



HAL
open science

Héroïnomanie et grossesse: la mère, l'enfant et le personnel soignant

Sandra Paquis

► **To cite this version:**

Sandra Paquis. Héroïnomanie et grossesse: la mère, l'enfant et le personnel soignant. Médecine humaine et pathologie. 2000. hal-01897736

HAL Id: hal-01897736

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01897736>

Submitted on 17 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

143 825

ECOLE DE SAGES-FEMMES ALBERT FRUHINSHOLZ

NANCY



HEROÏNOMANIE ET GROSSESSE :

La Mère, l' Enfant et le Personnel Soignant

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 162910 1

Mémoire présenté et soutenu par :

SANDRA PAQUIS

Promotion 2000

ECOLE DE SAGES-FEMMES ALBERT FRUHINSHOLZ

NANCY

HEROÏNOMANIE ET GROSSESSE :

La Mère, l' Enfant et le Personnel Soignant

Mémoire présenté et soutenu par :

SANDRA PAQUIS

Promotion 2000

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu **l'ensemble du personnel des services de néonatalogie et des suites de couches** pour avoir répondu au questionnaire avec autant de ferveur et d'intérêt. Je n'ai pas la prétention d'avoir réalisé un guide de « bonnes pratiques » et j'espère que les propos tenus dans ce mémoire ne blesseront personne. Merci à toutes.

Je remercie **Madame PERRIN**, guidante patiente, tolérante et respectueuse de mon travail et de mes choix.

Je remercie **Karine**, amie d'enfance et de toujours, et sa maman, **Chantal**, pour leur patience et leur dévouement dans la réalisation de ce mémoire, sans oublier **Fabienne**, actrice de dernière minute.

Je remercie toutes les personnes comme **Fabienne TENENBAUM**, **Claire HUBERT**, **infirmiers et psychologues de l'UFATT**, **Marie-Hélène POIROT** pour leur aide.

Je remercie Madame **BONNEAUX** et Madame **ANTOINE** de m'avoir aidée dans la réalisation de mon questionnaire et d'avoir accepté ma présence au sein de leur service.

Et merci à vous, **Papa, Maman, Christophe** et ma **Camille**.

ERRATUM

PAGE 6 : lire "L'enfant **sous** terreur" au lieu de "L'enfant *sans* terreur".

PAGE 20: lire "...registre du **pseudo-besoin** ..." au lieu de "...registre du *besoin*".

PREFACE

“ [...] il ouvre la bouche pour respirer et hurle jusqu’à ce que le bruit emplisse son crâne, qu’il soit prêt à éclater. Il crie jusqu’à ce que la poitrine lui fasse mal, que sa gorge soit en feu. Il ne peut plus supporter la douleur.[...] Rien n’y fait. C’est insupportable. Il remue les mains et gigote. Il s’arrête, capable de souffrir mais incapable de penser, incapable d’espérer. [...] ”

J. Liedloff, *The Continuum concept*, 1977

extrait de Alice Miller, *L’enfant sans terreur. L’ignorance de l’adulte et son prix*, Aubier, 1986, Paris, p. 59, (377 p.)

J’ai lu ces quelques lignes plusieurs mois après avoir rencontré un petit bonhomme d’à peine quarante huit heures de vie qui se débattait dans son incubateur contre un mal invisible et pourtant si présent. Je me suis alors remémorée le sentiment d’impuissance devant cette souffrance qui m’avait bouleversée, car même en le prenant dans mes bras, ce petit être ne pouvait être ni calmé, ni rassuré. J’aurais aimé savoir à cet instant comment le soulager ou plutôt comment me soulager du malaise et de la peine qu’il m’inspirait. de plus, je savais que sa maman était sous traitement substitutif et je n’ai pu m’empêcher de lui “ coller une étiquette ” de toxicomane sur le dos. Il est très facile de juger et de classer les gens sans vouloir approfondir les raisons de leurs actes et forcément, à la douleur physique que vivait cet enfant, j’y ai ajouté la douleur morale d’une mère cataloguée indigne. Je n’irais pas jusqu’à prétendre que j’ai honte aujourd’hui d’avoir pensé cela. Je dirais plutôt que c’était une façon de masquer mon impuissance et mon incapacité à gérer une telle situation.

INTRODUCTION

La toxicomanie est un phénomène universel, et de toutes les époques. Cependant, ce n'est qu'au XXème siècle que l'opium est apparu en Occident. Et il reste le produit le plus utilisé jusqu'à ce jour, après le cannabis.

Même si l'incidence de la drogue sur la population générale reste faible, la toxicomanie est un sujet de préoccupation croissante en matière de santé, mais aussi d'interrogation pour le grand public. L'image du tabac ou de l'alcool s'associe encore au plaisir et à la convivialité ; celle de la drogue telle que l'héroïne n'inspire que déchéance et violence.

C'est depuis les années 70 que le retentissement des opiacés sur la grossesse suscite un réel intérêt. La description des mécanismes et des conséquences de la toxicomanie sur la population générale permettent d'appréhender plus facilement ceux sur la grossesse, la femme et son enfant. Mais ce comportement d'addiction gêne-t-il pas le soignant comme l'est le grand public ? Etre confronté à cette réalité, ses conséquences, surtout lorsqu'un enfant est pris à partie, n'est-ce pas parfois difficile à gérer ? La prise en charge d'une mère toxicomane et de son enfant est-elle particulière ?

C'est pour apporter une réponse à ces interrogations que j'ai constitué ce mémoire : je rappellerai d'abord les principes généraux liés à la toxicomanie et son incidence sur la grossesse, la maternité et l'enfant, avant de présenter l'enquête que j'ai réalisée au sein de la Maternité Régionale de Nancy, enquête qui avait pour but de faire apparaître les réactions du personnel soignant face à la toxicomanie et à ses conséquences sur la mère et sur l'enfant.

CHAPITRE I
Toxicomanie

I. Définitions

1. Toxicomanie

Un comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a défini en 1969 la toxicomanie comme étant une **pharmacodépendance**.

En 1993, dans son vingt-huitième rapport, l'O.M.S. a adapté sa définition à l'opinion moderne qui veut que tous les effets de drogues sur l'individu sont potentiellement compréhensibles en biologie. La pharmacodépendance se caractérise alors par :

“ un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable, dans lesquels l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire. Les caractéristiques essentielles sont le désir de se procurer et de prendre la substance en cause et sa recherche permanente. Les facteurs déterminants de la pharmacodépendance et les problèmes qui en découlent peuvent être biologiques, psychologiques ou sociaux et comportent habituellement une interaction. ”

Cette seconde définition intègre mieux les dimensions affectives, émotionnelles ou sociales de la dépendance et recadre l'individu dans son environnement. A ceci, l'O.M.S. ajoute un corollaire précisant les notions de **dépendance** et de **tolérance**.

2. Dépendances

1) Dépendance psychique

C'est une condition par laquelle la drogue produit un sentiment de satisfaction et une impulsion psychique qui exige une administration périodique ou continue de la drogue pour produire un plaisir ou éviter un état dépressif. Certains auteurs la nomment **accoutumance**.

2) Dépendance physique

C'est un état d'adaptation qui se manifeste par des troubles intenses quand l'administration de la drogue est suspendue. Les troubles du syndrome d'abstinence (le **manque**) sont de nature psychique ou physique, donnant les effets inverses de ceux développés initialement par la drogue.

3. Tolérance

C'est un processus d'adaptation de l'organisme à une substance qui se traduit par un affaiblissement progressif des effets de celle-ci d'où la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets. Le terme de toxicomanie recouvre des états très différents et la

distinction doit être faite entre les conduites toxicophiliques (abus occasionnel sans dépendance) et les toxicomanies “ vraies ” avec pharmacodépendance marquée.

II. Classification

1. Pharmacologie

Selon DELAY et DENIKER (1957), il existe trois groupes de psychotropes utilisés ou non comme drogue au sens toxicomaniaque.

- ◆ Psycholeptiques ou sédatifs : diminution des activités physiques et mentales. Ils comprennent les hypnotiques (barbituriques), les neuroleptiques et les tranquillisants.
- ◆ Psychoanaleptiques ou stimulants : excitation des activités physiques et mentales. Ils comprennent les stimulants de la vigilance (amphétamines), les stimulants de l'humeur (antidépresseurs ou thymoanaleptiques) et les psychotoniques (caféine, théine).
- ◆ Psychodysléptiques ou perturbateurs : déformation des perceptions et modifications des fonctions mentales. Ils comprennent les hallucinogènes (LSD), les stupéfiants (anciennement appelé tableau B) et les enivrants.

2. Juridique

En France, trois catégories de drogues se différencient par leur caractère légal ou non.

- ◆ Substances licites vendues sous contrôle de l'Etat (tabac/alcool)
- ◆ Substances licites délivrées sur prescription médicale et détournées de leur usage thérapeutique : tranquillisants, barbituriques, amphétamines...
- ◆ Substances illicites appelées stupéfiants dont la liste est établie par commission interministérielle : cannabis, héroïne, dérivés opiacés, cocaïne et stimulants psychiques.

III. Tentative de maîtrise de l'usage des drogues

Au début du XX^{ème} siècle, l'échec des premières tentatives de contrôle par le biais médical explique en partie l'apparition de législation qui tenteront sur le plan national et international de maîtriser la diffusion des produits.

En France, l'apparition d'un tableau de stupéfiants date du décret du 14 septembre 1916. La loi correspondante du 12 juillet de la même année concerne l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne. Entre les deux guerres mondiales, dans les pays occidentaux concernés, les tentatives de maîtrise du phénomène vont s'exercer sur trois plans :

- ◆ Les législations nationales et internationales vont se mettre en place.
- ◆ L'usage médical sera réglementé pour les substances classées.
- ◆ Des classifications diverses des psychotropes, des usages et des usagers vont être élaborés.

Un certain nombre élargi de nations adhère à la convention internationale de 1960, dite convention unique sur les stupéfiants, qui tente de réglementer la production et les échanges des stupéfiants classés en quatre tableaux.

En France, la promulgation de la loi du 31 décembre 1970 a pour objectifs :

- ◆ Réprimer sévèrement le trafic.
 - ◆ Poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage.
 - ◆ Assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.
- Elle a donc pour principale innovation d'associer l'action médico-sociale à la répression. Elle essaie de différencier les intoxiqués qui sont considérés comme des malades, des trafiquants qui relèvent de la justice. Mais cette distinction est souvent difficile.

IV. Produits opiacés

Le groupe des opiacés comprend l'opium et ses dérivés, les analgésiques de synthèse et les antitussifs qui ont en commun des propriétés morphinomimétiques.

1. L'opium

L'origine de son usage remonte à trois mille ans, voire plus, avant Jésus-Christ, dans les plaines de Mésopotamie (tablettes sumériennes de Nippur). Des représentations du pavot blanc sont retrouvées sur de nombreux objets du bassin méditerranéen datant de l'antiquité. C'est au VI^{ème} siècle après Jésus-Christ que les arabes introduisent l'opium en Inde et en Perse.

Ce sont les croisés au XIII^{ème} siècle qui ramèneront l'opium en Europe.

Au XVII^{ème}, un médecin anglais, Thomas de SYDENHAM, met au point le célèbre 'Laudanum' qui jouera un rôle non négligeable pour les romantiques opiophiles du XIX^{ème} siècle.

Au XIX^{ème} siècle, la Chine va tenter de se défaire de l'emprise économique de l'Angleterre avec les "guerres de l'opium" (trois au total). Mais la Chine est défaite à chaque fois et devient alors le plus gros producteur mondial d'opium au début du XX^{ème} siècle. Parallèlement, l'opiophilie se développe en Angleterre. En 1837, l'élixir parégorique apparaît pour traiter l'asthme puis les diarrhées.

En France, c'est BAUDELAIRE, traducteur d'Edgar POE qui va permettre la transition avec l'opium romantique. Les textes sur ses expériences toxicomaniaques sont rassemblés en 1869 dans les *Paradis Artificiels*. Au début du XX^{ème} siècle, toute la littérature tournera autour de ces thèmes. A cette époque, seul le monde artistique est vraiment concerné en France. Les conquêtes coloniales françaises de l'Asie du sud-est font revenir l'opium sur le devant de la scène et de nombreuses fumeries sont ouvertes dans la plupart des grands ports français. Elles ne disparaîtront qu'à l'apparition de lois interdisant l'importation d'opium.

De nos jours, son usage se poursuit en Orient. En Occident, sa consommation est devenue anecdotique. C'est pour cela que je n'en développerai pas les caractéristiques pharmacologiques. Il est pourtant intéressant de noter qu'il est utilisé mais aussi détourné sous sa forme thérapeutique qu'est l'élixir Parégorique.

2. La morphine

Son nom vient de MORPHEE, Dieu grec des songes, fils de la Nuit et du Sommeil. C'est le principal alcaloïde de l'opium, et sa découverte se situerait vers 1803-1808 par DEROSME, Charles SEGUIN (armée de Napoléon) ou Friedrich de SERTURNEN (Allemagne).

Son visage ne prend dimension que suite à l'invention de la seringue par Charles Gabriel PRAVAZ (chirurgien Lyonnais) à la fin de la première moitié du XX^{ème} siècle. D'abord utilisé comme antalgique mais aussi pour lutter contre la fatigue et la dépression lors des guerres de Crimée et de Sécession, l'utilisation abusive de la morphine va s'étendre rapidement. A partir de 1880, la mode est à son apogée et touche alors non seulement le milieu médical mais aussi les milieux bourgeois et littéraire. Dès 1870, les abus et les syndromes de sevrage sont décrits. De 1880 à 1890, les premières cures de sevrage apparaissent avec l'apparition du premier traitement de substitution grâce à l'invention de l'*héroïne*.

La morphine présente des effets analgésiques largement utilisés en médecine, déprime la fonction respiratoire et déclenche des nausées et des vomissements. Son effet dure environ six heures. Elle s'injecte en IM ou en IV. De nombreux dérivés de synthèse sont employés en médecine (Eubine, Palfium, Fortal, Méthadone, Temgésic...). Ces derniers intoxiquent également rapidement et ne sont délivrés que sur carnet à souche. Sont utilisés aussi des antitussifs à base de codéine (Néocodion) et des sirops (Laudanum).

La rapidité et l'intensité des effets cliniques de la morphine sont moindres que pour l'héroïne.

3. L'héroïne.

Produit de la diacétylation de la morphine, elle a été créée par C.R. WRIGHT en Angleterre en 1874. Son action analgésique est mise en évidence en 1890. Elle est décrite comme une médication "énergique" (*héroïsch* en allemand, d'où son nom français). D'abord utilisée pour traiter la tuberculose, elle est très rapidement utilisée pour guérir les morphinomanes. En fait, le plus puissant des produits dits toxicomanogènes commence sa carrière. Il ne sera retiré de la pharmacopée française qu'en 1970 mais son usage médical n'existait plus depuis longtemps. Il faut attendre les années 60 aux USA et 70 en France pour que l'héroïnomanie intraveineuse des gens jeunes prenne, à partir du marché illicite, l'ampleur qu'on lui connaît.

1) Epidémiologie

Il n'existe pas de recensement d'une population toxicomane à proprement parlé, ces sujets étant par définition en situation illégale. Leur étude se fonde donc sur des faisceaux d'enquêtes organisées à partir de lieux d'accueil, de centres spécialisés et d'antennes de prisons. Ceci permet de donner des éclairages différents et complémentaires. Plusieurs indicateurs fournis par les Ministères de la Santé ou de l'Intérieur et par d'autres recherches *ad hoc* auprès de populations particulières vont permettre un suivi statistique.

Selon l'O.F.D.T. (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), en 1999, le nombre d'usagers d'opiacés dits "à problèmes" est estimé entre 146000 et 172000 individus environ. L'âge moyen de ce type de consommateur se situe entre 28 et 30 ans, et est en majorité de sexe masculin (soit, en 1998, 91% des usagers interpellés, dont 85% pour usage d'héroïne). La population fréquentant le système sanitaire et social est un peu plus féminine avec 23 % des recours en 1997.

Ces différences de répartition entre hommes et femmes pour les deux types d'institution s'expliquent probablement par le biais de sélection propre à chaque catégorie d'institution. Les services de police ont sans doute plus tendance à interpellier les hommes, et les femmes sont peut-être moins réticentes à consulter les institutions sanitaires.

Ces chiffres ne concernent que les usagers dits « à problèmes ». Ils sous-estiment donc le nombre réel de consommateurs d'héroïne.

2) Pharmacologie

Pharmacocinétique

La résorption est aussi bonne par voie orale que par voie parentérale. Mais elle est plus rapide par voie injectable. Par voie orale, l'effet est moindre car soumis à un important effet de premier

passage hépatique. L'héroïne passe rapidement la barrière hématoencéphalique et dans le cerveau, elle est déacétylée en monoacétylmorphine (MAM) puis en morphine. L'héroïne est essentiellement éliminée par voie urinaire sous forme de diacétylmorphine libre ou morphine conjuguée.

Pharmacodynamique

- ◆ Effet analgésique : à dose équivalente, l'héroïne serait deux fois plus puissante que la morphine.
- ◆ Effet dysphorique : il ne semble pas exister de différence entre héroïne et morphine en cas d'administration orale ou IM. En revanche, les effets dysphoriques après injection intraveineuse en bolus d'héroïne semblent être plus intenses et plus précoces qu'avec la morphine. Cette différence pourrait être le fait d'une meilleure diffusion cérébrale de l'héroïne.
- ◆ Effet toxicomanogène : il semblerait que la tolérance ainsi que la dépendance physique ou psychique, soit plus rapide pour l'héroïne que pour la morphine. Mais à dose équianalgésique, le pouvoir toxicomanogène serait le même.

3) Présentation

Il existe différentes variétés d'héroïne vendues sur le marché, je n'en citerai que deux :

- ◆ L'héroïne blanche : elle n'est jamais vendue pure, mais coupée avec du lactose, de l'aspirine, du bicarbonate, du mannitol, voire de la strychnine (3 à 7% d'héroïne).
- ◆ Le *brown sugar* qui est une variété d'Asie contenant 30% d'héroïne associée à de la caféine.

4) Utilisation

- ◆ Voie intraveineuse (*shoot*) : la plus utilisée. L'effet dure trois heures.
- ◆ Inhalation (*sniff*) : l'effet est aussi rapide, mais les quantités nécessaires sont plus grandes.

5) Effets

L'injection en intraveineuse réalise le *flash* qui est une réaction brutale, intense et brève de plaisir, de chaleur et d'euphorie, associée à des modifications physiologiques telles que le réchauffement cutané, un prurit, une bradycardie, une hypotension, une hyperglycémie, un myosis, un état de veille (interrompu par des absences), de la somnolence, une dépression respiratoire et un ralentissement du transit intestinal. Puis s'installe une phase de bien-être avec un ralentissement idéomoteur et une prise de distance avec la réalité, le sujet régressant dans un " cocon douillet ", appelé par les toxicomanes " la planète ". chez les sujets non accoutumés, on

observe des réactions paradoxales avec crises de panique, anxiété, hallucination, nausées, vomissement, douleurs épigastriques.

V. La dépendance, l'état de manque

La dépendance est physique et psychique, intense, d'installation plus ou moins rapide. Parfois, elle existe dès la première injection sur le plan psychique. Mais en moyenne, elle survient entre cinq et dix administrations. La dépendance est variable et fonction du mode d'administration, de la fréquence de l'usage, de la dose et de la régularité des administrations. La dépendance physique s'objective dans le syndrome d'abstinence ou état de manque.

1. Physiopathologie de l'état de manque aux opiacés

Elle est fondée sur l'existence de récepteurs cérébraux spécifiques aux opiacés et la présence d'interneurones enképhalinerigiques sécrétant des enképhalines et des endorphines. Lorsque l'enképhaline ou l'endorphine (libérée par l'interneurone), ou autre morphinique (cette fois exogène) se fixe sur des récepteurs spécifiques présynaptiques du système noradrénergique, il inhibe la sécrétion de noradrénaline

En cas de prise chronique de morphine, celle-ci remplace les endorphines naturelles et inhibe la transmission noradrénergique de manière prolongée. Il se développe alors une hypersensibilité avec une augmentation du nombre de récepteurs post synaptiques du fait de la diminution de la noradrénaline dans l'espace synaptique

Au moment du sevrage, le déficit brutal de morphine va entraîner une reprise normale de la libération de noradrénaline dans la synapse mais les récepteurs post synaptiques conservant leur hypersensibilité produisent une réponse hyper adrénergique : c'est l'état de manque.

2. Signes cliniques

La clinique de l'état de manque aux opiacés est relativement stéréotypée et s'installe environ 6 à 8 heures après l'arrêt brusque de la prise d'héroïne. l'hyperactivité noradrénergique explique certains signes.

Apparaissent successivement, dans les premières heures, bâillements, rhinorées, sueurs, larmolements, puis, dans les 12 heures, agitation, sensation de froid intense, horripilation, hypersudation, mydriase, douleurs musculaires et osseuses sur fond d'anxiété et d'insomnie.

Les symptômes s'aggravent puis apparaissent, dans les 18 à 24 heures, des troubles cardio-vasculaires (tachycardie, HTA) et des nausées.

Le tableau est à son apogée au bout de 24 à 36 heures, avec diarrhées et parfois vomissements, fièvre, confusion. Le tout s'estompe au bout de quatre à cinq jours, mais laisse souvent persister insomnie, irritabilité, dépression pendant plusieurs semaines. Dans les formes sévères, surviennent des crises convulsives, un état délirant, une déshydratation. Cet état de manque peut se prolonger de huit à dix heures.

A côté de ce syndrome, des accidents médicaux sont fréquents.

VI. Accidents médicaux

Les accidents médicaux sont nombreux et sont dus au produit lui-même, à son mode d'utilisation, ou au mode de vie de l'utilisateur. Je ne ferai donc que les citer, sachant que la liste n'est pas exhaustive.

- ◆ Le surdosage peut être de forme mineure, aiguë, voire foudroyante, entraînant le décès de l'utilisateur dans le cas extrême.
- ◆ Les infections sont nombreuses par leur localisation. Elles peuvent être cutanées, cardiovasculaires (endocardite, thrombophlébite), nerveuses, oculaires, ostéoarticulaires, pleuropulmonaires (pneumopathie d'inhalation), urogénitale (MST) ou généralisée (septicémie, SIDA).
- ◆ La fonction rénale peut être atteinte ainsi que les fonctions hépatique (hépatite) et digestive (constipation, affection bucco-dentaire).
- ◆ La fonction endocrinienne est altérée, entraînant une baisse de la libido et des aménorrhées fréquentes.
- ◆ Au niveau psychiatrique, la prise de drogue peut conduire à un syndrome confusionnel ou à un syndrome amotivationnel. Un syndrome dépressif, une conduite suicidaire, des crises d'angoisse, l'anxiété, les troubles du sommeil peuvent être secondaires à la toxicomanie, mais généralement, il préexiste et participe en partie à la prise de drogue.

VII. Le sujet et son environnement

“ La toxicomanie est issue de la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel ” (Docteur OLIEVENSTEIN)

Après avoir été une démarche visionnaire, d'aventuriers, puis une démarche contestataire et provocatrice, l'usage de drogue semble aujourd'hui plutôt une conduite de fuite

devant la réalité du monde et la dépression de chacun. Dans la panoplie de drogues utilisées pour masquer son mal à être, une tient toujours la première place, l'héroïne.

Il n'existe pas une personnalité toxicomane à proprement parler. Chaque individu possède sa propre histoire, sa propre façon de la vivre et de l'interpréter, sa propre structure de personnalité. Je vais pourtant donner quelques exemples à partir de personnalités pathologiques, puis sur un plan plus large, j'aborde deux approches psychanalytiques qui tentent d'expliquer cette conduite toxicomaniaque.

1. Personnalité psychotique

L'angoisse fondamentale des personnes structurées selon la voie psychotique est l'angoisse de morcellement. L'angoisse dissociative, les difficultés d'adaptation à la réalité et de relation avec autrui, l'ambivalence douloureuse de l'affectivité, les sentiments de transformation corporelle, le vécu d'étrangeté, trouvent dans la drogue un apaisement certain mais illusoire, notamment avec les opiacés. Les toxicomanes psychotiques sont peu nombreux et la psychose préexiste le plus souvent à la toxicomanie. Chez eux, la drogue n'est pas consommée pour le plaisir mais pour atténuer un déplaisir, voire une souffrance.

2. Personnalité psychopathique

Elle est fréquemment rencontrée en toxicomanie car tout prédispose les psychopathes à la pharmacodépendance (instabilité, impulsivité, labilité émotionnelle et thymique, refus de l'interdit, penchant pour la marginalisation et la transgression, immaturité) avec souvent d'autres troubles du comportement de type délinquantiel et pervers. Il s'agit en général de polytoxicomanies associant héroïne, cocaïne, cannabis, opiacés de substitution ou dérivés, benzodiazépines, alcool.

3. Personnalité névrotique

L'angoisse fondamentale des personnes structurées selon la voie névrotiques est l'angoisse de castration et se rencontre de plus en plus fréquemment dans les toxicomanies actuelles, mais où les drogues dures sont moins fréquentes. C'est surtout une pharmacodépendance aux psychotropes, cannabis, ou une dépendance au thérapeute.

4. Personnalités Border Line ou état limite

C'est un concept développé par BERGERET. Pour lui, beaucoup de toxicomanes auraient une personnalité limite. L'angoisse fondamentale des états limites est l'angoisse de dépression liée à celle de perte d'objet. L'état limite lutte contre une angoisse de dépression qui

survient dès qu'il imagine que son objet anaclitique¹ avec lequel il entretient une relation de dépendance, risque de lui faire défaut. La persistance chez l'adulte de cette angoisse de perte d'objet trouve son origine dans un traumatisme désorganisateur précoce vécu par l'enfant pendant la période anaclitique². Ce traumatisme précoce fragilise le sujet et l'angoisse de perte d'objet apparaît et peut aboutir à la dépression lors de traumatismes désorganisateurs tardifs (perte d'objets réels comme décès, rupture, chômage ou événement plus anodin). L'état limite va dépenser une énergie psychique considérable et constante (par mise en œuvre des mécanismes de défense du moi) pour se protéger contre l'angoisse de perte d'objet et de ses conséquences. Lorsque ses mécanismes de défense sont dépassés, prévoyant la perte de son objet anaclitique, l'état limite va pouvoir déplacer l'investissement de cet objet vers un autre objet dont la qualité primordiale est qu'il ne puisse pas être perdu. Dans cette optique la drogue, notamment l'héroïne, peut fournir cet objet.

5. Le manque à être

Pour F. TENENBAUM, psychologue et psychothérapeute à la Maternité Régionale de Nancy depuis plusieurs mois, après plusieurs années passées à l'UFATT (Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes), la toxicomanie est un processus dans lequel les parents sont autant impliqués que leur progéniture. Il n'y a évidemment pas d'enfance spécifique de celui qui développera plus tard une dépendance toxicomaniaque. Mais il existe une certaine continuité entre le mode relationnel dans l'enfance et le recours ultérieur à la toxicomanie. Tout est dans la gestion psychique plus ou moins suffisante des différents événements rencontrés. Son travail s'inspire beaucoup de la théorie du "manque à être" de LACAN.

Dès la naissance, chacun de nous devient un être manquant. Ce manque, nous n'allons pas cesser de chercher à le combler par des substituts plus ou moins décevants, sans jamais réussir réellement, et ceci va permettre la mise en place du désir. Le désir va alors masquer le manque, le manque à être. Cette mise en place du désir remonte à notre petite enfance. La mère (ou celle qui en tiendra lieu) cherche également à combler son enfant, voire à être comblée par lui. Elle veille à ce qu'il ne "manque de rien". Mais heureusement, elle échouera dans cette tâche. En ne satisfaisant pas complètement l'enfant (absence/attente/frustration), la mère permet la mise en place chez l'enfant du désir. Mais elle n'est pas la seule actrice dans l'élaboration de la personnalité de l'enfant ; le père a une place importante de par sa fonction, sa représentation

¹ Objet anaclitique : objet extérieur dont la possession est recherchée comme gratification. Pour Bergeret, l'objet "parents" constitue pour l'enfant entre 18 mois et trois à quatre ans, ce qu'il appelle objet anaclitique.

² Période anaclitique : période de l'enfance (18 mois à trois à quatre ans) pendant laquelle l'angoisse type réside dans la peur de perdre "l'objet vital". Normalement, l'angoisse ne perdure pas car le concept "d'objet vital" est détruit par la suite dans le cheminement de la structuration de la personnalité.

(filiation/loi), et sa présence, qui va accaparer la mère en ne laissant pas s'installer une relation fusionnelle entre elle et l'enfant. Par cela, il permet à l'enfant de devenir indépendant et sujet. Les problèmes de structuration de la personnalité apparaissent quand le lien mère-enfant est trop fort ou trop faible (voire inexistant) et/ou si le père (absent physiquement ou moralement) ne remplit pas sa fonction de séparateur.

Généralement, la conduite toxicomaniaque s'enclenche à l'adolescence. C'est face aux nouvelles données de cette période (physiologique, sociale et psychologique) que le recours à la toxicomanie peut avoir lieu. C'est une façon de court-circuiter tout travail d'élaboration psychique. L'évolution personnelle du futur toxicomane ne l'aurait pas préparé à aborder la " crise de l'adolescence " de façon satisfaisante. Si le travail d'aménagement psychique ne peut être mené à bien, cela pourra se traduire directement sur un plan psychique (dépression) ou indirectement sur un plan somatique (migraine, maux de ventre) ou comportemental comme les passages à l'acte (fugue, tentative de suicide, conduite de prise de risque comme la toxicomanie).

La toxicomanie peut donc être comprise comme l'indicateur d'une relation de dépendance à l'autre qui n'a pas trouvé d'issue. Le toxicomane est un être qui n'arrive pas à être autonome psychologiquement. Il n'arrive pas à être sujet car n'arrive pas à défusionner. Comme il reste dépendant psychologiquement, il ne peut alors être en manque. Par cela, le manque inexistant n'a pu être élaboré en désir. Il se crée alors un manque pour chercher à éprouver le désir. Mais ce manque artificiel issu de la drogue est physiologique et est parfaitement comblable. Le toxicomane entre alors dans le registre du besoin³ et non dans le registre du désir. De ce fait, la drogue n'est qu'un leurre. Le toxicomane reste un " handicapé " du désir par son " manque du manque ".

Comme vous pouvez le constater, il n'existe pas une personnalité toxicomaniaque. Ces quelques personnalités pathologiques et ces explications de l'origine de la conduite toxicomaniaque peuvent aider à comprendre en partie les systèmes inconscients de ces personnes.

Il ne faut pas pour autant oublier que l'individu se place dans un environnement. La société est là avec ses règles, ses croyances, ses jugements de valeur et ses injustices. Se droguer peut apporter une fonction sociale, le sentiment d'appartenir à un groupe, d'exister. " Il vaut mieux être toxicomane que rien " sont des propos recueillis auprès d'usagers.

³ Un besoin est vital. Il entraîne la mort s'il n'est pas comblé. Or, on ne meurt pas d'un manque de drogue, d'où la notion de pseudo besoin.

La drogue est alors une façon de lutter contre la douleur de vivre. Elle apparaît au début comme une formidable solution : elle efface les angoisses et semble combler tous les vides de l'existence. Mais elle n'est que le symptôme d'une souffrance.

Le toxicomane croyait souffrir moins et il découvre qu'il souffre plus et davantage chaque jour : il faut sans cesse augmenter les doses, trouver plus d'argent par tous les moyens. Il plonge alors dans ce que les spécialistes appellent " la délinquance d'obligation ". Et pour sortir de cet engrenage infernal qui dure souvent des années, il faut du temps et du courage.

CHAPITRE II

Héroïnomanie et Maternité

Après avoir posé le problème de la toxicomanie sur la population générale, je vais maintenant m'intéresser à la femme enceinte, à la mère et à son enfant.

I. Epidémiologie

Le nombre de femmes enceintes toxicomanes est très difficilement appréciable. Seulement quelques études en France sur les caractéristiques socio-démographiques et toxicologiques de ces femmes ont été réalisées, notamment l'étude de C. Lejeune, entre 1988 et 1993 sur le devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mères toxicomanes, suivis en néonatalogie à l'hôpital L. Mourier et au centre hospitalier de Neuilly sur Seine, et l'enquête de l'INSERM depuis 1986 dans les centres spécialisés et depuis 1989 dans le milieu carcéral.

Ces deux études permettent de dégager quelques repères épidémiologiques.

Au niveau démographiques, les femmes sont relativement jeunes, en âge de procréer. La majorité est d'origine ethnique française ; plus de la moitié est célibataire, mais une proportion importante est déjà parents. L'entourage familial, notamment chez les femmes incarcérées, est marqué par un risque accru de toxicomanie.

Le caractère toxicologique montre que la principale substance psychoactive utilisée est l'héroïne, mais l'association à d'autres produits est fréquente. Le produit de début de toxicomanie est le plus souvent le cannabis, mais un quart des femmes déclare avoir débuté directement par l'héroïne.

L'aspect social montre que la majorité de ces femmes possède un logement autofinancé, mais souvent insalubre. 5 à 10 % sont sans domicile fixe. L'activité professionnelle est rarement continue, et la majorité de ces femmes est sans emploi.

En conclusion, les comportements toxicomaniaques chez les femmes restent minoritaires par rapport à des conduites plus généralement masculines. Toutefois, pour ces femmes, la gravité des caractéristiques de la toxicomanie et le cumul des conséquences sanitaires et sociales les placent dans une situation relativement plus alarmante, et ce d'autant plus qu'elles sont le plus souvent parents.

II. La toxicomane et sa grossesse

L'étude du vécu de la grossesse prend en compte dans ce cas deux sortes d'éléments :

- ◆ Ceux de la toxicomanie
- ◆ Ceux de la relation mère-enfant avant la naissance

Mais les deux sont complexes et de ce fait, il n'existe pas de schéma des facteurs psychologiques observés. Il faut sans doute d'emblée séparer les deux sortes de toxicomanes, dépendantes ou non, et c'est à celles chez qui on observe une pharmacodépendance marquée qu'il convient de s'intéresser essentiellement : étant donné la profondeur de la relation avec la drogue, on peut penser que c'est pour ces femmes que les conséquences seront sûrement les plus graves.

La consommation d'opiacés chez les femmes entraîne des troubles menstruels de type oligoménorrhée à aménorrhée. De ce fait, les retards de règles sont fréquents, et n'inquiètent pas la toxicomane qui a d'autres préoccupations. Cela procure à la femme une idée d'infertilité probable, qui génère alors un comportement à risque de grossesse en n'utilisant pas, ou seulement occasionnellement, de moyens contraceptifs. De plus, les opiacés entraînent une baisse de la proprioception, ce qui rend difficile une interaction mère-enfant. A cela s'ajoute un déni fréquent des modifications corporelles dues à la grossesse.

Ces trois phénomènes expliquent en partie la découverte tardive de leur état, qui se fait généralement vers le quatrième ou le cinquième mois de grossesse. A cet âge gestationnel, l'interruption volontaire de grossesse n'est plus envisageable. Cette grossesse non désirée peut alors entraîner la femme dans une plus grande détresse psychologique que ne l'était la toxicomane.

De plus, tout ceci s'inscrit dans une histoire sans projet ni de couple ni d'avenir dans la plupart des cas. En effet, les couples toxicomanes sont basés à la longue sur la drogue, même si au départ l'amour existait. Il en résulte que la femme se retrouve dépendante de son ami par le produit qu'il lui fournit. De ce fait, l'arrêt de la toxicomanie entraîne l'arrêt de la relation, sauf si le désir de quitter la dépendance est un projet commun. Même dans ce cas, certains couples ne résistent pas lorsque les deux partenaires libérés de la drogue se rendent compte qu'ils n'étaient ensemble que par la toxicomanie.

L'attente de l'enfant va aboutir chez ces femmes à des remaniements psychiques qui vont déterminer le vécu de la grossesse, puis celui de la naissance. Il existe différents types de comportements observés :

L'idéalisation de l'enfant par la femme ou le couple pendant la grossesse

L'enfant est considéré comme un objet réparateur avec la naissance d'une grande culpabilité du couple vis à vis de l'enfant. Les femmes sont souvent anxieuses, et consultent à répétition. On notera que le père est souvent exclu de la relation mère-enfant chez les toxicomanes, avec pour lui un risque de grande culpabilité à ne pas pouvoir assumer sa paternité. Ceci peut entraîner une aggravation de l'intoxication. L'homme peut alors soit exprimer un rejet de l'enfant, soit par la reconnaissance de l'enfant, polariser sa vie affective.

La suridérialisation de la grossesse

La femme comble son sentiment d'inutilité, d'impuissance et d'incompétence. L'enfant est considéré comme un substitut du produit qui vient habituellement combler le vide. La consommation de drogue diminue, mais souvent la rémission s'arrête quand l'état de grossesse s'arrête. Cela montre le caractère peu marqué de la dépendance psychique, mais la rechute est toujours possible par l'instabilité psychique de la femme ou la présence de facteurs de prédispositions persistants dans ses conditions de vie et de son entourage. A l'accouchement, la décompensation psychique est possible avec la recréation du vide initial.

La grossesse vécue dans l'indifférence totale

Comme tout ce qui n'est pas attribuable au produit, la grossesse et la naissance sont vécus dans l'indifférence affective. Cette attitude conduit à la négligence du minimum de surveillance prénatale, et par la poursuite de comportement à risque. L'événement drogue investit totalement la place.

La grossesse vécue comme une maladie intercurrente

Sa gestion est abandonnée au médecin. La femme ne se confronte pas à sa grossesse, et la remet entre les mains d'une tierce personne. Le suivi prénatal existe, mais il n'y a pas d'investissement maternel.

La toxicomanie et la grossesse vécues en parallèle

Ce sont alors deux événements indépendants, deux phénomènes simultanés, sans relation ni répercussion l'un sur l'autre. L'enfant à venir est considéré comme un don à son futur père ou à sa grand-mère maternelle. La toxicomanie n'est pas modifiée, et la naissance est là aussi vécue dans l'indifférence affective, mais la femme conduit sa grossesse de façon normale en dehors du vécu toxicomaniaque.

Il est un fait que toutes les pathologies psychiatriques existantes et citées au chapitre I peuvent se rencontrer, sachant qu'elles sont rares. Mais il est important de préciser que les femmes psychotiques sont susceptibles d'être dangereuses pour leur enfant, d'autant plus que les produits utilisés vont masquer la maladie, donc le diagnostic.

Après discussion avec des psychologues et des infirmières psychologues de l'UFATT, tous sont d'accord sur le fait que la majorité de ces femmes désire avoir des enfants, qu'elles soient déjà entrées dans une démarche de soin ou que la grossesse en soit l'élément déclenchant. Mais il existe un tel écart entre vouloir et pouvoir arrêter la drogue que les échecs sont

nombreux, rendant le parcours un peu plus difficile. A cette difficulté s'associe une grande culpabilité, non seulement vis à vis de leur enfant mais aussi vis à vis d'elles-mêmes et de la société. Notre mentalité judéo-chrétienne ne peut admettre qu'une femme toxicomane soit une "bonne mère" un jour. De plus, elles ont très peur d'avoir un enfant malformé, et ce en rapport avec les produits qu'elles utilisent. Mais paradoxalement, elles ne révèlent que très rarement l'ensemble des substances consommées ou les doses utilisées, par peur des services médicaux et sociaux. En effet, elles sont persuadées qu'on va leur enlever leur enfant à la naissance. Ce qui explique en partie leur attitude ambivalente qui oscille entre sincérité et mensonge. Ceci ne fait que rendre encore plus complexe leur prise en charge, et surtout celle de leur enfant à la naissance.

Il est important en fait de soutenir ces femmes qui souvent sont pleines de bonne volonté, mais qui parfois sont dépassées par les événements, notamment la toxicomanie. Elles ne peuvent pas gérer l'arrêt de la toxicomanie et s'investir dans leur grossesse en même temps. En conséquence, si aucune place n'est faite in utero pour l'enfant, à l'accouchement il y a désintérêt et acceptation d'abandon. L'exclusion au bénéfice du produit représente probablement le handicap fondamental de l'enfant, car en fait, la femme est toxicomane avant d'être mère. C'est à ce niveau là que le traitement substitutif mais aussi un suivi et un soutien psychologiques sont des plus nécessaires pour soulager ces femmes du poids de la toxicomanie et leur permettre d'investir pleinement leur enfant.

III. Conséquences de l'héroïnomanie sur la grossesse

La fréquence de l'association héroïne et grossesse est difficile à préciser dans notre pays. Les gynécologues accoucheurs posent rarement jusqu'à maintenant la question d'un éventuel usage. Ils ne recherchent que rarement d'éventuels signes évocateurs que pourraient constituer des traces de piqûres ou d'abcès, voire un myosis bilatéral associé à des troubles du comportement. De plus, ces femmes ont peur de l'interrogatoire et de l'examen physique par culpabilité ou peur d'une répression judiciaire et/ou sociale, et de ce fait, elles dissimulent souvent les indices physiques et certains éléments de l'histoire clinique. Les héroïnomanes ne se révèlent en général que par les syndromes de sevrage observés par les pédiatres chez les nouveau-nés. Même si les questions étaient posées, on pense que 20 à 30 % des héroïnomanes dissimuleraient leur dépendance. La seule possibilité d'une estimation plus précise serait d'effectuer un dépistage soit sur les urines des femmes gravides, soit sur le méconium expulsé par les enfants, soit sur les cheveux des mères et des enfants. Mais un tel dépistage ne serait concevable qu'avec l'accord des femmes ou de façon strictement anonyme, à la recherche de renseignements épidémiologiques.

1. Evolution spontanée

Ce qui est important dans le cas de l'association héroïne et grossesse, c'est la régularité de la toxicomanie, son importance et le comportement de la future mère. Il faut essayer de définir s'il s'agit d'une consommation épisodique ou d'une toxicomanie avérée. Mais l'évolution est très variable. D'après J. EBERT (Unité de Coordination Horizons), dans 15 à 20 % des cas, la mère cesserait de se droguer dès le premier trimestre. Dans 60 % des cas, elle tenterait de se sevrer en diminuant plus ou moins les doses et rechercherait le contact avec sa famille et son conjoint. Dans 15 à 20 % des cas, on noterait au contraire une aggravation. Quoiqu'il en soit, dès lors que la mère poursuit sa consommation, la grossesse doit être considérée comme une grossesse à risque. Sachant d'autant plus que l'association à l'alcool, au tabac et autres substances psychoactives sont des facteurs aggravants supplémentaires.

2. Les complications

Parmi les complications, on peut distinguer les complications infectieuses, en particulier virales, dues à l'échange de seringues et les autres complications dues à la consommation d'héroïne et au mode de vie des toxicomanes. Dans le premier cas, on a acquis la certitude que la mise ne vente libre, la distribution et l'échange des seringues ont été des mesures efficaces, diminuant nettement le risque infectieux ; dans le second cas, on a constaté que le traitements par les médicaments de substitution améliorent l'évolution des grossesses.

1) Les infections

La plus grave est par le **VIIH**. En France, la responsabilité de la toxicomanie par voie veineuse dans la contamination a diminué depuis la mise en vente libre des seringues en 1987 et les diverse mesures de distribution, de délivrance automatique ou d'échanges de seringue (Stéribox®). Malheureusement, les contaminations par voie sexuelle, dont une partie provient de partenaires toxicomanes ou anciens toxicomanes, ont augmenté, diminuant d'autant l'effet bénéfique de réduction des risques.

L'infection par le virus de **l'hépatite C** reste fréquente. Elle dépasse 50 % chez les toxicomanes par voie veineuse, et atteint 70 à 80 % dans de nombreuses statistiques. La transmission par le lait, bien que paraissant faible, n'est pas nulle.

L'infection par le virus de **l'hépatite B**, qui atteint 60 à 70 % de toxicomanes par voie veineuse, est mieux contrôlée. Dès le début de la grossesse, un dépistage est effectué. Les mères

porteuses de l'antigène HBs sont détectées. Chez l'enfant, une sérovaccination est mise en œuvre à la naissance.

Les **maladies sexuellement transmissibles** sont fréquentes, notamment celles à papillomavirus, chlamydiae, gonocoque, syphilis, herpès, essentiellement dues au style de vie marginal, à la prostitution, eux-mêmes entraînés par la dépendance à l'héroïne. L'usage de matériel d'injection non stérile conduit à d'autres complications infectieuses, cette fois à germes banals, communes elles aussi aux toxicomanes (cf. Accidents médicaux chapitre I)

2) Les autres complications

Elles sont sous la dépendance, d'une part de l'action de l'héroïne elle-même, d'autre part et surtout du mode de vie chaotique des héroïnomanes. L'absence ou l'insuffisance de la surveillance prénatale est fréquente chez ces mères.

I les troubles du cycle

Les héroïnomanes ont fréquemment des troubles du cycle à type d'aménorrhée (60 à 90 % des cas). La toxicomane, habituée aux période d'aménorrhée et se croyant stérile, ne pense pas à la possibilité de grossesse. Elle ne vient consulter que tardivement, quand l'augmentation du volume utérin dévient évidente, d'autant plus que les mouvements actifs sont souvent mal perçus par la mère. Méconnues, les grossesses ne sont pas surveillées, d'où un grand nombre d'accouchements prématurés, d'hypotrophie fœtale, de souffrances fœtales, voire d'accouchements à domicile. En outre, la femme assimilant parfois les signes dits sympathiques de grossesse, tels que nausées, vomissements et fatigue, à un éventuels syndrome de manque, risque d'augmenter sa consommation de drogue.

II au cours de la grossesse

◆ *Les avortements*

Leur fréquence, autant qu'elle puisse être estimée, s'échelonne de 14 à 30 %. Ceci peut être corrélé aux états de manque répétés.

◆ *L'accouchement prématuré*

Sa fréquence varie de 20 à 35 % (normale : 5 %). Ils seraient dus au mode de vie des femmes, mais aussi à la variabilité des injections de drogue, entraînant une irritabilité de l'utérus qui se contracte au cours des phases de mini-sevrage. On observe également une plus grande proportion de ruptures prématurées des membranes, de l'ordre de 8 à 15 % (contre 5 à 10 %

dans la population globale), corrélée en partie à l'augmentation de la fréquence des infections génitales.

◆ *Le retard de croissance intra utérin (RCIU) et l'hypoxie fœtale*

La morphine et ses dérivés entraînent en expérimentation animale, une altération de la croissance. Ce phénomène a été également observé chez les femmes indépendamment d'une mauvaise alimentation, et suggère un retentissement des opiacés sur la croissance du fœtus. Il serait dû à une réduction du nombre de cellules de certains organes. De fait, le retard de croissance apparaît significativement plus fréquent chez les héroïnomanes que chez des femmes soumis aux mêmes conditions de vie mais non droguées. Un RCIU est signalé dans 27 à 32 % des grossesses (contre 3 % dans la population globale).

Le poids moyen des enfants se situe le plus souvent entre 2500 g et 2800 g. La proportion des enfants de poids inférieur à 2500 g dépasse 40 % dans beaucoup de séries. L'agression existant dès le début de la grossesse, il s'agit le plus souvent d'un retard de croissance harmonieux. Cependant, l'étude de C. LEJEUNE met en évidence une majorité de RCIU dysharmonieux. En pratique, les causes d'hypotrophies sont multiples, tels l'alcoolisme, le tabagisme et la malnutrition. La souffrance fœtale peut également se traduire par l'existence de liquide amniotique teinté, que l'on retrouve dans presque 50 % des cas (normale : 5 à 10 %) et de modifications du rythme cardiaque fœtal.

◆ *Les souffrances fœtales aiguës et les morts in utero*

Elles sont la conséquence de la souffrance fœtale chronique et parfois subaiguë, due à une surdose ou au contraire à un sevrage, volontaire ou non. Ce dernier entraîne d'abord une hyperactivité du fœtus, des convulsions intra-utérines, l'émission de méconium, des mouvements respiratoires plus amples et plus fréquents, et aboutit à la mort fœtale. Dans l'ensemble, la mortalité périnatale serait d'environ 20 ‰, et non de 8 ‰, taux actuel en France.

◆ *L'anémie maternelle*

Elle est plus ou moins grave, secondaire à la malnutrition et retrouvée dans près de 30 % des cas.

IV. Conséquences sur l'accouchement et le post partum

1. L'accouchement

Si les complications gravidiques sont augmentées, l'accouchement n'offre classiquement pas de particularités.

La durée du travail paraît raccourcie, bien que cet élément soit difficile à analyser, car il est souvent largement commencé quand la femme arrive en salle de travail. Les accouchements à domicile ne sont pas rares.

La proportion de césariennes et d'extraction instrumentales serait comparable à celle de la population générale. Mais GABAUDE estimerait une augmentation des complications majeures par la décompensation d'une hypoxie fœtale chronique en anoxie aiguë pendant le travail, associée à la prématurité et à l'agitation maternelle, nécessitant une césarienne ou une extraction instrumentale.

La proportion de présentation fœtale pelvienne est augmentée de par l'incidence plus importante de la prématurité.

L'héroïne n'a aucun effet tératogène. La tératogénicité décrite dans certains ouvrages serait due à la présence d'impuretés dans la drogue (héroïne coupée à la quinine) et/ou à la polyintoxication associée (alcool, cocaïne).

Certaines femmes consomment une dose d'héroïne avant leur arrivée, mais d'autres non. La prescription de morphinique pour prévenir un syndrome de manque peut être envisagée. La prescription de l'analgésie péridurale est conseillée pour diminuer la douleur, l'agitation et l'anxiété, d'autant plus que ces femmes ont un seuil de douleur abaissé par leur système d'endorphine au repos.

L'accompagnement au cours du travail est primordial. Les personnes présentes à leurs côtés (le plus souvent la sage-femme) doivent pouvoir être à leur écoute, même si le comportement de ces femmes n'est pas toujours cohérent, et n'encourage pas à les soutenir.

2. L'adaptation néonatale

Le **score d'Apgar** est relativement similaire à la population de nouveau-nés générale. Simplement, une hypotonie plus ou moins marquée, un myosis et une fréquence respiratoire ralentie peut exister si la dernière dose de la mère est récente.

Les **détresses respiratoires néonatales** sont fréquentes. Elles font suite soit à une inhalation de liquide méconial, soit à un retard de résorption du liquide pulmonaire (12 % dans l'étude de C. LEJEUNE), soit à une maladie des membranes hyalines. Dans ce dernier cas, certains auteurs pensent que la consommation d'héroïne pourrait accélérer la maturation

pulmonaire mais cette hypothèse est à corrélérer avec un taux élevé d'hypotrophes chez qui la maladie des membranes hyalines est moins fréquente.

Les **infections néonatales** sont très fréquentes, étant donné la population à risque représentée par les mères toxicomanes. On en observe donc une large palette que je ferai que citer :

- ◆ Infections à Streptocoque B, Escherichia coli.
- ◆ Syphilis congénitale.
- ◆ Infections virale à CMV, herpès, HPV, HIV, Hépatites B et C.

Cette liste n'est pas exhaustive, mais montre l'importance d'un dépistage anténatal des infections maternelles pour instaurer un traitement évitant ou diminuant le risque de contamination. De plus, cela permet une prise en charge néonatale précoce.

Les **troubles métaboliques** à type d'hypoglycémie et d'hypocalcémie sont accrus par la présence d'un taux plus élevé d'hypotrophie.

La notion d'**ictère néonatal** plus fréquent chez les nouveau-nés de mères héroïnomanes est controversée. Certains pensent que l'héroïne stimulerait le système enzymatique de la glycuronyltransférase hépatique, diminuant de ce fait le taux de bilirubine sanguin.

La **mortalité périnatale** est accrue suite à la souffrance fœtale, pendant la grossesse puis l'accouchement, à la prématurité, à l'hypotrophie, aux infections néonatales.

3. Le post partum

Généralement, les **suites de couches** de ces femmes ne comportent pas plus de complications obstétricales que celles de la population générale. En revanche, elles sont exposées à des risques infectieux liés à leur statut toxicomaniaque. De plus, l'apparition rapide d'un syndrome de manque est souvent à l'origine d'une sortie précoce de la maternité. Ceci implique la nécessité d'anticiper et de prescrire des morphiniques pour éviter cette fuite et ainsi permettre l'établissement d'une relation mère-enfant. C'est aussi un moment privilégié pour proposer une prise en charge médico-sociale de cette toxicomanie. Si le traitement substitutif est conseillé, le sevrage en revanche n'a pas sa place à cette période où l'établissement de la relation mère-enfant est primordiale.

Le **syndrome de sevrage** est le principal risque de l'enfant à cette période. Sa fréquence est admise entre 60 et 90 %. Il se révèle après un intervalle libre constant, mais de durée variable par rapport à l'accouchement, et ce lié à la dernière prise de drogue. Il est d'autant plus intense que l'intoxication maternelle est ancienne. Le tableau clinique associe un ensemble de signes non spécifiques répertoriés en trois catégories : des troubles neurologiques, digestifs et sympathiques.

L'atteinte du système nerveux central se caractérise par une irritabilité même à des stimuli mineurs. Cela s'exprime par des trémulations et une agitation avec une impression d'inconfort et de malaise, entraînant le plus souvent des excoriations cutanées par frottements des membres sur les draps. A ceci s'associe des cris particulièrement aigus, voire perçants, entrecoupés de geignements. On observe aussi une hypertonie musculaire, une hyperréflexie, une envie frénétique de succion, des troubles du sommeil où l'endormissement est difficile et la durée du sommeil est courte. Des convulsions ont été décrites.

Les troubles digestifs se caractérisent par des régurgitations, voire des vomissements, des diarrhées, des difficultés de déglutition et de succion, une baisse de l'appétit. Ceci entraîne une perte de poids supérieure à la normale et un risque accru de déshydratation.

Les signes de perturbations du système nerveux autonome sont exprimés par des troubles respiratoires tels que tachypnées et apnées obstructives, mais aussi des bâillements fréquents, un encombrement nasal, une hypersudation, des éternuements et une hyperthermie.

Tous ces signes sont habituellement évalués par un score dit de FINNEGAN, qui comporte 21 items, et permet d'apprécier la gravité du syndrome de sevrage. Son évaluation régulière des symptômes permet la mise en route du traitement lorsque le score est supérieur ou égal à 8 (cf. tableau annexe). D'autres scores d'évaluation existent, mais sont moins utilisés. Il s'agit du score de LIPSITZ ou celui d'OSTREA.

Dans les formes graves, l'évolution spontanée peut se faire vers la mort qui survient dans un tableau de déshydratation aiguë et de troubles cérébraux graves. Dans les formes mineures, la guérison peut être spontanée mais la période de sevrage est plus ou moins longue.

La **prise en charge d'un syndrome de sevrage** nécessite de la part de l'équipe soignante une grande vigilance dans l'observation de ces enfants pour dépister les premiers signes de cette complication. Pour cela, elle réalise un score de FINNEGAN toutes les 4 à 6 heures sans le réveiller s'il dort, sans provoquer de stimulations qui deviendraient parasites dans l'établissement de l'évaluation. Les soins de base de l'enfant doivent garantir son bien-être autant que possible. Pour cela, le nursing est adapté et expliqué aux parents de l'enfant. Il consiste en :

- ◆ Un maternage doux et enveloppant, si possible réalisé par la mère avec portage, massage, caresses, bercement, voire emmaillotement ;
- ◆ Diminuer les stimuli extérieurs comme la lumière vive, le bruit ou les modifications d'environnement ;
- ◆ Respecter le sommeil de l'enfant ;
- ◆ Regrouper les soins pour éviter les stimulations inutiles ;
- ◆ Veiller à un apport alimentaire suffisant et fractionné car ces enfants ont une consommation d'oxygène tissulaire augmentée d'où des besoins énergétiques augmentés ;
- ◆ Satisfaire leur intense besoin de succion par des 'sucettes' (tétines) par exemple ;

Cette attitude doit exister dès la naissance.

Dans le cas d'intoxication mineures, ces soins sont suffisants et ne nécessitent pas d'hospitalisation en service néonatal, ni la mise en place d'un traitement médical. Mais dès l'instant où les signes cliniques sont importants, une hospitalisation s'impose (score de Finnegan supérieur ou égal à 8). Durant cette phase de latence en secteur mère-enfant, la prise en charge de la mère sera assurée pour favoriser le lien mère enfant, et préparer la femme au risque de séparation et éviter un retentissement négatif de cet éloignement.

Il apparaît que les mères bien équilibrées par une substitution et bien préparées par une prise en charge médico-psycho-sociale pendant la grossesse participent beaucoup mieux aux soins de nursing des nouveau-nés.

La grande majorité des auteurs préconisent la mise en route de traitement médicamenteux en fonction de la surveillance du score de FINNEGAN, à partir d'un score supérieur à 8 ou 10. D'autres, peu nombreux, proposent un traitement préventif dès les premières heures, ce qui n'est pas logique dans la mesure où seulement la moitié des nouveau-nés de mères toxicomanes présentent un syndrome de sevrage nécessitant un traitement médicamenteux ; l'hypothèse selon laquelle un traitement préventif précoce pourrait minimiser le syndrome de sevrage n'est pas documentée.

Le choix du médicament donne lieu à beaucoup de discussions. Le traitement le plus classique dans la littérature américaine et européenne est l'élixir parégorique. Mais un certain nombre de critiques peuvent être apportées à son utilisation :

- ◆ Le dosage en opiacés est variable selon les pays (en France, 0,05 % de morphine, soit 0,5 mg/ml donc 10 gouttes = 0,1 mg de morphine)
- ◆ C'est un mélange complexe de plusieurs substances dont certaines sont actives (outre l'opium), en particulier l'acide benzoïque, le camphre (excitant du SNC) et de l'alcool (44 à 46%).

Il semble plus logique d'utiliser le **chlorhydrate de morphine** (solution analgésique per os en ampoule de 10 ml = 10 mg soit 1mg/ml d'où 10 gouttes = 0,1 mg) mais il n'existe pas d'études contrôlées. Selon C. Lejeune, ce traitement est très efficace et sans effets secondaires. La dose initiale est de 0,5 mg/kg/j en 4 prises, éventuellement augmentées à 0,75 voire à 1 mg/kg/j, avec le plus souvent une amélioration spectaculaire du score de Finnegan. La posologie est ensuite très progressivement diminuée par paliers de 2 à 4 jours selon le suivi biquotidien du score. Une prise de poids ascendante et un sommeil de bonne qualité sont les critères essentiels pour se permettre de diminuer les doses.

D'autres traitements peuvent être associés en fonction de l'état clinique de l'enfant comme le Gardéнал® (souvent usité en cas de polyintoxication maternelle, mais il n'a pas d'action sur les signes digestifs, il peut gêner la succion et perturber la relation mère-enfant par son effet sédatif), le chlorpromazine (surtout efficace sur les troubles digestifs), la clonidine. La

méthadone au maniement difficile et les benzodiazépines, notamment le valium (durée d'action prolongée, aggravation des troubles de la succion, moins bon contrôle des éventuelles convulsions que par les opiacés) sont peu utilisées, voire abandonnés.

Ces enfants ne quittent pas le service sous traitement sédatif car les parents pourraient administrer le produit plus longtemps que nécessaire, voire détourner le traitement à des fins personnelles.

Il n'y a pas de décès attribuables au syndrome de sevrage si celui-ci est correctement traité. Le pronostic est généralement bon, et il n'y a pas de séquelles.

Cependant, des signes d'irritabilité et de trémulations peuvent persister jusqu'à 6 mois, mais ce ne sont pas des critères de prolongation du traitement. Ce **syndrome de post sevrage** (qui est très fréquent chez les femmes substituées par de la méthadone) nécessite une surveillance à long terme et la poursuite des soins de nursing pendant les 6 premiers mois. Cette symptomatologie d'agitation et d'hyperexcitabilité est très culpabilisant pour la mère qui est elle-même fragile, angoissée, et souvent en état de manque. La femme interprète souvent ces signes comme une réaction de rejet vis-à-vis d'elle-même et comme une preuve de son incompetence. Ces faits, joints à l'hospitalisation entraînent une gêne importante à l'établissement d'un attachement mère-enfant harmonieux. Il est donc primordial durant le séjour de l'enfant en médecine néonatale, d'encadrer, d'encourager et de rassurer ces femmes même si la réalité est bien plus difficile, et que souvent la relation de confiance est difficile à établir avec elles.

L'**allaitement maternel** reste un sujet de controverse. Mise à part une contre indication absolue (comme par exemple au VIH), certains auteurs préconisent l'allaitement, d'autres non. Ceux qui sont pour estiment qu'allaiter est une très bonne thérapie substitutive, efficace pour le nouveau-né car la dose d'opiacés qui passe dans le lait est faible, et permet un sevrage progressif. Mais la durée en serait limitée à 1 mois, pour ne pas retarder le sevrage de l'enfant sans suivi médical et ne concerne que les femmes sous traitement substitutif à des doses peu élevées (30 mg de méthadone par jour maximum par exemple). De plus, l'allaitement maternel renforce bien le lien mère-enfant.

Ceux qui sont contre mettent en avant le fait que ces femmes sont instables et fragiles et donc risquent de rechuter dans la toxicomanie, et de plus, de consommer d'autres substances psychoactives délétères pour l'enfant.

Je pense que chaque cas est différent. Si la femme a un désir très grand d'allaiter, on ne peut le lui interdire. Il est certain que c'est un risque à courir pour l'enfant, mais j'estime que vouloir allaiter est un pas de plus vers la stabilisation, la reconquête de l'estime de soi, et que cela peut faire partie d'une réinsertion.

V. Sevrage et traitement de substitution maternel

La survenue d'une grossesse chez une toxicomane est un moment où la question de la poursuite ou de l'arrêt de la toxicomanie se pose avec acuité. Si la majorité de ces grossesses n'est pas prévue ou programmée, une toxicomane sur deux souhaite mener sa grossesse à son terme. Mais devant une demande de sevrage ou un traitement de substitution, les médecins n'ont pas de réponses clairement codifiées.

En pratique, en France, la prise en charge d'une femme enceinte toxicomane est variable d'un établissement à un autre. Il est clair que la poursuite de la toxicomanie à l'héroïne n'est pas à recommander.

1. Sevrage

Je le conçois ici dans le sens d'un arrêt brutal ou rapidement progressif des opiacés. Il apparaît de plus en plus que, en dehors de femmes très motivées, la grossesse mais aussi le post partum ne représentent pas le moment idéal pour réaliser un sevrage durable.

Dans le premier trimestre de grossesse, le sevrage est déconseillé en raison des risques de fausses couches. Après le septième mois, le bénéfice d'un sevrage paraît aléatoire du point de vue obstétrical, avec un risque d'hypoxie fœtale, voire de MFIU, et il ne supprime pas complètement le risque de syndrome de manque chez le nouveau-né. C'est entre le cinquième et le septième mois de grossesse que le sevrage peut le mieux être envisagé mais sous certaines conditions.

L'arrêt doit être progressif par la prescription transitoire d'un opiacé de substitution à doses rapidement dégressives. Tout arrêt brutal des opiacés encoure le risque d'une hypoxie fœtale avec risque de MFIU dans les cas extrêmes.

Le sevrage se fait en milieu hospitalier avec surveillance quotidienne du rythme cardiaque fœtal.

Le produit de substitution à utiliser préférentiellement est la méthadone ou le sulfate de morphine per os (Moscontin®). L'utilisation de buprénorphine (Temgésic®) est discutée en raison de ses propriétés agonistes-antagonistes qui peuvent imposer une augmentation des doses d'anesthésiques en cas de césarienne. En cas de signes de souffrance fœtale, il est nécessaire d'accroître les doses et de renforcer la surveillance fœtale. Dans ces conditions, les complications obstétricales sont exceptionnelles et 75 % des femmes vont jusqu'au bout du contrat.

Mais le maintien de l'abstinence au moins jusqu'à l'accouchement est beaucoup plus difficile à obtenir. Les rechutes sont fréquentes (plus de 50 %). L'échec du sevrage fonctionne alors comme un échec de la mère avec son cortège d'angoisse et de culpabilité, éventuellement entretenu par l'entourage. Avant même d'avoir mis son enfant au monde, la future mère est déjà stigmatisée comme mauvaise, comme une femme qui n'aime pas suffisamment son enfant pour faire des efforts pour lui.

Il est donc important avant de mettre en œuvre un sevrage de s'interroger sur les possibilités réelles de cette femme à maintenir une abstinence, d'où l'intérêt de connaître l'histoire de sa toxicomanie, l'environnement matériel et affectif qui l'entoure, de lui expliquer clairement les modalités et les risques du traitement et d'assurer un soutien et un suivi ultérieur.

2. Le traitement substitutif

Il semble plus logique de mettre en place pendant la grossesse avec l'accord de la patiente, un programme de substitution et de n'envisager le sevrage que plusieurs semaines ou mois après l'accouchement, quand l'attachement mère enfant est bien établi.

Le but de la substitution est de favoriser l'insertion dans un processus thérapeutique, de favoriser le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie, qu'elles soient d'ordre psychiatriques et/ou somatiques, d'interrompre la consommation du produit consommé, d'augmenter la possibilité d'insertion sociale et permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance. Cet objectif est valable pour toute toxicomanie et se réalise dans le cadre d'une thérapeutique globale.

Pour la grossesse, la substitution peut dans certains cas 'geler' un temps la problématique toxicomaniaque et permettre d'avancer sur d'autres points comme l'investissement correct de l'enfant à naître, un suivi prénatal de meilleure qualité, éviter les syndromes de sevrage à répétition pour le fœtus, évaluer les problèmes financiers et sociaux.

En France, la méthadone à l'AMM pour la femme enceinte depuis mars 95. C'est le produit de substitution pour lequel le corps médical a le plus de recul et d'information car en fait, elle est utilisée de façon large depuis les années 70 aux USA. L'utilisation de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) est en plein développement mais cette utilisation est trop récente pour avoir des données fiables sur son efficacité et ses inconvénients en obstétrique.

1) La méthadone

C'est une substance synthétique présentant les principales propriétés des opiacés ; elle a été utilisée dès le début des années 60 aux Etats-Unis, pour le sevrage aux opiacés.

En France, il faut attendre les années 90 pour voir s'ouvrir les centres méthadones. Ces centres sont agréés par le Ministère de la Santé et sont soumis à des règles strictes de recrutement et de traitement des toxicomanes. Le nombre de places disponibles est limité. En 1995, les centres spécialisés conventionnés vont pouvoir délivrer la méthadone dans des conditions moins restrictives avec l'AMM délivrée en mars. Ceci permet une prescription en médecine de ville et un achat en officine. Mais le traitement est toujours initié dans un centre spécialisé. Les patients viennent tous les jours, voire une fois par semaine, le relais en médecine générale requiert une stabilisation de l'usager et la durée de prescription est limitée à 7 jours.

En 1998, 7200 personnes, dont 30 % de femmes, sont sous méthadone avec 79 % des usagers consommant de l'héroïne en produit principal.

La méthadone est un opiacé de synthèse à longue durée d'action (24 à 36 heures). Sa dégradation est hépatique et son élimination est rénale. Cette molécule traverse la barrière placentaire. Son pouvoir analgésique est égal, voir supérieur, à la morphine, et elle possède les mêmes propriétés que la morphine, y compris le pouvoir toxicomanogène. La dépendance physique est moindre que celle de la morphine ou de l'héroïne. Les sensations d'euphorie et de somnolence sont moins importantes qu'avec la morphine.

La méthadone est disponible en France sous forme orale, non injectable (sirop de chlorhydrate de méthadone). La forme orale évite les effets de 'flash' et de 'défonce'. Elle est efficace 24 heures. Une prise quotidienne suffit. Elle peut être responsable de syndrome de manque sévère comme de surdose mortelle.

Chez la femme enceinte, surtout au premier trimestre, du fait des nausées et des vomissements ainsi que de la modification métabolique, il peut être utile de donner le sirop en deux prises quotidiennes au lieu d'une. Les doses moyennes prescrites sont en règle générale légèrement inférieures aux doses habituelles car la mère comme le prescripteur sont soucieux de préserver le fœtus. Mais ceci peut s'avérer être un mauvais calcul : la femme enceinte qui n'a pas sa dose efficace de méthadone peut être amenée à consommer d'autres opiacés pour éviter un état de manque à minima mal supporté.

Au troisième trimestre, il peut être nécessaire d'augmenter les doses à cause des phénomènes d'hémodilution physiologique.

Lorsque le traitement de substitution est antérieur à la grossesse, les doses de méthadone sont maintenues tout au long de la gestation. La diminution dans le but d'un sevrage est reportée après l'accouchement.

La mise en place de ce traitement a permis d'observer une meilleure compliance au suivi médical avec l'augmentation du nombre de visites prénatales, voire l'existence d'au moins une consultation chez des femmes qui jamais n'auraient vu d'obstétriciens sans cela.

Les conditions de vie sont améliorées. La voie d'administration orale diminue les risques infectieux. Grâce au suivi pour traitement de substitution, les pathologies somatiques et psychiatriques sont également mieux prises en charge.

Du point de vue purement obstétrical, les études étrangères, notamment nord-américaines, font état, par comparaison avec la grossesse sous héroïne, d'une augmentation du poids de naissance de 170 g en moyenne, mais pas de réduction de l'incidence des petits poids inférieurs à 2500g. L'incidence des souffrances fœtales (tachycardie, bradycardie, liquide amniotique teinté) est réduite de 42 à 16 %. Les détresses respiratoires néonatales diminuent de 15 à 9 % mais restent plus fréquentes que dans le groupe témoin non toxicomane. En revanche, le syndrome de sevrage néonatal est aussi fréquent, et parfois plus intense et plus retardé avec la méthadone qu'avec l'héroïne. Il peut survenir jusqu'au 15^{ème} jour de vie et durer plusieurs semaines. Son traitement et sa prise en charge sont les mêmes que pour les opiacés. Certains préconisent l'allaitement maternel pour aider au traitement.

2) La buprénorphine haut dosage : Subutex®

Alors que la méthadone est le seul produit de substitution de l'héroïne disposant d'une AMM pour les femmes enceintes, ces dernières ont majoritairement recours à la buprénorphine. Les médecins qui suivent ces femmes estiment que le Subutex® améliore le déroulement de la grossesse pour la femme comme pour l'enfant.

La buprénorphine haut dosage est un analgésique opioïde dont l'AMM a été donnée en juillet 1995, et la distribution en officine de ville en février 1996. C'est un agoniste partiel – antagoniste morphinique. Elle expose à une pharmacodépendance mais moindre par rapport à la morphine. Cette molécule passe la barrière placentaire. Son administration se fait par voie sublinguale. La dose moyenne de substitution se situe chez la femme enceinte autour de 8 mg. Il supprime la plupart des symptômes de sevrage, n'entraînant pas d'euphorie ni d'accoutumance. Il n'existe pas de surdosage.

La prescription se fait par le médecin traitant, sur un bon, extrait d'un carnet à souche, pour une durée ne pouvant excéder 28 jours. Toutefois, il est conseillé, notamment en début de traitement, de prescrire pour une durée plus courte, en accord avec le pharmacien, afin de limiter le risque d'utilisation détournée du produit. En effet, il peut être facilement injecté. De plus, il présente des interactions avec l'alcool, les déprimeurs du système nerveux central, la codéine, les IMAO.

En l'absence de données suffisantes sur les effets de la buprénorphine chez la femme enceinte, le laboratoire commercialisant ce produit ne recommande pas son utilisation pendant la grossesse et de la même façon contre-indique l'allaitement maternel suite aux résultats en expérimentation animale (passage de la molécule dans le lait et à haute dose, réduction de la sécrétion lactée).

Cependant, aucune contre-indication n'est apparue suite à d'éventuelles complications. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) conseille que dans la perspective d'un traitement de substitution, il convient d'être extrêmement attentif aux dangers de l'association benzodiazépines/alcool/Subutex®.

Selon le Docteur C. BRONNER (Syndicat MG France-Strasbourg), une enquête locale auprès de médecins généralistes suivant des femmes enceintes héroïnomanes sous Subutex constate que cette molécule est bien tolérée par les femmes et les fœtus, réduisant l'ampleur et la durée des phénomènes de sevrage du nouveau-né, observé en moyenne chez un enfant sur deux. Une étude prospective présentée par le Docteur G. FISCHER (Vienne, Autriche) abonde elle aussi dans ce sens. Une publication de septembre 1997 par HERVE et QUENUM mentionne qu'en tant que traitement de substitution, la buprénorphine permet un meilleur suivi médical, une amélioration des conditions de vie donc une diminution des complications obstétricales. En revanche, le syndrome de sevrage chez le nouveau-né apparaît souvent et semblerait être proportionnel aux doses prescrites.

VI. L'avenir de l'enfant

Comme le rappelle le Professeur C. LEJEUNE, les résultats de la première enquête rétrospective menée à l'hôpital Louis Mourier (Colombes) sur 59 enfants de mères toxicomanes, hospitalisés en néonatalogie entre 1988 et 1993 sont accablants : 5 % sont décédés, 36 % vivent dans une institution, 8 % ont été adoptés, 51 % sont dans leur famille, mais seulement un tiers avec leur mère. Quant aux mères, leur devenir est tout aussi catastrophique : 12 % sont décédées, 37 % présentent une toxicomanie très active, 31 % ont disparu, et seulement 20 % des femmes sont stabilisées, plus ou moins sevrées, dont 2 séropositives pour le VIH et asymptomatiques.

En fait, peu d'études existent sur le devenir ultérieur des enfants de mères toxicomanes, car il s'agit d'une population difficile à suivre, de situation extrêmement variable d'un enfant à l'autre. Les difficultés méthodologiques rencontrées sont la polyintoxication fréquente (avec un rôle propre de chaque toxique sur le développement de l'enfant), les difficultés de repérage de toutes les femmes consommatrices selon les modalités d'inclusion rendant les différentes séries peu comparables, la difficulté de comparer à un groupe témoin (compte tenu du contexte

spécifique de la toxicomanie) et un taux élevé de perdus de vue (qui correspond le plus souvent aux cas les plus graves). L'étude somatique et psychomoteur restent encore limitée car le mode de vie de ces femmes toxicomanes fait que beaucoup échappent aux enquêtes.

Au plan staturo-pondéral, malgré un taux important de RCIU probablement secondaire à des facteurs associés (malnutrition, mode de vie, tabac, alcool), certains auteurs constatent un rattrapage net du poids, de la taille et du périmètre crânien (PC). Il serait sans différence significative avec les groupes témoins dès 18 mois pour certaines études, avec un PC normal en moyenne à l'âge préscolaire. D'autres séries décrivent un rattrapage de moins bonne qualité avec une corrélation entre l'absence de rattrapage et l'intensité de l'intoxication maternelle (marqueur de nombreux autres facteurs associés).

Sur le plan psychosocial, les auteurs constatent le plus souvent des troubles du comportement et de la socialisation mais pas de véritable baisse des fonctions cognitives. Cependant, plusieurs études ont révélé chez ces enfants des retards scolaires, des déficits de l'attention, des troubles de l'adaptation et des états anxieux et dépressifs.

Le **pronostic** serait donc essentiellement social, avec un enchaînement de facteurs défavorables allant des conditions de vie des mères dans leur enfance, aux difficultés de ces enfants à l'adolescence.

Les conditions de vie des mères pendant leur enfance montrent une grande fréquence de familles désunies, de maltraitance, d'abus sexuel, de toxicomanie ou d'alcoolisme, avec une reproduction intergénérationnelle des comportements déviants.

Ce mode de vie chaotique dans un climat de violence le plus souvent, et de malnutrition, conduit non seulement à une augmentation des pathologies périnatales, mais aussi au risque d'une grossesse non suivie, non reconnue, déniée, sans investissement maternel pour son enfant.

La période néonatale est souvent marquée par l'existence d'un syndrome de sevrage, dont la symptomatologie d'agitation et d'hyperexcitabilité est très culpabilisante pour une mère fragile, voire dépressive et souvent en état de manque. A ceci s'ajoute la séparation due à l'hospitalisation de l'enfant, ce qui entraîne une gêne à l'établissement d'un lien mère enfant solide.

La persistance de troubles comportementaux désignés sous le nom de "post sevrage" par certains auteurs (hyperexcitabilité, troubles du sommeil, cris incessants...) est mal interprété par les mères. Elles le considèrent comme une réaction de rejet de leur enfant vis-à-vis d'elles, et comme une preuve de leur incompétence. Cette période coïncide avec le risque accru de rechute de la toxicomanie, avec une accentuation de la dépression.

A ceci s'ajoute la pression judiciaire et morale, une sorte de 'chantage' qui les oblige à se sevrer pour obtenir l'autorisation de garde de l'enfant. Ceci ne fait qu'aggraver la

marginalisation et augmenter les risques de comportements dangereux et de fuite du système de santé.

Cette période précoce (sevrage et post sevrage) associé au vécu de la femme, est un moment particulièrement vulnérable dans la mise en place des interactions mère-enfant, et nécessite donc un accompagnement médico-psycho-social vigilant. Il est délicat de demander à ces femmes de concilier l'attachement à un enfant difficile et le sevrage.

La difficulté de prise en charge du nourrisson est aggravée par d'autres facteurs tels que l'augmentation du risque de mort subite du nourrisson (par trois), la coexistence d'infection maternelle (VIH, Hépatite C), le risque de séquelles de pathologies prénatales ou d'intoxication à l'alcool ou autres. Ces différents facteurs sont source d'angoisse supplémentaire.

A plus long terme, le devenir de ces enfants dépend essentiellement des facteurs environnementaux pouvant influencer sur le plan psychologique et comportemental. Ces enfants grandissent souvent dans un climat de violence familiale, de délinquance, et d'incarcérations répétées des parents. Les conditions de vie sont souvent précaires, avec des problèmes de logement, de père absent et des ressources financières faibles. Le comportement parental est modifié par l'effet de la drogue et autres toxiques, avec un profil psychologique défavorable (dépression, anxiété, manque de confiance en soi). Il est donc important de préciser le risque de maltraitance, d'abus sexuels, de négligence et d'abandon. Ces conditions de vie chez l'enfant conduisent souvent, à l'adolescence mais aussi à l'âge adulte, à des comportements suicidaires, à des difficulté d'intégration sociale, voire à la toxicomanie.

L'incidence des complications périnatales peut être diminuée si la grossesse est bien suivie, et si la toxicomanie est prise en charge par des spécialistes. Les troubles de l'attachement mère-enfant sont dus non seulement à des interactions négatives entre une mère perturbée et un nouveau-né en souffrance, mais aussi, et surtout, à des modalités inadaptées de prise en charge par les équipes obstétrico-pédiatriques.

Il semble plus logique et probablement plus efficace pour la prise en charge de ces femmes :

- ◆ De considérer leur grossesse comme une grossesse à risque, sans aucune référence au caractère illicite de la prise de drogues ;
- ◆ De tout faire pour assurer un suivi le plus précoce possible de la grossesse et de la toxicomanie pour prévenir les complications périnatales et améliorer la relation mère-enfant ;
- ◆ Qu'à tout moment, un traitement de substitution puisse être mis en place pour éviter un sevrage brutal dangereux pour le fœtus

Bien évidemment, pour appliquer ces grands principes, il faut mettre en place une prise en charge multidisciplinaire, et ce dès que la grossesse est connue. Non seulement les obstétriciens, les sages-femmes, les pédiatres et les anesthésistes de la maternité sont impliqués, mais aussi des psychologues, les services sociaux, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les médecins traitants prescripteurs du traitement de substitution.

Il semblerait que cette radicale transformation des principes et des pratiques d'accueil commence à porter ses fruits, en particulier chez les femmes recevant pendant la grossesse un traitement de substitution, explique l'équipe de l'hôpital Louis Mourier. Une expérience récente de cet établissement où ont été pris en charge, de 1995 à 1997, 12 nouveau-nés de mères toxicomanes sous traitement substitutif, montre que 100 % des enfants sont sortis avec leur mère et que 92 % sont encore avec elles aux dernières nouvelles. Le suivi de la grossesse est amélioré ; la prématurité et le RCIU ont régressé. Cependant, ces chiffres sont relativisés parce que cette cohorte comporte un faible nombre d'individus, et que 7 femmes sur les 11 étaient déjà substituées avant la grossesse. Or, celles-ci sont plus compliantes et sont déjà entrées dans la démarche pour sortir de l'enfer qu'est la drogue. Mais le Professeur LEJEUNE souligne quand même que ces résultats sont très encourageants. Les changements les plus marquants sont la qualité relationnelle entre ces femmes et l'équipe soignante, et surtout une bien meilleure relation entre ces femmes et leurs enfants.

CHAPITRE III

Enquête, analyse et discussion

Le malaise et l'impuissance que j'ai ressentis face à un bébé en manque suivi de l'incompréhension et du jugement négatif éprouvés pour sa mère m'ont conduit à me poser plusieurs questions. Que ressentent les autres soignants face au syndrome de sevrage d'un enfant ? Que ressentent-ils lorsqu'ils sont face à sa mère ? Comment perçoivent-ils les femmes toxicomanes ? Estiment-ils être informés et outillés pour prendre en charge ce couple particulier ? Sinon, ont-ils des attentes spécifiques ?

Une journée d'information / formation a été organisée le 10 juin 1999 dans le cadre des « Rencontres de la maternité ». « A la rencontre de...La toxicomanie chez la future maman » était destinée au personnel de la Maternité Régionale de Nancy (MRAP). Le programme de cette journée s'articulait autour de deux parties. La première traitait de la toxicomanie d'un point de vue général avec la présentation des différentes drogues, la législation en matière de stupéfiants, le traitement de substitution. La deuxième était ciblée sur la femme, la grossesse et l'enfant associés à la toxicomanie et leur prise en charge non seulement au sein de l'établissement, mais aussi dans sa globalité avec la notion de relais. Il paraissait donc intéressant d'apprécier l'impact de cette journée sur les personnes concernées.

I. Matériel et Méthode

Pour répondre aux questions que je me posais, j'ai réalisé une enquête prospective par l'intermédiaire d'un questionnaire (en annexe). Ce dernier a été distribué aux Sages-Femmes, Puéricultrices, Infirmières et Auxiliaires de Puériculture des secteurs mères-enfants et des services de néonatalogie de la Maternité Régionale de Nancy.

Le choix de l'établissement est fondé sur sa taille, ce qui permet de drainer une population à risque plus importante. Mais aussi sur le fait qu'au sein de cette structure, la toxicomanie est un sujet d'intérêt croissant. L'élargissement de l'utilisation de traitement de substitution tel que le Subutex® entraîne un retour au système de soin de femmes jusque là marginalisées. De plus, il impose la réalisation d'études à l'échelon national (dont la MRAP fait partie) pour connaître et maîtriser ses effets sur la grossesse et le nouveau né. De ce fait, le personnel soignant est confronté à une population croissante de ces femmes et de leurs bébés. En 1989, 3 nouveau-nés de toxicomanes étaient hospitalisés en médecine néonatale sur 1144 enfants⁴, soit 0,26 %, et en 1998, 15 sur 920, soit 1,6 %.

Quant au choix de la population pour ce questionnaire, il s'est appuyé sur le fait que ces personnes ont un contact privilégié avec ce type de femmes et leurs enfants. En effet, c'est à

⁴ Nombre d'enfants hospitalisés moins de 28 jours en médecine néonatale à la MRAP

elles qu'incombe la tâche difficile d'apprentissage, de conseils, d'écoute et de détection d'éventuels soucis. Elles sont « en première ligne », en quelque sorte au sein de la maternité.

II. Résultats

1. Questions 1 à 5.

Au total, 78 personnes ont répondu. 57 travaillent en médecine néonatale ou en réanimation néonatale (MNN), soit 48,7 % du personnel soignant⁵ de ce secteur d'activité. 21 exercent en service mère-enfant (SDC), soit 38,2 % de ce secteur.

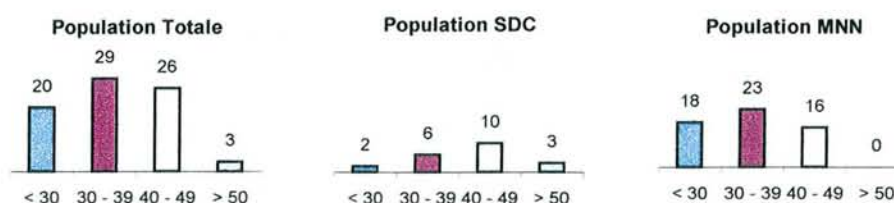
Cette population est exclusivement de sexe féminin. L'âge moyen est de 37,5 ans avec comme âges extrêmes 23 ans et 52 ans. L'ancienneté moyenne se situe aux alentours de 11 années, mais oscille entre 4 mois et 26 ans. 64 % des personnes interrogées ont des enfants.

Ces résultats par fonction et par service sont récapitulés dans le tableau 1.

Tableau 1.

Service/ Fonction	Age (Années)			Ancienneté (Années)		Qui ont des enfants
		Moyen	Extrêmes			
SDC	21	40,8	25 à 52	11,6	0,5 à 23	15
SF	7	33,7	25 à 44	6,3	0,5 à 19	4
AP	14	44,4	37 à 52	16,9	3 à 23	11
MNN	57	34,2	23 à 48	10	0,3 à 26	35
SF	16	29,7	23 à 44	6	0,3 à 15	6
AP	25	38,5	28 à 48	17	5 à 26	20
IDE-P	16	31,8	24 à 42	7,4	0,5 à 19	9
TOTAL	78	37,5	23 à 52	10,8	0,3 à 26	50

La répartition de cette population par classe d'âge montre une différence entre les 2 secteurs d'activité (histogramme 1, exprimé en nombre d'individus).



Histogramme 1

⁵ Uniquement sages-femmes (SF), auxiliaires de puériculture (AP), IDE et puéricultrices (P).

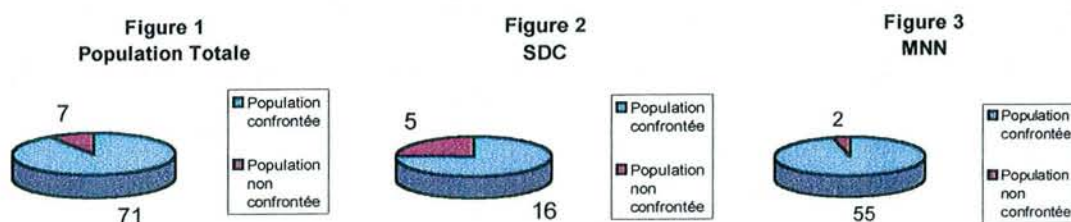
La majorité de la population de MNN a entre 23 et 40 ans, et celle de SDC entre 30 et 50 ans. De ce fait, il sera difficile d'établir des comparaisons à ce niveau. De plus, l'effectif propre de chaque fonction différenciée par secteur d'activité est trop restreint pour établir des comparaisons fiables.

La plupart des résultats de cette enquête se feront donc à partir de la population totale et par secteur s'activité.

2. Question 6

La question 6 du questionnaire demande en premier lieu si la personne a déjà été confrontée à un enfant présentant un syndrome de sevrage, et, si non, pense-t-elle être en mesure d'en reconnaître les signes.

Il en résulte que 91 % de la population totale a déjà rencontré ce type d'enfant (figure 1). Les figures 2 et 3 montrent que le secteur mère-enfant semble moins en rencontrer.



Les réponses à la deuxième question sont exprimées dans le tableau 2. Il reprend les 7 personnes qui n'ont pas vu de syndrome de sevrage néonatal

Tableau 2

Secteur/ Fonction	Reconnaissance des signes		
	OUI	NON	NE SAIT PAS
SDC	1	2	2
SF	0	1	1
AP	1	1	1
MNN	2	0	0
SF	-	-	-
AP	-	-	-
IDE-P	2	0	0
	3	2	2

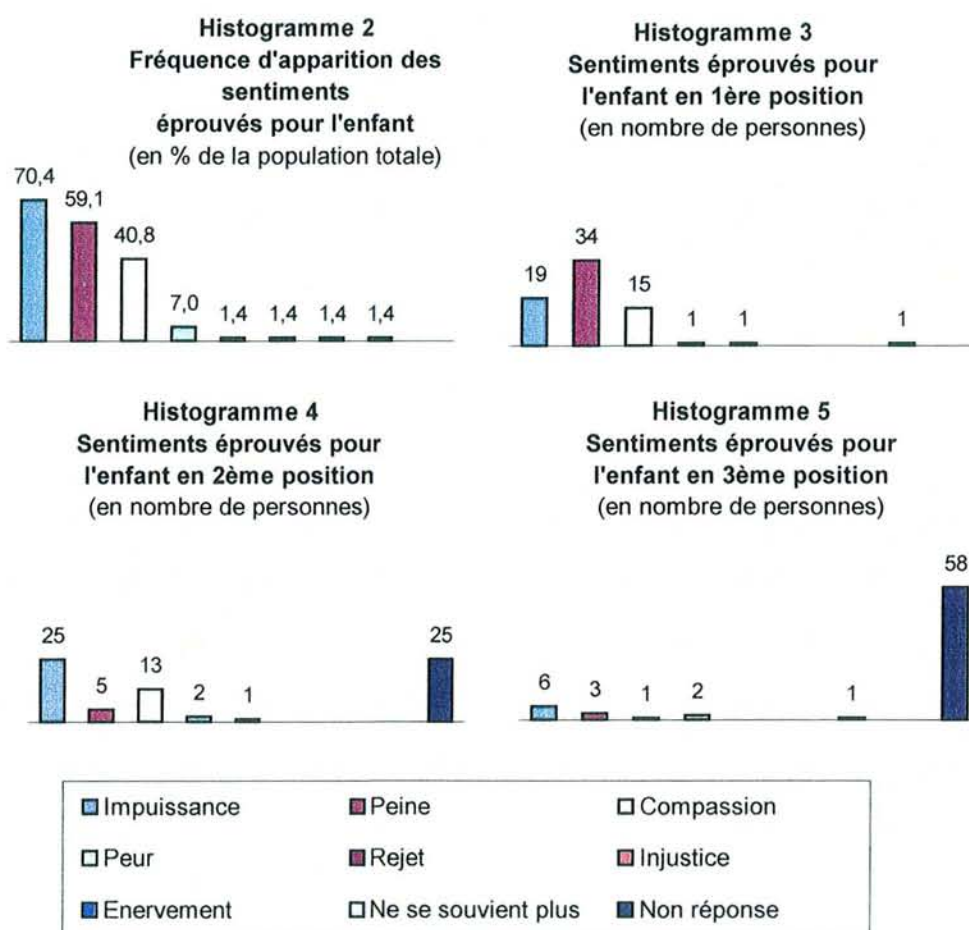
Par croisement avec l'ancienneté, les deux personnes de médecine néonatale appartiennent à l'équipe depuis moins d'un an (6 mois et 10 mois) et toutes les deux estiment pouvoir reconnaître les signes.

En suite de couches, les trois auxiliaires de puériculture sont présentes depuis 20, 18 ou 5 ans, et leur position par rapport à la reconnaissance des signes d'une crise de manque

néonatale sont respectivement « oui », « ne sais pas » et « non ». Pour les sages-femmes, l'une travaille depuis 6 mois, et est capable de reconnaître les signes, l'autre est là depuis deux ans et demi, mais reste dans le doute.

Dans un deuxième temps, la question 6 demande aux personnes ayant déjà été confrontées à un syndrome de sevrage néonatal d'exprimer le ou les **sentiments ressentis face à cet enfant**, la première fois qu'ils ont rencontré ce cas. Quelques solutions étaient proposées. Dans le cas où plusieurs sentiments apparaissaient pour une même personne, j'ai demandé de les numéroter par ordre du plus fort au moins fort. Une case « autre » offrait un élargissement des propositions.

Les 4 histogrammes suivants donnent le profil de la population totale.



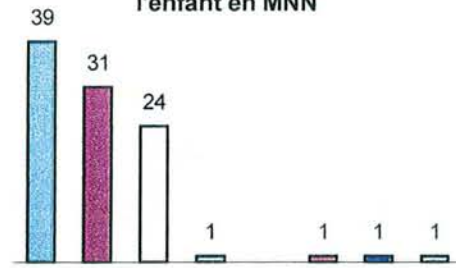
L'impuissance est le sentiment le plus fréquemment cité, suivi de la peine, puis de la compassion. Mais si on se réfère à la position des sentiments quand plusieurs sont exprimés par une même personne, on constate que c'est la peine qui est ressentie le plus fortement, suivie de l'impuissance.

Les huit histogrammes suivants donnent les profils par secteurs d'activité.

Histogramme 6
Sentiments éprouvés pour
l'enfant en SDC



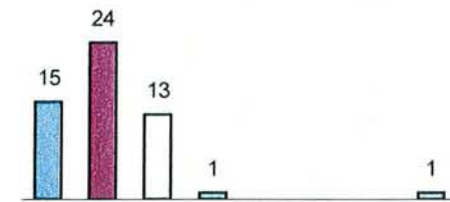
Histogramme 7
Sentiments éprouvés pour
l'enfant en MNN



Histogramme 8
SDC
Sentiments éprouvés en 1ère
position



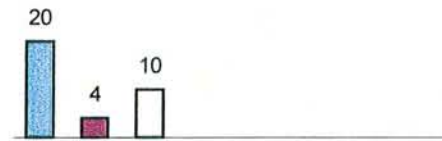
Histogramme 9
MNN
Sentiments éprouvés en 1ère
position



Histogramme 10
SDC
Sentiments éprouvés en 2ème
position



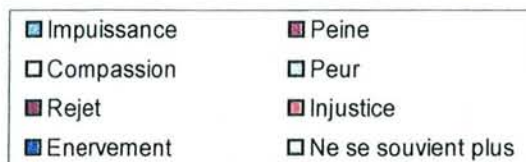
Histogramme 11
MNN
Sentiments éprouvés en 2ème
position



Histogramme 12
SDC
Sentiments éprouvés en 3ème
position



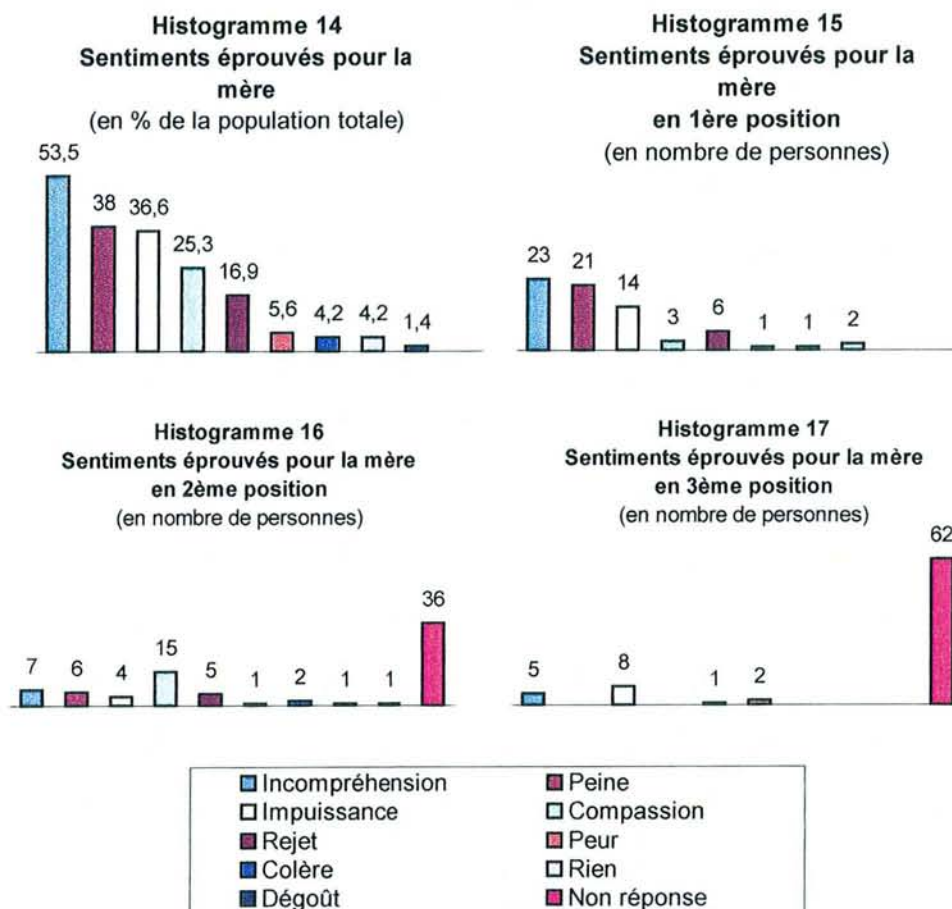
Histogramme 13
MNN
Sentiments éprouvés en 3ème
position



En comparant les 2 secteurs, on se rend compte que leur profil est différent. En suite de couches, l'impuissance et la peine sont ressenties d'égale façon, suivi de la compassion. La position des sentiments du plus fort au moins fort est la même entre les deux secteurs.

Puis, la même question est posée, mais cette fois-ci pour les **sentiments ressentis face à la mère de cet enfant**. Les réponses sont recueillies et représentées de la même façon que pour le nouveau-né.

Les 4 histogrammes qui suivent donnent le profil de la population totale.



L'incompréhension est le sentiment le plus fréquemment cité lors de la première rencontre avec la mère toxicomane. Suivent ensuite par ordre, la peine, l'impuissance, puis la compassion.

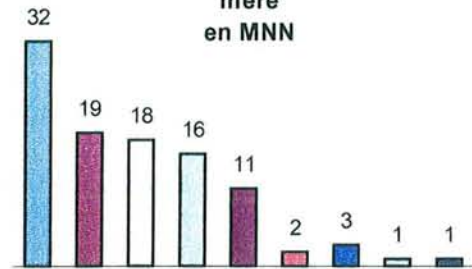
Le classement des sentiments, du plus fort au moins fort, donne en première position sensiblement le même profil, sauf pour le rejet qui remplace la compassion. Cette dernière est la plus fréquemment citée en deuxième place.

Les huit histogrammes suivants donnent les profils par secteurs d'activité.

Histogramme 18
Sentiments éprouvés pour la mère en SDC



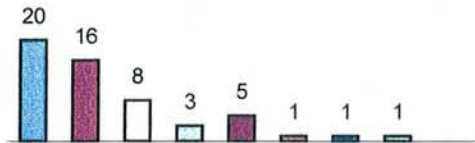
Histogramme 19
Sentiments éprouvés pour la mère en MNN



Histogramme 20
Sentiments éprouvés en SDC en 1ère position



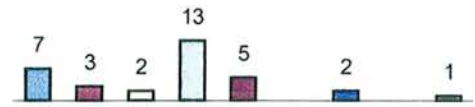
Histogramme 21
Sentiments éprouvés en MNN en 1ère position



Histogramme 22
Sentiments éprouvés en SDC en 2ème position



Histogramme 23
Sentiments éprouvés en MNN en 2ème position



Histogramme 24
Sentiments éprouvés en SDC en 3ème position



Histogramme 25
Sentiments éprouvés en MNN en 3ème position

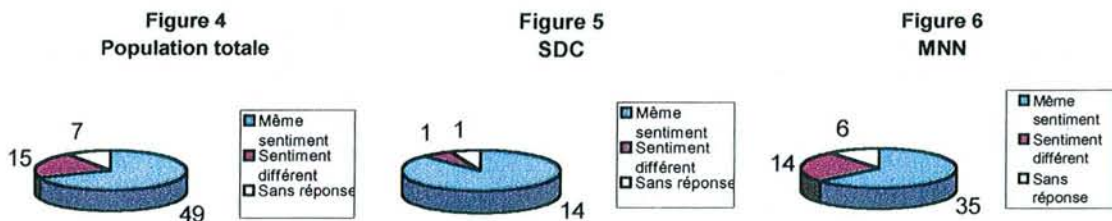


L'histogramme 19 relatif à la médecine néonatale fait ressortir l'incompréhension. Le rejet est exprimé par 11 personnes, contre 1 en suite de couches. La colère et le dégoût sont des sentiments ressentis uniquement en médecine néonatale.

Pour le secteur mère-enfant, l'impuissance et la peine apparaissent en premier, au même niveau, suivis par l'incompréhension.

Les histogrammes reflétant les positions des sentiments sont eux aussi différents. La médecine néonatale exprime en sentiment le plus fort, l'incompréhension, suivi de la peine. Le secteur mère enfant ressent d'abord de l'impuissance suivi de la peine puis de l'incompréhension. Là encore, une différence dans le ressenti du personnel entre les deux secteurs, existe.

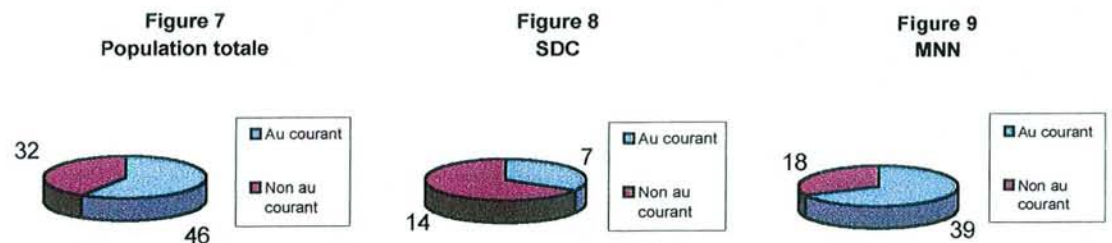
Suite à ces deux questions, je leur ai demandé s'ils éprouvaient toujours les mêmes sentiments face à cette situation (syndrome de sevrage néonatal et mère toxicomane). Il en résulte que 69 % ressentent toujours la même chose (figure 4).



3. Question 8

Cette question porte sur la journée d'information du 10 juin 1999.

59 % des personnes interrogées étaient au courant de son déroulement, avec 1/3 en suite de couches, et 2/3 en médecine néonatale (figures 7, 8 et 9).



Parmi les personnes informées de l'existence de cette journée, environ 1/3 y ont assisté, soit une personne sur sept en suite de couches, et 14 sur 39 en médecine néonatale.

En fait, 44 personnes de médecine néonatale (soit 37,6% du personnel soignant de ce secteur) étaient présentes, contre 1 sur 55 en secteur mère-enfant.

A la question « auriez-vous aimé assister à cette journée ? », 88,9 % ont répondu « oui », dont 19 sur 20 en SDC, et 37 sur 43 en MNN (figures 10, 11 et 12).

Figure 10
Population totale

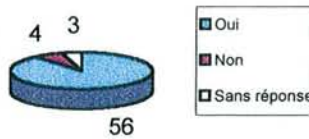


Figure 11
SDC

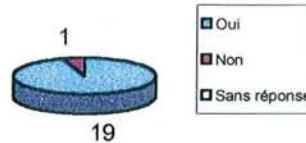
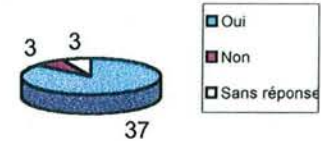


Figure 12
MNN



A celles qui ont suivi cette formation, j'ai demandé si cela les avait aidées à mieux gérer leur relation avec l'enfant, leur relation avec sa mère et l'instauration de la relation mère-enfant. Je ne pourrai pas comparer les deux secteurs, étant donné qu'une seule personne en suite de couches a assisté à cette formation. Il en résulte les trois figures suivantes :

Figure 13
Aide dans la relation avec l'enfant

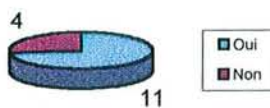


Figure 14
Aide dans la relation avec sa mère

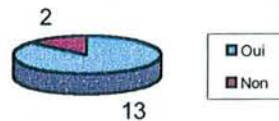


Figure 15
Aide dans l'instauration de la relation mère/enfant



Globalement, cette information semble utile pour faciliter l'approche avec l'enfant et sa mère.

4. Question 9

Cette question s'adresse à toutes les personnes répondant à ce questionnaire, qu'elles aient ou non assisté à la journée d'information. Elle demande si le personnel soignant pense être suffisamment informé sur le syndrome de sevrage du nouveau-né, le traitement médical de cette crise de manque et les soins de nursing à apporter à cet enfant. Puis la même question est posée pour la prise en charge d'une femme toxicomane, sur les plans médical, social et psychologique d'une part, et d'autre part, pour la femme sous traitement substitutif au niveau des trois plans cités précédemment.

Les réponses à ces questions vont permettre de définir non seulement si le personnel soignant se sent informé sur ce sujet, mais de plus, elles vont mettre en relief les plans où se situent les lacunes.

⇒ L'enfant :

- ◆ Pensez-vous être suffisamment informé sur le syndrome de sevrage ?

Figure 16
Population totale

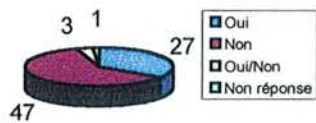


Figure 17
SDC

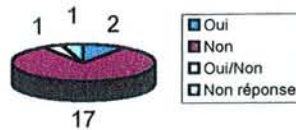
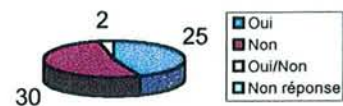


Figure 18
MNN



- ◆ Pensez-vous être suffisamment informé sur le traitement médical du syndrome de sevrage ?

Figure 19
Population totale

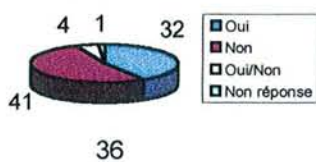


Figure 20
SDC

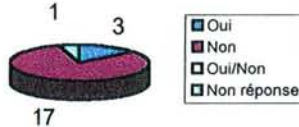
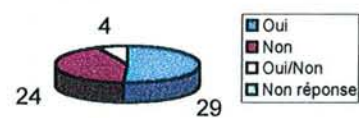


Figure 21
MNN



- ◆ Pensez-vous être suffisamment informé sur les soins de nursing ?

Figure 22
Population Totale

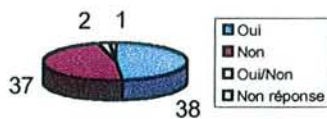


Figure 23
SDC

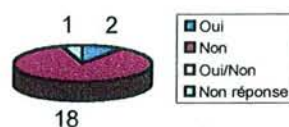
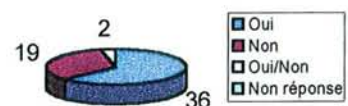


Figure 24
MNN



Par ces graphiques, on constate que le service de suite de couches ne se sent pas informé sur la prise en charge globale du syndrome de sevrage. Les résultats semblent plus mitigés pour la médecine néonatale. L'aspect technique tel que le nursing ou le traitement médical paraît acquis pour plus de 50 % du personnel. Ceci semble logique dans le sens où cela fait partie de leur travail. Mais plus de la moitié estime être insuffisamment informé sur le syndrome de sevrage en lui-même.

⇒ La prise en charge de la femme toxicomane :

Pensez-vous être suffisamment informé sur :

◆ Le plan médical

Figure 25
Population Totale

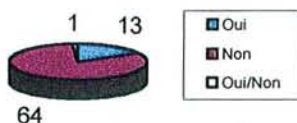
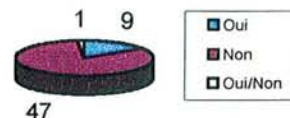


Figure 26
SDC



Figure 27
MNN



◆ Le plan social

Figure 28
Population Totale

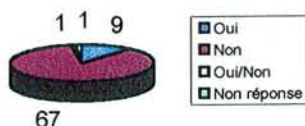


Figure 29
SDC

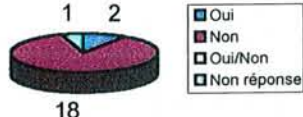
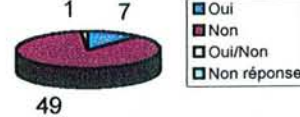


Figure 30
MNN



◆ Le plan psychologique

Figure 31
Population Totale

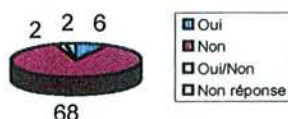


Figure 32
SDC

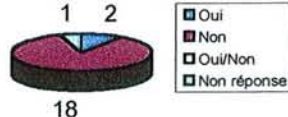
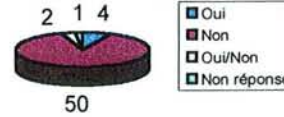


Figure 33
MNN



Ces graphiques montrent que la majorité du personnel soignant se montre insuffisamment informé sur la prise en charge de la femme toxicomane, ce quel que soit le secteur d'activité.

⇒ La prise en charge de la femme sous traitement substitutif :

Pensez-vous être suffisamment informé sur :

◆ Le plan médical

Figure 34
Population Totale

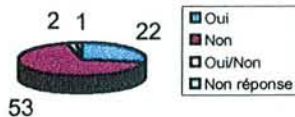


Figure 35
SDC

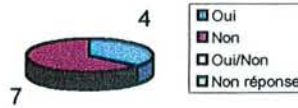
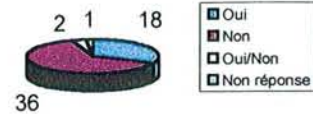


Figure 36
MNN



◆ Le plan social

Figure 37
Population Totale

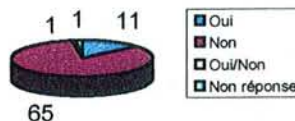


Figure 38
SDC

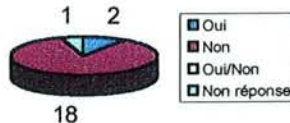
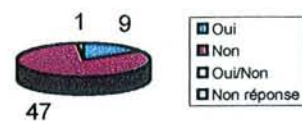


Figure 39
MNN



◆ Le plan psychologique

Figure 40
Population Totale

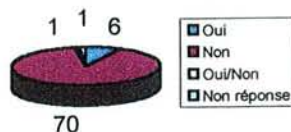


Figure 41
SDC

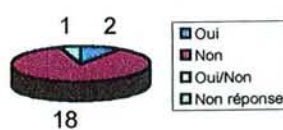
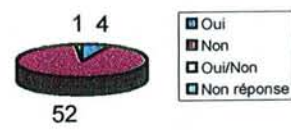


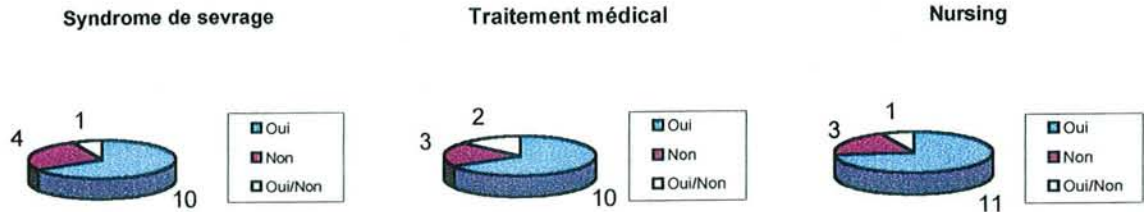
Figure 42
MNN



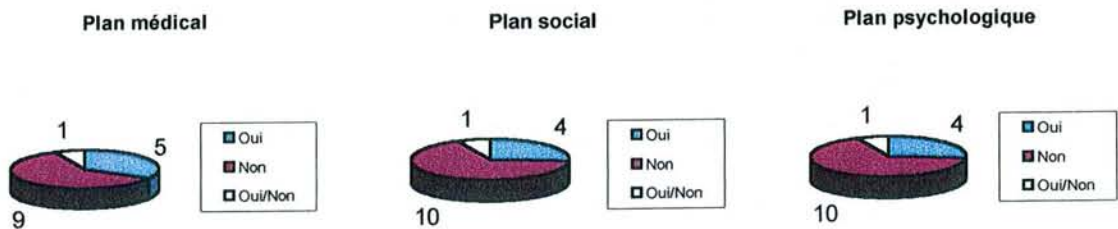
Ici aussi, il existe un manque d'information sur les trois plans. Je note tout de même une légère connaissance de l'aspect médical en médecine néonatale avec 18 réponses positives (Figure 36). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des enfants soignés pour un syndrome de sevrage naissent de mère sous traitement substitutif.

Pour vérifier si l'information du 10 juin a été bénéfique, les graphiques suivants (figures 43, 44, 45) expriment les mêmes données que précédemment, mais uniquement pour les personnes ayant assisté à cette journée. Je ne distingue pas les deux secteurs d'activité car il n'existe qu'un seul cas en suite de couches.

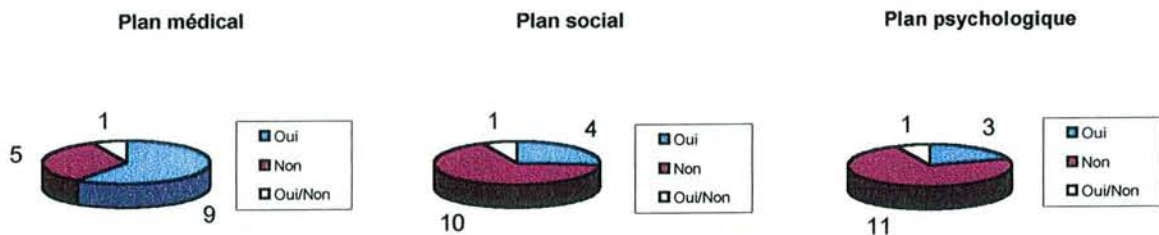
L'enfant :



La prise en charge de la femme toxicomane :



La prise en charge de la femme sous traitement substitutif :



En ce qui concerne la prise en charge de l'enfant, on constate une prédominance de « oui » sur les trois plans observés.

L'aspect bénéfique de l'information s'observe surtout pour le syndrome de sevrage si on se réfère à la figure 16.

En revanche, pour la prise en charge de la femme toxicomane les réponses négatives prédominent. Il en va de même sur les plans social et psychologique de la prise en charge de la femme substituée. Pour cette dernière, l'aspect médical semble mieux appréhendé avec une majorité de « oui ». Ce résultat est à confronter avec les réponses obtenues dans la figure 36. En fait, dans cette dernière, près de la moitié des réponses positives sont issues de personnes ayant assisté à la formation. L'hypothèse émise à ce niveau serait donc fautive (p. 55). Ceci montrerait donc l'intérêt de la journée d'information.

Globalement, cette journée est bénéfique pour la prise en charge de l'enfant et l'aspect médical de la prise en charge de la femme substituée. Cependant, le manque d'information sur la prise en charge de la femme toxicomane persiste. Les aspects psychologiques et sociaux de la femme substituée sont eux aussi à éclaircir.

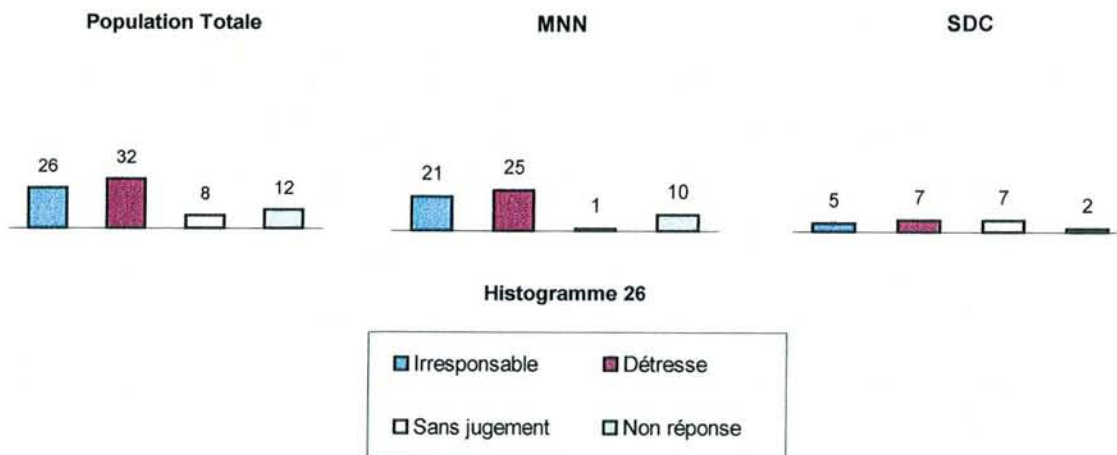
5. Question 7

Parmi les questions posées, l'une demande ce que pense le personnel soignant des femmes toxicomanes, en utilisant des expressions ou mots-clés.

En fait, les réponses sont très disparates. Je les ai donc classées par thèmes. Il en résulte 4 grandes catégories qui sont les suivantes :

- ◆ Celles qui considèrent ces femmes comme irresponsables, inconscientes, soit un aspect négatif.
- ◆ Celles qui considèrent que ces femmes sont en détresse, victimes, soit un aspect positif.
- ◆ Celles qui ne portent pas de jugement, soit un aspect neutre.
- ◆ Celles qui n'ont pas répondu.

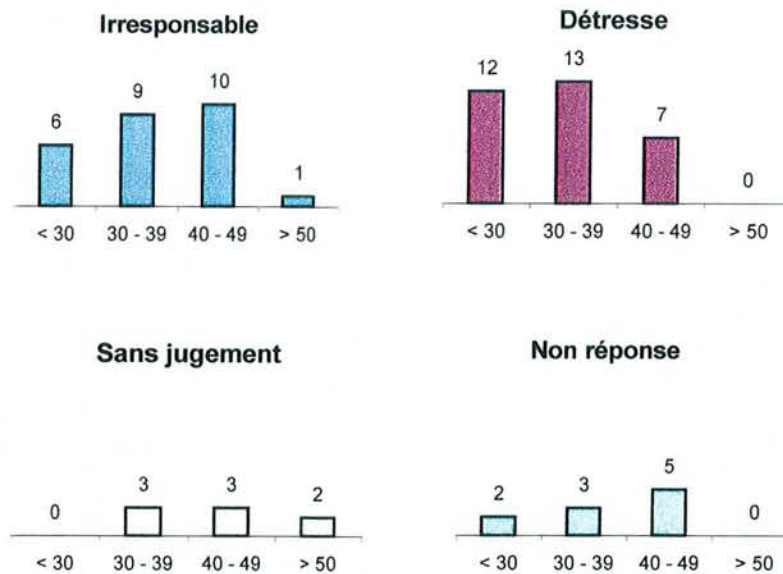
L'histogramme 26 récapitule les résultats obtenus.



41 % de la population totale estime que ces femmes sont en détresse, mais 1/3 pense qu'elles sont irresponsables.

La seule différence entre les deux secteurs se situe dans une proportion non négligeable de la réponse « sans jugement » en suite de couches.

Les résultats par classe d'âge (histogramme 27) montrent que les plus de 40 ans les considèrent plus facilement irresponsables qu'en détresse. Je note que les réponses « sans jugement » sont principalement issues de cette tranche d'âge.



Histogramme 27

Je tiens à préciser que si ces thèmes semblent très catégoriques, les réponses étaient souvent beaucoup plus nuancées. Il m'a fallu pourtant trancher entre positif et négatif, par extrapolation des propos recueillis. Mon choix s'est essentiellement basé sur la nature des mots utilisés dans les réponses et la manière dont étaient tournées les phrases. Les exemples « font ce qu'elles veulent mais choisir d'avoir un enfant ? » ou « on n'a pas à les juger ; ne réalisent pas toujours la gravité de leurs actes », classés dans le thème « irresponsables », montrent que les réponses sont souvent moins durement exprimées.

III. Analyse et discussion

1. Réaction du personnel soignant

Comme nous l'avons constaté précédemment, 91 % de la population interrogée a déjà été confrontée à un syndrome de sevrage. Pour les 9 % qui n'ont jamais rencontré ce cas, un lien avec une faible ancienneté peut être évoqué en médecine néonatale, mais pas en suite de couches.

En fait, la durée d'hospitalisation en médecine néonatale est d'environ trois semaines, ce qui permet un contact avec tous les roulements de ce service. En revanche, en secteur mère-enfant, dès les premiers signes, l'enfant est transféré et ne revient jamais. Ceci explique que

certaines personnes n'aient jamais été en contact avec ce type de nouveau-nés, même après 20 ans de service.

Cette différence dans la relation avec l'enfant va interférer dans le ressenti que ces deux secteurs pourront évoquer.

1) Ressenti pour l'enfant

En MNN, l'impuissance domine pour l'ensemble du personnel, mais le sentiment le plus fortement ressenti en premier lieu est la peine.

L'impuissance se caractérise par l'incapacité à calmer ces enfants. Il faut garder à l'esprit qu'une crise de manque est très impressionnante, très dure à vivre, à regarder et à entendre. Toute la patience, la douceur et la chaleur qu'on peut prodiguer à cet enfant paraît inutile. Le seul moyen de le calmer est de lui administrer de la morphine. Or, l'image de ce produit est de surcroît associée à la douleur.

La souffrance, la durée d'hospitalisation, la fragilité due à son âge et à son état légitiment un sentiment de peine.

En suite de couches, l'impuissance se fait sensiblement moins sentir, sans doute par le fait que le personnel est moins directement confronté à la douleur de l'enfant. En revanche, la peine est présente, comme en MNN.

2) Ressenti pour la mère

En médecine néonatale, c'est l'incompréhension qui domine. Un enfant est censé être le plus beau cadeau de la vie, alors comment une mère peut-elle faire ça à son bébé ?

En fait, l'incompréhension se situe à plusieurs niveaux. Tout d'abord, c'est l'incompréhension de la conduite toxicomaniaque en elle-même. Avec toutes les campagnes de prévention, comment a-t-elle pu en arriver là ?

Ensuite, pourquoi concevoir un enfant alors qu'elle est toxicomane ? Mais dans ce cas, c'est méconnaître qu'une femme toxicomane se croit stérile.

Enfin et surtout, c'est l'incompréhension de faire un enfant alors qu'elle est sous traitement substitutif, avec les conséquences que l'on connaît pour l'enfant. De plus, certaines femmes ne suivent pas correctement le traitement et mentent sur les produits utilisés. De ce fait, les sentiments de rejet, de dégoût et de colère ressortent de l'enquête.

Pourtant, la peine et la compassion sont présentes. La mère devient alors victime, prise dans un engrenage. Malgré la souffrance de son enfant, le personnel tente de la comprendre.

L'impuissance est là aussi ressentie. En effet, il est difficile de réaliser un travail d'accompagnement, d'éducation, d'écoute avec des femmes souvent instables et fragiles. Le

personnel ne sait pas toujours comment réagir, se placer et aider ces mères qui sont soit très culpabilisées, soit agressives, ou encore fuyantes.

En suite de couches, l'incompréhension est moins forte. En fait, elles ne sont pas directement confrontées à la mère face à son enfant. Le problème de ce service est que le personnel soignant a non seulement peu de contacts avec les nouveau-nés, mais aussi avec leur mère. En effet, celles-ci passent beaucoup de temps en dehors de leur chambre. De plus, la durée d'hospitalisation de ces femmes est trop courte pour établir un réel dialogue sauf si celles-ci le demandent.

Pourtant, l'impuissance est fréquemment citée, preuve de la difficulté d'appréhender ces femmes en tant que soignant et de les aider.

Tous ces sentiments ressentis sont tenaces car pour 2/3 de la population interrogée, ils restent identiques. Pourtant, le désir de progresser et d'améliorer la prise en charge de ce couple est fort.

2. Le désir d'information et de formation du personnel soignant.

Même si la MNN pourrait paraître plus concernée par ce phénomène que le secteur mère-enfant, le désir d'être informé est aussi intense dans les deux services.

La journée d'information du 10 juin a aidé les personnes qui y ont assisté, mais il semble que des lacunes persistent. Il paraîtrait utile de la compléter. En fait, leurs désirs ont été exprimés dans la dernière question de l'enquête.

Lorsque je leur demande quelles sont leurs attentes, si elles se sentent mal informées, ou mal à l'aise face à cette situation, elles ne peuvent s'empêcher de continuer à manifester et expliquer ce qu'elles ressentent. J'ai tout de même tenté de faire ressortir les points essentiels.

Pour la prise en charge de ce couple, le personnel aimerait connaître l'histoire de la toxicomanie maternelle, mais aussi les problèmes sociaux qui l'accompagnent. Il déplore les problèmes de liaison, le manque de transmission. A ceci s'ajoute la difficulté de réaliser un réel accompagnement par l'existence d'une multiplicité d'intervenants pour prendre en charge la femme.

Il admet la difficulté de rester neutre face à un enfant qui souffre et une mère qui parfois paraît « shootée » selon leurs propres termes, et détachée de cette souffrance. Mais pourtant leur désir d'améliorer, voire d'apprendre à gérer la situation par rapport à la mère de cet enfant reste présent. C'est pourquoi il aimerait savoir comment réagir, non seulement face à une femme toxicomane, mais aussi face à ses propres sentiments. Il se sent partagé entre plusieurs attitudes,

les réactions des toxicomanes étant très diverses d'une histoire à l'autre. Le personnel soignant rencontre des femmes qui se sentent fautives et dans ce cas, il leur est très difficile de les déculpabiliser, de les rassurer, sans augmenter leur détresse et leur mal-être. Dans d'autres situations, il est face à une femme agressive, en opposition permanente avec le soignant pour toute ce qui touche à l'enfant, ou face à la fuite et au mensonge. Il a alors l'impression de ne rien pouvoir construire. De surcroît, dans la majorité des cas, la réaction d'une toxicomane leur paraît imprévisible. C'est pourquoi une information sur la psychologie de ce type de femmes lui paraît nécessaire, ce d'autant plus qu'il perçoit que la mère se sent jugée et que lui-même se sent parfois inquisiteur plutôt que soignant.

Pour compléter l'accompagnement de la mère, un désir d'information sur le mode de fonctionnement du couple mère-enfant lui semble utile pour instaurer ou rétablir la relation entre cette femme et son bébé.

En fait, il a besoin d'apprendre à aborder la toxicomanie. Mais il est bien conscient que chaque cas est différent, d'où les problèmes d'analyse et de gestion rencontrés.

D'un point de vue médical, deux notions sont encore obscures pour certains : le traitement de substitution d'une part, et le syndrome de sevrage d'autre part.

Le soignant désire une information sur le suivi médical de la femme toxicomane dans le sens où la majorité des cas de syndrome de sevrage qu'il soigne fait suite à la prise de produits de substitution, notamment le Subutex®. En fait, le personnel avoue connaître peu de choses sur ce médicament. Certains se demandent d'ailleurs si c'est vraiment le meilleur traitement étant donné les conséquences observées chez l'enfant avec ce produit.

Le syndrome de sevrage chez l'enfant pose question dans sa prise en charge globale. Une personne avoue et regrette une « pratique sur le tas » du score de Finnegan. Un désir d'approfondir les techniques de soin tels que le nursing, la surveillance, ressort de l'enquête. d'autres s'intéressent aux différents traitements médicamenteux possibles.

L'allaitement maternel est un sujet récurrent. Les personnes qui l'ont mentionné estiment qu'il aide au traitement du syndrome de sevrage, et dans la construction de la relation mère-enfant, mais l'indécision des pédiatres à ce sujet les laisse dans le doute.

Un point d'intérêt général est l'avenir de l'enfant. Le personnel soignant a besoin de connaître les conséquences physiques et morales, le devenir socio-affectif de ces enfants. Certaines personnes aimeraient savoir si les enfants de femmes sous traitement substitutif ont un meilleur pronostic par rapport aux femmes non substituées.

Une impression floue et circule sur la constatation que certaines femmes substituées ne sont pas informées du risque de survenue d'un syndrome de sevrage et surtout de l'ampleur des signes cliniques et de la durée d'hospitalisation qu'il entraîne. Les soignants se demandent donc s'il y a, ou non, information de ces femmes pendant la grossesse sur les conséquences du traitement pour l'enfant à la naissance.

Globalement, un désir d'information et de formation se fait sentir pour comprendre, soigner, et aider. La connaissance du suivi médical, psychologique et social pourrait participer à l'accompagnement de ces femmes et leurs enfants.

Pour les personnes qui ont assisté à la journée d'information, elles sont satisfaites des outils donnés sur le plan médical, mais pas pour ceux destinés à aider dans la relation avec la toxicomane. Même avec cette formation, l'incompréhension et le sentiment d'impuissance persistent.

3. Le rôle du soignant

Alors que l'on juge moins négativement le tabagisme ou l'alcoolisme, la toxicomanie garde une forme d'incompréhension. En fait, c'est la représentation même de la drogue avec son image répulsive, anxiogène, qui renvoie à des sentiments de peur sur fond de violence et d'agressivité, qui fait que le public en général retient plus l'ampleur de ces désastres que la fréquence du phénomène.

A cette incompréhension s'ajoute le rôle propre que le soignant se donne : aider et guérir. En d'autres termes, avoir des résultats non seulement visibles, mais aussi qui durent.

De plus, une vision, certes très simpliste, du bien et du mal, catégorise d'un côté les « bonnes mères », et de l'autre les « mauvaises mères », où les femmes toxicomanes sont incluses.

Or le problème qu'est la toxicomanie est un phénomène beaucoup plus complexe. Il prend en compte trois dimensions, médicale, sociale et psychologique, étroitement imbriquées l'une dans l'autre. C'est une pathologie qui ne se guérit pas en trois semaines. Même si l'enfant sort sevré, le couple mère-enfant est encore très malade. La toxicomanie maternelle s'intègre dans des difficultés sociales et psychologiques qui parfois ne peuvent se « guérir » que sur plusieurs générations. Il faut donc admettre nos limites.

De plus, avoir un protocole, un mode d'emploi, n'est pas réalisable. Chaque cas est différent. Il n'y a pas une personnalité toxicomaniaque. On pourra toujours définir une conduite à tenir pour soigner l'enfant. Mais il n'y a pas de recette miracle pour établir une relation avec sa mère ou dans le couple mère-enfant. En fait, on n'a pas d'autres choix que de les prendre tel qu'elles sont.

Notre rôle est pourtant très important. C'est avec nous que la femme va apprendre à aimer son enfant. Même si notre passage dans la vie d'une toxicomane est bref, de notre accueil et de notre écoute va dépendre l'établissement d'un lien solide entre une mère et son bébé.

Il faut donc être à l'écoute, aidant, rassurant, déculpabilisant. Nous sommes des professionnels. Si les parents sont agressifs, c'est à nous de nous adapter, nous former pour donner des soins de qualité.

Ce que l'on fait maintenant est pour du plus long terme. Ce n'est pas inutile. S'il y a continuité, les résultats se verront plus tard.

Mais il faut bien reconnaître que si la femme ne s'investit pas, ne coopère pas, tous nos efforts seront vains. La majeure partie du succès vient du désir des parents à vouloir s'en sortir. Et il ne faut pas considérer cela comme un échec de notre fonction de soignant.

4. La notion de partenariat

Le partenariat est un concept difficilement suivi et mis en application. De ce fait, cela crée des problèmes d'incohérence dans le suivi des patientes, dans le discours tenu par tous les intervenants.

Pour accorder les différents partenaires, il est nécessaire qu'ils connaissent l'existence de chacun, qu'ils harmonisent leur connaissance et qu'ils se fassent confiance.

1) Les différents intervenants

Pour la prise en charge d'une femme toxicomane au sein d'un établissement comme la MRAP, les différents intervenants appartenant à la maternité sont connus. Obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture vont se charger de tout l'aspect médico-affectif, associés à des psychologues si nécessaire. L'aspect social peut être soulevé avec l'aide de l'assistante sociale. Mais le séjour de cette femme et son enfant est court au sein de l'établissement. Or, la pharmacodépendance maternelle précède son entrée et se poursuit après sa sortie.

Le problème se pose en fait sur tout ce qui entoure cette femme à l'extérieur. Qui est le médecin qui suit sa toxicomanie ? Que prend-elle comme produit ? Où et comment vit-elle ? Est-elle entourée ? Quel est son parcours toxicomaniaque et maternel ? Que vont devenir cette mère et son enfant une fois sortis ? C'est à ce niveau que la notion de partenariat prend toute sa dimension : la globalité de la prise en charge. Il est alors nécessaire de connaître les différents intervenants préexistants, pour échanger des informations, mais aussi ceux qui pourraient apporter une solution à un problème qui n'en a pas jusque là.

- ◆ Un médecin généraliste assure la prise en charge spécifique de la toxicomanie et veille au suivi médical de la femme. C'est lui qui met en place le traitement substitutif, et/ou qui veille à sa poursuite, avant, pendant et après la grossesse.
- ◆ La prise en charge par un psychologue est très importante pour aider la femme à investir psychiquement sa grossesse ainsi que son enfant. Il est primordial d'assurer un soutien tout au long de la grossesse, mais aussi et surtout après l'accouchement, pour éviter, ou prévenir, une éventuelle rechute.

- ◆ La mise en contact avec un assistant social de secteur permet de retrouver ou de développer une autonomie de vie. Il va accompagner la femme dans ses recherches de logement par exemple, ou dans ses démarches administratives. Ultérieurement, un projet de réinsertion professionnel peut être proposé.
- ◆ Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, comme l'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes (UFATT) à Nancy, assurent une prise en charge médicale, sociale et éducative. Ces centres regroupent médecins, psychologues, infirmiers et éducateurs.
- ◆ La Direction de la Solidarité et de la l'Action sociale (DISAS, anciennement SDAS) par l'intermédiaire de ses missions telles que la Protection Maternelle et Infantile (PMI), la protection de l'enfance et le service social, est un partenaire important. Mais son principal problème est l'appréhension des femmes qui ont peur d'être jugées, peur du placement de leur enfant. Or, ce service est justement là pour éviter ce type de situation extrême. La sage-femme de PMI peut être un lien avec la maternité. Ultérieurement, elle permet d'introduire le médecin et la puéricultrice de PMI pour le suivi de l'enfant. Ce système de protection et de prévention permet un retour à domicile, une surveillance du développement psychomoteur et médical de l'enfant. De plus, il aide au dépistage précoce des difficultés relationnelles mère-enfant, des situations de négligence ou de maltraitance. La Protection de l'Enfance (anciennement Aide Sociale à l'Enfance) n'intervient que lorsque la PMI et le service social ne suffisent plus. C'est une protection administrative, à la demande des parents, ou judiciaire, quand l'enfant est en danger. Dans ce deuxième cas, les missions de la DISAS réalisent une enquête sociale. En fonction des éléments recueillis, un signalement au Parquet de Tribunal de Grande Instance peut être déposé, en référence à l'article 375 du Code Civil (relatif à une situation de danger pour l'enfant). Le substitut du procureur a alors trois possibilités : demander un complément d'enquête, ordonner un placement provisoire à charge de saisir le juge des enfants sous huit jours, ou, et c'est le cas le plus fréquent, saisir le juge des enfants dans le cadre d'une assistance éducative en milieu ouvert. Cette dernière solution permet le maintien de l'enfant dans son milieu familial avec l'aide de travailleurs sociaux.

En fait, à la Maternité de Nancy, avant le retour de l'enfant, une évaluation de la situation dans sa globalité est assurée par les différents partenaires de l'établissement associés à des services extérieurs comme la PMI. La mesure la plus adaptée est alors appliquée. Et comme le rappelle le Professeur C. Lejeune, « il ne faut pas se laisser prendre par le discours des parents toxicomanes quand l'enfant naît. » Il est impensable de laisser repartir un enfant sans assurance pour son bien-être futur, mais aussi sans soutien pour sa famille.

C'est sans doute dans ce sens que des centres mère-enfant ont été créés spécialement pour les femmes toxicomanes. Ils sont très peu nombreux en France. Le centre Horizons (Paris), dirigé par J. Ebert, en est un exemple. Leur but est d'accueillir la mère et son enfant, d'instaurer un projet thérapeutique pour favoriser la capacité à construire ou à renouer des liens affectifs avec l'enfant, mais aussi de prévenir les risques d'abandon ou de maltraitance.

2) Harmoniser les connaissances et se faire confiance

Une des difficultés du partenariat est la pluridisciplinarité des différents intervenants. De ce fait, une certaine incohérence dans le discours peut apparaître. De plus, sans lien entre eux, chacun travaille de son côté et ne connaît pas la globalité de la situation. Il se peut alors que l'action entreprise ne soit pas adaptée ou entrave le travail effectué par ailleurs. Enfin, la méconnaissance de certaines parties de « l'histoire » de la femme peut être une gêne à la compréhension du problème. Il en résulte alors une réaction et/ou une action mal ciblées, qui met mal à l'aise aussi bien l'intervenant que la femme elle-même.

Le réseau doit en principe favoriser l'utilisation croisée des compétences et leur coordination. L'intervention pluridisciplinaire bien comprise et bien conduite permet à chaque professionnel engagé dans ce réseau d'optimiser les effets de son travail auprès des femmes et de leur entourage, et d'optimiser le travail de ses partenaires.

Le but est d'obtenir une meilleure gestion des risques et la réduction la plus importante possible de leurs effets délétères.

Pour cela, il est nécessaire :

- d'obtenir l'identification des acteurs compétents.
- d'obtenir la connaissance par chacun des partenaires, du champ de compétences des autres acteurs du réseau.
- d'avoir la même vision et une approche commune de problèmes de santé par les différents intervenants.
- que les acteurs partenaires se connaissent et se reconnaissent, soit une notion de relation de confiance.

Tout ceci est pour permettre une continuité et une cohérence du suivi. Ainsi, il évite le morcellement de la prise en charge, et la sensation désagréable de se sentir seul. Il évite aussi une prise en charge partielle, qui même avec la meilleure volonté du monde, peut s'avérer être un simple « coup d'épée dans l'eau » sans résultats durables.

CONCLUSION

En dehors des problèmes obstétricaux et du retentissement somatique sur l'enfant, il est nécessaire, en raison des relations de la drogue avec des données psychologiques et sociologiques, de faire référence à la personnalité de la droguée, au vécu de la grossesse, et au mode même de la toxicomanie : ces facteurs sont importants à considérer si l'on veut envisager des moyens thérapeutiques adaptés, seuls capables de diminuer les complications de cette grossesse.

Un profond changement de nos mentalités est nécessaire (sans excès de naïveté) pour que la seule notion de toxicomanie maternelle ne soit pas a priori une indication de placement de l'enfant, et pour que ces femmes soient accueillies en maternité en prenant en compte médicalement et psycho-socialement la dure réalité de leur dépendance au produit, et donc de traiter cette dépendance dès que possible.

La prise en charge ne peut se concevoir qu'au sein d'une équipe multidisciplinaire, aux compétences spécifiques largement ouvertes vers le travail en réseau. La prise en charge précoce améliore les paramètres obstétricaux et néonataux de manière incontestable ; la substitution récemment initiée en France semble être une possibilité heureuse d'ancrage de la patiente à l'équipe soignante. Il ne paraît pas utopique de penser qu'une dignité retrouvée, ainsi que des compétences reconnues et respectées le temps d'une grossesse chez ces patientes, puissent représenter dans leur trajet de vie, une nouvelle naissance.

« Que les femmes toxicomanes soient enfin reconnues comme des femmes comme les autres ayant droit à la maternité » J. Ebert (Centre Horizons, Paris).

BIBLIOGRAPHIE

1. BENOS P.
Grossesse, héroïne et substitution
La Lettre du Gynécologue, 1999 ; 241 : 15-21
2. BONGAIN A., HUSS M., GABAUDE B et GILLET J.Y.
Toxicomanie et Grossesse
Editions Techniques
Encycl. Med. Chir. (Paris), Gynécologie/Obstétrique
1994, 10 p.
3. BONGAIN A., HUSS M., GILLET J.Y.
Toxicomanie et grossesse
Rev. Prat., 1992, 42, 8, 1004-1009
4. BOUTTE P. , RICHELME C., BERARD E. et al.
Le nouveau-né de mère droguée
La presse médicale 1988, 17 : 1405-1408
5. CASSAGNE F.
Drogue : en finir avec les clichés
Mutuelle Magazine Touraine 1995 ; 13 : 6-11
6. CHASNOFF I.J. et LEE R.V.
Toxicomanies
In : Médecine de la femme enceinte, ed. par J.P. GRUNFELD
France : Médecine-Sciences Flammarion, 1990, 17, p. 557-573
7. CIARU-VIGNERON N., RAFOWICZ E., NGUYEN R. et al.
Toxicomanie et grossesse. Principales conséquences obstétricales et pédiatrique
J. Gynéco. Obstét. Biol. Reprod. 1989 ; 18 :637-648
8. CORDIER F.
Toxicomanie et précarité : il faut une offre de soins adaptée.
Le Quotidien du Médecin 1998 ; 6385 : 25
9. CUDEVILLE C., PONS J.C.
Toxicomanie et grossesse
Abstract Gynéco 1996, 168 : 29-35
10. DELOUR Marcelle
La notion de partenariat. Suivi de grossesse et travail en réseau. Enjeux. Bénéfices attendus.
Obstacles.
Le point de vue d'un médecin de PMI. (non publié)
11. DURAND de BOUSSINGEN D.
Femmes enceintes toxicomanes : l'intérêt de la substitution.
Le Quotidien du Médecin 1998 ; 6396 : 31
12. FERME Céline
Femmes, Héroïne et ...Maternité ?
107 p.
Mémoire : D.E. Sages-Femmes : Rouen : 1999

13. GILLET J.Y. , GABAUDE B., BOUTTE P. et al.
Dossier Toxicomanie et Grossesse
La pratique médicale 1986, 23 : 9-26
14. HOPPENOT J.
Le succès de la substitution en médecine de ville.
Le Quotidien du Médecin 1998 ; 6193 :70
15. JORAS M.
Le devenir des enfants de mère toxicomane peut et doit être amélioré.
Le Quotidien du Médecin 1998 ; 6362 : 43-44
16. Journée Parisienne Obstétrico-Pédiatrique (3 ; 1995)
Toxicomanie et Grossesse. Cahier de l'AP.HP
Paris : Doin, 1995, 62 p.
17. LEBRUN F.
L'enfant de mère toxicomane
In : Obstétrique
Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1995, 112, p. 1439-1450
18. LEJEUNE C.
Syndrome de sevrage des nouveau-nés de mère toxicomane substituée
Revue de Littérature en vue d'une réunion. 1998 (non publié)
19. LEJEUNE C. et al.
Prise en charge de femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants
Arch. Pédiatr. 1997 ; 4 : 263-270
20. LEJEUNE C., ROPERT J.C., MONTAMAT S. et al.
Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mères toxicomanes
Article original J. Gynéco. Obstét. Biol. Reprod. 1997 ; 26 : 395-404
21. MARTIN Cl.
Enfant de mère droguée
Revue de Pédiatrie 1985, XXI, 3 : 125-133
22. MERGER R., LEVY J. et MELCHIOR J.
Les risques fœtaux : médicaments toxiques, radiations, vaccins
In : Précis d'obstétrique, 6^o édition
Paris : Masson, 1995 : 18, p. 461-465
23. NOLLET D.
Affection psychiatrique et toxicomanie s
In : Pathologies Maternelles et Grossesse, ed. par Marc Graw-Hill
MEDSI, 1988 p.598-608
24. OFDT
Drogues et Toxicomanies. Indicateur et Tendances. Ed. 1999, 270 p.
25. Réseau Toxicomanie (1998, Strasbourg)
Grossesse et Toxicomanie
Espace MG. Strasbourg. 9 p. (non publié)

26. RIOU S.
Toxicomanie : des mères comme les autres
Impact Médecin, 1996, 322 : 17
27. ROY P.
Le Subutex® : une clé pour la resocialisation
Le Quotidien du Médecin 1997 ; 6170 : 25
28. ROY P.
Le Subutex® sous surveillance scientifique n'est pas remis en cause
Le Quotidien du Médecin 1998 ; 6357 : 36
29. ROY P.
Substitution : l'accès au Subutex® pourrait devenir moins facile
Le Quotidien du Médecin 1998 ; 6378 : 20
30. ROY P.
Substitution : Bernard Kouchner améliore le dispositif
Le Quotidien du Médecin 1995 ; 6388 : 15
31. ROY P.
Substances psychoactives : l'ordonnance de l'ANAES
Le Quotidien du Médecin 1998 ; 6279 : 14
32. ROY P.
Subutex® : les risques, connus, sont sans commune mesure avec le bénéfice.
Le Quotidien du Médecin 1998 ; 6275 : 28
33. SAMPERIZ S et al.
Intérêt des recherches toxicologiques chez les nouveau-nés de mères toxicomanes par l'étude
de plusieurs échantillons (urines, méconium, cheveux)
Arch. Pédiatr. 1996 ; 3 : 440-444
34. TORSHIN D.
La mère toxicomane et son enfant
Gyn. Obst. 1986, 151 : 13
35. ZIEGLER Laurent
Les cures de désintoxication des toxicomanes aux opiacés. Bilan d'activité du lit decure de
l'association hospitalière du bassin de Longwy et du centre de soins « voyages »
231 p.
Th : Med : Nancy I : 1995 ; 172

ANNEXES

	Dép. psy.	Dép. phy.	Tolé- rance	Usage	Effets recherchés	Incidents- Accidents	Evolution
<i>Opiacés</i> <i>Morphine</i> <i>Héroïne</i> <i>Palfium</i>	+++	+++	+++	Se respire LV.	"Flash", euphorie, "planète"	Effets secondaires au dé- but : nausées, anxiété dép. respiratoire, abcès, septicé- mie, hépatite, syndrome d'abstinence, coma, hyper- thermique, overdose	Apathie, indifférence, amaï- grissement, aménorrhée, carie dentaire, problèmes capillaires, vénériens, troubles de la mémoire, mort.
<i>Cocaïne</i>	+++	±	+++	se respire sous cutané LV.	Stimulation psychique et physique	Psychiatrique ; nécrose nasale	Troubles psychiques, halluci- nations, persécution, dépres- sion, cachexie, troubles intellectuels
<i>Barbituriques</i> <i>Nembutal</i> <i>Inménoctal</i> <i>Binocet</i>	+++	+++	+++	Per os LV. + alcool	Ivresse, stimulation, "flash"	Coma, syndrome d'abstinen- ce, tremblement comitial, confusion, D.T.	Détérioration intellectuelle, instabilité thymique, patho- logie osseuse.
<i>Amphétamines</i> <i>Maxilon</i> <i>Thymergix</i>	++	+	+++	Per os LV.	Excitation, insomnie, anorexie, accélération de l'intelligence et des possibilités physiques.	Descente, dépression	Hallucinations, délire para- noïde, risque d'auto- ou hétéro-agression
<i>Hallucinogènes</i> <i>LSD</i>	+	0	0	Per os	Voyage (ou trip) : 8-12 h, modification des impressions et des sensations corporelles, hyperesthésie sensorielle.	Angoisse (bad-trip), réaction psychotique.	Psychose, retour d'acide.
<i>Hachisch</i>	++	±	++	se fume per os	Euphorie	Angoisse, hallucinations, bronchite	Apragmatisme, margina- lisation, décompensation psychique chez les sujets prédisposés
<i>Ether</i>	++	+	++	se respire	Ivresse, exaltation	Hallucination, coma éthy- lique, D.T.	Insomnie, troubles du caractère, déchéance physique et psychique.
<i>Solvants</i> <i>trichlo.</i> <i>Colle</i>	++	+	++	se respire	Ivresse, exaltation	OAP	Troubles psychiques

Comparaison des deux cohortes de nouveau-nés de mères toxicomanes		
	Cohorte n° 1 Mères toxicomanes	Cohorte n° 2 Mères traitées par substitution
Nombre	59 nouveau-nés de 51 mères	12 nouveau-nés de 11 mères
Père présent	23 %	63 %
Grossesse suivie	46 %	91 %
Age gestationnel < 37 semaines	34 % (de 29 à 36 semaines)	17 % (35 et 36 semaines)
RCIU		
PN < 10e percentile	46 %	58 %
Sortis avec leur mère	63 %	100 %
Avec leur mère s aux dernières nouvelle	30 %	92 %

SCORE DE FINNEGAN (Adapté)

Nom de l'Enfant

date

HEURES	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Cri aigu	2																		
Cris incessants aigus	3																		
Sommeil < 1 h après biberon	3																		
Sommeil < 2 h après biberon	3																		
Sommeil < 3 h après biberon	2																		
Moro réponse ++	2																		
Moro réponse +++	3																		
Légers tremblements à la stimulation	2																		
Légères trémulations au repos	3																		
Trémulations ++ au repos	4																		
Hypertonie	2																		
Convulsions	5																		
Succion des poings	1																		
S'alimente mal	2																		
Régurgitations	2																		
Vomissements	3																		
Diarrhée +	2																		
Diarrhée ++	3																		
Bâillements fréquents	1																		
Éternuements	1																		
Respiration bruyante	1																		
Sueurs	1																		
Température > 38° C	2																		
FR > 60	1																		
FR > 60 et tirage	2																		
Excoriation nez	1																		
Excoriation genoux	1																		
Excoriation orteils	1																		
TOTAL																			
Nombre de gouttes données																			

Indication : 0 à 7 : pas de traitement médicamenteux
> 8 : traitement

Surveillance :
4 - 6 fois/ 24h)

score stable : même dose ↗

Score : ↗ le traitement

↘ score : ↘ le traitement

Questionnaire au personnel soignant

1) Quel est votre âge ?

2) Quelle est votre fonction ?

3) Dans quel service travaillez-vous ?

4) Depuis combien de temps y travaillez-vous ?

5) Avez-vous des enfants ?

OUI NON

6) Avez-vous déjà été confronté(e) à un enfant présentant un syndrome de sevrage ?

OUI NON

Si non, pensez-vous être en mesure d'en reconnaître les signes ?

OUI NON

Si oui, la première fois que vous avez été confronté(e) à ce cas

qu'avez-vous ressenti face à l'enfant ?

- rien
- de la peine
- de la compassion
- de la peur
- un rejet
- de l'impuissance
- vous ne vous en souvenez plus
- autre précisez :

qu'avez-vous ressenti face à sa mère ?

- Rien
- de la peine | de la compassion
- de la peur
- un rejet
- de l'impuissance
- de l'incompréhension
- vous ne vous en souvenez plus
- autre précisez :

N.B. : si plusieurs réponses sont possibles, numérotez-les du sentiment le plus fort au moins fort.

Si la situation s'est reproduite, votre sentiment a-t-il été le même ?

OUI NON

7) Que pensez-vous des femmes toxicomanes
(répondez en utilisant des mots ou des expressions-clefs)

8) Une journée d'information a eu lieu le 10 juin 1999 sur le thème de « la toxicomanie chez la future maman ».

Etiez-vous au courant ?

OUI NON

Y avez-vous assisté ?

OUI NON

Si non, auriez-vous aimé y assister ?

OUI NON

Si vous étiez présente, cette journée d'information vous a-t-elle aidé(e) :

A mieux gérer votre relation avec l'enfant ?

OUI NON

A mieux gérer votre relation avec sa mère ?

OUI NON

A mieux gérer l'instauration de la relation mère-enfant ?

OUI NON

9) Que vous ayez ou non assisté à cette journée d'information, pensez-vous être suffisamment informé(e) :

- ◆ sur le syndrome de sevrage du nouveau-né ?

OUI NON

- ◆ sur le traitement médical du syndrome de sevrage ?

OUI NON

- ◆ sur la prise en charge (nursing) de ces enfants ?

OUI NON

- ◆ sur la prise en charge d'une femme toxicomane ?

sur le plan médical

OUI NON

sur le plan social

OUI NON

au niveau psychologique

OUI NON

- ◆ sur la prise en charge d'une femme sous traitement substitutif ?

sur le plan médical

OUI NON

sur le plan social

OUI NON

au niveau psychologique

OUI NON

10) Pouvez-vous préciser vos attentes si vous vous sentez insuffisamment informé(e) ou si ces situations vous mettent mal à l'aise ?

Par ailleurs, toutes questions ou remarques au sujet de ce questionnaire seront les bienvenues.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
PREFACE	5
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I.....	9
TOXICOMANIE.....	9
I. DÉFINITIONS	10
1. <i>Toxicomanie</i>	10
2. <i>Dépendances</i>	10
3. <i>Tolérance</i>	10
II. CLASSIFICATION.....	11
1. <i>Pharmacologie</i>	11
2. <i>Juridique</i>	11
III. TENTATIVE DE MAÎTRISE DE L'USAGE DES DROGUES.....	11
IV. PRODUITS OPIACÉS	12
1. <i>L'opium</i>	12
2. <i>La morphine</i>	13
3. <i>L'héroïne</i>	14
V. LA DÉPENDANCE, L'ÉTAT DE MANQUE.....	16
1. <i>Physiopathologie de l'état de manque aux opiacés</i>	16
2. <i>Signes cliniques</i>	16
VI. ACCIDENTS MÉDICAUX	17
VII. LE SUJET ET SON ENVIRONNEMENT	17
1. <i>Personnalité psychotique</i>	18
2. <i>Personnalité psychopathique</i>	18
3. <i>Personnalité névrotique</i>	18
4. <i>Personnalités Border Line ou état limite</i>	18
5. <i>Le manque à être</i>	19
CHAPITRE II.....	22
HÉROÏNOMANIE ET MATERNITÉ	22
I. EPIDÉMIOLOGIE.....	23
II. LA TOXICOMANE ET SA GROSSESSE.....	23
III. CONSÉQUENCES DE L'HÉROÏNOMANIE SUR LA GROSSESSE	26
1. <i>Evolution spontanée</i>	27
2. <i>Les complications</i>	27
IV. CONSÉQUENCES SUR L'ACCOUCHEMENT ET LE POST PARTUM	30
1. <i>L'accouchement</i>	30
2. <i>L'adaptation néonatale</i>	30
3. <i>Le post partum</i>	31
V. SEVRAGE ET TRAITEMENT DE SUBSTITUTION MATERNEL	35
1. <i>Sevrage</i>	35
2. <i>Le traitement substitutif</i>	36
VI. L'AVENIR DE L'ENFANT	39

CHAPITRE III.....	43
ENQUÊTE, ANALYSE ET DISCUSSION	43
I. MATÉRIEL ET MÉTHODE	44
II. RÉSULTATS	45
1. <i>Questions 1 à 5.</i>	45
2. <i>Question 6</i>	46
3. <i>Question 8</i>	51
4. <i>Question 9</i>	52
5. <i>Question 7</i>	57
III. ANALYSE ET DISCUSSION	58
1. <i>Réaction du personnel soignant</i>	58
2. <i>Le désir d'information et de formation du personnel soignant</i>	60
3. <i>Le rôle du soignant</i>	62
4. <i>La notion de partenariat</i>	63
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ANNEXES.....	72
TABLE DES MATIERES.....	79

Sandra PAQUIS

Mémoire de fin d'études de l'école de Sages-Femmes
Promotion 2000

INTITULE :

Héroïne et Grossesse : La Mère, l'Enfant et le Personnel Soignant.

DOMAINES :

Santé Publique - Obstétrique – Pédiatrie.

THEMES :

Etude de la toxicomanie.

Répercussion des opiacés sur la grossesse et sa prise en charge.

Le syndrome de sevrage néonatal et sa prise en charge.

MOTS-CLES :

Pharmacodépendance - Opiacés et grossesse - Substitution - Syndrome de sevrage néonatal - Devenir de l'enfant - Travail en partenariat.

RESUME :

Si héroïnomanie et grossesse paraissent incompatibles, leur association est une réalité et pose un vrai problème de santé publique. Les conséquences sur l'enfant interpellent l'équipe soignante et provoquent une réaction paradoxale à la neutralité nécessaire à respecter vis à vis du patient.

Avant d'exposer le ressenti du personnel face à une femme toxicomane et un enfant, j'ai souhaité tout d'abord en connaître davantage sur la pathologie toxicomaniaque, les conséquences des opiacés sur la grossesse et le nouveau-né ainsi que les modalités de prise en charge de ce couple particulier.

Pour clore ce travail, une réflexion sur la place du personnel et le travail en partenariat est amorcée.