouveau et le vomi pourra irriter sa peau délicate.
- Une musique douce, fredonner ou bercer doucement votre bébé peut aider.
- Assurez-vous qu'il n'ait pas trop chaud.
- Ne fumez jamais dans la même pièce (ou logement) que votre bébé.

Problèmes de mouvement

- Emmaillotez votre bébé (en l'enveloppant parfaitement dans un tissu doux) – cela pourra aider le bébé à se sentir plus confortable et à arrêter les mouvements.
- Gardez votre bébé dans une pièce calme et à bonne température.
- Utilisez des pièces de tissu en flanelle ou une peau de mouton à poil court recouverte d'une pièce de coton pour assurer le plus de confort au bébé.
- Évitez de trop porter votre bébé s'il est agité, nerveux ou montre des tremblements – limitez les stimulations au maximum pour aider le bébé à se calmer.

Problèmes de peau

- Vérifiez et changez régulièrement les couches de votre bébé.
- Changez régulièrement les vêtements de votre bébé, particulièrement s'il transpire beaucoup.
- Couvrez les mains de votre bébé avec des gants ou des mitaines si sa peau s'abîme à force de sucer son poing.
- Assurez-vous que toutes les zones de peau abîmées soient propres et évitez les lotions pour bébé car il pourrait les sucer.
- Pour prévenir un érythème fessier (irritation cutanée due au contact de la couche), appliquez une crème au zinc ou celle fournie par l'hôpital sur les fesses du bébé.

Problèmes de respiration

- Assurez-vous que personne ne fume près de votre bébé, que l'air soit sain et que la pièce soit à bonne température.
- Assurez-vous que le nez et la bouche de votre bébé soient propres.
- Allaitez doucement votre bébé, accordez-lui des périodes de repos entre chaque prise.
- Évitez de trop habiller ou d'emmailloter trop serré votre bébé.
- Gardez votre bébé dans une position demi-assise et bien soutenue, évitez de positionner le bébé sur le ventre pour dormir.

- Gardez un œil attentif sur votre bébé. Si les difficultés à respirer continuent ou empirent, contactez votre médecin traitant, votre sage-femme ou votre *Health Visitor,* ou appelez les urgences.

Problèmes de température

- Réduisez les vêtements au minimum et évitez trop de draps – évitez que votre bébé ait trop chaud.
- Si vous apportez beaucoup de contact peau-contre-peau, cela aidera à contrôler la température du corps de votre bébé.
- Demandez un avis médical si votre bébé montre une forte température pendant plus de 4 heures. Appelez votre sage-femme ou votre médecin traitant.

Autres problèmes

- Si votre bébé présente des diarrhées ou des vomissements sévères et se déshydrate, contactez votre sage-femme, votre médecin traitant ou l'hôpital pour obtenir des conseils immédiatement.
- Si votre bébé présente des convulsions, composez le 15 et demandez une ambulance pour emmener votre bébé à l'hôpital.

Obtenir de l'aide

Il est très important que vous bénéficiez de tout le soutien dont vous avez besoin. Montrez ce fascicule à votre partenaire ou à n'importe quelle autre personne (famille ou amis) qui vous aidera à prendre soin de votre bébé. Il existe de nombreux mythes sur les symptômes de sevrage du bébé et de nombreux jugements négatifs sur les femmes usagères d'alcool ou de drogues. De nombreux parents disent qu'ils se sentent coupables et blâmables de la condition de leur bébé et trouvent difficiles de parler des symptômes de sevrage du bébé. C'est pour cela que nous souhaitons en parler assez tôt durant la grossesse. De cette manière vous pouvez recevoir de bonnes informations et ne pas vous sentir anxieuse en ce qui concerne votre bébé.

Nous savons qu'il peut s'avérer très difficile de prendre soin d'un bébé qui présente des symptômes de sevrage et que cela requiert de la patience et du temps. L'expérience nous a montré qu'il existe de nombreuses choses que vous pouvez faire pour calmer et assurer le confort de votre bébé et pour aider à améliorer sa condition. Malgré cela, si vous trouvez que prendre soin de votre bébé est trop stressant, n'ayez pas peur d'appeler des professionnels et services NHS. Souvenez-vous qu'ils sont toujours présents pour vous apporter du soutien et pour parler avec vous de toutes les inquiétudes ou questions que vous pourriez avoir.

Sentez-vous libre de parler avec votre sage-femme ou un autre professionnel de santé des informations contenues dans ce fascicule, particulièrement s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas ou dont vous voudriez parler plus en détails. Nous espérons que ce fascicule vous a fourni suffisamment d'informations pour vous aider à préparer l'arrivée de votre bébé.

Numéros utiles

Ma maternité ..... Ma sage-femme .....

Mon obstétricien ..... Mon pharmacien .....

Mon *health visitor**..... Mon éducateur toxicomanie .....

Mon assistant social .....

Autres travailleurs impliqués dans mes soins . . . . . .

\Annexe 10

Formulaire de liaison anténatal

(usage problématique de substances psychoactives)

FLA1

Nom de la mère : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Tél. : .....

Mother's Chi n° : .....

E.D.D : .....

Date de la première consultation : .....

Nombre de grossesses déjà menées à terme : .....

Obstétricien référent : ..... Tél. : .....

Sage-femme : ..... Tél. : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

*Health visitor** : ..... Tél. : .....

Éducateur spécialisé en toxicomanie : ..... Tél. : .....

Assistant social : ..... Tél. : .....

Autre professionnel impliqué : ..... Tél. : .....

Détails de l'usage de substances psychoactives

- **Consommateur de tabac ?** ❑ Oui ❑ Non Si oui, nombre de cigarettes par jour : .....
- **Consommateur d'alcool ?** (consommation hebdomadaire estimée sur le 1er trimestre)
  ❑ 0 unité ❑ 1-7 unités ❑ 8-21 unités ❑ 22-42 unités ❑ > 42 unités

Type de consommation d'alcool ?
Par exemple, > 3 unités par jour, alcoolisation massive (> 5 unités en une seule occasion)

.....

.....

Éléments de dépendance* à l'alcool ?
Par exemple, symptôme de sevrage, tolérance, intoxication quotidienne, etc.

.....

Suivi par des services spécialisés en addictologie ? ❑ Oui ❑ Non

Nom du spécialiste en addictologie
référent dans le service : ..... Tél. : .....

- **TRAITEMENT DE SUBSTITUTION PRESCRIT LORS DU PREMIER RENDEZ-VOUS (indiquer le produit et le dosage quotidien)**

.....

.....

Nom du prescripteur : ..... Tél. : .....

Pharmacie : ..... Tél. : .....

Protocole de délivrance du produit
(par exemple quotidienne, 2 fois par semaine / tous les 3 semaines / consommation supervisée)

.....

- **Antécédents de grossesse(s) affectée(s) par un usage <u>maternel</u> problématique de drogues ou d'alcool ?** ❑ Oui ❑ Non
- **Bébé(s) déjà affecté(s) par un Syndrome de sevrage néonatal / Syndrome d'alcoolisation fœtale ?** ❑ Oui ❑ Non
- **Orientation vers un service/sage-femme spécialisé ?** ❑ Oui ❑ Non
- **Usage de drogues illicites (de rue) depuis la conception ?**
  (indiquer toutes les drogues consommées durant la grossesse, en <u>excluant celles qui ont été prescrites</u>)

Répondre OUI ou NON

Drogue consommée	**OUI/NON**	**Drogue consommée**	**OUI/NON**
Héroïne	……	Cannabis	……
Méthadone* (achat de rue)	……	Cocaïne/Crack	……
Dihydrogène (achat de rue)	……	Amphétamine (« speed »)	……
Buprénorphine (Subutex* ou Suboxone) (achat de rue)	……	Ecstasy	……
Autres opiacés – *détailler svp*	……	Autres stimulants – *détailler svp*	……
Diazépam (achat de rue)	……	Substances volatiles, colle	……
Autre tranquillisant – *détailler svp*	……	Drogues en vente libre – *détailler svp*	……
Autre usage de drogues – *détailler svp*	……		

• Usage de drogues par injection ?

Vous êtes-vous déjà injecté des drogues ? ❑ Oui ❑ Non

Vous êtes-vous déjà injecté des drogues durant la grossesse ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, date de la dernière injection ? .....

Si oui, fréquence d'injection ?
(ex. quotidienne/une fois par semaine, etc.) .....

Lister les drogues injectées pendant la grossesse, ex. héroïne, cocaïne, etc.

.....

.....

.....

• Orientation vers un service spécialisé en addictologie ? ❑ Oui ❑ Non

Nom du service : ..... Tél. : .....

• Virus véhiculé par voie sanguine – Test anténatal pour :

VIH*	❑ test accepté	❑ décliné	Résultat .....
Hépatite B	❑ test accepté	❑ décliné	Résultat .....
Vacciné VHB* ?	❑ Oui	❑ Non	
Hépatite C – test proposé ?	❑ Oui	❑ Non	
Si oui,	❑ test accepté	❑ décliné	Résultat .....

• Nom du père/partenaire :

Adresse : .....

.....

Date de naissance : ..... Tél. : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

• Usage de tabac et d'alcool du partenaire ?
Détailler la consommation svp

.....

.....

.....

Traitement de substitution prescrit ? .....

Statut VIH* / Hépatite B / Hépatite C ? (si connu) .....

Formulaire rempli par : .....

Le (date) : .....

Formulaire de liaison anténatal

(usage problématique de substances psychoactives)

MISE À JOUR FLA1 – À remplir au rendez-vous de la 32e semaine

Nom de la mère : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Tél. : .....

Numéro de service à l'hôpital : .....

Mother's Chi n° : ..... E.D.D : .....

• Changement de contacts professionnels ?

Obstétricien référent : ..... Tél. : .....

Sage-femme : ..... Tél. : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

*Health visitor** : ..... Tél. : .....

Éducateur spécialisé en toxicomanie : ..... Tél. : .....

Assistant social : ..... Tél. : .....

Autre professionnel impliqué : ..... Tél. : .....

• Changement des produits prescrits pendant la grossesse ?
(indiquez tous les changements de dose/produit et les dates de changement)

.....

.....

• Changement de pharmacie ?
(indiquer les nouvelles coordonnées (adresse et téléphone) et la date de changement)

.....

.....

• Changement dans l'usage de drogues illicites (de rue) ? Détaillez svp

.....

• Changement dans la consommation d'alcool ? Détaillez svp

.....

• Changement dans la consommation de tabac ? Détaillez svp

.....

• Informations additionnelles concernant le père ? Détaillez svp

.....

Formulaire de liaison postnatal

(usage problématique de substances psychoactives)

FLP1 – Complété au dixième jour. Envoyer une copie au médecin traitant et au *Health Visitor.*

Nom de la mère : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Nom du père : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Nom du bébé : .....

Adresse : .....

.....

Numéro du service de la mère : ..... Numéro SM du bébé : .....

• Détails sur la naissance

Date de la naissance : .....

Gestation : ..... Score d'APGAR* : .....

Poids à la naissance : ..... Cord pH : .....

Taille à la naissance : ..... Périmètre crânien : .....

• Précisions sur le travail et l'accouchement (détaillez, si rien indiquez « rien »)

Type d'accouchement (voie naturelle, Césarienne*, etc.) ? .....

Complications pendant le travail ? .....

Péridurale ? .....

Complications durant la mise au monde ? .....

Problèmes à la naissance ? .....

• Service postnatal

Le bébé est-il resté 72 heures en observation ? ❑ Oui ❑ Non

Symptômes de sevrage néonatal déclarés dans les 72 heures ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, sévérité ? ❑ légère ❑ modérée ❑ sévère

Traitement pharmacologique administré ? .....

Traitement pharmacologique à la sortie ? .....

Alimentation au sein ou biberon à la sortie ? .....

Autres commentaires ? .....

Date de sortie de service postnatal : .....

• Unité Néonatale

Date d'admission : .....

Raison de l'admission : .....

Symptômes de sevrage néonatal ? ❑ Aucun ❑ Légers ❑ Modérés ❑ Sévères

Traitement pharmacologique administré pour le SSNN ? .....

Traitement pharmacologique à la sortie ? .....

Alimentation au sein ou biberon à la sortie ? .....

Autres commentaires ? .....

Date de sortie de service néonatal : .....

• Domicile

Le bébé a développé des symptômes de SSNN après la sortie de l'hôpital ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, symptômes ❑ légers ❑ modérés ❑ sévères

Bébé réadmis ? ❑ Unité Néonatale ❑ Pédiatrie

Date d'admission : .....

Date de sortie : .....

• Alimentation de l'enfant au dixième jour ? ❑ Au sein ❑ Au biberon

Maintien de l'usage d'alcool/drogue durant l'allaitement ? (listez les produits et les quantités consommés)

.....

.....

• Suivi pédiatrique du bébé requis ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, dîtes pourquoi :

.....

Formulaire complété par : ..... **Le (date) :** .....

Nom de la sage-femme : .....

Équipe : ..... Tél. : .....

Nom du *Health visitor** : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

Nom du médecin traitant : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

\Annexe 11

Formulaire de nomination de médecin traitant

FAO : Services de Premiers Soins

Adresse : .....

Date : .....

Objet : **DEMANDE DE NOMINATION D'UN NOUVEAU MÉDECIN TRAITANT**

Par la présente, je demande que l'on m'oriente vers un nouveau médecin traitant.
Mes coordonnées sont :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Sexe : ❑ masculin ❑ Féminin

Numéro de la carte d'identité (si connu) : .....

Numéro de Sécurité sociale : .....

Adresse actuelle (avec le code postal) : .....

.....

Ancienne adresse (avec le code postal) : .....

.....

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre ancien médecin traitant (si vous n'en aviez pas, expliquez pourquoi) : .....

.....

Nom des médecins traitants qui ont refusé de vous accepter comme patient.

.....

Autres membres de la famille qui souhaitent rencontrer un nouveau médecin traitant (listez leur nom complet, leur date de naissance, leur sexe). Utilisez une feuille à part si nécessaire.

.....

.....

Je déclare que les informations communiquées dans ce document sont complètes et correctes.
Je comprends que je ne peux bénéficier que d'un seul médecin traitant afin de répondre aux services médicaux généraux dont j'ai besoin.

Signature : .....

Annexe 12/

Alcool et grossesse, parlons-en

Guide à l'usage des professionnels

Réalisé par la Direction générale de la santé.

L'alcool, parlez-en avec vos patientes, aidez-les à y renoncer.

La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant en France.

La méconnaissance de l'effet tératogène de l'alcool sur le fœtus, et donc du risque induit par l'alcoolisation pendant la grossesse, quel que soit le moment de cette dernière et la quantité d'alcool consommée, constitue un réel problème de santé publique. De plus, pour des professionnels, la question de la consommation d'alcool peut être difficile à aborder avec la femme enceinte.

L'objectif de ce guide est de prévenir l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF*) en intervenant auprès des femmes enceintes.

Pour cela, ce document s'efforce d'apporter aux professionnels des réponses aux deux questions les plus difficiles :

- Comment aborder la consommation d'alcool ?
- Comment, dans les situations les plus complexes, inscrire son avion 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 en contact avec les femmes enceintes et celles qui sont en désir de grossesse (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes…).

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf

\Annexe 13

Propositions pour le futur plan Mildt

GEGA – Groupe d'études grossesse et addictions

En réponse à la lettre du 01/06/11 d'Étienne Apaire

1] **Agir auprès des ARS* pour favoriser la création de filières de soins régionales pour les femmes enceintes abusant de substances psycho-actives :**

- Sensibiliser les personnels des maternités, PMI*, CSAPA* et CAARUD*, équipes de liaison d'addictologie (ELSA* et ECIMUD*), médecine libérale, réseaux, … à cette problématique.
- Favoriser le financement et la collaboration entre les réseaux de santé périnatals et addictologiques en incluant dans leurs missions prioritaires cette problématique.
- Favoriser la prise en charge spécifique des femmes dans les structures d'addictologie.
- Soutenir les actions d'enseignement et d'information des professionnels : cursus initial et formation continue, DU* et DIU*,… entretien prénatal précoce, interventions brèves, entretiens motivationnels, … auprès de toutes les professions concernées médicales (généralistes, sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, pédo-psychiatres, psychiatres, addictologues,…) paramédicales (IDE*, puéricultrices, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, …).

2] Favoriser la création de **postes de sages-femmes référentes en addictologie** dans les maternités et/ou dans les ELSA*, pour favoriser le repérage et la prise en charge des femmes et sensibiliser l'ensemble du personnel de la maternité et de l'ELSA et améliorer l'accueil de ces grossesses à risques par des équipes pluri-disciplinaires.

3] Favoriser la création ou l'amélioration des **ELSA** dans les hôpitaux comportant une maternité et la création d'**équipe mobiles** pouvant intervenir dans les maternités publiques et privées du réseau qui en sont dépourvues et au domicile des familles.

4] Une étroite collaboration entre les sages-femmes référentes, les ELSA et les équipes locales de pédo-psychiatrie et de psychiatrie assurera le soutien des équipes de périnatalité.

5] Compte tenu des séjours en maternité de plus en plus courts, favoriser la création d'« **unités kangourou** » en maternité (1 lit de suites de couches et 1 lit de néonatologie dans la même chambre) ; ces structures ont aussi la vocation de prendre en charge d'autres problèmes néonataux (moyenne prématurité, retards de croissance intra-uterins, infections,…) sans séparer l'enfant de sa mère et permettent des séjours plus longs qu'en suites de couches. Pour ces dyades concernées par des problèmes d'addictions, ces soins en chambre kangourou ont pour effet d'améliorer très nettement la relation mère/enfant et de prévenir les séparations. Il serait souhaitable de réfléchir à créer des **actes valorisant** le travail médico-psycho-social très chronophage autour de ces familles. Il serait aussi souhaitable d'étudier la possibilité administrative de délocalisation de lits de sevrage complexe en maternité et en pédiatrie pour assurer la surveillance étroite de femmes enceintes et de leur fœtus et de nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage* sévère.

6] Remboursement intégral de toutes les formes de substituts nicotiniques pour les femmes enceintes et pendant l'allaitement.

7] **Améliorer l'aval** en augmentant la disponibilité :

- De structures d'accueil mère-père-enfant : SSR* périnataux, centres parentaux, unités mère-enfant psychiatriques, CHRS*, … par une analyse régionale des besoins par les réseaux ;
- De structures de prise en charge des enfants exposés *in utero* aux substances psychoactives et tout particulièrement à l'alcool : CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) +++.

13 septembre 2011
Claude Lejeune (président du GEGA)

\Annexe 14

Fédération Addiction :

Un projet sur l'accueil des femmes dans le secteur médico-social d'addictologie

Mieux accueillir les femmes dans les établissements

La Fédération Addiction a pour but de constituer un réseau au service des professionnels accompagnant les usagers dans une approche médico-psycho-sociale et transdisciplinaire des addictions. Pour former un réseau national représentatif de l'addictologie, l'association fédère des dispositifs et des professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques*.

Depuis plusieurs années, la Fédération mène une réflexion pour améliorer l'accueil des femmes en situation d'addiction. La question, plus large que celle de la grossesse, mais incluant bien entendu cette situation spécifique, fait l'objet de sessions de formations. Par ailleurs, en 2010 et 2011, la Fédération a mené une enquête en Ile-de-France, dans les centres d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation d'addiction, qui a pointé la nécessité de sensibiliser les équipes aux spécificités de genre.

En 2012, la Fédération a donc réalisé un projet national sur la thématique *Femmes et addictions,* co-piloté par la DGS* et la MILDT*, avec deux objectifs :

- valoriser les actions spécifiques femmes dans le secteur de prise en charge médico-sociale des addictions ;
- proposer aux professionnels du secteur des principes et des repères sur la question.

Une base d'expériences, une revue de littérature et un document de repères

À l'aide d'un groupe de travail constitué d'experts du terrain et de chercheurs, elle a repéré des dizaines d'actions spécifiques pour les femmes en France métropolitaine et outre-mer. Ces actions ont été répertoriées et décrites dans une base d'expériences en ligne (voir au chapitre 3 de ce guide).

En parallèle, la Fédération a confié à l'Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse le soin de réaliser **une revue de littérature internationale** sur la thématique. A partir d'un corpus de 385 études, l'Institut a cherché à répondre plus particulièrement à deux questions :

- existe-t-il des spécificités féminines en matière d'addictions ?
- existe-t-il une spécificité de genre en matière de traitements ?

À contrepied de nombreuses idées reçues, l'examen de la littérature ne laisse aucun doute sur le fait qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes en termes de consommations de substances psychoactives, de facteurs de risques et de conséquences de l'usage. La physiologie, la surdétermination de certaines formes de souffrance psychiatrique et/ou certaines conditions de vie rendent les femmes plus vulnérables à l'usage ou l'usage problématique de psychotropes.

D'autre part, l'étude des traitements spécifiques montre que les femmes ont à gagner à pouvoir bénéficier de réponses adaptées, dans le cadre de dispositifs de première ligne ou d'accompagnement et de soins.

À partir des données objectivées par la recherche, des remontées des expériences de terrain et des connaissances des membres du groupe de travail, **un document de repères** a été élaboré par et pour les professionnels : nous le reproduisons dans les pages suivantes.

En savoir plus sur la Fédération : www.federationaddiction.fr

fédération addiction

● PRÉVENIR ▲ RÉDUIRE LES RISQUES ◆ SOIGNER

Femmes et addictions

Adapter nos pratiques aux femmes en situation d'addiction

L'addiction dépend de facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels. L'expérience clinique et les études réalisées dans de nombreux pays montrent que femmes et hommes n'ont pas les mêmes comportements, usages et facteurs de risques face aux addictions, quels que soient les modes d'analyse, les produits étudiés ou les niveaux de problèmes considérés.

Le lien entre addictions, grossesse et périnatalité est identifié par les professionnels et documenté par la recherche, y compris en France. La question du genre et de son impact ne faisant pas l'objet d'une identique préoccupation, nous l'avons priorisée dans ce document.

Dès l'enfance, une distinction s'opère via des modes de socialisation masculins et féminins : à l'adolescence, les codes sociaux de genre de nos sociétés contemporaines influencent l'usage des psychotropes, avec d'autres facteurs comme l'âge ou le milieu social d'appartenance. Nier cette spécificité du genre, c'est nier les rapports sociaux de sexes et les représentations qu'ils véhiculent.

De la littérature spécialisée...

La revue de littérature réalisée par l'Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse en 2012, sur plus de 380 études parues dans de nombreux pays, confirme ces différences à l'échelle internationale, par des données sur la population générale.

- Les femmes sont **moins nombreuses à consommer**, tous produits confondus, sauf en ce qui concerne les médicaments psychotropes. Mais il existe des situations variées, modulées par de nombreux autres facteurs (produit, milieu social, âge...).
- Les femmes et les hommes **ont des représentations différentes** du risque associé aux produits et aux consommations.
- Des travaux montrent **une vulnérabilité physiologique plus importante** chez les femmes.
- Les femmes consommatrices semblent plus souvent avoir subi **des violences**, notamment sexuelles, et des traumatismes durant l'enfance. Violences, traumatismes et troubles mentaux semblent fréquemment liés à l'abus de substances, ce qui expliquerait une prévalence des co-morbidités psychiatriques chez les femmes.
- Selon les enquêtes françaises ANRS-Coquelicot (Jauffret-Roustide et al., 2008) et ENa-CAARUD (OFDT), **les femmes en situation de grande précarité** manifestent plus de comportements à risque que les hommes et ont davantage recours à la prostitution. Elles ont des trajectoires encore plus chaotiques que celles des hommes et sont confrontées à une double fragilité vis-à-vis du VIH et du VHC, liée au contexte de leur consommation de drogues et à l'exercice de la sexualité.
- Dans beaucoup de pays, **les femmes doivent faire face à divers obstacles pour entrer dans des programmes de soins** et accéder au traitement : stigmate social, crainte des conséquences juridiques, absence d'emploi et/ou de couverture sociale, absence de garde pour les enfants, méconnaissance des dispositifs, absence de réorientation par les professionnels non spécialisés en addictologie, etc.

- Les différences de genre sont universelles en matière de consommation d'alcool, celle-ci concerne moins les femmes que les hommes. Cependant en France, le mode de consommation d'alcool évolue chez les moins de 35 ans : la proportion de femmes de 18 à 25 ans qui consomme ponctuellement des quantités importantes et déclare des ivresses a augmenté de plus de 10% entre 2005 et 2010.

- Les pratiques en matière d'injection diffèrent : les femmes partagent plus le matériel d'injection avec leur partenaire sexuel et présentent plus de risques que l'injection soit faite par autrui, en particulier par leur conjoint.

...à l'observation de terrain

En France, l'observation et l'expérience des professionnels des Csapa (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et Caarud (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogue) a fait émerger des questions et pratiques nouvelles, issues du constat d'une différence d'accès aux soins entre les femmes et les hommes, d'une demande d'adaptation de l'accompagnement par les femmes accueillies, ou encore de réflexions au sein de l'équipe.
En 2010-2011, une étude de l'Union Régionale Ile-de-France de la Fédération Addiction sur les pratiques professionnelles confirme la nécessité de se pencher sur les modalités d'accueil des femmes. S'interroger sur ce point, **c'est questionner un modèle de développement** centré sur l'accueil des « hommes », qui a prévalu jusqu'à aujourd'hui, **pour le faire évoluer.**
En 2012, la Fédération Addiction a réalisé une enquête auprès de structures ayant mis en œuvre des actions spécifiques pour les femmes. Elle a permis de recenser des **dispositifs dédiés** (unités femmes-enfants et parents-enfants, équipes mobiles par exemple), des actions pour favoriser **l'accès aux soins et la réduction des risques**, des actions de **prévention**, des actions de **soins** et des **partenariats** dans le secteur addictologie et avec les secteurs non spécialisés.
Des questions spécifiques à ces actions ont émergé, accompagnées de pistes de réponses.

[1] Consultable sur www.federationaddiction.fr

Quelques repères pour mener un projet pour les femmes

Élaborer l'action en tenant compte des spécificités du public

Vous vous intéressez à l'accueil et l'accompagnement des femmes. Vous avez des idées, des envies... Quels sont les préalables qui permettront de construire un projet solide ?

1. S'interroger individuellement et collectivement sur la question du genre

Mettre en œuvre une action spécifique femmes nécessite la clarification préalable des représentations de l'équipe autour de la question du genre. Le regard porté par les professionnels a un impact sur les objectifs de l'action, la manière dont elle est perçue, menée, et sur sa réussite.

Il est donc conseillé de réfléchir et d'échanger, en équipe, sur :
- Comment chacun perçoit, dans sa fonction et au travers du prisme de son histoire, la question de la féminité, des rapports entre les sexes ? Quelle image de la femme addicte est portée par chacun ?
- Comment chacun perçoit la femme enceinte et la mère addictes ? Est-ce un sujet prédominant pour l'équipe ? Si oui, pourquoi ?
- Pourquoi mettre en place un accueil ou une action spécifique ? Que souhaite-t-on changer ?

En fonction des connaissances au sein de l'équipe, il peut être opportun de participer **à une action de sensibilisation** (colloque, journée d'échanges...) **ou à une formation, individuelle ou collective.**

2. Repérer les besoins sur le terrain

Ce repérage, basé sur l'observation quotidienne des professionnels, comporte une part de subjectivité, liée notamment aux représentations précédemment évoquées. Il nécessite, en tenant compte des spécificités de l'établissement (public accueilli, environnement local, missions et services...) :

- d'être **attentif aux besoins** des femmes, avec, pour certaines, des particularités de situations telles que les facteurs culturels, l'âge, les contextes de précarité, l'incarcération, la vie à la rue...
- de **distinguer** ce qui relève du besoin des usagères de ce qui relève du besoin des professionnels
- d'échanger **avec les partenaires** qui accueillent et accompagnent des femmes

3. Prendre connaissance des problèmes spécifiques liés à la question

Comme évoqué, les consommations, les facteurs de risques et les conséquences des addictions pour les femmes ont été étudiées et documentées, en France comme à l'étranger. Des travaux scientifiques ont objectivé ces spécificités.

Il peut donc être intéressant :

- d'en **prendre connaissance** et de se documenter en conséquence
- d'être attentif à ce qui fait écho à ces problèmes dans les **discussions en équipe**
- d'échanger **avec les partenaires** qui accueillent et accompagnent des femmes

4. Prendre connaissance de ce qui se fait déjà ailleurs

Vous pouvez prendre connaissance des nombreuses actions femmes qui sont mises en place depuis quelques années. La Fédération Addiction propose sur son site Internet **une base d'actions spécifiques femmes** [1]. Vous trouverez dans chaque fiche descriptive les coordonnées des professionnels à contacter pour échanger avec eux sur leur expérience.

À partir de la matière recueillie à travers l'observation, la documentation et les échanges en équipe et entre partenaires, vous pouvez anticiper l'action que vous souhaitez mettre en place et définir précisément ses objectifs.

[1] www.federationaddiction.fr/bases-dexperiences/actions-specifiques-femmes/

Se poser les bonnes questions pendant la mise en œuvre

Vous avez réfléchi, échangé et précisé le champ de votre projet. Quelle que soit l'action que vous souhaitez mettre en place, il peut être utile de se fixer quelques repères.

1. Assurer la pérennité de l'action dès son lancement

- Votre structure est située dans un environnement qui influence de nombreux aspects du projet, les anticiper permet d'éviter certaines surprises : pensez à **adapter le dispositif aux besoins locaux.**
- Des événements (départ ou absence prolongée du professionnel porteur de l'action, restructuration de l'équipe) peuvent occasionner l'arrêt du projet : inscrire la spécificité de la prise en charge des femmes dans **le projet d'établissement** et en faire un sujet partagé par l'ensemble de l'équipe permet de lui assurer une pérennité et d'organiser un relais lorsque la situation le nécessite.
- La mise en place d'actions femmes **demande du temps** : temps de maturation du projet, de mise en œuvre, temps d'appropriation par les personnes accueillies, temps d'ajustement des modalités aux retours du terrain. **L'anticipation de ces délais permet de ne pas se trouver trop dépourvu face aux difficultés et de garder du recul aux différentes étapes ; la patience et la persévérance sont des clés de réussite de l'action.**

2. Faire vivre la participation des femmes accompagnées

Dans le champ médico-social, la participation des personnes accompagnées est un gage de vie démocratique de la structure, de respect des personnes et de reconnaissance de leur expérience. Elle favorise la réussire de l'action en améliorant son appropriation, même si elle n'est pas en soi une garantie de succès. **Cette participation des femmes peut revêtir de nombreuses formes :** interrogations sur leurs besoins, définition des objectifs et des modalités pratiques de l'activité, choix des thématiques de travail, communication autour du projet...

3. Travailler la question du genre

Mettre en œuvre une action spécifique pour les femmes suscite des réactions de la part des hommes. La question d'actions dédiées aux hommes se pose alors à une équipe qui doit faire preuve de pédagogie sur un sujet qu'il est important d'avoir réfléchi en amont. Cela peut être l'occasion de **sensibiliser les personnes accompagnées à la différence de besoins entre les hommes et les femmes**, sur le plan des consommations, des usages et des risques. Plus largement, **un projet femmes permet de travailler avec les hommes et les femmes la différence des sexes et les rapports entre eux.**

4. Travailler la question du couple

Il est également nécessaire de réfléchir la question du couple et des relations conjugales. **La relation de couple impacte la relation au soin.** La place du compagnon ou de la compagne s'articule fortement avec celle du produit et les situations de dépendance à l'autre sont souvent rencontrées (mécanisme d'emprise). En discuter dès le début permet d'aborder une question cruciale dans le déroulement de l'activité.

5. Prendre en compte la question des violences

Les femmes semblent plus souvent que les hommes **confrontées à des violences :** psychologiques (emprise), familiales, conjugales, sexuelles, dans la vie à la rue, psychotraumatismes... Ces violences, souvent subies dans l'enfance et reproduites à l'âge adulte, par un phénomène de répétition, en situation d'addiction, peuvent entraver la démarche de soin et l'accompagnement. Le climat d'insécurité dans lequel les femmes vivent peut renforcer les mécanismes de consommation. Les professionnels doivent donc considérer cette question en tenant compte de l'histoire de la personne et fournir une protection élémentaire aux femmes accueillies.

6. Prendre en compte la question de la grossesse et de la maternité

▲ Quelle que soit l'action mise en œuvre, l'accompagnement d'une femme en situation d'addiction nécessite d'évoquer à un moment ou à un autre **la contraception et/ou le désir d'enfant.** Une grossesse non désirée impacte l'avenir de la relation mère-enfant. L'anticipation du sujet, même s'il n'est pas au cœur du projet, permet d'informer et d'accompagner suffisamment tôt les personnes et de limiter les situations difficiles et d'urgence.

● De nombreuses publications font le point sur les liens **consommations/grossesse.** S'en tenir informé et travailler les représentations éventuellement stigmatisantes de professionnels permet d'adapter et d'améliorer l'accompagnement des femmes durant leur grossesse.

● Lorsque la femme est mère, l'accompagnement ne doit pas éluder **la place du père, tout comme celle des enfants**, qu'ils aient été rencontrés ou non par les intervenants.

● Dans le cadre de projets d'accès aux soins, de soins spécifiques ou encore d'ateliers, l'absence de solution de garde peut retenir certaines femmes de participer : **prévoyez une solution d'accueil ou de garde pour les enfants**, y compris lorsque l'action n'est pas dédiée aux femmes avec enfants.

Développer des partenariats

Dans le cadre d'une action femmes, les partenariats à créer et à construire sont nombreux et variés, liés aux besoins et à l'âge de chacune. La problématique addictive concernant aussi les jeunes filles et les personnes âgées : planning familial, urgences hospitalières, médecins de ville, accueils et hébergements d'urgence, associations de lutte contre les violences faites aux femmes, PMI, maternités, ehpad, etc. Ces partenariats développent, en amont, le repérage, l'intervention précoce et l'accès aux soins. Pendant l'action, ils améliorent la pluridisciplinarité de l'accompagnement, et en aval, les possibilités de réorientation des personnes.

En fonction de l'action, il est utile de :

▲ repérer sur votre territoire tous les dispositifs en contact avec le public que vous ciblez

● se déplacer, visiter, rencontrer et faire visiter sa structure : la communication « de visu » est plus efficace que celle par courriers papier ou électroniques

● communiquer fréquemment, régulièrement

● personnaliser les liens avec chaque partenaire

● construire les liens en amont, avant que la situation de la personne ne devienne urgente

▲ co-construire le partenariat afin que chacun puisse s'y impliquer

Documenter et valoriser ses expérimentations

1. Objectiver les résultats

Pour comprendre et améliorer l'action, il est utile de **« chiffrer » des éléments-clés du projet**, d'autant que ce thème reste peu documenté en France. Quelles sont les caractéristiques des femmes accompagnées ? Âge, fréquentation de la structure, engagement dans le soin, situation sociale, psychologique, médicale, nombre d'enfants... peuvent être des données précieuses pour comprendre qui est touché et pour quelle raison. À l'inverse, quelles sont les caractéristiques des femmes qui ne viennent pas ? Est-ce que la population accueillie « tourne », pour quelle raison ?

2. Capitaliser les informations sur le projet

L'action spécifique femme est émergente en France : les établissements sont peu habitués à aborder leur activité sous cet angle. Capitaliser, ou « faire patrimoine » au fur et à mesure de la mise en œuvre, permet de faire un bilan, de répondre à un financeur, de renseigner un partenaire, de transmettre les connaissances dans l'équipe ou encore d'améliorer l'accompagnement et le soin. En fonction de l'action et des moyens, il peut être intéressant de documenter l'évolution :

- de la situation des **femmes accompagnées**
- du **projet**
- de **l'implication** des professionnels
- de l'impact de l'action **sur le(s) partenariat(s)**

À partir de cette matière, vous pourrez **valoriser le changement induit par** votre action.

3. Faire évoluer l'action

- Les actions femmes sont des expérimentations, même si les pionniers ont déjà plus d'une dizaine d'années de pratique derrière eux. Il n'existe pas de recette qui assure la réussite, mais **garder de la souplesse**, une capacité d'adaptation, permet de pérenniser le projet et d'en améliorer la qualité.
- Mettre en œuvre un travail d'**analyse des pratiques ou de supervision sur cette question** permet un recul par rapport aux situations rencontrées et à l'action elle-même. Elle peut être à l'origine de et/ou accompagner une modification et une amélioration du suivi des personnes ainsi que de la relation aux partenaires.

Le document a été réalisé par et pour des professionnels.
La Fédération Addiction remercie les participants du groupe de travail qui a élaboré ce document. Odile Vitte-Tancelin (référente du projet pour le conseil d'administration de la Fédération et directrice d'APS Contact), Guillaume Suderie et Serge Escots (Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse), Claude Lejeune (Groupe d'Étude Grossesse et Addictions), Jean Ebert (Association Estrella), Marja Taboada (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires), Jean-Jacques Santucci et Olivier Thomas (Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions), Véronique Delaforge (Centre Logos), Jean-Philippe Henrotin (Béarn Addictions), Marie-Jo Seguin (Association Gisme).

Pilotage du projet et rédaction :
Cécile Bettendorff, Chargée du recueil et de la diffusion de l'information

FÉDÉRATION ADDICTION - 9 rue de Bruxelles - 75011 Paris
Tél. 01 43 43 72 38 - Fax. 01 43 66 28 38 - infos@federationaddiction.fr

Cette action a été soutenue par :

Annexe 15/

Rédaction de fiches techniques « grossesse et consommation de substances psychoactives » : une démarche régionale

CORINNE CHANAL, sage-femme référente « périnatalité et addictions »
du réseau périnatal régional « Naître et grandir en Languedoc-Roussillon »
EVELYNE MAZURIER, pédiatre, CHU Montpellier
PASCAL GALLAND, médecin addictologue, CH Béziers
ANNE STOEBNER, médecin de santé publique, ICM (Institut du cancer de Montpellier)

et le groupe régional « périnatalité et addictions » :
Michèle MISRAOUI, pédiatre libérale Montpellier
Anne ALAUZEN, médecin de PMI, Conseil General Hérault
Patricia PEREZ, sage-femme de PMI, Conseil général 66 et association des sages-femmes 66
Pascale COMMECIE, sage-femme, CH Carcassonne
Patricia ROHR, psychologue, ANPAA 34
Valérie PAIRIS, psychologue, CH Narbonne
Delphine MOULET, sage-femme, CH Béziers
Méissa NEKAA, médecin addictologue, CHU Nîmes
Jean-Louis BALMES, médecin addictologue, CHU Nîmes
Guy MASSON, gynécologue-obstétricien, CHU Nîmes
Anne-Marie CLAUZEL, tabacologue, Montpellier
Pascale MATHIEU-PEYRERON, infirmière, Béziers
Martine HINSINGER, sage-femme, Montpellier
Pierre BOULOT, gynécologue-obstétricien, CHU Montpellier
Hubert DAUDE, pédiatre, CAMPS Montpellier
Odile FORTAIN, cadre de santé, Béziers
Nathalie BOUSQUET-JACQ, pédopsychiatre, CAMSP Montpellier
Bénédicte DELMAS, médecin addictologue, CH Perpignan
Patrick VENTURINI, psychiatre, CH Perpignan
Elisabeth BOUISSET, sage-femme, clinique Notre-Dame d'Espérance, Perpignan
Catherine ESPIAND-MARÇAIS, sage-femme tabacologue, CHU Montpellier
Marie-Luce MERCIER, sage-femme, Perpignan
Guy MASSON, gynécologue-obstétricien, Nîmes
Hélène DONADIEU-RIGOLE, médecin alcoologue, Montpellier
Serge ABAUTRET, éducateur ANPAA 34

Introduction

Suite à la démarche innovante de l'équipe de périnatalité du CHU de Montpellier depuis 1997 qui a montré l'intérêt d'une prise en charge de femmes toxicodépendantes à partir d'une maternité et à la difficulté pour les équipes d'addictologie de coordonner des actions en périnatalité malgré leur motivation, la Commission régionale de la naissance du Languedoc-Roussillon a missionné le réseau périnatal régional « Naître en Languedoc-Roussillon » pour effectuer un état des lieux régional concernant la prise en charge des femmes enceintes dépendantes de substances psychoactives et de leurs enfants. Il s'agissait de recenser les expériences locales, les ressources et les besoins à l'échelle d'une région et de définir des axes de travail y répondant.

Une coordination régionale

Un comité de pilotage régional « périnatalité et addictions », issu du sous-groupe « périnatalité et addictions » de la Commission régionale de la naissance et coordonné par une sage-femme référente a été mis en place. Ce groupe de pilotage régional a été constitué par des professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes dans la région depuis plusieurs années : addictologues, sages-femmes, psychologues, pédiatres, pédopsychiatres, éducateurs, médecins de PMI, de plusieurs villes de la région.
Ce groupe permettait une réflexion pluridisciplinaire à l'échelle de la région et pouvait relayer la demande et les besoins des professionnels de tout le territoire.
Les objectifs suivants ont été définis :

- Impliquer les professionnels de périnatalité dans la prise en charge des femmes enceintes ayant des comportements addictifs
- Faciliter la collaboration pluridisciplinaire dans chaque bassin de naissance
- Rédiger des protocoles de conduites à tenir
- Soutenir la mise en place de réseaux de proximité pour un meilleur ajustement aux besoins des familles
- Organiser un meilleur suivi des enfants.

Une dynamique de proximité

Un recueil des ressources et des besoins des professionnels a été fait, faisant l'objet d'un rapport en 2009, orientant les actions à mener dans chaque bassin de naissance. Une des demandes exprimées était de mieux se connaitre pour mieux travailler ensemble. Le projet du comité de pilotage était une autonomisation de ces groupes de travail locaux afin qu'ils affinent leur pratique de travail en réseau. L'expérience a montré qu'une bonne dynamique locale nécessite :

- une mise en relations de professionnels de différents champs et de toutes les structures ayant un lien avec la problématique ;
- des référents locaux : idéalement un professionnel du champ de l'addictologie, un professionnel de la pédiatrie et un professionnel de l'obstétrique ;
- un projet commun (exemples : organisation d'une formation, élaboration de protocoles, réunion autour de cas clinique…).

Le réseau périnatal régional a donc organisé des rencontres de « réseau de proximités » en s'appuyant sur les maternités et les membres du groupe de pilotage régional qui se sont mis à disposition de leur propre bassin de naissance pour concourir à l'amélioration de cette dynamique.

Il s'agissait, dans chaque ville de la région comportant une ou plusieurs maternités, de faire se rencontrer des professionnels de tous les champs des secteurs public, privé, PMI, libéraux et associatifs. Chacun se présentait et donnait sa position face à la prise en charge de patientes enceintes présentant une ou plusieurs addictions. Un apport de connaissance y était prévu. À chacune de ces réunions de réseau de proximité, les participants ont été invités à laisser leurs coordonnées. L'ensemble d'entre eux a constitué un groupe dit « des correspondants locaux ». Au fil des actions de proximité, ils sont passés de 130 en 2008 à 491 en 2011.

Un travail de rédaction pluridisciplinaire

À la demande des professionnels de périnatalité et des addictologues en charge de formation sur la thématique, le comité régional de pilotage a réalisé six référentiels, textes de 4 à 6 pages, qui constituent un socle commun de connaissances, basés sur des revues de la littérature actualisées, à utiliser en formation pour des professionnels de périnatalité. Ces textes ont été rédigés par les membres du groupe de pilotage régional qui se sont entourés des professionnels de leur choix dans leur bassin de naissance. Ensuite ces textes ont été relus en réunion régionale, corrigés et envoyés par mail à un groupe plus grand de « correspondants locaux » pour critique et propositions, puis à nouveau corrigés et validé par le groupe de pilotage régional pluridisciplinaire. Ils sont au nombre de 6, validés en 2008 et actuellement réactualisés.

Voici les thèmes choisis :

- Le concept d'addiction
- Quelques repères pour les entretiens
- Alcool et périnatalité
- Tabac et périnatalité
- Cannabis et périnatalité
- Opiacés, cocaïne et autres substances psychoactives.

Les professionnels de périnatalité les moins demandeurs de formation sur les addictions étaient les gynécologues-obstétriciens. Pourtant leur place était cruciale dans le repérage des patientes consommatrices. Le groupe de pilotage a questionné les rédacteurs des protocoles d'obstétrique. Leur demande était très « pratico-pratique » : disposer de fiches pratiques de conduites à tenir, format A4 pour être jointes aux cahiers de protocoles. Elles devaient être concises, pratiques et immédiatement lisibles pour un consultant de la grossesse.

Ces fiches devaient donc être traitées à partir du déroulement d'une consultation de grossesse et suivre l'axe du suivi de grossesse. Il fallait aider le consultant à apporter des réponses aux patientes (aux couples). Exemple « j'ai bu plusieurs verres d'alcool en fêtant mon anniversaire avant de savoir que j'étais enceinte, que va-t-il arriver à mon bébé ? », « je fume des joints le soir pour dormir, que dois-je faire ? ». Le groupe de travail a donc établi ces fiches de conduites à tenir en fonction des consommations déclarées des femmes enceintes (de tabac, d'alcool, de cannabis, d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines..). La rédaction a été pluridisciplinaire afin que chacun des professionnels présents prenne conscience de la culture de l'autre et de ses priorités. Six fiches techniques de conduites à tenir ont donc été rédigées en 2009.

En voici la liste :

- **Aborder la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse**
- **Consommation de tabac pendant la grossesse**
- **Consommation d'alcool pendant la grossesse**
- **Consommation de cannabis pendant la grossesse (voir ci-joint)**
- **Consommation de cocaïne et d'amphétamines pendant la grossesse**
- **Consommation de médicaments psychotropes pendant la grossesse**

Depuis 2012, elles sont en cours de mise à jour. Le groupe y a adjoint 2 tableaux récapitulatif ; l'un sur les effets de chaque produit sur la grossesse, le fœtus, l'enfant, la lactation et l'autre sur les conduites à tenir en obstétrique, en addictologie, en pédiatrique, pour l'allaitement.

Tous ces documents ont été envoyés par mail aux 1450 adhérents du réseau périnatal régional et mis en ligne sur le portail professionnel d'un site de périnatalité où ils sont téléchargeables à l'adresse suivante : www.perinat-france.org/portail-professionnel/referentiels/protocoles-regionaux/languedoc-roussillon/referentiels-du-languedoc-roussillon-645.html

Conclusion

Les conduites à tenir proposées dans ces fiches techniques ne proviennent pas d'un consensus national mais sont le résultat d'une négociation pluridisciplinaire régionale. La démarche du réseau régional « Naître en Languedoc-Roussillon » a été d'impliquer le plus de professionnels possible dans des actions sur la thématique « périnatalité et addictions » afin de mieux les sensibiliser. Le travail de rédaction ne devait pas être circonscrit aux professionnels pouvant se déplacer pour des réunions régionales même si ceux qui l'ont fait ont été le pivot de la dynamique tant locale que régionale.

Annexe 16/

FICHE TECHNIQUE

CONSOMMATION DE CANNABIS PENDANT LA GROSSESSE

POURQUOI L'ABORDER ?

4 % des femmes entre 18 et 24 ans fument au moins 10 joints par mois*
1,2% des accouchées a déclaré en 2010 avoir fumé du cannabis pendant la grossesse**

- La mesure du CO effectuée après la consommation de cannabis donne des valeurs environ 5 fois supérieures à celles mesurées avec le tabac; 3 fois supérieures pour les goudrons. Cette différence s'explique par une bouffée plus volumineuse de 2/3, une aspiration plus profonde d'1/3 et un souffle retenu 4 fois plus longtemps lors de la consommation de cannabis.
- Un joint de cannabis contient habituellement du tabac et expose aux risques de dépendance à la nicotine et à la toxicité de la fumée du tabac (teneur en nicotine d'1 joint = 2 à 3 cigarettes*).
- Le tétrahydrocannabinol (THC) franchit la barrière placentaire. Il est lipophile. Sa concentration sanguine fœtale est égale à celle de la mère. Il se fixe sur le cerveau du fœtus.
- Les données les plus récentes rapportent une possible atteinte de la croissance du fœtus, du développement de son cerveau et des répercussions sur le développement de l'enfant dans son ensemble (troubles du sommeil, de la concentration des apprentissages, du comportement....). Ces conséquences seraient doses dépendantes et sont probablement aggravées par l'exposition à l'alcool et au tabac.
- Le suivi attentif de l'enfant exposé permet un dépistage précoce de ces troubles orientant vers une prise en charge adaptée et favorise ainsi l'évolution de son développement.

(Sources : *Baromètre santé 2010, **Enquête Périnatale 2010, ***WuTC 2008)

COMMENT L'ABORDER ?

« Avez-vous déjà fumé du cannabis ? Et depuis que vous êtes enceinte ? Dans quelles occasions ? »
Recentrer sur la grossesse : *« Que savez-vous des effets du cannabis sur la grossesse ? »*

EVALUER LA SITUATION GLOBALE

Eléments à rechercher	Situation simple	Eléments péjoratifs
Consommation	Faible ou irrégulière avec moins de 10 joints/mois	Quotidienne ou irrégulière avec plus de 10 joints/mois
Mode de consommation	Contexte de convivialité	Visée anxiolytique Utilisation de pipe à eau, bang
Antécédents d'arrêt	Réussites d'arrêt précédents ou arrêt depuis la grossesse connue	Echec lors de tentatives d'arrêt avant ou depuis la grossesse
Taux de CO	Faible et cohérent par rapport à la consommation déclarée	Elevé par rapport au nombre déclaré de joints fumés
Problèmes psychologiques ou sociaux	Absents ou modérés	Importants
Contexte obstétrical	Découverte précoce de la grossesse, suivi régulier	Découverte tardive de la grossesse, suivi irrégulier
Consommations associées	Absence ou tabac exclusif	Alcool, médicaments ou autres drogues

QUELLES RÉPONSES APPORTER ?

1. INFORMER

Donner information contenue dans la partie « pourquoi l'aborder ».
Présenter le positif de l'arrêt : croissance bébé, cerveau préservé, bienfaits de l'allaitement pour l'enfant et la mère.

Groupe de pilotage régional
Périnatalité et addictions du Languedoc-Roussillon
Coordination : Naître et Grandir en LR

naître

Validation 12 sept 2008, mise à jour 18 avril 2013

2. CONSEILLER ET ORIENTER SI NÉCESSAIRE

« En tant que professionnel de santé, et dans l'état actuel des connaissances, je vous conseille d'arrêter toute consommation de cannabis, de tabac, d'alcool et d'autres drogues pendant la grossesse.
La brochure «Guide d'aide à l'arrêt du cannabis » de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé est téléchargeable sur son site : http://www.inpes-sante.fr »

	Si Consommation arrêtée	Si Consommation poursuivie
Attitude du consultant	Féliciter	Orientation addictologie, tabacologue, psychologue ou psychiatre pour faire le point surtout si le cannabis est utilisé comme anxiolytique ou somnifère
Suivi des consommations	Suivi du maintien de l'arrêt : poser la question à chaque consultation : *« vous en êtes où avec le cannabis? »* Mesurer le CO	Revoir 15 jours après Mesurer le CO à chaque consultation : *« on en reparle la prochaine fois »* Contacter le médecin généraliste si accord patiente
Traitements	Aucun	Thérapie de soutien Traitement médicamenteux possible (nicotinique et/ou anxiolytique). *« la décision vous appartient »*
Suivi de grossesse	A* (faible niveau de risque) par sage-femme, gynéco ou médecin généraliste. Penser à l'Entretien Prénatal Précoce pour évaluer la situation globale.	A⇑** : Intérêt d'une coordination globale par un référent. Surveillance échographique habituelle. Suivi sage-femme à domicile (PMI de préférence ou libérale) Consultation anténatale avec un pédiatre à demander le plus tôt possible pour expliquer retentissement sur l'enfant, l'importance suivi du bébé et discuter de l'allaitement
Accouchement	Niveau 1, 2, 3	
Suites de couches	Pas d'hospitalisation systématique en néonatalogie Surveiller comportement (irritabilité), nursing par la mère	
Allaitement	Projet à favoriser	A discuter au cas par cas. Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence
Organisation de la sortie	Conseiller un suivi de l'enfant par médecin formé au dépistage des troubles du développement si consommation >10 joints/mois en début de grossesse	Organiser suivi de l'enfant par médecin formé au dépistage des troubles du développement ↑ risque mort inattendue si couchage partagé avec les parents (lit ou canapé) Proposer un soutien par puéricultrice de PMI ou par sage-femme libérale Penser contraception type DIU ou implant
Conseil prochaine grossesse	Zéro cannabis si désir de grossesse	

A* : selon le choix de la femme suivi régulier sage-femme ou médecin généraliste ou gynéco
A⇑** : avis gynéco ou autre spécialiste conseillé
(HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)

Groupe de pilotage régional
Périnatalité et addictions du Languedoc-Roussillon
Coordination : Naître et Grandir en LR

Validation 12 sept 2008, mise à jour 18 avril 2013

Annexe 17/

Fiche de conduite à tenir

Élaborée par la Maternité de l'hôpital Louis Mourier de Colombes
Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine, AP–HP

ADDICTIONS : FEMMES ENCEINTES ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SAUF TABAC)

Objectifs

Améliorer le pronostic périnatal et à plus long terme, celui de la mère et de l'enfant.
Favoriser l'établissement du lien parents-enfant.

Lors de la première consultation à la maternité

- Établir une relation de confiance avec la femme ou le couple, évaluer le contexte psychologique et social.
- Inventorier les différentes substances psycho-actives (illicites, médicaments, alcool,…) ; vérifier les résultats des sérologies (VIH, VHC, VH B) et informer la patiente des risques pour le fœtus (intervention brève).
- Noter les différents intervenants (médecin traitant, centre de soins spécialisés, psychiatre…) pour contacts et envoi d'informations si accord, avec présentation au staff de parentologie.
- Informer la patiente de l'existence de l'ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie) et prendre contact devant elle pour RDV rapide qui permettra une évaluation précise des conduites addictives, retracera l'histoire de la consommation ; évaluera la dépendance et proposera une prise en charge (avec possibilité d' hospitalisation pour sevrage en cas d' alcool ou de poly-addiction).
- Si absence de prise en charge des conduites addictives, informer de l'intérêt de la débuter rapidement.
- Expliquer le suivi de grossesse (consultations, échos mensuelles, …) et réunions d'information.

Si déjà traitée par substitution aux opiacés insister sur l'intérêt de la poursuite du traitement substitutif par méthadone* ou buprénorphine* sans réduire les posologies (prévoir une augmentation en fin de grossesse).

Considérer la grossesse comme étant à haut risque médical, psychologique +/- social
Suivi de la grossesse : avec médecin ou sage-femme référent(e)

- proposer consultation avec pédiatre référent
- contrôler la sérologie VIH au 8e mois

A l'entrée en salle de naissance ou le matin de la césarienne programmée à l'étage

- Recherche systématique de toxiques dans les urines de la mère, après information de la patiente.

En salle de naissance

- Prise en charge de la douleur +++.
- Surveillance ++ du nouveau-né : recherche syndrome de sevrage (score de Lipsitz).

En suites de couches

- Évaluer la relation parents-nouveau-né, soins adaptés (lumière tamisée, atmosphère calme, cocooning).
- Surveiller l'apparition du syndrome de sevrage (pédiatre, SF et équipe soignante) : score de Lipsitz.
- Informer l'ELSA* de la naissance.
- Soutenir l'allaitement maternel (pas de CI sauf si VIH+).
- Préparer la sortie en collaboration avec SF, pédiatre, obstétricien, ELSA, autres partenaires (PMI++).
- Pas de sortie précoce (délai apparition syndrome de sevrage parfois > 8 jours).

En cas d'urgence (en dehors de la présence d'un médecin de ELSA) :

• **Syndrome douloureux chez une patiente consommatrice non substituée : surveillance RCF** et traitement symptomatique du syndrome de manque par Paracétamol et Spasfon* + anxiolytique (Lexomil*)

• **Douleur chez une patiente substituée :**

- si buprénorphine : augmenter avec des interdoses la buprénorphine ou Acupan*
- si méthadone : donner un morphinique (Sevredol*) ou de l'Acupan*.

ADDICTION : TABAGISME « MATERNITÉ SANS TABAC »

Consultation

1/ L'infirmière mesure le CO expiré et note le résultat dans le dossier (à coté de la tension).

2/ Le médecin ou la sage-femme (pour la femme et son partenaire) :

- pose la question de la consommation du tabac (ATCD, consommation actuelle : combien, quand ?) et du cannabis (ATCD et consommation actuelle : combien et quand ?), ou autres drogues illicites, en même temps que des questions sur les habitudes alimentaires (coca cola, jus de fruits, apéritifs, vin, champagne, bière, cidre, café, thé, …) ainsi que sur la prise de médicaments ;
- commente le résultat de la mesure du taux CO : intoxication : > 5 (débutante tabagisme actif ou passif ou pollution), > 10, (importante t. actif, passif, intox CO domestique) > 20 ppm (très importante).

Si la femme fume (tabac ou cannabis), donner le « conseil minimal » :

- a-t-elle entendu parler des risques majeurs pour sa fertilité, pour la santé de son enfant, pendant la grossesse, dans les premiers mois, à l'adolescence ? et pour elle-même plus tard ?
- souhaite-t-elle s'arrêter, ou ralentir (en ne gardant que les cigarettes « plaisir ») ?
- sait-elle qu'il n'est jamais trop tard pour s'arrêter ? (l'hémoglobine se normalise en 72 h)
- sait-elle que nous pouvons lui proposer de l'aide ? que les substituts nicotiniques sont autorisés pendant la grossesse ? qu'elle peut venir avec son compagnon pour l'aider aussi ?

Informer de l'existence d'une consultation hebdomadaire de tabacologie en maternité = consultation « d'aide à l'arrêt » ou de « conseils ». Si souhaité, donner rdv dès que possible et donner la plaquette et le dossier tabacologie.

Hospitalisation

→ Femmes fumeuses enceintes ou accouchées

1) Mesurer le CO (à reporter sur la page bilan du dossier de tabacologie la mesure du CO et sur le dossier de maternité à la page des toxiques avec la date de la mesure).
2) Proposer une aide par substituts nicotiniques, à la patiente hospitalisée pour soulager le manque et éviter les déplacements (MAP) et la nervosité selon le protocole ci-dessous.
3) Informer l'équipe de tabacologie de la présence de la patiente.
4) Distribuer systématiquement un dossier de tabacologie à la patiente pour qu'elle le remplisse avant que le tabacologue ne passe.

→ Protocole de substitution nicotinique chez la femme enceinte

RÈGLES À RESPECTER :

Ordonnance à prescrire en mentionnant : produit prescrit dans un but thérapeutique en l'absence d'autre alternative.

1) Réévaluer la patiente les jours suivants : augmenter en cas de manque et baisser si surdosage.
2) Ne pas patcher la femme sur 24 heures (sauf exceptions voir avec les tabacologues), retirer le patch la nuit, et avant ou au moment des tétées lors de l'allaitement (selon bénéfices/risques).

- **Consommation < 5 cigarettes :** substituts oraux de 2 mg (gommes ou pastilles).
- **Entre 5 et 10 cigarettes :** 1/2 patch de 21 mg/24 h à retirer la nuit + des gommes ou pastilles.
- **Entre 11 et 15 cigarettes :** patch de 14 mg/24 h à retirer la nuit + gommes ou pastilles.
- **Consommation > 15 cigarettes :** patch de 21 mg/24 h à retirer la nuit + des gommes ou des pastilles.

Signes de surdosages (rares)	Signes de sous-dosages
• Nausées, anorexie • Céphalées • Tachycardie sinusale • Diarrhée • Insomnie	• Manque, envie de fumer • Anxiété, nervosité • Diminution de la satiété • Humeur triste

\Annexe 18

JEAN EBERT

Pédopsychiatre, directeur de l'association Horizons
Contact : direction@horizons.asso.fr

Le Centre Horizons

Le CSAPA Horizons a développé depuis 1989 une mission toute particulière : le soutien des parents ou futurs parents dans leur parcours de soins et dans leur relation avec leur(s) enfant(s) et le soutien de l'enfant dans ce contexte d'addiction de sa mère, et/ou de son père.

Ainsi le Centre Horizons est le seul CSAPA en France à recevoir spécifiquement des femmes enceintes et des jeunes mères dans un contexte d'addiction.

Depuis l'ouverture, l'équipe a ainsi l'expérience de l'accompagnement de près d'un millier de situations de grossesses et a développé un savoir-faire.

Créée le 23 août 1986, l'association Horizons avait pour objet de :

- entreprendre la prise en charge des parents toxicomanes avec leurs jeunes enfants, tant dans un but thérapeutique et de prévention que d'aide à leur réinsertion ;
- participer à une recherche sur les effets de la toxicomanie, sur la maternité et ses conséquences chez l'enfant ;
- créer à cet effet toutes structures d'accueil et de soins qui sont nécessaires.

L'association Horizons est née du constat de l'absence de centres spécialisés de soins aux toxicomanes proposant des prises en charge adaptées aux parents toxicomanes et plus particulièrement aux femmes enceintes, aux mères toxicomanes alors même que la maternité peut être un support fécond à une tentative de responsabilisation et de refus de dépendance à la drogue. Par « prise en charge adaptée », il faut entendre une réponse qui tienne compte de la mère et de l'enfant dans leurs interactions réciproques et non limitée à la dimension toxicomaniaque du parent.

L'association avait également pour objectif d'aller contre les représentations péjoratives de la toxicomanie dans les structures ou institutions des champs sanitaire, social ou de l'enfance, conduisant les parents toxicomanes à craindre l'intrusion des professionnels de ces champs et leur jugement d'emblée négatif sur leur capacité parentale.

Depuis l'ouverture en janvier 1989 du premier établissement géré par l'association, le Centre Horizons, l'histoire de l'association est étroitement liée à celle de cette structure. Certes, des services ont vu le jour sur cette période mais des services liés au Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) dans leurs missions et leur fonctionnement, un service d'appartements thérapeutiques, et un service d'accueil en chambre d'hôtel.

En 2005 est créé un réseau de santé, le Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions (DAPSA), autonomisant quelque peu les fonctions et le projet de l'association d'une part et les établissements et services gérés d'autre part. En effet, le DAPSA est, à compter de 2007 et à la demande des financeurs, géré par une association indépendante du même nom.

Depuis 2012, le Centre Horizons est géré par l'association Estrelia.

Les objectifs

Les objectifs du Centre Horizons se déclinent de la façon suivante :

- Créer les conditions d'un accueil chaleureux et sécurisant ouvert aux femmes enceintes et en particulier aux parents ayant une problématique d'addiction et à leurs enfants ainsi qu'à leur entourage, favorisant l'expression d'une demande d'aide
- Orienter, à partir d'une évaluation médico-psycho-sociale, les patients dont l'indication de prise en charge n'est pas au Centre Horizons
- Mettre en place un accompagnement adapté à la situation des patients parents et futurs parents dans le cadre d'une offre de services coordonnés par une équipe pluridisciplinaire et avec les partenaires extérieurs
- Proposer et soutenir un soin de la dépendance aux produits toxicomanogènes et à l'alcool
- Réduire la souffrance physique, psychique et sociale de chacun et de la famille
- Réduire les dommages liés à la consommation de produits et au mode de vie en particulier pendant la grossesse
- Soutenir le patient dans sa fonction de parent
- Accompagner le patient dans sa démarche d'autonomisation
- Garantir la cohérence interne de la prise en charge et assurer son évaluation continue

La population accueillie

Il s'agit là de présenter la population accueillie au Centre Horizons en la comparant à la population générale accueillie dans les CSAPA sur le territoire national. Ces données se basent pour le Centre Horizons sur les rapports d'activité des années 2004 à 2006 et sur les résultats de l'exploitation des données RECAP du Centre de 2005 et 2006. Pour les données nationales, les sources sont le rapport DGS *« Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004 – exploitation des rapports d'activité-type des CSST », OFDT, 77 p. Décembre 2006* ainsi que les résultats nationaux de l'exploitation des données de l'enquête RECAP de 2005 et 2006.

Descriptif général des patients accueillis

Alors que l'ensemble des CSAPA accueille en moyenne 440 patients par an, le Centre Horizons en accueille 248. Cet écart trouve son origine dans le projet lui-même, c'est-à-dire la prise en charge d'une population spécifique. L'accueil de parents avec leurs enfants, de femmes enceintes entraîne la mise en place de suivis plus intensifs : les parents venant au Centre avec une demande de soins et de projet de vie avec leur(s) enfant(s) s'investissent davantage dans la prise en charge mise en place, les risques d'intervention des services de protection de l'enfance incitant ces parents à s'engager dans le projet de soins. Pour soutenir cette hypothèse, on peut comparer le nombre de patients vus une seule fois, 22 % au niveau national et moins de 11 % pour le Centre Horizons (chiffre en nette diminution depuis 3 ans). La période de la périnatalité, la présence d'un enfant sont très favorables à l'établissement de soins durables. Hors il y a une corrélation significative de résultats favorables en fonction de la temporalité des soins.

Au niveau de la répartition par sexe, la répartition homme/femme est quasiment inversée au Centre Horizons comparativement à l'ensemble des CSST : 25 % de femmes et 75 % d'hommes en général dans les CSAPA contre 75 % de femmes et 25 % d'hommes au Centre Horizons, conséquence directe du projet du Centre.

Au niveau de l'âge, la population accueillie est plus âgée au Centre Horizons que dans l'ensemble des CSAPA avec la moitié de la population accueillie située dans la tranche d'âge 30-39 ans, tranche d'âge correspondant à la période de procréation pour les femmes notamment en Ile-de-France.

La prise en charge

La prise en charge se décompose schématiquement en cinq volets. Le premier concerne l'évaluation médicale, psychologique et sociale qui s'adresse à l'ensemble des personnes s'adressant au Centre, tout usager confronté à une addiction et son entourage. Le second concerne la réduction des risques et l'éducation pour la santé qui s'inscrit dans le travail de l'ensemble des professionnels du Centre, à toutes les étapes de la prise en charge, et de ce fait s'articule également avec le travail réalisé dans les autres pôles. Les autres volets présentés sont : le projet d'accompagnement médical, le projet d'accompagnement psychologique et psychothérapeutique et le projet d'accompagnement social et éducatif. Ce découpage utile à la compréhension du travail réalisé au Centre Horizons recouvre une réalité de prise en charge globale et individualisée pour chaque patient.

Le suivi de grossesse

Concernant les prises en charge des grossesses, 30 à 40 femmes enceintes sont suivies dans le centre annuellement. La poly toxicomanie associée aux pathologies infectieuses (hépatites, sida, etc.), dans un contexte complexe tant au niveau social (prostitution, actes de délinquance, malnutrition, etc.) que psychologique (dépression, solitude, mésestime de soi, etc.), sont autant de facteurs de risque pour l'organisme maternel et pour le bon développement du fœtus. Le passage dans une maternité est pour toutes les femmes enceintes toxicomanes ou alcooliques un passage obligé, parfois le premier contact avec une équipe soignante, d'où l'importance d'une étroite collaboration entre l'équipe médicale et infirmière d'Horizons et le service où ces femmes sont accueillies. Le premier objectif est donc l'inscription de la femme dans un suivi obstétrical si celui-ci n'a pas été débuté. Si la femme est déjà inscrite en maternité, un travail de partenariat est engagé avec le service concerné avec l'accord de la patiente.

L'accompagnement commence donc par le premier rendez-vous à la maternité que l'équipe médicale ou infirmière prend au téléphone avec la patiente. L'accompagnement au premier rendez-vous par un infirmier du Centre permet une première présentation de l'équipe de la maternité. Il faut savoir que la révélation d'une grossesse chez une patiente toxicomane se situe souvent au 3e ou 4e mois, ce qui complique l'inscription en maternité surtout en Ile-de-France. Ces femmes expriment des craintes qui retardent le premier contact avec le milieu hospitalier : peur du rejet, du jugement, de l'incompréhension, «que l'on place leur enfant», peur des réactions à l'annonce de leur problème de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Lorsque la patiente décide une interruption volontaire de grossesse, elle est de la même façon orientée et accompagnée si elle le souhaite vers un service spécialisé.

Le travail sur la parentalité

Tout au long du suivi médical, dès la période de la grossesse, un travail est réalisé avec les patients sur la fonction parentale et la nature des liens entre le(s) parent(s) et son (leurs) enfant(s). Il s'agit d'informer et d'accompagner les parents sur les conséquences physiologiques et psychoaffectives de la consommation de tabac, d'alcool et de drogue pendant la grossesse et les répercussions dans la relation avec son l'enfant. Il s'agit aussi de soutenir les compétences parentales et de les aider dans la découverte des aptitudes de l'enfant. Le professionnel s'informe également des difficultés rencontrées dans le quotidien des interactions avec l'enfant afin de diagnostiquer précocement d'éventuels troubles de la relation. Un travail est également réalisé sur la place subjective de l'enfant dans l'imaginaire du parent afin de lui restituer une place singulière dans une histoire transgénérationnelle souvent complexe et de permettre une différenciation-individuation de l'enfant. La question du père est posée ainsi que sa place auprès de l'enfant, qu'il soit physiquement présent ou absent. Le médecin s'informe également de la mise en place d'un suivi médical de l'enfant. Enfin, il favorise les relations avec le Pôle Enfant.

Les prestations du Pôle hébergement

Le Centre Horizons dispose d'une équipe pluridisciplinaire intervenant dans les chambres d'hôtel et les appartements thérapeutiques du Centre. Ces dispositifs, temporaires, s'adressent aux femmes enceintes, mères, pères ou couples avec de jeunes enfants. Ils visent à proposer à cette population un contexte favorable à la mise en place et à la poursuite de soins d'une part, et au développement de la relation parent-enfant d'autre part. Il s'agit aussi de faire recouvrer aux patients une autonomie à travers la construction ou la poursuite d'un projet individuel et familial.

La prise en charge des adultes et des enfants est formalisée avec l'équipe en lien avec les autres pôles du Centre Horizons et les partenaires extérieurs.

Ces deux dispositifs distincts que sont les prises en charge en hôtel, en appartement thérapeutique ont un dispositif commun : la visite à domicile (VAD). La visite à domicile permet de rencontrer les patients et leur(s) enfant(s) dans leur cadre de vie. La chambre d'hôtel, l'appartement réalisent un cadre d'accompagnement éducatif et soignant très différent de celui d'un bureau de consultation au Centre Horizons. La VAD permet d'ancrer les prises en charge dans le quotidien et le concret. Quand le patient réalise un séjour avec son ou ses enfant(s), les VAD s'orientent sur l'observation de l'interaction mère-enfant et/ou père-enfant. Le(s) parent(s) sont invités par les professionnels à observer et à réfléchir sur ce qu'il(s) met(tent) en place pour répondre aux besoins de leur (son) enfant.

Ces visites sont assurées par une équipe principalement d'éducateurs et de psychologues, encadrée par le responsable de ce pôle. Ces professionnels se rendent régulièrement « à domicile » et accompagnent le groupe familial dans son projet.

Le service d'appartements thérapeutiques

Le service d'appartements thérapeutiques gère 11 appartements thérapeutiques (2 et 3 pièces), avec une extension prévue à 15 appartements.

→ *Les objectifs des appartements thérapeutiques*

- Favoriser la stabilité de la consommation de drogues, leur réduction et leur abstinence.

- Accompagner la famille dans un processus d'autonomisation globale.
- Mettre à disposition des conditions permettant aux parents d'expérimenter une vie quotidienne avec leur(s) enfant(s) et favorisant leur accès aux soins.
- Mettre en place des soins psychosociaux fréquents et réguliers pour les adultes.
- Prévenir et repérer les situations de carence, de négligence et de maltraitance.

La population accueillie en appartement thérapeutique a nécessairement un ou des enfants, l'entrée étant conditionnée par le fait d'avoir au moins un enfant à charge de moins de trois ans.

- Développement psychologique et de troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence contre 7,5 % dans la population du Centre Horizons.

Le service d'hébergement et de soins en chambre d'hôtel

Le service d'hébergement et de soins en chambre d'hôtel a été rapidement créé pour permettre une réponse rapide aux situations de grande vulnérabilité en particulier pour les femmes enceintes pour qui la formule « prendre soin est le commencement du soin »prend tout son sens.

→ *Les objectifs*

- Garantir une présence régulière et un suivi continu psychologique et éducatif en coordination avec les soins du CSAPA.
- Favoriser un engagement des parents dans les soins somatiques et de leur dépendance en définissant avec eux les objectifs du séjour en hôtel.
- Proposer un espace et un temps intermédiaires comme passerelle vers des dispositifs adaptés tant pour les adultes que pour les enfants.
- Soutenir le processus de parentalisation dans un abri hors la rue par une réduction de la précarité.
- Favoriser une prise de confiance des adultes dans leurs capacités parentales.
- Travailler et évaluer les conséquences de leur consommation de drogues dans leur relation à leur(s) enfant(s) en coordination avec le Pôle enfant.
- Accompagner la famille dans la prise en compte des besoins spécifiques de l'enfant et sa reconnaissance en tant que sujet.
- Soutenir les parents dans la recherche de relais et de modalités de protection de leur(s) enfant(s).

L'accueil enfant-parent

Nous avons bien sûr pour objectifs prioritaires de réduire les désordres et les souffrances liées à la consommation de drogues et/ou d'alcool pour les usagers et pour leur entourage, mais également, dans le contexte de la parentalité, de lutter contre la discontinuité des liens affectifs source d'une part de troubles graves du développement des enfants et d'autre part d'une pérennisation des conduites de dépendance des adultes.

Au sein des locaux du CSAPA Horizons, a été créé un Espace d'accueil enfants parents dont la spécificité est de réaliser un travail d'accompagnement, de soutien à la parentalité et d'écoute avec les parents et/ou les enfants par une équipe spécialisée (Éducatrices de jeunes enfants).

C'est un espace d'accueil, de prévention et d'accompagnement psycho-éducatif du parent et de son enfant, un espace de rencontres, de paroles, de jeux et de découvertes entre enfants, parents et professionnels de la petite enfance.

Au sein de l'institution, ce lieu adapté dans sa configuration et son équipement aux enfants de la naissance à 6 ans, ouvert aux regards, vient inscrire dans la réalité la spécificité des besoins de l'enfant et symbolise la place que nous lui attribuons.
Cet accueil vient renforcer le suivi global et permet aux parents de s'affirmer en présence des autres dans leur rôle parental et de petit à petit prendre conscience de leurs capacités parentales.

L'approche spécifique de la parentalité amène l'équipe à soutenir chaque membre de la dyade, ou de la triade qui compose la famille pour que se réalise le projet de vivre, au mieux sans produit, avec leur(s) enfant(s).

L'intervention précoce, la prévention envers ces familles est nécessaire afin d'optimiser les chances de ces parents dans l'exercice de leur fonction sans que le développement de l'enfant n'en soit compromis, tout en évitant une rupture du lien par le placement.

Plusieurs actions sont menées avec l'enfant, avec le parent et autour de la relation parent-enfant.

Le suivi de l'enfant s'inscrit au niveau de la prévention, qu'il s'agisse de prévention sanitaire (satisfactions des besoins primaires, alimentation et sommeil, vaccinations, conseils diététiques et d'hygiène, prévention des accidents domestiques, etc.) ou de prévention au niveau du développement psychoaffectif et psychomoteur de l'enfant (interaction précoce du bébé, question de l'attachement, relation aux parents et interactions avec autrui, niveau d'apprentissage, langage, concentration, capacité à « se poser », à jouer, à se déplacer dans l'espace etc.). Notre travail nous permet d'évaluer la fragilité de la situation familiale dans la limite de la souffrance de l'enfant qui nous engage alors dans une logique de protection de l'enfance.

Le suivi du parent s'inscrit dans un soutien et un travail de « renarcissisation » de l'individu dans sa fonction parentale.
Nous constatons que ces familles toxicomanes, carencées, dans la précarité et l'exclusion, sont l'objet d'humiliations, de violences, souvent dans des sentiments d'impuissance et d'infériorité. Les parents sont toujours surpris que nous puissions reconnaître leurs difficultés sans les en blâmer voire les juger. Nous cherchons à repositionner le parent. Il ne s'agit pas de se substituer à lui, de le déresponsabiliser, au contraire, il s'agit de l'amener à se rendre compte de ses carences et de les travailler ensemble, de lui permettre de développer ses propres outils afin de faire évoluer la situation familiale.
Concernant la relation parent-enfant, la régularité des venues des familles permet d'échanger autour des observations de chacun, sur les attitudes et les interactions enfant-parent vécues à l'extérieur comme à l'intérieur du Centre Horizons.
Ce suivi vise à favoriser les interactions mère-enfant et/ou père-enfant, à consolider et renforcer les liens déjà existants dans ce contexte d'addiction et de précarité globale.

L'équipe d'Accueil enfant-parent s'attache aussi à accompagner les familles dans les démarches de soins pour l'enfant (rencontres avec les PMI, les hôpitaux, consultations spécialisées ophtalmologiste, ORL, dentiste, etc.).

Des temps de rencontres, d'échanges et de synthèses avec les partenaires sur les besoins et la nécessité de l'accueil des enfants suivis à Horizons dans des lieux d'accueil petite enfance (les haltes garderies, les crèches municipales et préventives, les services sociaux de secteur, les techniciens en intervention sociale et familiale, l'Aide sociale à l'enfance, les services d'Aide éducative à domicile et d'Aide éducative en milieu ouvert, les foyers ou pouponnières, la Protection maternelle infantile, les Centres maternels, Centre parental Aire de famille,…) sont organisés régulièrement. Dans l'intérêt de l'enfant, et pour garantir une action pertinente et cohérente auprès de lui, de ses parents et de sa famille, les professionnels du Centre Horizons travaillent dans la complémentarité, organisent les relais entre les différents intervenants et articulent leurs actions, partagent leurs informations dans le respect du secret professionnel, évaluent collégialement les situations avant, pendant et au terme de la mise en œuvre des actions de prévention.

Nous avons pu constater qu'une prise en charge médico-psycho-sociale mais aussi éducative et culturelle du groupe familial dès la grossesse permet de maximiser la qualité et la présence du parent dans la relation à l'enfant, mais aussi dans la relation thérapeutique.
Le cadre d'action, la place et le rôle de chaque intervenant professionnel clarifiés et expliqués, l'usager peut se saisir dans la confiance des propositions de soins et travailler de manière préventive l'arrivée de l'enfant.

L'évaluation proposée au Centre Horizons des nouvelles situations en lien avec les partenaires, si possible, permet de mieux appréhender la venue et l'accueil de l'enfant et donc de travailler en amont l'accueil et le suivi avec le ou les futurs parents.

Annexe 19/

Réseaux - Portails

ADLF – Association des lactariums de France
L'ADLF, fondée le 8 mai 1981 à Paris, à pour but de promouvoir l'allaitement maternel, d'améliorer les conditions de collecte et de distribution ainsi que la qualité du lait humain en France.
www.lactariums-de-france.fr

AMELI SANTÉ – Assurance maladie
Informez-vous sur vos droits et démarches. Accédez à vos services en ligne : consultez vos remboursements, choisissez un professionnel de santé ou un établissement de soins, téléchargez un formulaire...
www.ameli.fr

ARS – Agences régionales de santé
Les champs d'action des Agences régionales de santé sont :

- la prévention et santé publique,
- la veille et sécurité sanitaire,
- l'offre de soins,
- l'accompagnement médico-social.

ANECAMSP – Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce
Impulsée par madame Janine Lévy, alors directrice du Centre d'aide et d'assistance du tout petit, qu'elle avait créé en 1971, l'ANECAMSP fut fondée en septembre 1982.
Cette association avait et a toujours pour objectif d'être un lieu de ressources et de rassembler des personnes de professions diverses, venues de diverses régions pour échanger et partager leurs expériences concernant la petite enfance et améliorer leurs pratiques.
www.anecamsp.org

Association SAF France
Depuis sa création en 2008, l'association SAF France se propose de mettre en œuvre des projets importants, gages d'efficacité des actions à entreprendre mais aussi éléments de reconnaissance et d'identification par les différents acteurs des sociétés savantes et des institutions comme réseau complémentaire et partenaire de professionnels spécialisés.
http://saffrance.fr

CAF – Caisses d'allocations familiales
Depuis soixante ans, les allocations familiales accompagnent les familles dans leur vie quotidienne. Acteur majeur de la solidarité nationale, la branche famille est un réseau piloté par la CNAF – Caisse nationale des allocations familiales, présent sur tout le territoire grâce aux 102 CAF – Caisses d'allocations familiales. Mobilisées au service des allocataires, les CAF prennent en charge les prestations légales et développent une action sociale familiale sur leurs territoires.

CRAT – Centre de référence sur les agents tératogènes
www.lecrat.org

CRMIN – Centre régional de référence mort inattendue du nourrisson
Les Centres régionaux de référence pour la mort subite du nourrisson (CRMSN) sont chargés de l'animation des soins comprenant la prise en charge de l'enfant décédé, l'accueil et le suivi des parents, l'organisation de la recherche et de l'enseignement, la diffusion de l'information sur la MSN.

CRTAP – Centre régional de référence troubles des apprentissages
Les centres référents des troubles des apprentissages sont des lieux d'information, de diagnostic ou de prise en charge des troubles spécifiques du langage sont implantés dans les centres hospitaliers régionaux. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires.

CNRT – Centre national de référence toxoplasmose
Le Centre national de référence toxoplasmose, coordonné par le CHU de Reims, est composé de 4 pôles répartis sur des centres hospitaliers, chaque pôle étant référent pour des missions spécifiques.
http://cnrtoxoplasmose.chu-reims.fr

GEN – Groupe d'études en néonatalogie
Le GEN agit, forme et informe les professionnels de santé sur les problèmes liés à la mortalité et la morbidité de la période périnatale et de la 1ère enfance.
http://sdp.perinat-france.org/SFN/index.html

Guide : maternités, adresses utiles, sociétés savantes…
www.perinat-france.org/portail-grand-public/guide-maternites-adresses-utiles-societes-savantes-16.html

Objectifs :

- Créer, développer et animer une politique d'information et de communication en direction des professionnels et des familles, en tenant compte des orientations proposées par les Commissions régionales de la naissance.
- Donner une information validée, sourcée, actualisée, datée et référente pour et par les professionnels et pour les parents et les familles.
- Travailler en complémentarité avec le médecin traitant par rapport à l'information grand public diffusée sur le site

www.perinat-france.org

INPES – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Acteur de santé publique, il met en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement… En région, trouvez l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps).
www.inpes.sante.fr/default.asp

Maternités – Accouchement
Les maternités type I – II – III

Les 3 types de maternité
Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés.

• Maternité de type I

Elle dispose d'une unité d'obstétrique.
Prise en charge des grossesses normales. Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité.

• Maternité de type II

Elle dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
Prise en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation.
Dans certaines régions, vous trouverez une classification supplémentaire niveau IIa et IIb :

> **Maternité de type IIa**

Elle dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
Prise en charge dans une unité de néonatologie des nouveau-nés pouvant présenter des pathologies d'intensité modérée.

> **Maternité de type IIb**

Elle dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
Elle dispose en plus des lits de néonatologie, des lits de soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée et la prise en charge de pathologies plus lourdes.

• Maternité de type III

Elle dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.
Prise en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés présentant des détresses graves.

ORPHANET – Centre de référence maladies rares
Consultations des centres de référence et des centres de compétences : maladies rares.

Une équipe de professionnels répond à toutes vos questions sur les maladies rares ou orphelines. Cette équipe est composée de médecins et de scientifiques spécialisés dans les maladies rares.

Ils vous apportent une réponse claire, simple et fiable à vos interrogations concernant :

- la compréhension d'une maladie rare ou orpheline,
- les services médicaux spécialisés,
- la rencontre d'autres personnes concernées,
- la recherche,
- la prise en charge sociale et l'aide à la vie quotidienne,
- tout autre sujet que vous souhaitez évoquer.

www.maladiesraresinfo.org
www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR#

Les Plates-formes régionales de l'observation sanitaire et sociale mettent à votre disposition des informations et indicateurs sur l'état de santé de la population régionale et sur ses déterminants

PMI – Protection maternelle et infantile

Les Conseils généraux ont mis en place dans leur département respectif des actions de santé publique :

- consultations médicales gratuites,
- lieux d'accueil et d'information,
- actions collectives.

Réseau CHU de France

Le réseau des CHU vous informe sur toute l'actualité des CHU de France : chiffres-clés, missions, innovations. Nous avons sélectionné les actualités des CHU concernant la grossesse, les nouveau-nés, les enfants...

http://web.reseau-chu.org/accueil.do

Réseau bronchiolite

La bronchiolite

Source : Ameli-santé bronchiolite

Une consultation médicale est toujours indispensable avant toute kinésithérapie.

Votre médecin peut prescrire :

- des médicaments pour lutter contre la fièvre et la douleur, si nécessaire ;
- des séances de kinésithérapie si l'état de votre enfant le nécessite. La kinésithérapie a pour but de désobstruer le nez et les voies respiratoires encombrées par des bouchons muqueux (secrétions épaisses de la muqueuse bronchique qui peuvent obstruer les petites bronches). Après chaque séance, qui peut avoir lieu au cabinet du kinésithérapeute, l'enfant se sent généralement mieux. Le nombre de séances nécessaire dépend de la rapidité de l'amélioration ;
- la bronchiolite étant due à un virus, le traitement antibiotique n'a aucun effet. Les antibiotiques ne sont indiqués qu'en cas de surinfection bactérienne ;
- les médicaments bronchodilatateurs (médicament qui dilate les bronches et les bronchioles) et les mucolytiques (médicaments dont l'action consiste à fluidifier les secrétions bronchiques et faciliter leur élimination) n'ont également aucune utilité dans le traitement de la bronchiolite.

Réseau « DYS »

Dyslexie, dysphasie, dyscalculie, dyspraxie, dysorthographie, troubles de l'attention...

Les centres référents des troubles des apprentissages sont des lieux d'information, de diagnostic ou de prise en charge des troubles spécifiques du langage sont implantés dans les centres hospitaliers régionaux. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires.

Les réseaux de soins « DYS » sont constitués de professionnels libéraux et ont pour mission le diagnostic et la prise en charge des Troubles spécifiques d'apprentissage (TSA) et des Troubles de la communication (TC).

www.ffdys.com

RéPPOP – Réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie

Les réseaux RéPPOP réunissent des professionnels de santé, libéraux, hospitaliers, de santé scolaire et de protection maternelle et infantile autour de la prise en charge et de la prévention de l'obésité pédiatrique.

L'objectif est d'arriver, par la prévention et le dépistage, associés à une prise en charge adaptée, décloisonnée, concertée et multidisciplinaire, à stabiliser dans un premier temps la progression de la prévalence de l'obésité infantile.

A terme, les réseaux REPOP ont l'espoir de faire baisser la prévalence de l'obésité à l'âge adulte.

La Coordination nationale des RéPPOP a pour objectifs de :

- renforcer la politique d'implantation régionale, de mutualisation et d'évaluation des réseaux RéPPOP,
- développer des actions de prévention de l'obésité pédiatrique au niveau régional et national,
- offrir à chacun des réseaux RéPPOP une vision globale des actions en cours et un partage continu d'informations lui permettant une adaptation rapide des pratiques,
- faciliter la lisibilité des actions entreprises tant vis-à-vis des partenaires que du public,
- être au plan national le pôle de référence des réseaux RéPPOP auprès des institutionnels,
- constituer un observatoire national des spécificités régionales de l'épidémie d'obésité chez l'enfant, des pratiques professionnelles, de sa prévention à sa prise en charge, et de l'évaluation de l'impact à moyen terme de ces actions.

Réseau Périnatal

Les réseaux de santé régionaux périnatals

Le réseau de santé périnatal, c'est la mutualisation des compétences et l'harmonisation des collaborations qui permettent une organisation plus performante.

Qu'est-ce qu'un réseau de santé périnatal ?

C'est pour les professionnels une nouvelle façon de coordonner les actions à mener autour de leur patient afin d'optimiser sa prise en charge.

Le réseau ne se substitue pas au suivi exercé par votre praticien.

Le réseau et vous

Dans tous les cas les médecins spécialistes, généralistes, les sages-femmes qui suivent votre grossesse, vous accompagneront au mieux dans votre projet de naissance, pour vous permettre de mettre au monde votre enfant en toute sécurité et sérénité.

Les professionnels adhérents

Les professionnels adhérents à un réseau s'engagent :

- à vous assurer ainsi qu'à votre famille une information complète sur le fonctionnement du réseau,
- à recueillir votre consentement avant toute orientation à l'intérieur de celui-ci.

S'il y a nécessité, ils pourront :

- renforcer la surveillance,
- vous orienter vers d'autres professionnels spécialisés, voire
- proposer une hospitalisation pendant votre grossesse ou pour votre enfant après sa naissance.

Toutes les maternités ne disposant pas des mêmes plateaux techniques :

- **les centres de type I** assurent la prise en charge des grossesses à bas risque et des nouveaux nés sans problème ;
- **les centres de type II** (A et B) assurent la prise en charge de nouveau-nés nécessitant un service de pédiatrie néonatale, avec soins intensifs pour les types IIB ;
- **les centres de types III** ont une réanimation néo-natale, pour les grands prématurés et les enfants nécessitant les soins les plus lourds.

Ainsi, un transfert, soit de la future maman, soit du nouveau-né vers un autre établissement du réseau pourra parfois être indiqué. Pour cela, le réseau en collaboration avec un professionnel régulateur (sage-femme, urgentiste...) en étroite relation avec les médecins SAMU-SMUR de la région, prépare, oriente et organise les transports qui peuvent être terrestres (ambulances) ou aériens (avion ou hélicoptère).

Conscients des problèmes que peuvent représenter ces éloignements, les professionnels sont soucieux de vous rapprocher, vous et ou votre enfant de votre domicile dès que la situation médicale est stabilisée.

SAMU-SMUR – Urgences

Urgence appel au SAMU :

- composez le 15 depuis un téléphone fixe ou le 112 depuis un téléphone mobile ;
- parlez calmement ;
- donnez votre numéro de téléphone, votre nom et celui du malade ;
- indiquez l'adresse exacte (étage, code d'accès...) ;
- décrivez les signes qui vous ont alerté ;
- ne raccrochez pas avant que votre interlocuteur ne vous le demande.

www.samu-de-france.fr

Autres liens utiles

→ SITES FRANÇAIS

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
Site portail proposé par la MILDT proposant des informations sur :

- la loi
- l'action gouvernementale
- les produits psycho-actifs licites et illicites
- la prévention
- l'actualité (agenda des colloques, synthèse de presse quotidienne, les nouvelles parutions…)
- l'information presse destinée aux journalistes

www.drogues.gouv.fr

Direction générale de la santé
www.sante.gouv.fr

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
Organisme public chargé du recueil, de l'analyse et de la synthèse des données relatives aux drogues illicites, à l'alcool, au tabac et aux jeux de hasard et d'argent en France.
www.ofdt.fr

Drogues info service
Adalis, une mission de service public
Addictions drogues alcool info service est un groupement d'intérêt public dépendant du ministère de la Santé et placé sous l'autorité de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Il réunit au sein de son conseil d'administration différents ministères et associations nationales. Il est présidé et financé par l'INPES.
www.drogues-info-service.fr

ANPAA – Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
www.anpaa.asso.fr

ANSM – Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
http://ansm.sante.fr

CEIP – Association des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
www.centres-pharmacodependance.net

Dispositifs d'appui régionaux drogues et dépendances, ex CIRDD

- Alsace : association CIRDD Alsace
  www.cirddalsace.fr
- Aquitaine : CEID – DaAdd
  www.daadd.fr
- Bourgogne et Franche-Comté : SEDAP (ex CIRDD) – DARIDD
  www.addictions-sedap.fr
- Bretagne : AIRDDS (ex CIRDD)
  www.cirdd-bretagne.fr

- Champagne-Ardenne : IREPS Champagne-Ardenne (ex CIRDD)
  www.ireps.champagne-ardenne.fnes.fr
- Haute-Normandie : association CRES-IREPS
  www.cres-rouen.org
- Ile-de-France : CRIPS Ile-de-France (ex CIRDD)
  www.lecrips-idf.net
- Limousin : PRISM (ex CIRDD)
  www.cirddlimousin.fr
- Lorraine : ORSAS – IREPS – CMSA – CDPA
  www.orsas.fr
- Midi-Pyrénées : Graphiti – CIRDD Midi-Pyrénées
  www.graphiti-cirddmp.org
- Nord-Pas-de-Calais : GRSP
  www.santenpdc.org
- Poitou-Charentes : ADDICTEA
  www.cirdd-poitou-chatentes.org
- Provence-Alpes-Côte d'Azur : AMPTA (ex CIRDD) – DADD*
  www.cirdd-paca.org
- Rhône-Alpes : association Jean Bergeret (ex CIRDD)
  www.cirdd-ra.org

CNS – Conseil national du sida
www.cns.sante.fr

CNRS – Centre national de la recherche scientifique
www.cnrs.fr

DAPSA – Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires
www.dapsa.asso.fr

Fédération addiction – Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie
www.federationaddiction.fr

Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
www.ffrsp.fr

FFSU – Forum français pour la sécurité urbaine
www.ffsu.org

GEGA – Groupe d'étude grossesse et addictions

HAS – Haute autorité de santé
www.has-sante.fr

HCSP – Haut comité de la santé publique
www.hcsp.fr

IAC – Institut d'anthropologie clinique
www.i-ac.fr

INHESJ – Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice
www.inhesj.fr

INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques
www.insee.fr

INSERM – Institut national de la santé et de la recherche médicale
www.inserm.fr

INRETS – Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
www.inrets.fr

InVS – Institut de veille sanitaire
www.invs.sante.fr

IPPSA – Institut pour la promotion de la prévention secondaire en addictologie
www.ippsa.fr

IRDES – Institut de recherche et documentation en économie de la santé
www.irdes.fr

Réseau maternité addictions du Bas-Rhin
www.matadic.fr

Sécurité routière – Site dédié du ministère de l'Équipement
www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr

Sécurité routière – Site dédié du Pr. Claude Got, ancien président du collège scientifique de l'OFDT*
www.securite-routiere.org

Autres liens utiles

→ SITES INTERNATIONAUX ET/OU ÉTRANGERS

Site de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)
www.emcdda.europa.eu

Autres organismes sources de données en matière de drogues et de dépendances

CICAD - Commission inter-américaine pour le contrôle de l'abus de drogue – *Washington*
www.cicad.oas.org

Conseil de l'Europe – Groupe Pompidou, coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants – *Strasbourg*
www.coe.int/t/dg3/pompidou/default_fr.asp

Corrélation – Réseau européen sur l'inclusion sociale et la santé
www.correlation-net.org

Elisad – European association of libraries and information services on addictions
www.elisad.eu

Elisad Gateway – Portail européen Elisad sur l'alcool, les drogues et les addictions
(Répertoire de sites Internet européens)
www.addictionsinfo.eu

OMS – Organisation mondiale de la santé – *Genève*
www.who.int/fr/index.html

UNODC – Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime – *Vienne*
www.unodc.org

RESPADD
Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions
96, rue Didot – 75014 Paris
Tél. : 01 40 44 50 26 - Fax : 01 40 44 50 46
contact@respadd.org
Organisme de formation n°117 537 160 75
Siret n°414 419 275 00030

LE RESPADD VOUS PROPOSE UN OUTIL PRATIQUE ET PRAGMATIQUE pour vous aider dans vos missions auprès des femmes que ce soit avant, pendant ou après leur grossesse.

ISSU DE DEUX ANNÉES DE TRAVAIL l'adaptation française de cet ouvrage a bénéficié du soutien du groupe de travail « Femmes et addictions » de la Fédération addiction. Il en ressort un document partagé, humain, riche de contributions de grande qualité illustrant tant la diversité des approches que la diversité des acteurs.

VÉRITABLE BOÎTE À OUTILS grâce aux différentes annexes et fiches de suivi proposées, vous y trouverez des ressources et informations sur tous les aspects de l'accompagnement de la femme en situation de grossesse : médicaux, environnementaux, sociaux, psychologiques, législatifs, etc.

DESTINÉ À ÊTRE DIFFUSÉ GRATUITEMENT, il trouvera sa place auprès de tous les professionnels des champs de l'addictologie, de l'aide sociale à l'enfance, de la protection maternelle et infantile et de tous les autres acteurs travaillant aux côtés des femmes.

La traduction en français de « Guide to problem substance use during pregnancy » a été rendu possible grâce à l'autorisation gracieuse de Drugscope.

ISBN : 978-2-7466-6113-4