

Comment appréhender le déroulement bio-psycho-social de la période
périnatale d'une femme dépendante aux opiacés et de son enfant ?
Quel accompagnement infirmier offre-t-on au nourrisson et à la mère
dans cette situation de soins ?

Travail en vue de l'obtention du titre
de Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par :

Audrey Cachin

promotion 2006-2009

Sous la direction de Denis Nussbaum

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

6 juillet 2009

RESUME

La consommation de substances psychoactives est un sujet tabou. Elle est d'autant plus stigmatisée lorsqu'il s'agit de toxicomanie féminine et que la femme est enceinte. Cette grossesse est considérée comme étant à risque en raison du passage de la barrière placentaire du ou des produits ingérés, de la difficulté de son suivi et des conditions psychologiques et sociales de la mère. Les professionnels, accompagnant ces patientes durant cette période, nécessitent des informations spécifiques sur la situation bio-psycho-sociale de ces femmes et sur leur prise en charge. C'est pourquoi j'ai choisi d'étudier les données récentes de la littérature scientifique sur ce thème. Il importe de retenir que la qualité de la relation thérapeutique est primordiale car elle assure la continuité des soins.

Le contenu de ce travail ne représente pas toute la population toxicodépendante féminine. Les recherches scientifiques existantes sont, pour la plupart, basées sur des femmes étant prises en charge par des centres de traitement. Il est difficile pour les auteurs de rencontrer celles qui ne sont pas suivies par les services de soins car elles craignent le non respect de la confidentialité des données et la dénonciation de leur situation à la justice.

TABLE DES MATIERES

I)	INTRODUCTION	5
II)	MOTIVATIONS ET OBJECTIFS	7
III)	QUESTION DE RECHERCHE	8
IV)	METHODOLOGIE	9
V)	DEVELOPPEMENT	11
A)	La grossesse de la femme toxicodépendante	11
1)	Le déroulement de la grossesse	11
2)	Le suivi thérapeutique de la grossesse	16
3)	Le traitement de substitution	20
4)	Les conditions de vie de la femme toxicodépendante	25
5)	La place du père dans la triade	30
B)	La naissance	31
6)	Les effets des opiacés sur le nouveau-né	31
7)	Le traitement du syndrome de sevrage du nourrisson	35
8)	L'allaitement	38
C)	Actions pour les professionnels de la santé et du social	40
VI)	CONCLUSION	44
VII)	BIBLIOGRAPHIE	49
VIII)	ANNEXES	55
9)	Annexe 1 : La dépendance	55
10)	Annexe 2 : La toxicomanie	56
11)	Annexe 3 : La toxicomanie au féminin	56
12)	Annexe 4 : L'indice de toxicomanie	58
13)	Annexe 5 : L'héroïne	60
14)	Annexe 6 : Le traitement de substitution	62
15)	Annexe 7 : La méthadone	63
16)	Annexe 8 : La buprénorphine	63
17)	Annexe 9 : L'héroïne et la grossesse	64
18)	Annexe 10 : Les grossesses à risque	65
19)	Annexe 11 : Le suivi thérapeutique d'une grossesse	65
20)	Annexe 12 : Les mensurations d'un nouveau-né sain	66
21)	Annexe 13 : Le syndrome de sevrage du nouveau-né	67

22)	Annexe 14 : L'échelle d'évaluation de Finnegan	69
23)	Annexe 15 : L'échelle de Lipsitz	70
24)	Annexe 16 : Le score d'APGAR	71
25)	Annexe 17 : La prématurité	72
26)	Annexe 18 : L'approche biomédicale	73
27)	Annexe 19 : L'attachement	73
28)	Annexe 20 : Loi concernant l'IVG	74
29)	Annexe 21 : Tableaux résumant les recherches scientifiques	76

I) INTRODUCTION

La consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes est aujourd'hui reconnue comme une problématique de santé publique (Guyon, De Koninck, Morissette, Ostoj, Marsh, 2002). Les statistiques mettent en évidence des chiffres significatifs en ce qui concerne la fréquence de la toxicomanie féminine (cf annexe 2 et 3) et de ses conséquences. Cependant, l'aspect illégal de la dépendance (cf annexe 1) aux produits toxiques est un facteur majeur de la difficulté épidémiologique. Les personnes prises en compte dans ces statistiques sont celles qui bénéficient d'un suivi thérapeutique par le système de santé. Les autres, éloignées de ces derniers, laissent place à une estimation. Cela explique que ces chiffres sont exprimés par des fourchettes et non par des informations précises (Benos, 1999).

Les données épidémiologiques suivantes démontrent la prévalence des femmes consommant de l'héroïne (cf annexe 5) et le nombre d'enfants ayant des parents souffrant de dépendance aux opiacés.

En France, la population héroïnomane est évaluée entre 150'000 et 250'000 personnes, dont un tiers sont des femmes. En Suisse, en 2007, 27.2% des personnes abusant de cette substance sont des femmes (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2007). On retrouve une tendance vers la féminisation. Elles représentaient 10% de cette collectivité dans les années 1970. Aujourd'hui, la toxicomanie féminine est en nette augmentation. Elles constituent 20 à 25% de cette population (Franchitto, Peyrefort, Tellier, s.d & Benos, 1999).

Une grande majorité de ces femmes sont en âge de procréer, leur âge se situant pour la plupart entre 15 et 39 ans (Pouclet, 2003 & ISPA, s.d). En Suisse, une personne toxicodépendante sur trois a construit une famille. 12'000 enfants sont donc nés de parents toxicodépendants (Broers & Dubois, 2000). En France, on dénombre entre 500 et 2'500 grossesses menées à terme chez les femmes héroïnomanes (Esquivel, 2005). Aux Etats-Unis, 10% des nouveau-nés naissent de mères ayant consommé des substances toxiques durant la grossesse (Esquivel, 2005). Le Conseil de l'Europe publie des statistiques épidémiologiques concernant les naissances de femmes usagères de produits stupéfiants. Il estime que ces dernières représentent entre 0.5 et 2% des accouchements dans les différents pays. Pour la France, il comptabilise 2'500 à 14'000

naissances et 4'000 pour l'Allemagne (Conseil de l'Europe, 1998 cité par Simmat-Durant & Descartes, s.d.).

Le déroulement de la grossesse de la femme héroïnomane et la naissance de son enfant sont spécifiques en raison des explications présentées ci-dessous.

Les différences avec les femmes ne souffrant pas de dépendance aux toxiques commencent dès la prise de conscience de leur grossesse. L'héroïne induit des aménorrhées et des troubles du schéma corporel ne permettant pas à la femme de percevoir les changements que son corps subit. De plus, les signes de grossesse propres au premier trimestre, tels la fatigue, les nausées et les vomissements sont régulièrement confondus avec ceux provoqués par le syndrome de sevrage ou par une augmentation de la tolérance au produit. De ce fait, les femmes ne réalisent pas qu'elles attendent un enfant. Elles pensent vivre un état de manque et essaient de pallier à ces symptômes. Cette interprétation de ces signes, défavorables à la femme et à l'enfant, entraîne une surconsommation de toxiques et une prise de contact tardive avec un gynécologue pour un suivi de la grossesse. Il arrive parfois même que la première consultation d'un médecin ait lieu le jour de l'accouchement (Pouclet, 2003 & Franchitto et al., s.d).

Cette mise en relation tardive avec le personnel médical n'est pas seulement due à une reconnaissance de l'attente d'un enfant au deuxième trimestre. De nombreux sentiments envahissent la future mère durant la grossesse. La faible estime de soi, le doute de ses capacités parentales, la crainte du placement de l'enfant et la culpabilité retiennent la femme de faire appel au soutien du personnel soignant (Raskin, 1992 cité par Guyon et al., 2002). Un suivi inadéquat de la grossesse n'est donc pas rare. Une étude de Lejeune et Simmat-Durant (2003) montre que la moitié des femmes dépendantes à l'héroïne ne bénéficient pas d'un suivi de la grossesse approprié.

De plus, les molécules d'héroïne passent la barrière placentaire et entraînent donc des effets sur le fœtus. A la naissance, l'apport en toxiques est interrompu, ce qui induit chez l'enfant l'apparition de symptômes de manque. La fréquence du syndrome de sevrage varie entre 60 et 90 %. Sa manifestation fluctue selon la quantité de produits reçue *in utero*. La consommation d'opiacés durant la grossesse a également des

conséquences sur le nouveau-né en terme de prématurité et d'hypotrophie à la naissance.

Les impacts sur l'enfant sont, pour de nombreux auteurs, fortement liés au suivi irrégulier de la grossesse et aux conditions sociales des femmes héroïnomanes, parfois très précaires.

J'ai donc décidé de traiter dans mon Bachelor Thesis de la période périnatale d'une femme enceinte dépendante aux opiacés et de son enfant, ainsi que des soins infirmiers qui en découlent.

Cette revue de littérature a pour but de mettre en évidence les données des recherches scientifiques en ce qui concerne la problématique de la grossesse de la femme dépendante à l'héroïne. Je vais tout d'abord explicité mes motivations et mes objectifs pour cette thématique, ma question de recherche et la méthodologie de mon travail. Ensuite, les points clés de la littérature concernant le déroulement de la grossesse et son suivi thérapeutique, le traitement de substitution, les conditions de vie des femmes toxicodépendantes, la place du père dans la triade, les effets des opiacés sur les nourrissons et leur prise en charge ainsi que l'allaitement seront présentés. Des actions pour les professionnels de la santé et du social seront proposées. En conclusion, une discussion des résultats sera développée. De nombreux aspects conceptuels sont définis en annexe.

II) MOTIVATIONS ET OBJECTIFS

Comme demandé dans le Cadre général de réalisation et d'évaluation du Travail de Bachelor, mes motivations et mes objectifs sont présentés ci-dessous.

La femme enceinte consommatrice des opiacés est un sujet tabou, empreint de nombreux préjugés et une problématique de santé publique. Un bon accompagnement envers la femme enceinte n'est pas négligeable. Les bienfaits pour la vie future de la mère et de l'enfant sont démontrés. Ce travail devrait permettre aux professionnels de la santé de mettre des moyens en place pour aider une mère toxicodépendante à se préparer à accueillir l'enfant et d'en prendre soin. Il va également mettre en évidence les

désaccords de la littérature et les sujets non étudiés. Ce travail va me permettre une prise de conscience, un changement de regard, une connaissance des prises en charges scientifiques et la possibilité de l'adapter lors de situation similaire rencontrée dans mon parcours professionnel. Il est primordial pour le bien-être de ces futures familles de trouver des réponses claires sur la prise en charge des femmes toxicodépendantes et de leur enfant.

Mon objectif principal par ce travail est de trouver des réponses à mes questions en recueillant les connaissances sur ce thème jusqu'à aujourd'hui. Je souhaite mettre en évidence les problématiques qui vont m'amener à une réflexion sur la prise en charge de la femme enceinte consommatrice de stupéfiants afin de leur proposer le meilleur accompagnement découvert à ce jour.

J'aimerais en tirer des apprentissages (accompagnement, relation, amélioration et promotion du lien mère-enfant) et pouvoir les appliquer dans ma pratique. Je souhaite également amener des propositions pertinentes d'actions infirmières.

III) QUESTION DE RECHERCHE

Pour définir ma question de recherche, j'ai d'abord élaboré un compte rendu de mes interrogations sur le thème des mères toxicodépendantes et de leurs enfants. Elles sont explicitées ci-dessous.

- Quelles sont les conséquences sur le développement physique, psychique et comportemental de l'enfant lorsque la mère consomme des toxiques durant de la grossesse ?
- Quelles sont les conséquences sur le fœtus d'un état de manque chez la femme enceinte ?
- Comment accompagne-t-on une femme toxicodépendante enceinte ?
- Quel est le meilleur traitement de substitution pour la grossesse ?
- Vers quelles institutions suisses pouvons-nous guider la femme enceinte consommatrice de produits illicites pour un accompagnement adéquat ?
- Quelles sont les conséquences pour l'enfant d'un syndrome de sevrage à la naissance ?

- Quelle est la prise en charge de l'enfant pendant son sevrage ?
- La femme toxicodépendante peut-elle allaiter ?

Suite à la lecture des recherches scientifiques, j'ai défini ma question de recherche :

Comment appréhender le déroulement bio-psycho-social de la période périnatale d'une femme dépendante aux opiacés et de son enfant ? Quel accompagnement infirmier offre-t-on au nourrisson et à la mère dans cette situation de soins ?

IV) METHODOLOGIE

Pour la réalisation de mon Bachelor Thesis, j'ai d'abord dû définir un thème. J'ai réfléchi aux situations vécues en stage m'ayant questionnée. Après avoir fait mon choix sur le sujet global de la parentalité et la toxicomanie, je me suis penchée sur la littérature existante et les recherches scientifiques et empiriques publiées jusqu'à ce jour. Toutes étaient recensées sur des moteurs de recherches scientifiques.

Le tableau ci-dessous présente les résultats des recherches trouvées.

Banque de donnée	Mots clés	Résultats
Association de Recherche en Soins Infirmiers www.arsi.asso.fr	mère toxicomane femme enceinte dépendante femme enceinte toxicomane femme enceinte héroïne	1 : hors sujet 3 : hors sujet les 3 identiques les 3 identiques
Catalogue virtuel suisse www.chvk.ch/vk_schweiz_fr.html	mère toxicomane	livres : pas retenus
CISMEF www.chu-rouen.fr/cismef/	mère toxicomane	pas de recherches trouvées, seulement des articles
EBN http://ebn.bmj.com	pregnant toxics	pas de résultats

Pubmed www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	pregnant heroine pregnant heroine children effect	172 : aucune retenue 6 : 6 retenues
Santé publique www.public-health.ch	mère toxicomane femme enceinte dépendante femme enceinte toxicomane	4 : 3 retenues pas de résultats pas de résultats
Sciences directes www.sciencedirect.com	mère toxicomane related articles	3 : 2 retenues 143 : 2 retenues
Google Scholar http://scholar.google.com/	femme enceinte toxicomane syndrome de sevrage du nourrisson	3'400 : 4 retenues 1'700 : 4 retenues

J'ai consulté les bibliographies des écrits, ce qui m'a permis de découvrir d'autres recherches scientifiques.

La sélection des recherches scientifiques s'est basée sur les critères présentés ci-dessous.

Critères d'inclusion :

- Etudes scientifiques parues il y a moins de dix ans
- Femmes enceintes
- Consommant de l'héroïne ou un traitement de substitution à ce produit
- Enfant en période périnatale

Critères d'exclusion :

- Études scientifiques parues il y a plus de dix ans
- Femmes consommant d'autres substances psychoactives
- Enfant de plus de six mois

J'ai inclus dans ma sélection de recherches scientifiques des revues littéraires. Cependant, aucune d'entre elles n'englobe le sujet. Toutes sont ciblées sur une partie de mon thème. C'est pourquoi, je me suis basée notamment sur ces dernières pour élaborer mon Bachelor Thesis.

Lorsque les études ou revues littéraires étaient sans date, j'ai regardé la bibliographie. Si les auteurs se basaient sur des recherches datant de 2000 et plus, je les intégrais.

En fonction de la littérature, j'ai pu cibler mon thème en rapport avec mon intérêt. De ces études, j'ai ressorti les problématiques les plus pertinentes et les actions proposées. J'ai également dû définir de nombreux termes, ce qui m'a permis une meilleure compréhension du thème. Une fois toutes les données nécessaires récoltées, j'ai établi une table des matières et ai rédigé mon Bachelor Thesis.

V) DEVELOPPEMENT

A) La grossesse de la femme toxicodépendante

1) Le déroulement de la grossesse

La grossesse de la femme toxicodépendante est souvent caractérisée par une reconnaissance tardive de cette dernière. Elle est également déterminée par le fait que ces femmes soient prises dans le cercle vicieux des produits toxiques. Entamer un sevrage durant cette période, alors que les motivations ne viennent pas toujours des futures mères, est difficile. Cependant, la culpabilité qu'elles éprouvent face au fait de transmettre ce toxique à leur enfant peut induire la mise en place d'un traitement de substitution. Ce dernier serait moins nocif que l'héroïne car il stabilise l'alternance de périodes de surdosage et celles de manque selon Pouclet (2003). Toutefois, l'instauration de ce traitement est complexe en raison des craintes ressenties par la mère face à la possibilité que les systèmes de santé la dénoncent à la justice et que l'enfant soit placé dans une autre famille. C'est pourquoi la relation de confiance entre les soignants et la patiente est parfois difficile à établir. De plus, ces femmes sont souvent coupées de leur entourage familial et ont un réseau social pauvre. Le soutien durant cette période est parfois rare.

Le déroulement de la grossesse de la femme toxicomane est explicité par le développement des troubles que l'héroïne entraîne sur le corps des femmes, de leur

consommation, de la remise en question de leur toxicomanie et de leurs sentiments durant cette période.

L'héroïne a de nombreux effets sur le corps qui vont perturber le fonctionnement du système reproducteur. Elle entraîne des cycles irréguliers ou des aménorrhées qui amènent ces femmes à conclure à leur stérilité. Cela induit un arrêt fréquent de la prise d'une contraception (Pouclet, 2003). De plus, les signes de grossesse propres au premier trimestre, tels la fatigue, les nausées et les vomissements sont régulièrement confondus avec ceux provoqués par le syndrome de manque ou par une augmentation de la tolérance. Cette interprétation des signes que leur démontre leur corps conduit ces femmes à essayer de pallier à ces symptômes en consommant de plus grandes quantités de toxiques (Pouclet, 2003 & Franchitto et al., s.d). Enfin, l'héroïne engendre également des troubles du schéma corporel. Ces femmes ne ressentent leur corps que dans la souffrance liée au sevrage. Il est donc parfois difficile pour ces futures mères de percevoir les transformations de leur corps et les mouvements du fœtus. Il importe de préciser que, dans de telles situations, la question de la grossesse et de l'enfant ne se pose rarement, tant l'activité sexuelle est noyée dans les conduites toxicomaniaques (Franchitto et al., s.d).

Une étude de Lacrouts-Négrier, Roux et Schmelck (2001), concernant 18 dyades mère-enfant, s'est interrogée sur la fréquence de cette reconnaissance tardive. Dix femmes déclarent avoir appris qu'elles étaient enceintes au cours du premier mois de grossesse. Trois autres femmes en ont pris connaissance au cours du premier trimestre et leur réaction à l'annonce était majoritairement positive. Les cinq dernières participantes à l'étude en ont pris conscience tardivement, lors du deuxième trimestre. Parmi ces cinq femmes, une a dénié sa grossesse jusqu'à l'accouchement et les quatre autres ont eu une attitude négative face à cette nouvelle. Trois d'entre elles auraient préféré recourir à l'avortement. Cependant, dans la majorité des cas, les femmes expriment un désir de grossesse. Sur la totalité de la cohorte, peu ont envisagé l'interruption volontaire de grossesse.

A l'annonce de leur grossesse, la plupart des femmes sont prises dans le cercle vicieux de la consommation d'héroïne. Certaines femmes bénéficient, depuis un certain temps, d'un traitement de substitution qui sera réévalué et poursuivi. D'autres, durant cette période, reçoivent l'aide et le soutien d'une équipe médicale pluridisciplinaire, dans le but de mettre en place un traitement de substitution (cf chapitre 3). Il arrive que certaines femmes, en plus de l'héroïne, abusent de nombreuses autres substances illicites. Quelque soit le produit consommé, tous ont des effets négatifs sur le nouveau-né et entraînent un syndrome de sevrage chez ce dernier. C'est pourquoi il importe de détecter les différents toxiques consommés, les doses, la fréquence, ainsi que le mode de leur utilisation. Ces informations permettront aux professionnels de la santé de mettre en place un suivi de la grossesse adéquat et un traitement adapté au sevrage du nourrisson.

Deux études s'interpellent sur la consommation des femmes durant la grossesse. Dans une étude de Lacrouts-Négrier et al. (2001) concernant 18 dyades mère-enfant, sept femmes consomment régulièrement des toxiques illégaux et sept des produits de substitution. Une étude de Lejeune et Simmat-Durant (2003) se penche sur les consommations associées au traitement de substitution lors de la grossesse de 259 femmes enceintes. 152 ont déclaré consommer occasionnellement au moins l'une de ces substances: l'héroïne, la cocaïne, le haschich, l'ecstasy, l'alcool et les médicaments.

La grossesse est une période adéquate pour ces femmes afin de remettre en question leur toxicomanie et d'envisager une modification de la quantité de la consommation. Lacrouts-Négrier et al. (2001) expliquent les difficultés pour ces femmes d'entamer une démarche de remaniement de leur dépendance.

Cet espoir de changement semble toutefois se faire sur un mode de pensée magique. La maternité est décrite comme un moteur puissant susceptible de résoudre les difficultés. (...) L'enfant, pendant la grossesse, est souvent décrit comme le soutien qui viendra déplacer le centre des préoccupations, comme ce qui pourrait combler un manque à être, réparer un sentiment de dérégulation. (...) Ces femmes ont à faire avec une contradiction majeure : d'une part, la drogue, dans une certaine mesure permet de maintenir un équilibre homéostatique empêchant l'effondrement des défenses et par là même l'éclatement psychique alors même que la grossesse est une période de bouleversements physiologiques et psychologiques importants. Mais d'autre part,

elle met à distance d'une certaine façon la question de l'enfant à venir et rend plus aléatoire le processus de maternalité et de construction de l'enfant imaginaire (p. 58-59, 81).

Guyon et al. (2002) complètent cette affirmation :

L'enfant représente, pour la grande majorité, une motivation suffisante pour arrêter la consommation. La grossesse et l'arrivée de l'enfant revêtent une signification particulière pour la femme car elles lui permettent de réaliser un rêve ou de donner un sens à leur vie. Cesser de consommer devient alors souhaitable pour éviter de perdre la garde légale de l'enfant, pour être capable de s'en occuper et évidemment pour profiter pleinement et adéquatement de l'expérience de la maternité (p.13).

Pour reprendre l'étude de Lacrouts-Négrier et al. (2001), les 18 femmes rencontrées se sont interrogées sur leur consommation et sur les possibilités de changement de cette dernière. Cinq futures mères ont amorcé une démarche de soins impliquant l'instauration d'un traitement de substitution lors de la grossesse, qui a été poursuivi après l'accouchement. Pour huit autres femmes, la grossesse a induit un changement ou une tentative de changement. Les cinq dernières n'ont entrepris aucune modification de leur rapport au produit.

Lacrouts-Négrier et al. (2001) se sont questionnés sur la continuité du traitement après l'accouchement.

La mère, sortie de la phase de préoccupation maternelle primaire se trouve face à un enfant qui s'autonomise, se sépare d'elle. Cette période est délicate pour toutes les mères, qui doivent d'une certaine façon désinvestir le nourrisson, pour sortir de l'interdépendance massive et permettre à l'enfant d'opérer son individuation. Elles doivent donc modifier les sentiments qu'elles ont pour leur enfant, réinvestir le monde extérieur, et notamment le conjoint. Cela passe par la nécessité de se réinvestir comme femme aussi et non uniquement comme mère. Pour les jeunes femmes toxicomanes, la possibilité de passer cette période sans trop de difficultés pour elles et leur enfant va dépendre en grande partie du travail psychique qui s'est accompli pendant la grossesse et les premiers mois de vie de l'enfant. Si la toxicomanie est un moyen d'éviter la question du féminin, le rapport à la drogue sera d'autant plus modifié que les femmes auront pu interroger leur rapport au féminin à l'occasion de cette naissance. Pour près de la moitié des femmes interrogées, la drogue reste un important sujet de préoccupation, qu'il y ait ou pas consommation.

Parfois, le produit est lié à l'enfant, comme moyen paradoxal de maintenir un lien avec la réalité ou de supporter les contraintes quotidiennes (p.76).

Dans la cohorte de leur étude, après la naissance de l'enfant, deux tiers des femmes ont continué, voire augmenté, une consommation de substances illicites, même si certaines ont pu bénéficier d'un traitement de substitution en fin de grossesse (Lacrouts-Négrier, Roux & Schmelck, 2001).

De nombreux sentiments envahissent la future mère durant la grossesse : la faible estime de soi en raison du doute de ses capacités parentales, la crainte du placement de l'enfant et la culpabilité liée à l'usage de substances toxiques et aux risques encourus par le fœtus. Selon Raskin (1992), cette crainte induit un deuil réel ou anticipé du nourrisson chez les femmes enceintes abusant de substances psychoactives. Ceci dans le but de ne pas développer de liens affectifs pour l'enfant en prévention d'une éventuelle séparation. L'auteure décrit, dans une étude, que certaines femmes se retenaient de s'attacher à leur fœtus pour la raison précitée et présentaient un risque élevé de faire un bébé de remplacement si on leur retirait leur enfant (Raskin, 1992 citée par Guyon et al., 2002).

Dans une étude de Lacrouts-Négrier et al., (2001), les mères évoquent plus fréquemment leur culpabilité face aux risques de malformations que face à la conséquence principale de la prise de toxiques durant la grossesse qui est le syndrome de sevrage du nouveau-né.

Ces émotions, ajoutées à la reconnaissance tardive de la grossesse, les problèmes socio-économiques, le mode de vie instable, l'exclusion des femmes toxicodépendantes ainsi que le désintérêt pour leur santé entraînent une difficulté de mise en place d'un suivi thérapeutique (cf chapitre 2). Il arrive que certaines femmes enceintes dépendantes aux produits illicites ne consultent qu'au moment de l'accouchement (Franchitto et al., s.d).

Ces femmes sont souvent coupées de leur réseau familial (cf chapitre 4). Lacrouts-Négrier et al. (2001), dans leur étude concernant 18 dyades mère-enfant, se sont interrogés sur le soutien familial lors de la grossesse. La moitié des femmes estiment avoir bénéficié d'un soutien familial durant cette période. Certaines évoquent un rapprochement, notamment avec leur mère. Toutefois, cela n'implique pas forcément un apaisement des tensions. Huit d'entre elles considèrent ne pas avoir été soutenues par

leur famille. Lorsque ces dernières apprennent leur grossesse, la précarité matérielle dans laquelle vit la plupart de ces femmes est difficilement supportable. La demande d'aide à la famille est généralement axée sur les moyens financiers et plus particulièrement l'hébergement avant et après la naissance, ce qui ne va pas sans poser de problèmes.

2) Le suivi thérapeutique de la grossesse

La période prénatale de la femme toxicomane est considérée comme une grossesse à risque (cf annexe 10). Elle présente des dangers (cf annexe 9) pour le fœtus en raison de la consommation d'héroïne et /ou d'autres substances qui passent la barrière placentaire, du contexte psychologique difficile et des conditions sociales souvent précaires. Cette période de la vie d'une femme dépendante à l'héroïne nécessite une surveillance et un accompagnement spécifique (Lejeune & Simmat-Durant, 2003). Le but de ce soutien est de réduire les conduites toxicomaniaques afin de prévenir les complications périnatales telles que la prématurité et le stress chez le fœtus induit par les périodes de manque. Il permet également d'évaluer les capacités de la patiente à faire face aux difficultés et de l'aider à se réapproprier les compétences parentales au cours de la grossesse et dans la période post-partum. Il va également favoriser l'établissement d'un lien parents-enfant solide (cf annexe 19) et prévenir la séparation de la dyade, qui a des conséquences sur le développement cognitif et affectif de l'enfant. Cependant, il est difficile d'instaurer un suivi adéquat (cf annexe 11) chez toutes les femmes héroïnodépendantes.

La mise en place de ce suivi est parfois difficile en raison de plusieurs facteurs. Premièrement, il arrive que la femme éprouve des réticences à faire une démarche de demande d'aide et de soutien auprès des services de santé. Ceci est lié au fait que la majorité des femmes souffrant d'addictions pensent que la toxicomanie est stigmatisée par les soignants. Ces préjugés, parfois réels, et l'aspect illégal de la toxicomanie entraînent une crainte de la perte de l'autorité parentale et du placement de l'enfant lors d'une prise de contact avec ces derniers. Leur difficulté à faire appel aux systèmes de soins est également due à un manque d'informations sur les services existants et la crainte que le traitement soit inabordable d'un point de vue financier (Simmat-Durant & Descartes, s.d). Ces méfiances conduisent à une minimisation de leur conduite

toxicomane, à un éloignement vis-à-vis du personnel soignant et du suivi thérapeutique essentiel (Pouclet, 2003).

Deuxièmement, la relation de confiance prend parfois du temps à être instaurée. Verdyuckt et Picard (1995) expliquent ces difficultés :

En effet, bien souvent une relation thérapeutique positive est la pierre angulaire de tout suivi obstétrical et ensuite pédiatrique. Il se peut que le personnel soignant soit confronté à certains comportements, notamment, le retard ou l'absence aux rendez-vous, une persistance de la consommation de drogue en plus de la méthadone, la persistance d'activités illégales, l'irritabilité, l'impulsivité, l'ambivalence et les demandes massives. (...) Ces comportements, reflets du mal-être profond de ces femmes, doivent être gérés afin d'éviter toute rupture de la relation thérapeutique qui risquerait de conduire à des complications obstétricales et une mise en danger de l'enfant. (...) Ce n'est qu'au travers d'une écoute tolérante et d'une reconnaissance de leurs difficultés que l'on peut amener ces femmes ayant une pauvre estime d'elles-mêmes et une forte charge de culpabilité, à s'investir dans la relation et à collaborer au programme (p.14).

Le suivi thérapeutique de la femme enceinte toxicodépendante doit être pluridisciplinaire. Il s'appuie sur un soutien médico-psycho-social régulier. La base de ce suivi est l'instauration d'une relation de confiance entre l'équipe soignante et la future mère. Il importe d'élaborer avec la femme un projet individualisé, de l'inclure dans la prise en charge et d'organiser le suivi ultérieur de la mère et de l'enfant. Afin de favoriser le sentiment de sécurité chez la patiente, les auteurs conseillent la mise en place d'une personne de référence qui aurait la fonction de lien entre les différents intervenants. L'ensemble des professionnels reconnaît qu'une prise en charge adaptée améliore considérablement le pronostic, tant sur le plan médical que social (Lejeune & Simmat-Durant, 2003, Franchitto et al., s.d & Lejeune, Aubisson, Simmat-Durant, Cneude, Piquet, Gourarier & le GEGA, 2001).

Le traitement de substitution présente de nombreux avantages pour la mise en place du suivi thérapeutique. Le contact médical régulier imposé par le renouvellement de la prescription du traitement de substitution permet de proposer des consultations prénatales et de travailler sur la relation mère-enfant (Pouclet, 2003).

Sept études se penchent sur la fréquence et la qualité du suivi thérapeutique lors de la grossesse de femmes toxicodépendantes.

Une étude rétrospective, menée de 1988 à 1993 par Lejeune et al., a montré les effets de l'absence d'une prise en charge structurée. Dans leur cohorte de 59 nouveau-nés, seul un tiers des enfants sont élevés par leur mère. Les auteurs expliquent également que l'incidence des complications périnatales (la prématurité, le petit poids de naissance, la souffrance fœtale aiguë, la transmission du VIH, etc.) peut être diminuée si ces grossesses bénéficient d'un suivi adéquat et si la toxicomanie est prise en charge par des spécialistes. Cette étude précise que 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 prises en charge par les équipes obstétrico-pédiatriques pour le soutien de la mise en place de ce lien (Lejeune et al., 1997 cités par Lejeune et Simmat-Durant, 2003).

Dans l'étude de Lejeune et Simmat-Durant (2003) interrogeant 257 femmes, un quart d'entre elles ont bénéficié des sept visites prénatales recommandées. Les auteurs expliquent que la quantité de consultations est liée à la durée de gestation en émettant l'hypothèse qu'une femme accouchant prématurément totalisera un nombre de visites plus faible. Mais cette dernière ne correspond pas à la totalité de leurs résultats. Ils ont constaté que, dans leur cohorte, certains nourrissons nés prématurément avaient des mères ayant eu un suivi de qualité. A l'opposé, un manque de visites se retrouve chez les enfants nés post-terme. Selon eux, cette situation, également défavorable à l'enfant, peut être liée à l'absence ou l'insuffisance du suivi de la grossesse qui aurait empêché le déclenchement de l'accouchement à terme.

Selon une étude de Lejeune et al. (2001) concernant 93 nourrissons de mères traitées par méthadone et 153 nouveau-nés de mères traitées par buprénorphine, un suivi adéquat de la grossesse a pu être obtenu pour presque la moitié des femmes. Ces auteurs exposent les effets d'un suivi irrégulier. Le taux de prématurité dans leur cohorte était de 18% parmi les femmes dont la surveillance n'était pas adaptée et 9% chez les femmes qui ont bénéficié d'un soutien médical convenable. Parmi les mères ayant une relation difficile avec leur enfant, les trois quarts avaient un suivi inapproprié.

Jernite (s.d), dans son étude, a comparé les femmes ayant bénéficié d'une prise en charge globale de leur toxicomanie et celles n'ayant pas eu accès aux systèmes de santé. Il ne constate pas de différences notoires concernant la fréquence et l'intensité du syndrome de sevrage du nourrisson. Cependant, il démontre une fréquence plus élevée

au niveau des taux de prématurité, d'hypotrophie et de souffrance fœtale aiguë (Jernite s.d cité par Loustauneau, Auriacombe, Daulouede et Tignol, 2000).

Une étude de Chang et coll., en 1992, analyse les effets d'une prescription classique de traitement de substitution seule face à ceux d'une telle thérapie accompagnée d'un suivi comprenant une visite prénatale hebdomadaire, une prévention des rechutes, un contrôle urinaire régulier et une surveillance de l'enfant. Les résultats montrent une diminution de prise de toxiques (59% contre 76%), des visites prénatales plus nombreuses (8.8 contre 2.7) et un poids de naissance moyen plus important (2.959 kg contre 2.344 kg) pour les mères ayant bénéficié d'un suivi (Chang et coll., 1992 cité par Pouclet, 2003).

Selon l'étude de Lacrouts-Négrier et al. (2001) concernant 18 dyades mère-enfant, dix femmes estiment avoir eu un suivi constant de leur grossesse, de leur toxicomanie et un accompagnement adéquat dans l'élaboration de la relation future à l'enfant. Ainsi, près de la moitié des femmes ont eu un suivi irrégulier. La raison principale avancée par les futures mères est la crainte du placement de l'enfant si leur toxicomanie venait à être connue des services obstétriques et sociaux. Cinq mères sur huit ayant eu un suivi irrégulier n'ont pas parlé de leur consommation de produits toxiques lors des enquêtes des auteurs. Cependant, cette crainte est retrouvée chez toutes les femmes de la cohorte. Jernite (1999) a comparé deux groupes de femmes enceintes substituées à la buprénorphine. Le premier comprend des femmes dont le traitement a été instauré en cours de grossesse. Cependant, il n'était pas accompagné d'un suivi structuré. Le deuxième contient des femmes prises en charge par une équipe pluridisciplinaire dont le traitement a débuté avant la grossesse. Les résultats ont montré dans le deuxième groupe une diminution de la prématurité, du retard de croissance intra-utérin, de la souffrance fœtale, du taux de placement du nouveau-né, du taux d'abandon et une fréquence identique du syndrome de sevrage du nourrisson. Il en est toutefois résulté une durée moyenne de traitement et une durée d'hospitalisation du nouveau-né plus courtes pour les nourrissons dont la mère a bénéficié d'un suivi adéquat (Jernite, 1999 cité par Lejeune et Simmat-Durant, 2003).

Jernite (s.d) montre dans une étude que l'amélioration des modalités de prise en charge de ces femmes et de leur enfant s'accompagne d'une augmentation très nette du pourcentage d'enfants pris en charge par leur mère à la sortie de la maternité (Jernite, s.d cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

3) Le traitement de substitution

La consommation d'héroïne lors de la grossesse induit de nombreux effets sur le fœtus, notamment dus aux surdosages et au stress des états de manque de la mère ainsi qu'au mode de vie qui les accompagne. Le traitement de substitution (cf annexe 6) pallie à ces effets du fait de sa demi-vie élevée. Sa prise quotidienne suffit à remédier au syndrome de manque de la mère en maintenant stable le taux d'opiacés dans son sang. Elle permet également de prévenir et réduire l'usage d'héroïne ainsi que les infections liées aux injections (VIH, hépatites). Un suivi médical régulier, requis par l'évaluation constante de la prescription du traitement de substitution, permet de proposer des consultations prénatales et d'instaurer une relation de confiance (Pouclet, 2003). De nombreuses recherches s'accordent à dire que le pronostic périnatal des femmes enceintes et de leur enfant est nettement amélioré par une prise en charge spécialisée de leur addiction. Cette dernière est caractérisée par la prescription d'un traitement de substitution, accompagnée d'un soutien médico-psycho-social et d'une surveillance précoce de la grossesse (Lejeune et al., 2001).

Il existe deux traitements de substitution : la méthadone et la buprénorphine ou Subutex (cf annexe 7 et 8).

La méthadone est actuellement le seul traitement ayant l'autorisation de mise sur le marché pour l'indication des femmes enceintes dépendantes des opiacés (Loustauneau et al., 2000). Elle est utilisée comme substitution à l'héroïne depuis le début des années 60. Elle a donc été évaluée pendant presque 50 ans et son efficacité a été prouvée. Malgré les nombreuses actions bienfaitantes de ce traitement, la méthadone entraîne un syndrome de sevrage du nourrisson nuisible à l'enfant. La recherche d'un agent thérapeutique, qui aurait une efficacité similaire chez la mère et qui entraînerait un état de manque chez le nouveau-né moins fréquent et /ou moins intense, serait souhaitable (Loustauneau et al., 2000). En France, ce produit est doté d'un autre désagrément : il est prescrit uniquement dans des centres qui offrent un suivi thérapeutique. Les places dans ces institutions sont rares. En Suisse, « ces traitements sont effectués dans des cadres différents : chez les médecins de premier recours, dans des institutions spécialisées, des services psychiatriques, des hôpitaux généraux et des prisons. » (OFS, s.d). 55% des traitements sont aujourd'hui effectués par des médecins généralistes (Groupe Romand d'Etude sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies [GREAT], 2005).

En France, le manque d'établissements prescripteurs de méthadone a généré l'élaboration de nombreuses études sur les effets de la buprénorphine chez le fœtus et le nourrisson, malgré sa contre-indication lors de grossesse.

Dans ce pays, la buprénorphine est utilisée chez 90% des patients qui sont en traitement de substitution, du fait de sa facilité d'accès. Elle peut en effet être prescrite par tout médecin traitant. Un grand nombre de femmes enceintes sont donc substituées à la buprénorphine malgré sa contre-indication pour cette situation. La situation n'est pas similaire en Suisse. Selon l'OFS, 65% de la population héroïnodépendante est traitée par un produit de substitution et la grande majorité d'entre elle suit un traitement à la méthadone (OFS, 2006).

C'est pourquoi il l'existe de nombreuses études sur l'alternative de la buprénorphine à la méthadone en France. Cependant ces recherches sont peu présentes en Suisse.

Chez l'adulte, le Subutex entraîne un syndrome de sevrage moins fréquent, moins intense et moins prolongé que la méthadone. Plusieurs auteurs s'attendent à retrouver le même effet chez le nourrisson et ont comparé les actions de ces deux molécules consommées durant la grossesse (Loustauneau et al., 2000 & Lejeune et al., 2001).

Deux études françaises se sont penchées sur les conditions de mise en place du traitement.

Une recherche de Lejeune et al (2001) a comparé deux groupes de femmes enceintes. Le premier étant constitué de 93 femmes substituées par la méthadone et le deuxième de 153 traitées par la buprénorphine. Chez 79% des personnes interrogées, le traitement de substitution avait été mis en place avant le début de la grossesse actuelle. Selon les auteurs, la buprénorphine a été, dans la majorité des cas, instaurée avant la grossesse et poursuivie. Lorsque la substitution a débuté en cours de grossesse, le choix semble s'être plutôt porté sur la méthadone.

L'étude de Lejeune et Simmat-Durant (2003) va dans le même sens que la précédente. Ils ont observé que les femmes substituées au Subutex ont, plus souvent que les autres, commencé leur traitement avant d'être enceintes. 73% des personnes traitées par la méthadone l'ont commencé avant la grossesse et 83% des patientes sous Subutex l'ont débuté avant cette période. Pour la majorité des femmes de leur étude, le traitement à la buprénorphine a été poursuivi et non débuté. L'autre partie de ces futures mères a reçu une prescription de Subutex, alors contre-indiquée. Ils expliquent que la méthadone

devrait être prescrite en cas de grossesse du fait que la buprénorphine n'a pas l'autorisation de mise sur le marché pour cette indication. La difficulté fondamentale est le délai d'attente pour accéder aux centres de prescription de la méthadone. Il serait donc primordial que les femmes enceintes bénéficient d'une priorité d'accès à ce traitement. Les grossesses non prévues, voire non acceptées sont proportionnellement plus nombreuses chez les consommatrices de Subutex. Les auteurs émettent l'hypothèse d'un manque d'informations en ce qui concerne les effets d'un traitement de substitution sur la reprise de l'ovulation.

Comme cité plus haut, le traitement de substitution a pour avantages une prise en charge globale de la dépendance et un suivi prénatal. Lejeune et al. (2001) se sont interrogés sur la qualité de ce suivi. Ils ont démontré que la fréquence des accouchements difficiles et de la souffrance fœtale aiguë n'étaient pas différents selon les groupes (méthadone et buprénorphine) et que le bénéfice du suivi montrait des chiffres favorables. Ces données ne sont cependant pas comparées avec un groupe consommant de l'héroïne. La complexité d'obtenir ces informations est expliquée par la difficulté d'accès à ces femmes en raison des craintes précitées envers le système de santé.

Dans cette même étude, 16% des femmes enceintes sous buprénorphine s'injectaient ce produit par voie intraveineuse (Lejeune et al., 2001). Une étude établie sur le canton de Fribourg démontre que 43% des patients sous méthadone se l'injectent (Chevalley, Besson, Croquette-Krokar, Davidson, Dubois, Uehlinger, Eap, 2005). Cette pratique est donc courante. Une étude de Cazorla, Grenier de Cardenal, Schuhmacher, Thomas, Wack, May, Rabaud (2005) met en évidence les risques de l'injection des produits de substitution. Sur 21 personnes interrogées, les auteurs ont constaté neuf endocardites infectieuses, huit abcès cutanés, deux infections ostéo-articulaires, une méningite et une rétinite à *Candida*. Une autre conséquence est expliquée par un médecin du réseau toxicomanie de Pompey. Ces produits, consommés par injection, induisent une dose de médicaments très supérieure à celle obtenue par une prise per os. A répétition, cela aboutit à une saturation des récepteurs centraux aux opiacés entraînant des dépressions respiratoires sévères (Storogenko, s.d.).

En ce qui concerne la fréquence des consommations associées, les auteurs ne retrouvent pas de différences significatives entre les usagères de ces deux produits. 19% des

femmes substituées consomment également de l'héroïne, 38% du cannabis, 96% du tabac, 31% de l'alcool et 29% des benzodiazépines et /ou des antidépresseurs et / ou des analgésiques. Seule la prise de cocaïne est plus fréquente dans le groupe méthadone (14% contre 9% pour le groupe sous buprénorphine) (Lejeune et al., 2001).

Harrisson (1997) ne trouve pas non plus de distinctions de consommations associées entre les femmes traitées par méthadone ou par buprénorphine. Il souligne cependant le fait que ces informations ont été récoltées par des questionnaires. Plusieurs études ont montré un écart parfois important entre les déclarations des futures mères et les résultats des tests sanguins (Harrisson, 1997 cité par Lejeune et Simmat-Durant, 2003).

Les consommations associées dédoublent les effets néfastes pour le nourrisson. Selon Hulse (2001), les risques de mortalité néonatale sont plus élevés si la femme enceinte consomme simultanément de l'héroïne et de la méthadone que si elle ne prend que l'héroïne seule. C'est pourquoi, il conteste le bénéfice d'une instauration du traitement de substitution chez la femme enceinte continuant à abuser d'héroïne (Hulse 2001 cité par Lejeune et Simmat-Durant, 2003).

Sutton insiste sur le risque, chez les femmes enceintes sous dosées en méthadone, de prise de benzodiazépines, responsables d'une aggravation du syndrome de sevrage du nourrisson (Sutton, 1990 cité par Lejeune et Simmat-Durant, 2003).

Deux auteurs se sont intéressés au taux de substances retrouvées dans le sang fœtal. Rosen (1976) explique que le taux sanguin varie pour une posologie identique. Selon cette auteure, il est influencé par le métabolisme, le passage transplacentaire et la vitesse d'excrétion (Rosen, 1976 citée par Lejeune et Simmat-Durant, 2003).

Marquets a dosé la buprénorphine dans le sang maternel, dans le sang fœtal du cordon et le sang néonatal. Les concentrations dans le sang fœtal et néonatal étaient plus faibles que dans le sang maternel. Aucune corrélation n'a été prouvée entre ce taux sanguin et l'apparition du syndrome de sevrage du nourrisson (Marquets, s.d cité par Loustauneau et al., 2000).

Trois études comparent le syndrome de sevrage du nourrisson exposé à la méthadone et à la buprénorphine *in utero*. Dans l'étude de Lejeune et al. (2001) comprenant 93 femmes substituées par la méthadone et 153 par la buprénorphine, la fréquence du sevrage était identique dans les deux groupes (65%). La seule différence trouvée était

l'âge moyen auquel le score de Lipsitz (cf annexe 15) était au maximum. Il était plus élevé dans le groupe méthadone (à 92 heures de vie) que dans le groupe buprénorphine (à 70 heures de vie). Le pourcentage d'enfants nécessitant un traitement médicamenteux et la moyenne du score de Finnegan (cf annexe 14) sont identiques dans les deux groupes. Le taux d'hospitalisation des nouveau-nés était semblable, cependant la durée moyenne d'hospitalisation était plus longue sous méthadone. Cette différence est peu significative. Elle peut être expliquée par un taux de prématurité plus élevé sous méthadone. L'âge moyen de reprise du poids de naissance était aussi plus tardif dans le groupe méthadone (13 jours) que dans le groupe buprénorphine (11 jours) (cf annexe 12). Les auteurs ont également constaté que le syndrome de sevrage néonatal était plus sévère, plus tardif et plus prolongé dans le groupe méthadone. Ils ne retrouvent pas de différences majeures de pronostic périnatal entre les mères substituées par méthadone ou par buprénorphine (Lejeune et al., 2001).

Une revue de littérature de Loustauneau et al. (2000) rapporte les données de 102 enfants exposés à la buprénorphine *in utero*. Elle ressort que le syndrome de sevrage du nourrisson surviendrait dans 65% des cas, contre 60-90% suite à une consommation de méthadone durant la grossesse, chiffres résultant d'une étude de Finnegan. Ce dernier apparaît plus précocement dans le cas d'un traitement à la buprénorphine qu'à la méthadone (12-24 heures contre 72 heures), ce qui réduit le risque que l'enfant quitte la maternité avant que les symptômes ne se déclarent.

Dos Santos (s.d) met en évidence dans une étude rétrospective sur 12 nourrissons que le syndrome de sevrage à la buprénorphine est très fréquent (91%) et sévère, régulièrement accompagné de convulsions tonico-cloniques généralisées. Son traitement était long et difficile. Cependant, sept enfants sur douze auraient été exposés *in utero* à des benzodiazépines. Ces dernières sont susceptibles de provoquer un syndrome de sevrage grave avec des convulsions généralisées. Parmi les cinq enfants ayant reçu uniquement de la buprénorphine, quatre ont présenté un syndrome de sevrage faible à modéré et aucun n'a manifesté de convulsions (Dos Santos, s.d cité par Loustauneau et al., 2000).

En ce qui concerne les mensurations néonatales (cf annexe 12), de nombreux auteurs ont constaté une augmentation du poids de naissance chez les enfants de mères bénéficiant d'un traitement de méthadone par rapport à celles consommant de l'héroïne. Comme explicité dans le chapitre des effets de l'héroïne sur le fœtus, les nourrissons

exposés *in utero* à cette substance naissent avec un poids plus bas que la moyenne qui est de 3'250 grammes à plus ou moins 500 grammes. G. K. Hulse démontre que le poids des nourrissons en contact avec de l'héroïne est inférieur à la moyenne de 489 grammes, de 279 grammes pour les nouveau-nés ayant reçu de la méthadone et 557 grammes pour ceux ayant été exposés avec plusieurs produits (Pouclet, 2003).

Lejeune et al. (2001) n'ont remarqué aucune différence entre les deux molécules en ce qui concerne le score d'APGAR (cf annexe 16), la fréquence d'allaitement et la qualité de la relation mère-enfant. En revanche, le taux de prématurité était doublé dans le groupe de la méthadone (18% contre 9% dans le groupe de la buprénorphine).

La corrélation entre la posologie et l'intensité du syndrome de sevrage du nourrisson est controversée dans la littérature. Certaines études retrouvent des liens entre ces deux variables chez 25 femmes enceintes sous méthadone. Elles montrent que le taux sanguin maternel de méthadone est corrélé à la posologie maternelle avant l'accouchement. Le taux maternel est relié à celui néonatal à la naissance et l'intensité des signes neurologiques du syndrome de sevrage du nouveau-né est liée à la baisse du taux néonatal après quatre jours de vie (Malpas, 1995 & Madden, 1997 cités par Lejeune et Simmat-Durant, 2003).

D'autres auteurs ont étudié des groupes de femmes ayant des posologies variables et ne retrouvent aucune différence ni en terme de sévérité du syndrome de sevrage, ni en terme d'âge gestationnel ou de poids de naissance (Kandall et al, 1999, Brown et al, 1998 & Berghella et al, 2000 cités par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Cependant, les études et les chiffres sur lesquels les auteurs ont basé leur affirmation ne sont pas cités.

4) Les conditions de vie de la femme toxicodépendante

La littérature décrit les conditions de vie des femmes héroïnomanes comme étant très précaires. Elle évoque le milieu familial, le niveau d'éducation scolaire, le travail, le réseau social, le logement et la situation de leur toxicomanie. Elle explicite également un lien imputable entre la prématurité du nouveau-né, les décès infantiles, les grossesses suivies inadéquatement et les conditions sociales défavorables (Blondel et al., 1998 cités par Lejeune & Simmat-Durant, 2003)

La famille de la future mère a été étudiée par Lacrouts-Négrier et al. (2001) et Guyon et al. (2002). Les auteurs mettent en évidence que plus des deux tiers des femmes de leur cohorte sont issues de famille en situation instable. Il peut s'avérer que les problématiques de ces familles comprennent un ou plusieurs éléments suivants. Les parents sont souvent décrits comme désunis, peu présents et peu soutenant. Leurs filles parlent d'abandon par un ou les deux parents, de placement chez un autre membre de la famille ou de décès du père ou de la mère. Dans ces familles demeurent également des troubles psychiques. Pour bon nombre d'entre elles, on retrouve des antécédents familiaux d'alcoolisme, de toxicomanie, de dépression grave et chronique. Les frères et sœurs présentent souvent des troubles psychiques ou psychiatriques, notamment la toxicomanie, l'anorexie ou la schizophrénie. Des abus psychologiques, physiques et /ou sexuels lors de leur enfance ont été mentionnés. Il peut exister dans ces familles des difficultés relationnelles. Pour six femmes sur dix-huit, cela a conduit à une rupture de contact à un moment donné de leur parcours, le plus souvent au début de leur toxicomanie, période correspondant fréquemment à l'adolescence. Les liens familiaux ont été maintenus dans les deux autres tiers d'entre elles.

Blondel et al. (1998) démontrent que le niveau de l'éducation scolaire se limite au primaire dans 15% des cas. Moins de 5% des mères toxicodépendantes ont un diplôme supérieur par rapport à 39% dans la population générale des femmes ayant accouché (Blondel et al., 1998 cités par Lejeune & Simmat-Durant, 2003)

Guyon et al. (2002) attestent cette affirmation en expliquant que la très grande majorité des femmes toxicodépendantes ont été peu scolarisées. Rare sont celles qui ont bénéficié d'une formation professionnelle.

Les trajectoires de toxicomanie débutent par le contact avec une ou plusieurs substances. Durant cette phase commence un processus d'apprentissage d'utilisation et de familiarisation avec ces produits. La grande majorité des femmes situent leur entrée dans ce milieu à la période de remaniements, réorganisation et restructuration psychiques de l'adolescence, c'est-à-dire entre 15 et 20 ans. Les auteurs émettent l'hypothèse d'une difficulté à résoudre les conflits psychiques de cette époque. Ce stade permet l'acceptation d'un corps sexué, comme l'acquisition d'une identité stable, dont l'identité sexuelle en fait partie. Selon Le Poulichet (s.d.), la dépendance aux toxiques

perturbe ce travail d'élaboration psychique face à un corps devenu sexuellement adulte. Pour éviter les pressions vécues comme angoissantes, l'usage de toxiques va faciliter la mise à distance et la maîtrise de ce corps pulsionnel. Ceci est interprété comme une fuite des contraintes de la réalité dans l'espoir d'un futur meilleur (Le Poulichet, s.d. citée par Lacroux-Négrier et al., 2001).

Plusieurs facteurs influencent l'initiation à la consommation. Dans le contexte, on retrouve la facilité d'accès au produit, l'environnement familial et social (l'usage de substances dans le réseau familial et social ainsi que l'identification à un groupe). Au niveau relationnel, il existe un triangle amoureux que forment la femme, son conjoint et le toxique. Selon les auteurs, le conjoint a un rôle important dans la dépendance aux produits et dans le passage aux substances considérées comme drogues dures. Le déménagement du domicile familial contraignant se fait régulièrement vers l'âge 15-16 ans. L'installation avec le compagnon démontre la recherche par ces jeunes filles d'un endroit sécurisant. Ces couples se retrouvent alors dans des situations très précaires et vont organiser leur vie autour de la consommation. Les facteurs personnels représentent la motivation de chacun face aux opiacés associée à des expériences vécues dans leur parcours de vie. En prenant des produits toxiques, les adolescentes désirent atténuer le sentiment de rejet, surmonter des périodes éprouvantes, anesthésier la douleur morale, fuir la réalité jugée trop difficile, se désinhiber ou contrer l'ennui.

Pour les femmes débutant leur toxicomanie plus tardivement, les auteurs pensent que la dynamique d'initiation aux substances illicites est différente. Cependant, ils ne donnent pas d'informations précises à ce sujet (Guyon et al., 2002).

Lors de la grossesse, les femmes vivent également un bouleversement psychique et physique. Cette étape de la vie implique un réaménagement psychologique important. Les chercheurs se demandent si le remaniement psychologique, dû à la grossesse et à une naissance, induira un autre rapport aux produits toxiques. Ils s'interrogent également sur la place et le sens que vont prendre le désir de grossesse et la maternité (Lacroux-Négrier et al., 2001 & Guyon et al., (2002).

La pauvreté de leur réseau social est constamment citée dans la littérature. Guyon et al. (2002) développent ce point :

Plusieurs mères ayant un problème de toxicomanie vivaient dans un environnement où l'usage de la drogue est très présent et par conséquent elles auraient peu d'amis ou de contacts qui ne sont pas eux-mêmes des usagers abusifs de substances psychoactives (p.1).

Certains auteurs se questionnent sur les sources de revenus de ces femmes. Selon Guyon et al. (2002), les femmes dépendantes à l'héroïne auraient peu d'habileté à trouver et garder un emploi, notamment en raison du faible niveau de scolarisation.

Une étude de Lejeune et al. (2001) comprenant 246 futures mères substituées révèle que 17% d'entre elles avaient un revenu issu d'un emploi. Dans la population générale, 90% des femmes enceintes ont des revenus provenant du travail (le leur ou celui d'un membre de la famille).

Lejeune et Simmat-Durant (2003) démontrent que la très grande majorité des femmes de leur cohorte (79.9%) sont sans emploi. Parmi elles, seules 23% sont déclarées au chômage, certaines bénéficient d'allocations et d'aides, d'autres n'ont aucune ressource. Les auteurs mettent en évidence une différence en ce qui concerne le travail entre les femmes vivant seules et celles qui sont en couple. Il apparaît que 12% des femmes seules ont des ressources provenant du travail contre 46% des femmes vivant en couple. Ils en concluent que l'isolement de la femme est synonyme de précarité. Cependant, la consommation de stupéfiants coûte cher. Avec peu de ressources, les femmes vont s'endetter, puis trouver d'autres moyens de financement, en particulier des activités illégales afin de se procurer leur consommation quotidienne (Lejeune & Simmat-Durant, 2003 & Lejeune et al., 2001 & Guyon et al., 2002).

En ce qui concerne le logement, les chercheurs de deux études montrent que seuls les trois-quarts des femmes bénéficient d'un domicile. Ils ne citent cependant aucune information sur le lieu de vie des autres femmes (Lejeune et al., 2001 & Blondel et al., 1998 cités par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Il apparaît dans des recherches de Blondel (1998) et Lejeune et al. (2001) que 61% des femmes participant à leur étude vivent en couple. Les auteurs comparent cette donnée à la population générale. Sur la totalité des femmes accouchant en France, 93% ont un

conjoint (Blondel et al., 1998 cités par Lejeune & Simmat-Durant, 2003 & Lejeune al., 2001).

La littérature américaine montre que la majorité des femmes dépendantes aux stupéfiants sont célibataires. Cependant, elles vivent une relation avec un partenaire consommant également des substances toxiques (Bendersky et al. 1996 cités par Guyon et al., 2002).

Lacrouts-Négrier et al. (2001) se sont interrogés sur les premiers enfants de ces femmes au long parcours de toxicomanie. La naissance de leur aîné a eu lieu le plus souvent lors d'une période de consommation aiguë et d'errance de la mère. Pour la moitié d'entre elles, leur enfant ne vit pas au domicile maternel. Majoritairement, l'enfant est élevé par la famille de la mère. Un enfant est éduqué par son père et un autre est placé en institution. Une nouvelle grossesse fait ressurgir chez ces femmes ce passé et la crainte d'une séparation et d'un placement de leur nouveau-né, mais également la culpabilité de ne pas avoir élevé leur aîné.

Mardomingo et Perez Mendez (2003) se sont intéressés aux habitudes de consommation de la population héroïnomanie au cours des dix dernières années. Ils émettent l'hypothèse que, suite à la description des premiers cas de HIV en 1981, à l'amélioration de l'information à la population et au développement de nouveaux traitements de substitution et du suivi thérapeutique, les modes de consommation pourraient avoir évolué. Ils ont également évalué l'incidence de ces changements sur la symptomatologie de sevrage du nourrisson. Les auteurs ont trouvé des différences significatives dans les types de substances consommées, les voies d'administration et les maladies associées. Toutefois, aucune donnée précisant ces changements n'est explicitée. Cependant, aucun changement en ce qui concerne le syndrome de sevrage du nourrisson n'a été mis en évidence.

Selon Lejeune et Simmat-Durant (2003), un quart des femmes de leur cohorte ont déclaré avoir fait un séjour en prison, ce qui est un marqueur indéniable d'une population en rupture avec les normes.

5) La place du père dans la triade

Comme démontré dans le chapitre ci-dessus, seuls deux tiers des femmes sont en couple durant la période de la grossesse. Il arrive régulièrement que les deux personnes se soient rencontrées dans le milieu de la toxicomanie et souffrent donc d'une dépendance aux produits toxiques. Il est expliqué, dans le chapitre du déroulement de la grossesse, que la femme remet en question sa toxicomanie suite à l'annonce d'une grossesse. Il se peut qu'elle mette en place des moyens pour diminuer, voire cesser sa consommation. L'attente d'un enfant ne provoque habituellement pas chez le futur père la même réflexion ; il n'est donc pas dans une initiative similaire. La persistance de prises de toxiques du conjoint peut mettre en danger la démarche de sa compagne. Il se peut qu'elle prenne ses distances pour se protéger. De plus, si les conjoints se sont toujours connus dans le domaine des substances illicites et sous leurs effets, il est fréquent que les tentatives d'arrêt de la femme modifient leur relation. La découverte du conjoint sans produits peut provoquer la déception de l'autre (Franchitto et al., 2003).

Le conjoint se trouve souvent en difficulté dans l'investissement de son statut de père, d'autant plus que la femme lui laisse parfois peu de place dans la relation avec le bébé. Le père est difficilement vécu comme le tiers dans cette relation si proche de la fusion entre la mère et son enfant (Franchitto et al., 2003, p.7).

Trois études se sont interrogées sur la fréquence de la présence du père pendant la grossesse et à l'hôpital.

Selon Franchitto et al. (2003), le père est souvent présent dans le discours de la patiente, mais elle éprouve parfois des difficultés à lui laisser une place dans la fonction parentale.

Selon Blondel et al. (1998), l'équipe d'obstétrique a indiqué, pour 25% des femmes, une absence totale du père lors de la grossesse et de l'accouchement. Parmi les pères présents lors de la grossesse, 18% ont été décrits comme passifs par les professionnels. 39% des femmes ont déclaré que le père souffrait également de dépendance (Blondel et al., 1998 cités par Lejeune & Simmat-Durant, 2003)

Lacrouts-Négrier et al. (2001) constatent, dans une recherche, que dans 16 cas sur 18 le père est présent pendant la grossesse.

B) La naissance

6) Les effets des opiacés sur le nouveau-né

Les stupéfiants, que ce soit l'héroïne, la méthadone ou la buprénorphine, ont des répercussions sur le nouveau-né car leurs molécules passent la barrière placentaire. Selon les substances consommées, les auteurs ont remarqué des différences en matière d'effets néfastes sur le nourrisson qui sont explicités dans ce paragraphe. Une des conséquences la plus grave est le syndrome de sevrage du nourrisson (cf annexe 13). En effet, le fœtus reçoit des doses importantes de produits toxiques tout au long de la grossesse. A la naissance, un arrêt brutal de cet apport provoque un état de manque plus ou moins intense selon les doses reçues *in utero*. On note également un risque de prématurité (cf annexe 17), de poids inférieur à la moyenne (cf annexe 12) et de contamination au VIH.

Les auteurs se sont énormément questionnés sur le syndrome de sevrage, notamment sur sa fréquence, sa durée et son intensité. Les données varient selon les recherches.

La fréquence du syndrome de sevrage à la naissance chez un nourrisson ayant été exposé à l'héroïne n'est pas citée dans les recherches scientifiques. Les auteurs expliquent cette absence d'information en raison de la difficulté de rentrer en contact avec les femmes consommant uniquement de l'héroïne. De plus, la plupart des études ont été effectuées dans des centres de traitement de méthadone ou auprès de femmes étant substituées à la buprénorphine. Il est donc possible de comparer la fréquence de ce syndrome chez le nouveau-né en contact *in utero* avec l'une de ces deux substances. Cependant les données divergent.

Une revue de littérature effectuée par le Groupe Pompidou (2002) indique que « la fréquence du syndrome de sevrage à la méthadone apparaît différente selon les études et varie entre 60 et 90%, toutefois ce dernier est moins fréquent que le syndrome à l'héroïne. » (Le Groupe Pompidou, 2002 cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003). Cependant, il ne cite pas de chiffres montrant cette dernière.

Dans l'étude de Lejeune et al. (2001) comprenant 93 femmes substituées par la méthadone et 153 femmes par la buprénorphine, la fréquence du sevrage était identique dans les deux groupes (65%).

Une recherche de Finnegan (s.d) démontre que le syndrome de sevrage du nourrisson exposé à la buprénorphine surviendrait dans 65% des cas, contre 60-90% lors de l'exposition à la méthadone (Finnegan, s.d cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Selon Lejeune et Simmat-Durant (2003), le syndrome de sevrage à la buprénorphine serait moins fréquent que celui à la méthadone.

De nombreux auteurs se sont interrogés sur l'apparition des symptômes.

Le Groupe Pompidou (2002) met en évidence que la méthadone retarde sa survenue. Ils apparaissent quelques heures après la naissance et jusqu'à parfois à quinze jours de vie, mais dans la majorité des cas ils surviennent dans les 72 heures (Groupe Pompidou, 2002 cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Selon Pouclet (2003), le syndrome dû à la méthadone débute en moyenne entre le troisième et le cinquième jour de vie, mais peut se manifester jusqu'à la deuxième semaine et peut persister de façon atténuée pendant 6 mois.

Lejeune et Simmat-Durant (2003) ont comparé l'apparition du syndrome de sevrage du nourrisson selon les substances. Dans le groupe méthadone, la moyenne de l'âge du nouveau-né à la manifestation des premiers symptômes est de 44.88 heures contre 37.53 heures pour le groupe Subutex. Toutefois, cette moyenne plus élevée dans le groupe méthadone n'est due qu'à quelques cas extrêmes où les premiers symptômes ne sont apparus qu'au bout de 7, 8 et 10 jours. 50% des enfants exposés à la méthadone manifestent des signes de manque après 24 heures contre 23% à la buprénorphine. Les auteurs démontrent dans leur étude que la buprénorphine induit une date de survenue plus tardive que la méthadone.

Selon Ferraro (1998), « l'âge au début du syndrome de sevrage dépend principalement de l'importance et de l'ancienneté de la toxicomanie de la mère et aussi d'une éventuelle consommation maternelle peu avant l'accouchement » (Ferraro, 1998 cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

En ce qui concerne son intensité, le Groupe Pompidou (2002) explique qu'elle est moindre chez les nouveau-nés exposés aux produits de substitution qu'à l'héroïne (Groupe Pompidou, 2002 cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Pour Lejeune et Simmat-Durant (2003), les différences sur son intensité ne sont pas significatives selon le produit de substitution. De même, le contexte social des mères

n'a pas d'influence apparente sur cette dernière. En revanche, les consommations des mères et surtout leur indice de toxicomanie (cf annexe 4) sont liés à l'intensité du syndrome. Les nouveau-nés n'ayant pas présenté de symptômes de sevrage ont généralement une mère dont l'indice de toxicomanie est égal à 4, indiquant une consommation non problématique ou stabilisée. À l'opposé, les bébés présentant un syndrome important ont plus fréquemment une mère ayant un indice de 8 ou 20. De même, les femmes ayant déclaré poursuivre leur consommation d'héroïne (au moins une fois dans les semaines précédant l'accouchement) sont surreprésentées chez les enfants ayant un syndrome sévère. 57.6% des mères dont leur enfant a manifesté des symptômes sévères abusaient d'opiacés contre 41% des femmes dont le syndrome de sevrage de leur nourrisson était d'une intensité moins grave (Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

En ce qui concerne la durée du syndrome, le Groupe Pompidou (2002) met en évidence le fait qu'il est plus prolongé en cas d'exposition à la méthadone qu'à l'héroïne en raison de sa demi-vie plus prolongée (Groupe Pompidou, 2002 cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Deux auteurs se sont interrogés sur les sentiments qu'occasionne le syndrome de sevrage du nourrisson chez la mère.

Selon Pouclet (2003), « Les difficultés liées à ce sevrage peuvent entraîner une angoisse chez les mères qui se trouvent déjà en questionnement sur leurs capacités à assumer leur fonction maternelle. »

Lacrouts-Négrier et al. (2001) se sont penchés sur la culpabilité induite par le syndrome de sevrage du nourrisson.

Toutes les mères dont leur enfant a eu un syndrome de manque expriment de la culpabilité face au sevrage et une difficulté du processus d'indentification en miroir. Cette étude montre une corrélation entre la culpabilité et le syndrome de sevrage, puisque seules les mères dont les enfants ont dû être sevrés ressentent de la culpabilité. Au contraire, l'absence de sevrage et la bonne santé de l'enfant déculpabilisent les mères par rapport à leur consommation durant la grossesse (p. 81).

La prématurité est une autre grande conséquence de la prise de toxiques durant la grossesse. Les résultats d'une recherche de Lejeune et Simmat-Durant (2003) montrent que les naissances prématurées (moins de 37 semaines) représentent 12.3% des accouchements de femmes toxicodépendantes. Des facteurs défavorables au niveau social (ressources liées aux aides et aux allocations, mère vivant seule), dans l'histoire de la mère ou ses consommations (séropositivité, durée longue de toxicomanie), ainsi que le mauvais suivi de grossesse (visites insuffisantes ou tardives, benzodiazépines associées) sont plus fortement représentées pour les mères ayant accouché prématurément. Les auteurs précisent qu'il importe de prendre en compte le fait que ces variables ne sont pas significatives.

La littérature fait état des effets des substances sur les mensurations du nourrisson et le score d'APGAR.

Selon le rapport Roques (1999), les études montrent que la moitié des nouveau-nés de mère héroïnomane pèsent moins de 2'500 grammes à la naissance. Pour un poids identique, le pourcentage pour les nourrissons de mère sous méthadone est de 33% (Roques 1999 cité par Lejeune et al., 2001).

Dans la cohorte de Lejeune et Simmat-Durant (2003), les bébés pèsent de 880 à 4'150 grammes soit un poids moyen de 2'822 grammes pour une taille comprise entre 31 et 53 centimètres, soit en moyenne 47,04 cm.

Le score d'APGAR est un indice de vitalité qui permet d'apprécier l'état du nouveau-né à une minute, cinq minutes et dix minutes de la naissance. Il évalue le rythme du cœur, les capacités respiratoires, la coloration de la peau du bébé, son tonus musculaire et ses réponses aux stimulations. Le score inférieur à sept sur un total de dix montre une détresse chez le nourrisson et inférieur à deux, un état de mort apparente. Les résultats indiquent qu'à une minute de vie 2.4% des nouveau-nés ont un score inférieur à 4 et 76.5% équivalent à 10. A cinq minutes, seuls 0.4% des scores sont inférieurs à 4 et 92.4% sont égaux à 10. A 10 minutes, 0.4% sont inférieurs à 7 et 95.5% équivalent à 10 (Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Une étude de Walhovd, Moe, Slinning, Due-tonnessen, Bjornerud, Dale, Van Der Kouwe, Quinn, Kosofsky, Fischl, en 2007, compare les caractéristiques du cerveau de 17 enfants exposés *in utero* à l'héroïne, dont sept ont également été exposés à d'autres substances associées, à un groupe contrôle.

Les auteurs se concentrent sur 16 régions cérébrales : les matières grise et blanche, l'hippocampe, l'amygdale, le thalamus, le noyau accumbens, le noyau caudé, le putamen, le pallidum, le tronc cérébral, le cortex cérébral, les ventricules latéraux et les troisième et quatrième ventricules. Ces derniers jouent un rôle dans la complexité du traitement cognitif, dans l'attention et l'hyperactivité, la cognition et le comportement, sur la taille ou la quantité de neurones et de connexions synaptiques, sur la mémoire à court terme et dans l'apprentissage et la motivation. Les résultats suggèrent qu'un certain nombre de volumes sont plus faibles chez les enfants exposés aux opiacés et à d'autres substances *in utero* que chez les enfants du groupe contrôle.

Toutefois, les auteurs font part des limites de leur étude : les informations sur la quantité et la fréquence de l'usage de toxiques ainsi que les résultats des analyses toxicologiques des mères tout au long de la grossesse ne sont pas accessibles. Ceci empêche de faire le lien entre le produit consommé et les effets cérébraux retrouvés. De plus, l'échantillon est très faible, ce qui ne permet pas d'établir les conclusions avec certitude.

7) Le traitement du syndrome de sevrage du nourrisson

Le traitement du syndrome de sevrage du nourrisson questionne. La littérature montre une grande hétérogénéité dans sa prise en charge. Chez un nouveau-né ayant des symptômes de faible intensité, le traitement privilégié est le nursing. De nombreux traitements médicamenteux existent, tels que l'élixir parégorique, la teinture d'opium, la morphine ou la méthadone et les traitements sédatifs par des antiépileptiques, neuroleptiques ou antihypertenseurs centraux (Micard & Brion, 2002). Leur utilisation diffère selon les services. La prise en charge du syndrome de sevrage nécessite des mesures d'hospitalisation et de surveillance adaptées (Lejeune & Simmat-Durant, 2003). L'hospitalisation peut se prolonger car le traitement de ce syndrome peut nécessiter du temps. Ce séjour permet à la mère de participer aux soins de nursing et de mettre en place ses compétences parentales.

Le traitement de nursing comprend des mesures très efficaces pour soigner le syndrome de sevrage du nouveau-né d'intensité faible à modérée. Ces soins consistent en la création d'un environnement favorable par la diminution des stimuli sonores et lumineux auxquels les nouveau-nés sont sensibles. Ces enfants ont besoin d'une alimentation hypercalorique et fractionnée afin de compenser les dépenses caloriques et hydriques dues aux symptômes gastro-intestinaux et aux difficultés de s'alimenter en lien avec le problème de succion. Le nursing comprend également le berçage, les câlins et le contact peau à peau. Le nursing offre la possibilité à l'équipe soignante d'intégrer la mère dans les soins au nouveau-né. L'exécution de ce dernier par la mère va contribuer à l'instauration du lien mère-enfant. Lejeune (1998) explique 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 de leur nouveau-né. » (Lejeune, 1998 cité par Lejeune et Simmat-Durant, 2003). Lejeune et Simmat-Durant (2003) démontrent le bénéfice de la collaboration de la femme aux soins de l'enfant.

La qualité relationnelle entre les mères substituées et leur enfant semble avoir des impacts favorables sur l'amélioration des symptômes de sevrage chez l'enfant du fait de leur participation au nursing, sur l'établissement du lien mère-enfant et sur le devenir de ces femmes dont le pronostic semble favorablement influencé par leur réussite en tant que mère, contrastant avec les conduites d'échec antérieures qui s'accompagnaient le plus souvent d'une aggravation des conduites addictives (p.18). Ces auteurs déclarent que le traitement de nursing est efficace pour les nouveau-nés ayant manifesté un syndrome de sevrage d'intensité faible à modérée. Cependant, on ne retrouve aucune donnée statistique sur les effets de ce traitement.

La date d'introduction et le choix du traitement médicamenteux donnent lieu à de nombreuses discussions. La grande majorité des chercheurs préconisent l'instauration du traitement médicamenteux en fonction du score de Finnegan ou de Lipsitz. Les auteurs de ces échelles, évaluant l'intensité des symptômes, conseillent la mise en place du traitement à partir d'un score supérieur à 8 ou 10. Une minorité d'auteurs recommandent un traitement préventif dès les premières heures de vie. Cette prescription est controversée, puisque, selon Lejeune et Simmat-Durant (2003), seule la

moitié des nouveau-nés de mères toxicomanes présentent un syndrome de sevrage nécessitant un traitement médicamenteux.

En ce qui concerne le principe actif, les recherches françaises montrent une préférence pour une solution de morphine (Micard & Brion, 2002). Le chlorhydrate de morphine, quelle qu'en soit l'origine (héroïne, morphine, méthadone, Subutex), est très efficace, sans effets secondaires et démontre le plus souvent une amélioration spectaculaire du score de Finnegan (Lejeune, 1998 cité par Lejeune et Simmat-Durant, 2003).

Cependant, la solution orale de morphine n'est actuellement pas officiellement indiquée pour le syndrome de sevrage du nourrisson. De plus, l'autorisation de mise sur le marché français précise que cette solution de morphine est contre-indiquée chez le nourrisson de moins de six mois, alors que son utilisation pour cette indication semble majoritaire selon de nombreuses études. (Micard et Brion, 2002, p.5).

Certains auteurs se sont interrogés sur le fait que le chlorhydrate de morphine puisse induire un autre syndrome de sevrage à cette molécule en plus de celui dû à l'exposition de substance *in utero*. Cependant, aucun commentaire n'est explicité en ce qui concerne les données sur les résultats de cette hypothèse et leur démarche pour arriver à une conclusion. Ils expliquent toutefois qu'il serait adéquat d'utiliser la substance avec laquelle le nourrisson a été en contact *in utero* à des doses progressivement dégressives pour le traitement du syndrome de sevrage (Loustauneau et al., 2000).

La littérature américaine et européenne privilégie le traitement de l'élixir parogérique pour cette indication. Ce dernier est contesté par de nombreux auteurs. Ce produit est un mélange de plusieurs substances dont certaines sont potentiellement nocives, en particulier l'acide benzoïque, le camphre (excitant du système nerveux central) et l'alcool (Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Les benzodiazépines ont été longtemps très utilisées. Aujourd'hui, leur usage est de plus en plus discuté. Elles ont une action très prolongée et un contrôle des convulsions moins efficace par rapport aux opiacés. De plus, elles aggravent les troubles de la succion (Kandall, 1999 cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Le traitement anticonvulsivant est administré, seul ou associé, dans 38% des centres hospitaliers européens et 16% des hôpitaux français (Micard & Brion, 2002).

Les neuroleptiques ne sont prescrits que dans deux centres français (Micard & Brion, 2002). Il n'existe aucune donnée sur les effets de ces traitements.

8) L'allaitement

L'allaitement maternel est l'alimentation la plus saine pour le nourrisson de part son apport en eau, en protéines, en lipides, en minéraux et en vitamines. Il transfère également les anticorps de la mère à l'enfant, protégeant ainsi l'enfant de certaines maladies. Grâce à ces moments de tendresse, d'affection et de chaleur, l'allaitement renforce les liens affectifs entre la mère et le nouveau-né (promotion suisse de la santé, s.d). Cependant, les substances toxiques, les médicaments et les virus de la mère sont également contenus dans le lait maternel et sont transmis au nourrisson. Cela induit de nombreuses questions chez les chercheurs entre les bénéfices et les risques de l'allaitement maternel de la femme toxicodépendante.

Les auteurs se sont d'abord interrogés sur le lien entre la posologie, le taux lacté et la quantité de substance apportés à l'enfant. On retrouve des divergences dans la littérature.

Selon Wojnar-Horton (1999), le taux de méthadone est deux fois plus élevé dans le sang que dans le lait maternel. La dose absorbée par l'enfant correspond à 3% de celle reçue par la mère. Hoegermann (1991) montre que le pic de méthadone dans le lait maternel survient entre deux et quatre heures après la prise orale du médicament. A ce moment-là, le taux de méthadone dans le lait maternel est en moyenne de 83% du taux sanguin maternel (Hoegermann 1991 & Wojnar-Horton 1999 cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Jernite et coll. ont publié les dosages dans le lait maternel de femmes sous Subutex. Ils ne retrouvent pas de corrélation entre les taux de buprénorphine dans le lait maternel et la dose de médicament. De plus, le taux de buprénorphine dans le lait maternel est 20 à 40 inférieur à la dose d'opiacés utilisée pour le traitement du syndrome de sevrage du nourrisson. Selon eux, le pic de concentration dans le lait maternel se situe également deux à quatre heures après la prise du traitement. (Jernite et coll. 2000 cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Une hypothèse émise par certains scientifiques serait d'utiliser l'allaitement pour diminuer ou repousser les symptômes de sevrage dus à l'arrêt brutal d'apport de substances toxiques.

De nombreux chercheurs s'accordent sur le fait que le passage de substances dans le lait maternel est trop faible pour prévenir, retarder ou traiter le syndrome de sevrage du nouveau-né. De plus, ils ne retrouvent pas de symptômes de sevrage à l'arrêt brutal de l'allaitement (Jernite et coll. 2000 & Loustauneau et al., 2000, Marquet & Jernite, s.d., & Pouclet, 2003).

A l'opposé, Franchitto et al. (2003) affirment dans leur revue littéraire que l'allaitement peut être pratiqué dans le but d'un traitement du syndrome de sevrage si la posologie du traitement de substitution chez la mère ne dépasse pas 30 mg par jour. Au-delà, le risque de sevrage est plus élevé et peut être retardé. Si tel est le cas, ce syndrome pourrait survenir une fois l'enfant sorti de l'hôpital, sans possibilité de surveillance ni d'intervention médicale rapide. Cependant, les auteurs ne citent pas leurs sources suite à leur déclaration. On ne sait donc pas sur quelles études ils se sont basés.

Comme développé dans le chapitre traitement du syndrome de sevrage du nourrisson, lorsque les symptômes sont d'une intensité faible à modérée, ils peuvent être soignés par des mesures de nursing, sans recours médicamenteux. Ce traitement comprend notamment le contact peau à peau. L'allaitement pourrait être adéquat pour privilégier ces moments. Dans l'étude de Lejeune et Simmat-Durant (2003), 57 bébés sur 259 sont allaités par leur mère, encore sous substitution. Seuls quatre de ces nourrissons ont connu une durée de traitement du syndrome de sevrage supérieure à 14 jours. La durée du traitement peut varier de 10 jours à plusieurs semaines. Les auteurs émettent l'hypothèse que, si seuls 22% des femmes ont allaité leur enfant, d'autres n'ont pas cette possibilité en raison d'un transfert en néonatalogie souvent dans un autre hôpital.

La littérature met également l'accent sur le lien mère-enfant qui peut être renforcé par le rôle nourricier et calmant de l'allaitement maternel. Cet acte peut également restituer la notion de mère compétente chez les femmes toxicodépendantes (Franchitto et al., s.d.). Pour encourager les relations mère-enfant, il est important de promouvoir l'allaitement surtout si la demande est formulée par la patiente (Pouclet, 2003).

De nombreux auteurs s'accordent sur les contre-indications de l'allaitement. Les seules démontrées dans les recherches sont chez les femmes étant HIV positives qui est une infection transmissible par le lait maternel et la prise concomitante de toxiques.

Concernant les hépatites, Pouclet (2003) et Lejeune et Simmat-Durant (2003) affirment que ce n'est pas un frein à l'allaitement. Au contraire, pour Franchitto et al. (s.d.), le virus de l'hépatite C passe dans le lait maternel et est donc transmissible, contrairement à l'hépatite B. Il existe toutefois peu d'études différenciant les hépatites.

C) Actions pour les professionnels de la santé et du social

Le point primordial pouvant influencer la prise en charge de la grossesse de la femme toxicodépendante est le regard que porte le soignant sur cette situation. Il importe que chacun d'entre eux voie cette dernière comme une femme ayant une grossesse à risque et non comme une femme intoxiquant volontairement son enfant (Bulliard, document de cours non publié). La littérature démontre qu'un changement de comportement de la part du personnel soignant pour une attitude non jugeante envers les femmes abusant de toxiques améliore très sensiblement le pronostic périnatal de l'enfant. Rappelons que le concept de relation d'aide de Rogers comprend trois capacités essentielles à la relation d'aide : la congruence, l'empathie et le non jugement. Ce dernier explique que tout soignant ne doit pas associer la personne à ses actes mais considérer son potentiel.

Il se peut que certains professionnels estiment ces femmes incapables de sortir du milieu de la toxicomanie et incompetentes à devenir une mère suffisamment bonne. Cette stigmatisation est induite par de nombreux facteurs. Premièrement, pour toute personne souffrant de dépendance, l'élaboration psychique pour le passage dans les différentes phases de la roue du changement nécessite du temps et un soutien tout au long de ce travail. De plus, la rechute fait partie de ce concept. Pour certains soignants, cela est vécu comme un échec et peut induire une diminution du soutien qui peut être ressentie par la patiente. Le processus qu'effectue le bénéficiaire de soins à travers ce concept peut épuiser le donneur de soins. Deuxièmement, les soignants doivent faire face à une ambivalence exprimée par la patiente. D'un côté, l'envie de se sevrer générée par le désir d'une nouvelle vie et par la culpabilité de faire souffrir son enfant et de l'autre, le besoin continu et intense du produit. Il est pourtant essentiel que les professionnels qui accompagnent ces femmes durant cette période croient en leurs possibles et en leurs ressources. Selon Lejeune et Simmat-Durant (2003), « il est possible, à l'occasion d'une grossesse, d'infléchir la trajectoire de certaines femmes, même si elles ont un passé très lourd en terme d'ancienneté et de gravité de la toxicomanie et en terme de séparation

d'avec les enfants précédents.»(p.107). Avoir confiance et valoriser les capacités du patient offre un meilleur accompagnement.

Il est également nécessaire que les professionnels de la santé aient conscience que l'histoire de vie et le quotidien de ces femmes peuvent s'avérer difficiles. Ceci leur permettra de connaître les raisons de leur souffrance, de leurs actes et de leurs réactions dans la situation vécue. Il en ressortira également une meilleure compréhension de leurs besoins.

Il peut arriver que le mode de vie et les comportements des femmes toxicodépendantes aillent à l'encontre d'une ou plusieurs valeurs de certains soignants. Dans ce cas, les professionnels doivent entamer une réflexion sur leurs valeurs. Selon son résultat, ils peuvent soit trouver un moyen de gérer ces dernières dans ces situations, soit renoncer à travailler avec des patients souffrant de dépendance aux substances psychoactives. Prendre soin de personnes en ayant des conflits de valeurs peut altérer les comportements et le professionnalisme. De plus, les attitudes du soignant ont une incidence sur celles du patient. Par exemple, si la patiente se sent écoutée et en confiance, il lui sera plus facile de collaborer au projet de soins. Dans le cas contraire, si elle ressent une prise de position chez l'accompagnant, sa réaction sera empreinte de méfiance. Il est donc important de travailler sur les représentations et les valeurs du personnel soignant face aux femmes enceintes dépendantes aux substances illicites (Franchitto et al., s.d.).

Comme cité plus haut, une accumulation de situations de soins difficiles peut induire un épuisement, voire un burn out chez le soignant. Afin d'éviter une pratique non déontologique, ce dernier doit constamment se remettre en question et interroger sa pratique professionnelle.

Les soignants doivent faire preuve d'écoute et d'empathie envers les difficultés et les ressentis des patientes. Ceci aidera à installer la relation de confiance parfois difficile à mettre en place.

En effet, ces femmes ont une crainte d'une éventuelle dénonciation à la justice. Le soignant peut interpréter certains comportements de la femme toxicodépendante, telle l'absence aux rendez-vous fixés, comme étant un manque de collaboration de la part de

la patiente. Il est donc important d'utiliser des moyens pour que cette relation s'instaure au mieux.

En ce qui concerne le traitement de substitution, le soignant a un rôle d'information, d'évaluation et d'accompagnement. Tout d'abord, si ces médicaments sont prescrits en dehors de la grossesse, ils peuvent favoriser la survenue de celle-ci, en améliorant les conditions de vie de la femme et en régularisant ses cycles menstruels. Il importe que cette notion soit précisée à la patiente (Loustauneau et al., 2000).

Ensuite, il n'existe aucun protocole concernant une posologie prédéfinie pour la méthadone et le Subutex. La dose efficace doit être déterminée individuellement et doit prendre en compte la symptomatologie de manque de la mère. Elle doit être constamment réévaluée afin d'éviter une prise simultanée de toxiques induite par un sous dosage d'opiacés. Au troisième trimestre de la grossesse, le volume sanguin circulant de la femme enceinte augmente d'environ 20%. Ceci occasionne une baisse du taux sanguin des molécules de substitution (Jarvis, 1999). Un accroissement de la posologie peut donc s'avérer nécessaire. Un renforcement ou un fractionnement de la dose peuvent également être proposés. Cette chute de la quantité de produit dans le sang maternel est un enjeu important durant le troisième trimestre car il peut devenir insuffisant et entraîner une souffrance fœtale. Il est donc important, en tant que soignant, d'être attentif à la symptomatologie de manque. Un contrôle du taux sanguin doit être organisé au moindre doute (Pouclet, 2003).

Enfin, il arrive que la future mère demande un sevrage du traitement de substitution durant la grossesse. Ce souhait peut signifier une volonté de passer du statut de toxicomane à celui de mère. Selon Pouclet (2003), il est possible de le réaliser à tout moment de la grossesse avec une surveillance par une équipe spécialisée et un monitoring fœtal. Il est cependant recommandé durant le deuxième trimestre de la grossesse car, en dehors de ce délai, il existe un risque d'avortement spontané, de prématurité et d'une induction de stress pour le fœtus. En effet, il existe un risque que la femme consomme des médicaments ou de l'alcool pour pallier au manque induit par le sevrage. Cela reste une décision difficile en raison d'un taux de récurrence à 50%, selon une étude de Jarvis et Schnoll s.d (cité par Pouclet, 2003). Suite à cette demande, il importe d'expliquer à la future mère les possibles et les risques et de lui laisser le choix. Il est également essentiel de préciser que cette initiative peut être reportée après

l'accouchement. Il est cependant nécessaire de valider son initiative et, quelque soit son choix, la soutenir et l'accompagner vers son but.

Le père de l'enfant a souvent un parcours de vie similaire à celui de la mère. Comme démontré dans le chapitre des conditions de vie de la femme toxicodépendante, seuls deux tiers des futures mères sont en couple durant la période de la grossesse. Il arrive régulièrement que les deux personnes se soient rencontrées dans le milieu de la toxicomanie et souffrent donc d'une dépendance aux produits toxiques. L'investissement du père lors de la naissance de l'enfant dépend parfois de la mère qui peut éloigner ce dernier. Franchitto et al. (s.d) explique que :

Le conjoint se trouve souvent en difficulté dans l'investissement de son statut de père, d'autant plus que la femme lui laisse parfois peu de place dans la relation avec le bébé. Le père est difficilement vécu comme le tiers dans cette relation si proche de la fusion entre la mère et son enfant (p.7).

Cependant, s'il le désire, il importe de l'intégrer dans la prise en charge de l'enfant et de le conforter dans son rôle de père.

Comme cité en annexe, la qualité du lien mère-enfant est capitale car il va définir tous les autres liens qui s'établissent entre l'enfant et son environnement. Si cet attachement est insécure, il se peut qu'il n'arrive pas à identifier son anxiété et ne puisse pas la gérer et qu'il peine à explorer son environnement. Il est donc nécessaire de donner des moyens et de soutenir la mère pour cette élaboration. Un point important est la valorisation des capacités parentales pour augmenter leur confiance en soi. Cela se prépare tout au long de la grossesse et doit être accompagnée à la naissance. La durée d'hospitalisation du nouveau-né est un temps essentiel pour l'établissement de la relation mère-enfant. Ce séjour permet le traitement du sevrage du nourrisson avec une participation des parents aux soins de nursing. Il n'est toutefois pas toujours possible d'inclure la mère dans la prise en charge. Il peut arriver qu'elle se présente à l'hôpital en ayant consommé des produits toxiques, parfois de grandes quantités. C'est au personnel soignant d'évaluer les bienfaits et les risques pour la mère et l'enfant de l'accomplissement des soins par cette dernière.

A la naissance de l'enfant, il est important que l'apprentissage de la parentalité soit accompagné, que les compétences de la mère et l'aménagement de la dyade ou de la

triade nouvellement formée avec le nouveau-né et son ou ses parents soient soutenus. Il est fondamental d'aider ces derniers à appréhender les frustrations liées à l'adaptation nécessaire aux besoins de leur enfant. Les soignants, en soutenant les compétences parentales et l'aménagement de la dyade ou de la triade, vont évaluer la qualité de la parentalité. (Franchitto et al., s.d). A ce moment, le regard et les valeurs que portent les soignants ont une influence sur le destin de l'enfant. Selon Corinne Bulliard (document de cours non publié), il est important de croire en les capacités des parents, les valoriser et les soutenir tout au long de l'hospitalisation. Une fois le retour à domicile s'approchant, un colloque pluridisciplinaire sera mis en place, dans le but de prendre une décision en ce qui concerne les capacités parentales.

Il arrive que ces mères se sentent sécures avec les soins au nouveau-né à l'hôpital car elles sont encadrées par le personnel. Cependant, elles peuvent éprouver certaines craintes en ce qui concerne l'organisation et leurs compétences maternelles pour le retour à domicile car elles seront seules. Il est important de les écouter et de les guider vers des services d'aide et de soutien tels que les puéricultrices.

En ce qui concerne l'allaitement, on ne retrouve pas de consensus dans la littérature. Si la demande vient de la mère et qu'il n'y a pas de contre-indication, il importe de le promouvoir en raison de son côté bénéfique dans le lien mère-enfant et dans le renforcement de l'estime de soi de la mère. Il faut essayer de dissocier les heures de prise de traitement de substitution et d'allaitement pour que ce dernier n'arrive pas lors du pic du taux de médicaments dans le lait maternel. Il est cependant nécessaire de suivre les directives du service.

VI) CONCLUSION

L'héroïne cause sur le corps féminin certains troubles qui comprennent notamment la confusion entre les premiers signes de grossesse et les symptômes de manque. L'attente d'un enfant est par conséquent réalisée tardivement. La littérature montre qu'environ la moitié des femmes le réalise après la quatrième semaine d'aménorrhée, parfois au deuxième trimestre. Cela leur enlève la possibilité de choisir de mettre fin à cette

dernière. Selon la loi suisse (cf annexe 20), l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est autorisée durant les 12 premières semaines d'aménorrhée, lorsque l'enfant est encore considéré comme un embryon (article 118 du code pénale & Pouclet, 2003).

Les recherches indiquent que seule une minorité a pensé à l'avortement. Les auteurs expliquent que le désir des femmes héroïnodépendantes de poursuivre la grossesse provient d'une ambition de résoudre des conflits inconscients qui sont à l'origine de la prise de produits et d'une tentative de réparation et de restauration narcissique (Pouclet, 2003 & Franchitto et al., s.d.).

Lacrouts-Négrier et al. (2001) se sont interrogés sur l'incidence de cette reconnaissance tardive par rapport au temps d'élaboration de la grossesse, à la mise en place de l'enfant imaginaire et à l'instauration des premières relations avec l'enfant réel.

Durant toute grossesse, la femme élabore une réflexion sur l'enfant imaginaire (l'enfant désiré) et l'enfant fantasmatique (le désir de maternité) qui va avoir une influence sur son comportement avec l'enfant réel (l'enfant à la naissance). La qualité de cette construction psychique va avoir un impact sur la relation mère-enfant à la naissance.

La mise en place d'une interaction nécessite un travail d'élaboration mentale de la part de la mère au cours de la grossesse. Elle construit certaines images, certains fantasmes, diverses attentes et anticipations concernant l'enfant à naître.

Lorsque les rapports entre cet enfant imaginaire, fantasmatique et réel satisfont les désirs et apaisent les craintes, l'interaction peut être enrichissante et stimulante pour les deux partenaires. A l'inverse, lorsque ces rapports accentuent les craintes ou apportent des déceptions, les interactions risquent de se figer dans des conduites répétitives qui peuvent devenir pathologiques. Dans le cas où ces rapports ne s'établissent pas, il y a un risque de désinvestissement partiel de l'enfant. (Mazet, s.d., Stoléru, s.d.).

Les auteurs constatent que la construction de l'enfant imaginaire ne se fait que partiellement pendant la grossesse, en raison de la difficulté de l'élaboration psychique plutôt qu'à l'annonce tardive de cette nouvelle. Pour une majorité des femmes toxicodépendantes étudiées, l'enfant reste une réalité abstraite tout au long de la grossesse. La focalisation sur le produit laisse penser qu'il n'existe pas de place pour une conception de l'enfant imaginaire. Les auteurs ont observé une absence de représentation de l'enfant imaginaire chez les femmes toxicodépendantes enceintes. Le

travail psychique de la grossesse ne semble alors que s'établir partiellement (Lacrouts-Négrier et al., 2001).

Leurs craintes de dénonciation à la justice par le personnel soignant et du placement de l'enfant peuvent être justifiées par le fait que cela se produit. Suite à ce travail, je me suis questionnée sur le vécu de ces personnes concernant leurs relations avec les soignants. En effet, le premier contact avec les professionnels de la santé s'établit lors d'un traitement de sevrage. Je m'interroge également sur l'information qui est apportée à cette population sur le soutien que peut leur offrir une équipe soignante. Il est prouvé qu'un accompagnement thérapeutique adéquat durant la grossesse diminue le taux de placement des nouveau-nés de 60% à moins de 4% (Chanal, 2007).

En ce qui concerne l'interrogation des chercheurs sur les différents produits de substitution, les écrits soulignent que la méthadone entraîne un taux de prématurité plus élevé et un syndrome de sevrage néonatal plus sévère, plus tardif et plus long que la buprénorphine. De plus, la reprise du poids de naissance est plus tardive pour un enfant ayant été exposé *in utero* à la méthadone.

Les autres points analysés sont semblables pour les deux produits. Pour de nombreux auteurs, la buprénorphine semble donc une alternative raisonnable à la méthadone pour le traitement de substitution des femmes enceintes toxicomanes. On peut même y voir des avantages quant au taux de prématurité, à l'intensité et à la durée du syndrome de sevrage. Cependant, cette substance est contre-indiquée chez la femme enceinte.

En ce qui concerne le traitement du syndrome de sevrage du nourrisson, les auteurs s'accordent à dire que le nursing est efficace chez les nourrissons présentant des symptômes d'une intensité faible à modérée. S'ils sont sévères, le traitement qui semble le plus adéquat selon la littérature est le soluté de morphine. Cependant, ce médicament est contre-indiqué chez le nourrisson de moins de six mois.

Pour bénéficier de l'autorisation de mise en place sur le marché, les laboratoires pharmaceutiques déposent un dossier auprès l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments. Ce dernier est analysé selon le rapport entre les bénéfices et les risques du produit, ainsi que des critères de qualité, de sécurité et d'efficacité (Sénat s.d). Un questionnement se pose sur les possibilités qu'ont les recherches scientifiques

d'apporter par leur découverte un changement des indications de l'autorisation de mise en place sur le marché.

La littérature expose l'importance d'un suivi de la grossesse adéquat sur le taux de prématurité, le petit poids de naissance et la souffrance fœtale aiguë. Elles mettent également en évidence que l'absence de suivi implique des troubles de l'attachement.

D'après Franchitto et al. (s.d.)

Pour privilégier la relation mère-enfant, il est important d'agir sur les facteurs négatifs rencontrés comme le mode de vie chaotique de ces femmes lié à l'absence de prise en charge de leur toxicomanie, le syndrome de sevrage du nourrisson excessivement culpabilisant pour la mère et les représentations stigmatisantes autour de cette grossesse et de cet enfant. Pour influencer ces facteurs, il faut créer un cadre thérapeutique le plus tôt possible. Ce cadre structurant devra prendre en compte la grossesse et la toxicomanie (p.11).

Les conditions de vie de la femme toxicodépendante ont des conséquences directes sur l'enfant. Les recherches scientifiques démontrent un lien imputable entre la prématurité du nouveau-né, les décès infantiles, les grossesses suivies inadéquatement et les conditions sociales défavorables (Blondel et al., 1998 cités par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

Des répercussions sur la mise en place du lien mère-enfant sont également citées dans la littérature. Ce mode de vie est généralement dominé par la recherche de la drogue. Il provoque inévitablement des angoisses, une agitation et de la confusion et influe directement sur l'enfant. L'enfant ne reçoit pas l'affection qui lui est vitale. Il en résulte presque inévitablement des troubles psychiques et des problèmes de développement car, en général, la mère ne prête guère attention aux besoins essentiels de son enfant (Conseil de l'Europe, 1999 cité par Lejeune & Simmat-Durant, 2003).

En ce qui concerne la présence du père à la naissance de l'enfant, je constate un désaccord entre les études qui ne me permet pas de mettre en évidence la fréquence de la présence du père. Toutefois, il est important de relever que certains d'entre eux s'impliquent dans la venue de leur enfant et que d'autres sont éloignés par la mère.

Le syndrome de sevrage du nourrisson provoque dès la naissance une séparation de la mère et de son bébé. Cette séparation et les symptômes conséquents au sevrage pourront avoir une incidence sur la construction des liens d'attachement mère-enfant (Lacrouts-Négrier et al, 2001).

Il importe de préciser que ce travail ne met pas en évidence le déroulement de la période périnatale de toutes les femmes héroïnomanes. Tout d'abord, toutes ne présentent pas chacune des difficultés citées. De plus, la plupart des études sur lesquelles je me suis basée ont été menées dans des centres de méthadone, dont la population a donné son consentement pour leur participation. Cela ne représente donc de loin pas toute la population féminine souffrant de dépendance aux opiacés.

VII) BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- Lansac, J., Berger, C., Magnin, G. (2008). *Obstétrique*. Paris : Masson
- Marc, B. & Simon, G. (2002). *L'infirmier(e) et les toxicomanies : Stratégies de soins à l'hôpital*. Paris : Masson

Recherches scientifiques :

- Cazorla, C., Grenier de Cardenal, D., Schuhmacher, H., Thomas, L., Wack, A., May, T. & Rabaud C., (2005). *Complications infectieuses et mésusage de la buprénorphine à haut dosage*.
- Chevaley, A.-E., Besson, J., Croquette-Krokar, M., Davidson, C., Dubois, J.-A., Uehlinger, C. & Eap, C.-B. (2005). *Prevalence of methadone injection in three Swiss cities*.
- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M., & Marsh, A. (2002). *Toxicomanie et maternité, un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille recréée*.
- Lacrouts-Négrier, N., Roux, C. & Schmelck, M.-A. (2001). *Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie*.
- Lejeune, C., Aubisson, S., Simmat-Durant, L., Cneude, F., Piquet, M., Gourarier, L., & le Groupe d'Etude Grossesse et Addiction [GEGA]. (2001). *Syndrome de sevrage des nouveau-nés de mères toxicomanes substituées par la méthadone ou la buprénorphine haut dosage*.
- Lejeune, C. & Simmat-Durand, L., (2003). *Grossesse et substitution : enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés*.
- Mardomingo, M. & Perez Mendez, C. (2003). *Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años*.
- Micard, S. & Brion, F. (2002). *Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane : enquête française et européenne*.

- Walhovd, V, Moe, K., Slinning, K., Due-tonnessen, P., Bjornerud, A., Dale, A.-M., Van Der Kouwe, A., Quinn, B.T., Kosofsky, B. & Fischl, B. (2007). *Volumetrics cerebral characteristics of children exposed to opiates and others substances in utero.*

Revue de littérature :

- Chevalay, A.-F. (2002). *Effets de la consommation abusive ou de la dépendance aux substances actives illicites (opiacés et cocaïne) sur la femme enceinte, le fœtus et le jeune enfant*
- Franchitto, M.-C., Peyrefort, E. & Tellier, G. (s.d). *Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge.*
- Loustauneau, A., Auriacombe, M., Daulouede, J. & Tignol J. (2000). *La buprénorphine est-elle une alternative potentielle à la méthadone pour le traitement de la femme enceinte toxicomane ?*
- Pouclet, O. (2003). *Méthadone et grossesse : revue récente de la littérature.*
- Simmat-Durant, L. & Descartes R.(s.d) *Grossesse et drogues illicites.*
- Zullino, D., Hohlfeld, P., Bouchat, A. & Besson, J. (s.d). *Femmes et abus de substances.*

Articles :

- Benos, O.-P. (1999). *Grossesse, héroïne et substitution.* La lettre du gynécologue, 241.
- Henrion, R., Lejeune, C. & Pons, J.-C. (1996). *Toxicomanie et grossesse.*
- Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres Toxicomanies (ISPA). (2005). *l'héroïne.*
- Jequier, M., Rothuizen, L., Buclin, T., Holfeld, P. & Tolsa, F. (s.d). *Exposition intra-utérine aux SSRI et syndrome de sevrage néonatal: Un recensement des mères traitées et un suivi du développement psychomoteur de l'enfant sont-ils nécessaires ?*
- Poole, N. & Dell, C. A. (2005). *Toxicomanie au féminin.*
- Richard, D., Senon, J.-L., Hautefeuille, M. & Facy F. (s.d). *L'héroïne.*

- Van Woensel, G., & Beyra-Vanneste, A.-L. (2000). *Maternité et toxicomanie : état des connaissances*. Revue de la médecine générale, 171.
- Verduyck, J.-C. & Picard, E. (1995). *Parentalité et toxicomanie*.
- Weber, J.-C. (s.d). *Les traitements de substitution dans les addictions aux opiacés*.

Polycopiés :

- Barboni, E. & Toffel, S. (s.d). *Approche bio-psycho-sociale des troubles addictifs*. [Polycopié]. Givisiez : HEF-TS
- Bulliard, C. (2009). *La grossesse et l'abus de substance*. [Polycopié]. Fribourg : Heds-Fr
- De Reiff, M. (2005). *L'attachement*. [Polycopié]. Fribourg : HEDS-FR
- Krebs, N. (s.d). *Néonatalogie*. [Polycopié]. Fribourg : Heds-Fr
- (s.d). *Introduction à l'approche biomédicale*. [Polycopié]. Fribourg : Heds-Fr.
- Sieber, M. & Girardin, M. (s.d). *Le développement de l'attachement*. [Polycopié]. Givisiez : HEF-TS.
- (2005). *La relation d'aide*. [Polycopié]. Fribourg : Heds-Fr

Sites internet :

- Avortement & IVG (s.d). *Pour le droit au libre choix* [Page WEB].
Accès : <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/loi.htm> [Page consultée le 23.04.2009].
- Bébé passion (s.d). *Le suivi médical de la grossesse* [Page WEB].
Accès : <http://www.bebepassion.com/grossesse/suivi-medical.htm> [Page consultée le 23.04.2009].
- Broers, B. & Dubois, J.-A. (2000). *Grossesse et substitution* [Page WEB].
Accès : http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Lugano_Grossesse%20et%20Substitution_020906_fr.pdf [Page consultée le 23.04.2009].
- Carcel, J.-P. (2008). *Conseils, aide et actions contre la toxicomanie* [Page Web].
Accès : <http://www.caat.online.fr/dossiers/effets.htm> [Page consultée le 01.05.2009].

- Département hospitalo-universitaire de pharmacologie de bordeaux (s.d). *Lexique de pharmacodépendance* [Page Web].
Accès : <http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/fr/pharmacodependance/lexique.htm> [Page consultée le 01.05.2009].
- Dictionnaire suisse de la politique sociale (s.d). *La dépendence* [Page WEB].
Accès: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=221> [Page consultée le 23.04.2009].
- Dictionnaire suisse de la politique sociale (s.d). *La toxicomanie* [Page WEB].
Accès: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=789> [Page consultée le 23.04.2009].
- Doctissimo (s.d). *Consultation et grossesse* [Page WEB].
Accès : http://www.doctissimo.fr/html/sante/femmes/sa_603_grossesse_suivi.htm [Page consultée le 23.04.2009].
- Esquivel, T. (s.d). *Les enfants de parents toxicomanes* [Page WEB]. Accès : http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_enfants.pdf [Page consultée le 23.04.2009]
- Fédération suisse des sages-femmes (2005). *Actualité* [Page WEB].
Accès : <http://www.sage-femme.ch/fr/act/index.cfm?ar=1&start=121> [Page consultée le 08.06.2009].
- Fondation la santé sur internet (2007). *Définitions de termes médicaux* [Page WEB]. Accès : <http://debussy.hon.ch/cgi-bin/HONselect-f?browse+G08.520.769.500#MeSH> [Page consultée le 23.04.2009].
- Groupe Romand d'Etude sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT) (2005). *Traitement de substitution à la méthadone et à la buprénorphine pour les héroïnomanes: Lignes directrices pour la pratique* [Page WEB].
Accès : <http://www.great-aria.ch/pdf/communiqu/Feedback-methadone.pdf> [Page consultée le 02.06.2009].
- Henrion, R., Lejeune C. & Pons, J.-C. (1996). *Toxicomanie et Grossesse* [Page WEB]. Accès : <http://www.paris-nord-sftg.com/rev.pres.toxico.grossesse.96.htm> [Page consultée le 24.04.2009]

- Hubert, C., Hamon, I. & Hascoët, J.-M. (s.d). *Grossesse et toxicomanie : enfant de mères toxicomanes* [Page WEB]. Accès : <http://www.reseau-tox54.com/rubriques/K/Copie%20de%20K2.htm> [Page consultée le 23.04.2009].
- Institut Francophone de Médecine Tropicale (2004). *Grossesse à risque* [Page WEB]. Accès : http://www.ifmt.auf.org/IMG/pdf/Grossesse_a_risque-2.pdf [Page consultée le 23.04.2009].
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) & Chanal, C. (2007). *Périnatalité et toxicomanie : comment préserver la place des parents?* [Page WEB]. Accès : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/04.htm> [Page consultée le 8.06.2009].
- Promotion suisse de la santé (s.d). *Allaiter pour bien démarrer dans la vie* [Page WEB].
Accès : http://www.allaiter.ch/downloads/bro_stillen/Stillbroschuere_franzoesisch.pdf [Page consultée le 16.05.2009].
- Psychiatrie infirmière (s.d). *L'attachement* [Page Web]. Accès : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formations/psychologie/psychologie/attachement.htm> [Page consultée le 23.04.2009].
- Psychiatrie infirmière (s.d). *La grossesse* [Page Web]. Accès : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/cours/grossesse.htm> [Page consultée le 23.04.2009].
- Office Fédéral de la Statistique (OFS) (2006). *La politique suisse en matière de drogue* [PageWEB].Accès : http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?keywords=bupr%E9norphine&go_search=Rechercher&lang=fr&site_mode=intern&nsb_mode=yes&search_mode=AND#volltextsuche [Page consultée le 08.06.2009].
- Office Fédéral de la Statistique (OFS) (2007). *Recensement* [Page WEB]. Accès : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03294/index.html?lang=fr> [Page consultée le 02.06.2009].
- Office Fédéral de la Statistique (OFS) (s.d). *Traitement avec prescription de méthadone* [Page WEB]. Accès : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01190/index.html?lang=fr> [Page consultée le 02.06.2009].

- Observatoire Français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (1999). *Glossaire* [Page WEB]. Accès : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/glossaire-tab.html> [Page consultée le 23.04.2009].
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Association Américaine de Psychiatrie (s.d). *Définition de la dépendance* [Page WEB]. Accès : http://www.cyes.info/cirdd/definitions_dependances.php [Page consultée le 04.05.2009]
- Rambaud, P. (s.d). *Service de médecine néonatale et de réanimation pédiatrique* [Page WEB]. Accès : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/neonat/Images/ScAPGAR.jpg> [Page consultée le 24.04.2009]
- Sénat (s.d). *Bienvenue au Sénat* [Page WEB]. Accès : <http://www.senat.fr/ue/pac/E1902.html> [Page consultée le 25.05.2009].
- Site web du docteur Benchimol (s.d). *Suivi général de la grossesse* [Page WEB]. Accès : http://www.docteur-benchimol.com/suivi_general_grossesse.html [Page consultée le 24.04.2009].
- Sousa, A., (s.d). *Le dico de la grossesse* [Page WEB]. Accès : <http://grossesse.doctissimo.fr/dictionnaire/-effet-teratogene.htm> [Page consultée le 23.04.2009].
- Storogenko, M. (s.d). *Le Subutex : une approche de la substitution mais pas sans risque* [Page WEB]. Accès : <http://www.reseau-tox54.com/rubriques/G/G5.htm> [Page consultée le 16.05.2009].
- Verdyuckt, J.-C & Picard E. (1995). *Parentalité et toxicomanie* [Page WEB]. Accès : <http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/sc/Parentalitetoxicomanie.htm> [Page consultée le 23.04.2009].
- Vulgaris Médical (s.d). *Grossesse à risque* [Page WEB]. Accès : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/grossesse-a-risque-8311.html> [Page consultée le 23.04.2009].
- Weber, J.-C. (2002). *Le traitement de substitution des addictions aux opiacés*. [Page WEB]. Accès : http://forum.doctissimo.fr/sante/alcool-tabac-drogues/traitement-dependance-opiacees-sujet_152399_1.htm [Page consultée le 23.04.2009].

VIII) ANNEXES

9) Annexe 1 : La dépendance

Il importe de différencier les comportements de consommation de substances psychoactives : l'usage, l'abus, la dépendance. Chaque terme définit des modes de consommation distincts.

L'usage détermine une utilisation de toxiques n'entraînant ni complications ni dommages. L'abus est susceptible d'induire des conséquences dans les domaines somatiques, psychoaffectifs et/ou sociaux.

La dépendance est un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur (Goodman, 1990). C'est également l'impossibilité de s'abstenir de consommer une substance. Ce comportement entraîne une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif (OMS). Ce mode de consommation comprend la dépendance physique et psychique. La dépendance physique se manifeste par l'accentuation de la tolérance aux substances qui équivaut à l'augmentation régulière des doses pour l'obtention de l'effet attendu. Elle s'exprime également par la survenue d'un syndrome de manque qui se traduit par un état de mal être important dû à la diminution ou à l'arrêt brusque du produit. La dépendance psychique se caractérise par le désir compulsif du produit, la difficulté du contrôle de la consommation et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanie, OFDT, 1999).

Pendant longtemps, le concept de dépendance était attribué à la consommation compulsive de substances psychoactives (alcool, médicaments, drogues illégales, tabac). Actuellement ce concept s'applique également aux addictions comportementales tels le jeu pathologique, les achats compulsifs, la sexualité, etc (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV - World Health Organization Geneva, the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. - L. O'Brien, Asi addiction severity index, Mc Lellan. at, c. p et al, 1980 cités par le dictionnaire de politique sociale, s.d).

10) Annexe 2 : La toxicomanie

Il n'existe pas de définition scientifique concernant la toxicomanie, mais uniquement des descriptions politiques et légales. En Suisse, les stupéfiants sont définis par la loi (LStup) de 1975 qui nomme les produits considérés comme tels.

Les produits psychotropes sont des substances qui modifient la perception, les pensées ou le comportement tels le café, le tabac, l'alcool, les sédatifs, les stimulants, les neuroleptiques, les antidépresseurs, le cannabis, l'opium et ses dérivés, la cocaïne et les hallucinogènes. Pour la plupart, en dehors de leur fonction thérapeutique première, ils sont utilisés dans un but récréatif.

La toxicodépendance intervient lorsque l'on retrouve des comportements tels que la compulsion, l'obsession et la perte de maîtrise des compétences relationnelles et sociales, donc une dépendance (Cahiers des ARIA, No 1, 1993; No 2, 1993; No 5, 1993. - Dépendances, No 0 et No 1, 1997. - Rapport de la Commission d'experts pour la révision de la loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants, OFSP, Berne, 1996 cités par le dictionnaire de la politique sociale, s.d).

11) Annexe 3 : La toxicomanie au féminin

De nombreuses études scientifiques montrent que, lors de consommation de substances toxiques, il importe d'adopter des approches propres aux femmes en ce qui concerne la prévention, le traitement et la réduction des risques. Il est donc nécessaire de comprendre ce qui différencie les sexes par rapport à leur consommation de substances.

Roberts et Ogborne (1999), lors d'une recherche au Canada, ont conclu que les femmes souffrant de dépendance doivent faire face à une plus grande stigmatisation que les hommes ayant ces mêmes difficultés. Cette discrimination et la crainte que leur enfant leur soit retiré ont des conséquences particulièrement importantes pour les femmes enceintes et les mères dépendantes à un ou plusieurs toxiques. Ces situations problématiques les empêchent probablement de chercher à suivre un traitement thérapeutique (Roberts et Ogborne, 1999 cités par Poole & Dell, 2005).

Une étude réalisée par le National Center on Addiction and Substance Abuse de l'Université Columbia met en évidence les grands facteurs de risque de l'initiation aux substances psychoactives particuliers aux jeunes femmes. Elles tendent à consommer du tabac, de l'alcool ou des produits illicites dans le but d'améliorer leur humeur,

d'accroître leur confiance en elles, de se détendre, de mieux faire face à leurs problèmes, de modifier leur vie sexuelle ou perdre du poids. Les agressions sexuelles ou physiques, dont les filles sont plus souvent victimes que les garçons, sont étroitement liées aux problèmes de toxicomanie. Les femmes ayant été agressées sexuellement sont plus prédisposées à user ou à abuser de substances, de les consommer plus tôt, plus souvent et en plus grande quantité.

La toxicomanie féminine place ses usagères face à un risque qui leur est plus ou moins propre. Le coût et le besoin de la substance sont tels que les personnes souffrant de dépendance se retrouvent à commettre des actes illégaux pour se procurer de l'argent. Les femmes sont sujettes à un danger en ayant des comportements sexuels à risques élevés et notamment en intégrant le monde du commerce du sexe (National Center on Addiction and Substance Abuse de l'Université Columbia (2004) cité par Poole, Dell, 2005)

Il importe qu'un processus de changement soit entamé en ce qui concerne la discrimination que subissent les femmes toxicomanes dans la société, mais surtout au sein du personnel soignant des services de santé mentale et périnataux. Il permettrait de réduire les sentiments de culpabilité et de honte qui empêchent certaines femmes de se renseigner sur les risques découlant de leur consommation ainsi que d'accéder aux soins nécessaires (Poole, Dell, 2005).

12) Annexe 4 : L'indice de toxicomanie

L'échelle d'évaluation des toxicomanies de Lowenstein et Gourarier permet de représenter le score de gravité des héroïnomanies.

Il comprend quatre axes : l'histoire de la toxicomanie, le suivi médical, la situation personnelle et sociale et l'approche psychiatrique.

Pour chaque axe, le médecin note de 1, 2 ou 5 points selon l'échelle ci-dessous.

1) Axe « toxicomanie » :

1 POINT:

- monotoxicomanie par voie nasale
- peu ou pas d'utilisation de benzodiazépines, d'amphétamines ou de barbituriques et de cocaïne;
- pas d'alcoolisme
- partenaire non toxicomane
- pas de deal ou délinquance induits par la dépendance.

2 POINTS:

- héroïnomanie par voie intraveineuse ou polytoxicomanie (intoxications médicamenteuses chroniques; alcoolisme modéré);
- usage fréquent de cocaïne, de crack ou d'amphétamines
- partenaire toxicomane
- héroïnomanie > à 10 ans
- deal et délinquance favorisés par la dépendance.

5 POINTS:

- polytoxicomanie par voie veineuse avec désocialisation majeure
- antécédents ou risques actuels de complications médicales majeures (surdosages, infections, accidents de la voie publique et traumatismes importants)
- de complications judiciaires (incarcérations) à répétition
- alcoolisme grave associé.

2) Axe « suivi médical »:

1 POINT : suivi médical régulier et observance des traitements prescrits.

2 POINTS : suivi médical irrégulier et difficultés d'observance thérapeutique.

5 POINTS : pas de suivi médical (pas de connaissance des statuts sérologiques ; aucune vaccination faite ou à jour ; pas de traitement prophylactique etc.).

3) Axe « socio-personnel » :

1 POINT : situation sociale, professionnelle et familiale non inquiétante ou satisfaisante.

2 POINTS : problèmes sociaux (pas d'hébergement personnel ; papiers - Sécurité sociale, 100 %, RMI, carte de séjour, etc. non à jour ; procès ou jugements en cours non suivis ; pas de ressources personnelles et légales ou endettement majeur) ou familiaux (perte du contact avec les parents et/ou les enfants)-

5 POINTS : errance quotidienne (SDF ou squat) avec marginalisation complète et situation « abandonnique » et risques judiciaires majeurs.

4) Axe « approche psychiatrique » :

1 POINT : pas de troubles notables de la personnalité.

2 POINTS : troubles de la personnalité modérés ou suivis et non décompensés (pas de tentative de suicide ou passages à l'acte, violences depuis au moins 6 mois).

5 POINTS : troubles de la personnalité importants (tentative de suicide, actes violents ou séjours en hôpital psychiatrique à répétition) nécessitant une prise en charge en milieu spécialisé.

L'addition des points dans chaque axe donne un score total de 4 à 20 points ; 4 étant le score minimal et 20 le score le plus grave.

L'addition des points définit, selon la note sur 20, 4 stades de gravité croissante.

(Lejeune et Simmat-Durant, 2003)

13) Annexe 5 : L'héroïne

L'héroïne, fabriquée pour la première fois en 1874 par l'anglais C.R.A. Wright, est une substance de synthèse que l'on obtient à partir de la morphine extraite directement de l'opium (pavot). Son appellation chimique est le diacétalmorphine (Richard, Senon, Hautefeuille, & Facy, s.d.). Tout produit contenant de l'opium appartient au groupe des opiacés.

Durant des siècles, l'opium et ses mélanges ont servi de traitement curatif, comme antitussif chez les tuberculeux, contre les pneumonies ou dans le but d'induire une sédation afin de soulager les patients souffrant de fortes douleurs (Richard et al., s.d.).

Au début du 20^{ème} siècle, la politique de l'héroïne se durcit. Son utilité médicale fut remise en question et sa nocivité sociale fut mise en évidence. La loi fédérale suisse sur les stupéfiants a placé sa fabrication, son commerce et sa prescription sous contrôle de l'état en 1924. Une véritable interdiction de sa consommation a été décrétée en 1975 (ISPA, 2005).

Toutes les substances susceptibles d'engendrer une dépendance stimulent la production de dopamine, une substance chimique présente dans le cerveau qui est associée à la récompense et au plaisir. Toutefois, la consommation d'alcool et d'autres drogues stimule considérablement la production de dopamine, ce qui modifie l'activité chimique du cerveau. Ce dernier tente d'établir un juste équilibre en s'accoutumant à la présence de la drogue. Ce qui signifie qu'il est nécessaire d'en consommer de plus en plus pour procurer un sentiment de plaisir (Barboni, Toffel, s.d.).

L'héroïne se lie aux récepteurs situés sur la membrane des neurones et de diverses autres cellules, comme les cellules sanguines. Il existe plusieurs types de récepteurs aux opiacés qui sont : μ , κ et Δ . Les opiacés susceptibles de donner lieu à un usage abusif présentent une forte affinité pour les récepteurs μ (Richard et al., s.d.). L'héroïne agit de la même façon que la morphine, mais parvient plus rapidement dans les récepteurs aux opiacés. De plus, le délai et la durée d'action ainsi que l'effet de l'héroïne sont plus intenses (ISPA, 2005). Plus précisément, la solubilité de la molécule d'opium est augmentée dans les lipides. Cela explique la rapidité de son action dans le cerveau, essentiellement constitué de phospholipides, et la précocité de son effet ainsi que la violence de son action après une injection (Richard et al., s.d.).

L'héroïne, comme les autres opiacés, est un déprimeur du système nerveux central. Elle perturbe les capacités de réflexion, de mémorisation et d'attention. Elle induit de l'apathie et des troubles du sommeil (Richard et al., s.d.).

L'héroïne peut être injectée par voie intraveineuse, fumée ou sniffée. Ses vapeurs peuvent également être inhalées. Les effets et les risques varient en fonction du type de consommation. Dans le but de modifier ses effets, elle est souvent consommée avec d'autres produits toxiques tels que cocaïne, alcool, benzodiazépines (ISPA, 2005). L'influence stimulante de la cocaïne, fréquemment associée à l'héroïne, vise à limiter les effets déprimeurs de l'opiacé (Richard et al., s.d.).

Les effets de l'héroïne changent selon sa composition. Ses procédés de fabrication sont nombreux, ce qui explique les différentes qualités d'héroïne que l'on peut trouver sur le marché (Richard et al., s.d.). De plus, l'héroïne vendue dans la rue est souvent coupée de plâtre, de glucose, d'analgésique, de caféine, de lactose, de talc, de bicarbonate ou d'autres produits toxiques. Ce sont des additifs qui représentent un risque non négligeable et conduisent à des accidents par surdosage (ISPA, 2005 & Benos, 1999).

Les conséquences encourues à court terme sont surtout dues au mode de consommation qui est l'injection. Les infections, tels le HIV et les hépatites, peuvent se transmettre par l'utilisation d'une même aiguille entre plusieurs personnes et, de ce fait, par contact avec du sang infecté. Des injections réalisées de manière inadaptée ou dans des conditions d'hygiène douteuse peuvent amener à des abcès du point de ponction ou des septicémies. L'héroïne induit toujours un risque important de mort par overdose ou par choc anaphylactique (ISPA, 2005).

A long terme, l'héroïne pure ne présente pas une toxicité organique. Les substances avec lesquelles l'héroïne est coupée peuvent entraîner des atteintes physiques dépendantes du produit concomitant. Les infections (VIH et hépatites) et les diverses carences alimentaires sont dues essentiellement aux conditions de vie (une mauvaise hygiène lors des injections, les échanges de seringues, la prostitution, l'alimentation déficiente, etc).

L'héroïne possède un potentiel additif extrêmement élevé et peut mener à la dépendance psychique et physique. La persistance de cette dépendance, même chez des personnes totalement sevrées et donc désintoxiquées, est démontrée par les fréquentes rechutes. Elle est en grande partie étayée par le plaisir éprouvé lors de la consommation du produit (Richard et al., s.d.).

Lors d'une diminution ou d'un arrêt brutal de la consommation, de graves symptômes de sevrage apparaissent. C'est l'état de manque qui se manifeste par un syndrome neurovégétatif (tremblements, sudation, frissons, sensations de chaud et de froid, nausées, vomissements, diarrhées et bâillements), des douleurs (crampes musculaires, douleurs profondes des membres, douleurs lombaires et abdominales), de l'anxiété associée à des manifestations comportementales (agitation psychomotrice, insomnie), des troubles relationnels divers (déambulation incessante ou prostration, sollicitation de l'entourage pour mettre fin à cet état de souffrance physique et psychique) et des pupilles en mydriase, habituellement en myosis lors d'intoxication aiguë. Les symptômes apparaissent environ huit heures après la dernière prise d'héroïne, atteignent leur maximum 36 à 72 heures après et sont surmontés après 7 à 10 jours (ISPA, 2005 & Richard et al., s.d.).

14) Annexe 6 : Le traitement de substitution

Des médicaments remplaçant la substance illicite sont utilisés dans un but de réduction des risques (médicaux et sociaux). Dans le cadre d'une dépendance aux opiacés, le médicament de substitution doit bénéficier des mêmes propriétés pharmacodynamiques que le produit à pallier, générer peu d'euphorie et sa durée d'action doit être longue (minimum 24 heures) de façon à éviter les fluctuations d'effets, en particulier les symptômes de manque. Il importe qu'il se prenne par voie orale ou sublinguale. Il ne doit pas comporter d'attraits spécifiques pour les autres voies d'administration, en particulier intraveineuse. Le produit doit avoir un dossier d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication et doit être compatible avec une qualité de vie sociale satisfaisante (Département hospitalo-universitaire de pharmacologie de bordeaux, s.d.)

En Suisse, « ces traitements sont effectués dans des cadres différents : chez les médecins de premier recours, dans des institutions spécialisées, des services psychiatriques, des hôpitaux généraux et des prisons. » (OFS, s.d). 55% des traitements sont aujourd'hui effectués par des médecins généralistes (Groupe Romand d'Etude sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies, 2005).

15) Annexe 7 : La méthadone

La méthadone est une substance synthétique présentant les principales propriétés des opiacés utilisée dans le but d'un sevrage. Son effet maximal s'exerce une ou deux heures après la prise orale, pour se maintenir sur 24 heures grâce à une demi-vie longue et un stockage hépatique abondant. Les effets secondaires sont des nausées, des vertiges, une somnolence, une sédation, une hypotension artérielle, une dépression respiratoire et en cas d'usage prolongé, des troubles de la libido et/ou de la puissance sexuelle. Elle peut donner lieu à la dépendance et être responsable de syndrome de manque sévère (Benos, 1999).

Chez les patients dépendants aux opiacés, elle supprime les symptômes de manque et, à des doses ajustées, n'induit ni des effets de plaisir, ni une altération de la vigilance ni des performances cognitives (Weber, 2002).

16) Annexe 8 : La buprénorphine

La buprénorphine ou Subutex, son nom de commercialisation, est un opiacé semi-synthétique. Chez les sujets dépendants, la buprénorphine supprime de manière prolongée le syndrome de manque et la compulsion à consommer de l'héroïne, tout en produisant un effet de bien-être. Il n'entraîne ni euphorie, ni accoutumance et présente un faible degré de dépendance (Benos, 1999). Sa longue durée d'action permet une administration quotidienne (Weber, s.d). Le Subutex, soluble dans l'eau, est injectable, ce qui peut conduire à des lésions (abcès, nécrose cutanée) aux points d'injection (Richard, Senon, Hautefeuille et Facy, s.d.). La buprénorphine est un médicament contre-indiqué chez la femme enceinte le nourrisson de moins de six mois.

17) Annexe 9 : L'héroïne et la grossesse

De nombreux produits toxiques ont un effet tératogène. C'est la conséquence provoquée par certaines substances qui, en cours de grossesse, sont responsables de malformations de l'embryon lors de son développement *in utero*. (Sousa, s.d.)

Les opiacés ne sont pas tératogènes, le risque de malformation n'est donc pas supérieur à celui de la population générale. Ce risque, par contre, est augmenté en cas de polyconsommation (Chevalley, 2002).

En revanche, les opiacés ne sont pas sans dangers pour le fœtus et le nourrisson. Ces molécules passent facilement la barrière placentaire et s'accumulent chez le fœtus du fait de ses capacités limitées de métabolisation et d'excrétion rénale. Elles se retrouvent dans le sang fœtal le plus souvent à un taux équivalent à celui du sang maternel (Marquet, 2002, Lejeune & Simmat-Durant, 2003 & Chevalley, 2002).

Cet impact est particulièrement difficile à évaluer car les scientifiques doivent faire face à des obstacles majeurs. La polytoxicomanie, régulièrement retrouvée chez les usagères de substances psychoactives, empêche de cibler les conséquences propres à un produit. L'incidence directe de toxique sur le fœtus et le nouveau-né est influencée également par les facteurs psychosociaux des parents (Chevalley, 2002).

La majorité des études concernant les risques des substances illicites sur la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né ont été réalisées dans des institutions. Elles apportent donc des informations et des propositions d'actions sur une partie de la population des femmes toxicodépendantes, mais ne prennent pas en compte les patientes à plus haut risque : celles qui ne sont pas incluses dans les réseaux de soins (Chevalley, 2002).

Pour la femme, les effets de la consommation d'héroïne sont des troubles du cycle menstruel et une aménorrhée. Elle entraîne également une diminution de la libido. Elles sont donc moins consciencieuses concernant la prise de contraceptifs (Benos, 1999). On retrouve également un risque de contractions et de rupture prématurées du placenta ainsi que d'avortement spontané. Ces conséquences peuvent être augmentées par un sevrage aux opiacés durant les 14 premières semaines de gestation. Les épisodes de stress imposés au fœtus par des prises irrégulières d'héroïne, entraînant des sevrages, peuvent induire des épisodes de tachycardies fœtales (Chevalley, 2002). Le fœtus peut être atteint d'un retard dans le développement et de troubles de l'oxygénation. Les risques pour le nouveau-né sont une naissance prématurée, un faible poids à la naissance et un

syndrome de sevrage du nourrisson. La mortalité périnatale est élevée, les troubles respiratoires et notamment l'inhalation méconiale constitue la première cause de mortalité du nouveau-né (Henrion, Lejeune & Pons, 1996 & ISPA, 2005).

18) Annexe 10 : Les grossesses à risque

Il s'agit d'une grossesse durant laquelle la mère et/ou le fœtus courent un risque plus élevé que la normale de morbidité ou de mortalité. Le taux de mortalité néonatal en Suisse représente 1,7 naissances sur mille (Fédération suisse des sages-femmes, 2005) et celui dû à une grossesse à risque est 2,5 fois plus élevé (Lansac, Berger & Magnin, 2008). Les causes entraînant des conséquences chez la mère comprennent des soins prénatals inadéquats, des antécédents obstétricaux (l'avortement spontané, l'éclampsie, etc.), une maladie maternelle préexistante, une maladie induite par la grossesse (l'hypertension ou le diabète gestationnelle), une grossesse multiple, un milieu socio-économique défavorisé, une prise de toxiques durant la grossesse ou encore un âge maternel jeune ou avancé. Chez le nouveau-né, l'étiologie induisant des risques sont une souffrance fœtale, une prématurité, des malformations, un petit poids de naissance, une asphyxie, des lésions cérébrales ou une infection néonatale (Institut Francophone de Médecine Tropicale, s.d.).

19) Annexe 11 : Le suivi thérapeutique d'une grossesse

Le but du suivi thérapeutique de la grossesse est de veiller à son bon déroulement ainsi que d'améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte. Ce suivi est constitué de différentes consultations et examens visant à dépister les éventuelles complications, aussi bien concernant le fœtus que la mère.

La surveillance de la grossesse comprend sept visites prénatales et une post-natale auprès d'un gynécologue ou d'une sage-femme. La première consultation doit avoir lieu avant trois mois de grossesse. Les suivantes ont lieu une fois par mois.

La prise de poids, qui doit être en moyenne de 8 à 12 kg durant la grossesse, est contrôlée à chaque visite. Si elle est nettement inférieure à ces chiffres, il existe un risque d'accouchement prématuré et d'hypotrophie fœtale. Si, au contraire, elle est visiblement supérieure, il peut apparaître une toxémie gravidique, des troubles veineux ou articulaires.

La tension artérielle est prise systématiquement à chaque rendez-vous. En cas d'hypertension, les apports au fœtus sont minimisés. Cela peut induire des conséquences pour son développement.

Les bruits du cœur du fœtus sont écoutés au moyen d'un monitoring. Sa fréquence cardiaque est plus rapide que le rythme cardiaque maternel.

A chaque visite prénatale, un examen d'urine est réalisé afin de détecter la présence de protéines ou de sucres dans les urines. Une protéinurie témoigne d'une altération de la fonction rénale et une présence de sucre montre un diabète gestationnel.

Une analyse de sang sera prescrite durant la grossesse. Elle permet de définir le groupe sanguin et de dépister la rubéole, la toxoplasmose, la syphilis, l'hépatite B ou C, le sida et le cytomégalovirus.

Diverses échographies sont effectuées et permettent de suivre le développement morphologique du fœtus, de dater le début de la grossesse et de dépister très tôt une éventuelle anomalie. Durant ces examens, les mesures de croissance sont réalisées, le placenta est localisé et tous les organes du fœtus sont examinés. Lors du 4^{ème} mois de la grossesse, il est possible de découvrir le sexe du bébé. La dernière échographie, vers la 32^e semaine, permet de contrôler la position de l'enfant, de mesurer le placenta et la quantité de liquide amniotique.

A l'approche du terme de la grossesse, une surveillance rapprochée est nécessaire car la mortalité et la morbidité néonatales sont augmentées au delà de 42^{ème} semaine (Bemichol, s.d.).

20) Annexe 12 : Les mensurations d'un nouveau-né sain

Il importe de savoir que les mesures d'un nourrisson sain comprennent le poids à la naissance, qui se situe à 3'250g à plus ou moins 500g, sa taille d'environ 50cm et son périmètre crânien de 35 cm. L'enfant reprend son poids de naissance à 10 jours de vie (Bulliard, document non publié).

21) Annexe 13 : Le syndrome de sevrage du nouveau-né

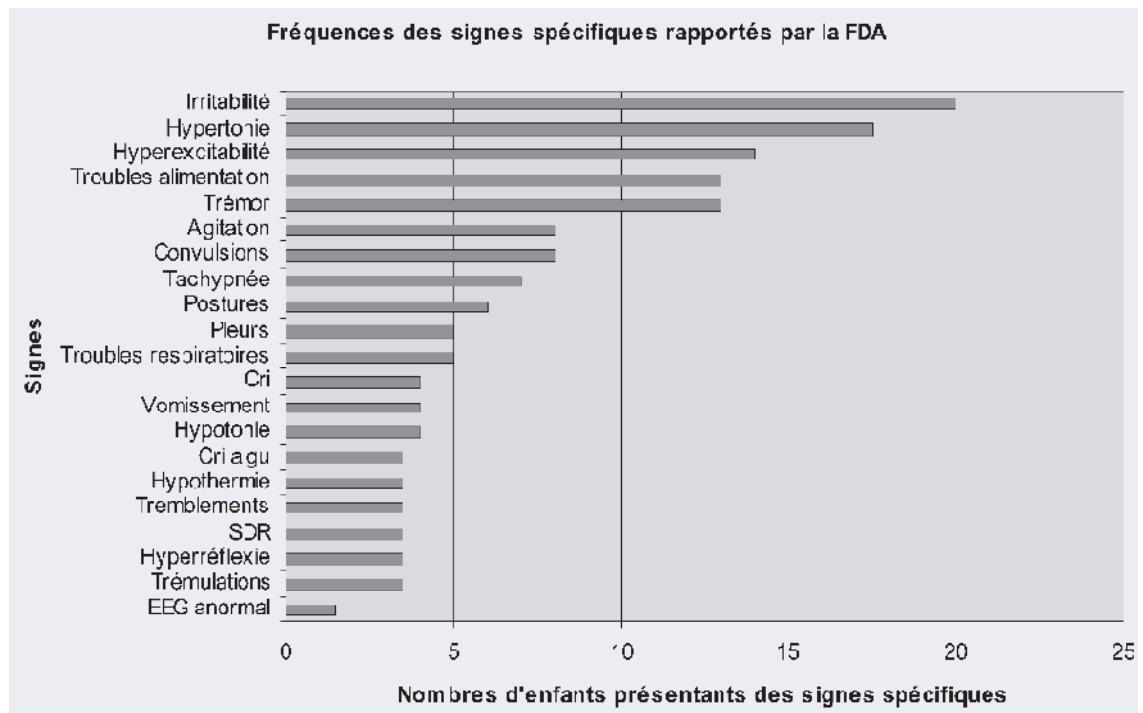
L'exposition *in utero* aux opiacés induit, dans 60 à 90% des cas, l'apparition d'un syndrome de sevrage à la naissance, dû à l'arrêt brutal de l'apport en toxiques. Ce syndrome apparaît chez la grande majorité des nouveau-nés dans les trois premiers jours de vie et plus généralement entre la 24^e et la 48^e heure de vie (Micard et Brion, 2002).

Ce syndrome se manifeste par des signes cliniques touchant le système nerveux central, tels des trémulations voire des convulsions, une irritabilité, une hyperactivité, une hypertonie musculaire, un réflexe de moro exagéré et des troubles du sommeil. Ces nouveau-nés présentent également un cri très caractéristique aigu, haut perché et incessant, ainsi qu'une mauvaise coordination du réflexe de succion-déglutition qui est à l'origine des difficultés alimentaires. Ces difficultés sont accentuées par la présence d'un dysfonctionnement gastro-intestinal : régurgitations, vomissements et diarrhées, pouvant être, en l'absence d'une prise en charge précoce, à l'origine d'une déshydratation. Des troubles respiratoires peuvent également être présents : détresse respiratoire, hyperventilation, apnées et polypnées. Enfin, des signes liés au système nerveux autonome sont également décrits : fièvre, hypersudation, bâillements, éternuements répétés, larmoiement et encombrement nasal. (Micard & Brion, 2002, p.2).

Le tableau clinique est rarement complet, ce qui marque une difficulté à diagnostiquer ce syndrome de sevrage surtout lorsque la toxicomanie maternelle est inconnue (Micard & Brion, 2002).

Des échelles d'évaluation ont été élaborées, permettant la pose de diagnostic, la définition de la sévérité et l'instauration ou non du traitement pharmacologique. Les échelles les plus utilisées sont celles de Lipsitz et de Finnegan et al (Micard & Brion, 2002).

De nombreux traitements existent pour le syndrome de sevrage du nourrisson, tels que l'élixir parégorique, la teinture d'opium, la morphine ou la méthadone et les traitements sédatifs par des antiépileptiques, neuroleptiques ou antihypertenseur central (Micard et Brion, 2002).



Lejeune et Simmat-Durant, 2003

22) Annexe 14 : L'échelle d'évaluation de Finnegan

Evaluation du sevrage du nouveau-né : score de FINNEGAN

Signes et symptômes		Score
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	Cri aigu excessif	2
	Cri aigu continu	3
	Sommeil calme < 1 H biberon	3
	Sommeil calme < 2 H biberon	2
	Sommeil calme < 3 H biberon	3
	Réflexe Moro exagéré	2
	Réflexe Moro hyperactif	3
	Trémulations faibles provoquées	1
	Trémulations sévères provoquées	2
	Trémulations faibles non provoquées	3
	Trémulations sévères non provoquées	4
	Tonus musculaire augmenté	2
	Mouvements myocloniques	3
	Convulsions généralisées	5
TROUBLE SYSTEME AUTONOME	Sueurs	1
	T° < 38°	1
	T° > 38°	2
	Marbrures	1
	Congestion nasale	1
	Eternuements	1
	Battement des ailes du nez	2
	Rythme respiratoire > 60/ min	1
	Rythme respiratoire > 60/ min + tirage	2
TROUBLE DIGESTIF	Succion excessive	1
	S'alimente mal	2
	Régurgitations	2
	Vomissements en jet	3
	Selles molles	2
	Selles liquides	3
Score total :		

23) Annexe 15 : L'échelle de Lipsitz

Signes	Score			
	0	1	2	3
Trémulations : Activités musculaire des membres	Moyenne	Légèrement augmentée par stimulation ou jeûne	Modérée ou forte au repos Calmée par alimentation ou berçage	Forte ou continue mouvements de type convulsif
Irritabilité Cris excessifs	-	Légère	Immodérée ou forte par stimulation ou jeûne	Forte même au repos
Réflexes	Normaux	Augmentés	Très augmentés	
Tonus musculaire	Normal	Augmenté	Rigidité	
Selles	Normales	Liquide, en jet, Fréquence normale	Liquide, en jet, + de 8x/j	
Lésions cutanées	-	Rougeur genou et coude	Érosion	
FR/min	<55	55-75	>75	
Eternuements répétés	Non	Oui		
Bâillements répétés	Non	Oui		
Vomissements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

Lejeune et Simmat-Durant, 2003

24) Annexe 16 : Le score d'APGAR

APGAR	signe	1 point	2 points	3 points
Aspect	Coloration de la peau	Bleue Pâleur extrême	Corps rose, cyanose des extrémités	Uniformément rose
Pouls	Activité cardiaque	Absent	Lent 80-100	Normal>100
Grimace	Irritabilité Réflexe à l'aspiration pharyngée	Aucune irritabilité	Grimace	Crie, tousse, éternue
Activité	Tonus musculaire	Flaccidité et déflexion totale des extrémités	Flexion peu marquée des extrémités	Quadriflexion des membres, mouvements actifs
Respiration	Respiration	Aucune respiration	Gaps, quelques mouvements respiratoires irréguliers et lents	Respiration régulière, cri vigoureux

25) Annexe 17 : La prématurité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « une naissance prématurée survient entre 22 et 37 semaines d'aménorrhée révolues ou avant le huitième mois de grossesse, quel que soit le poids de l'enfant. »

La classification se fait en fonction de l'âge gestationnel :

naissance normale	40	9 mois
prématurité	<37	8 mois
grande prématurité	<32	7 mois
très grande prématurité	<28	6 mois
prématurissime	<23	5 mois

L'enfant va développer des conséquences au niveau de plusieurs systèmes :

Respiratoire	Tachypnée Battement des ailes du nez Cyanose Gémissement expiratoire Tirage Apnées
Cardio-vasculaire	Persistance du canal artériel
Immunitaire	Augmentation du risque d'infections
Digestif	Entérocollite nécrosante
Thermorégulation	Hypothermie Hyperthermie
Métabolique	Hypoglycémie Intolérance au glucose

26) Annexe 18 : L'approche biomédicale

L'approche biomédicale ou sémiologie est la science qui traite des signes des maladies. Elle se base sur la définition suivante : « Altération organique ou fonctionnelle de la santé considérée dans son ensemble comme une entité définissable. » (Litttré). Selon ce cadre de référence, toute maladie a une cause d'origine organique. Le médecin va suivre le protocole de cette approche pour tenter d'arriver à son but final : guérir définitivement le patient. Selon ce protocole, il importe de faire le diagnostic, d'en ressortir l'étiologie et de prescrire la thérapeutique agissant sur la cause.

27) Annexe 19 : L'attachement

La théorie de l'attachement représente l'étude de la construction des premiers liens entre l'enfant et sa mère ou la personne qui constitue sa substitution. L'attachement répond à un besoin physiologique fondamental et primaire. Les scientifiques s'interrogent sur le fait que l'attachement soit inné ou acquis.

La figure d'attachement illustre une base sécurisante. Le premier lien affectif du nourrisson est va déterminer tous les autres liens qui s'établissent entre le jeune et son environnement. Lorsque ce lien est peu solide, les autres liens le seraient aussi. La qualité de la relation mère-enfant contribue à la création d'un sentiment de confiance en soi.

Il existe différents types d'attachement :

L'attachement sécure : l'enfant fait preuve de recherche de rapprochement et ne résiste pas au contact établi par sa mère et l'accueil de façon positive. Il va permettre à l'enfant de faire face à un environnement stressant, de gérer ses émotions et d'explorer son environnement. Lors d'une séparation de la personne sécurisante, l'enfant sera en confiance.

L'attachement insécure : l'enfant évite le contact avec sa mère, surtout lorsqu'il la retrouve après une absence et n'essaie pas d'établir le contact lui-même. Il traite sa mère et un étranger de la même façon. Ce lien, non sécurisant, va induire chez l'enfant de nombreux risques. Il se peut qu'il n'arrive pas à identifier son anxiété et ne puisse pas la gérer et qu'il peine à explorer son environnement.

Ce besoin doit être satisfait pour que l'enfant puisse se développer physiquement, psychiquement et émotionnellement (De Reiff, 2005 & Sieber & Girardin, s.d & psychiatriinfirmiere s.d)

28) Annexe 20 : Loi concernant l'IVG

Art. 118: Interruption de grossesse punissable

1 Celui qui interrompt la grossesse d'une femme avec son consentement, ou encore l'instigue ou l'aide à interrompre sa grossesse sans que les conditions fixées à l'article 119 soient remplies, sera puni d'une peine privative de liberté¹ de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire¹.

2 Celui qui interrompt la grossesse d'une femme sans son consentement sera puni d'une peine privative de liberté de un à dix ans¹.

3 La femme qui interrompt sa grossesse, la fait interrompre ou participe à l'interruption d'une quelconque façon après la douzième semaine suivant le début des dernières règles, sans que les conditions fixées à l'art. 119, al. 1, soient remplies, sera punie d'une peine privative de liberté¹ de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire¹.

4 Les actions pénales visées aux al. 1 et 3 se prescrivent par trois ans.

¹ Nouvelles expressions en vigueur depuis le 1.1.2007

Art. 119: Interruption de grossesse non punissable

1 L'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.

2 L'interruption de grossesse n'est pas non plus punissable si, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, elle est pratiquée au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles par un médecin habilité à exercer sa profession. Le médecin doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme et la conseiller.

3 Le consentement du représentant légal de la femme enceinte est requis si elle est incapable de discernement.

4 Le canton désigne les cabinets et les établissements hospitaliers qui remplissent les conditions nécessaires à la pratique de l'interruption de grossesse dans les règles de l'art et au conseil approfondi de la femme enceinte.

5 A des fins statistiques, toute interruption de grossesse doit être annoncée à l'autorité de santé publique compétente; l'anonymat de la femme concernée est garanti et le secret médical doit être respecté.

29) Annexe 21 : Tableaux résumant les recherches scientifiques

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Population	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
F. Autret, V. Mucignat, I.DeMontgol- fier-Aubron, M-H. Blond, S. Ducrocq, F. Lebas, F. Gold Traitement par le diazépam du syndrome de sevrage néonatal aux opiacés 2004	Le diazépam constitue-t-il une option recevable pour le traitement du syndrome de sevrage du nourrisson aux opiacés ?	23 nouveau-nés hospitalisés pour un syndrome de sevrage et dans le but d'être traités au diazépam	Les auteurs ont étudié leur population sur une période de sept ans. Elle a été réalisée à partir des dossiers de soins des patientes dans trois services de néonatalogie. Le protocole de traitement et de surveillance est toujours le même. Le traitement par diazépam a été débute en cas de score de Finnegan supérieur ou égale à 7. Cette échelle sert à évaluer la sévérité du syndrome de sevrage du nourrisson. Pour évaluer l'effet du diazépam, les	Mères : La grossesse était bien suivie pour 16 mères sur 23. Un traitement de substitution par méthadone a été instauré chez 6 d'entre elles. 16 femmes ont consommé de l'héroïne durant la grossesse. Chez 13 femmes, on retrouve une consommation de buprénorphine de manière illicite. Nouveau-nés : Le terme moyen était de 38.6 semaines. Trois nouveau-nés sont nés prématurément. Le poids de naissance se situait entre 2.010 kg et 3.6 kg. La taille allait de 41.5 cm à 52 cm. Les scores d'APGAR de 0 à 10 à une minute, se	Parmi les 23 nouveau-nés, seul un traitement au diazépam a été considéré comme un échec et a nécessité de la morphine en supplément de ce traitement. La durée moyenne de traitement laisse penser que le diazépam est plus efficace que le phénobarbital et l'élixir parégorique (7.1 jours contre 17 et 22 jours). Aucun des enfants n'a convulsé, alors que des études rapportent que 11% des enfants traités au phénobarbital ont convulsé. Analyse critique : Les auteurs font part de leurs limites et s'autocritiquent vis-à-vis de leur méthodologie. Ils ne peuvent comparer leurs résultats à ceux de la littérature. Il manque dans l'étude les données théoriques sur les effets indésirables du diazépam. Cela	Etude rétrospective

			critères de jugement sont : la durée du traitement, la durée d'hospitalisation, le temps nécessaire pour récupérer le poids de naissance et le pourcentage de perte de poids par rapport à la naissance.	trouvaient entre 4 à 10 à cinq minutes. Syndrome de sevrage du nourrisson : Il est survenu dans un délai moyen de 30.5 heures La symptomatologie s'est manifestée dans 100% des cas. Les signes digestifs était présents dans 5 cas et végétatifs dans 3 cas. Traitement médicamenteux : Posologie : 0.4mg/kg par jour Durée : de 2 à 20 jours Durée d'hospitalisation : de 9 à 51 jours Temps de reprise du poids de naissance : de 6 à 22 jours Score de Finnegan moyen : 7 Le recours à la morphine en raison d'une amélioration insuffisante par le diazépam a été nécessaire pour un nourrisson. Le soutien nutritionnel parentéral a été nécessaire chez 7 enfants et par sonde gastrique chez 16 enfants.	rend difficile l'interprétation des résultats.	
--	--	--	--	---	--	--

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Popula- tion	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
C. Lejeune L. Simmat- Durant Grossesse et substitution : enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristi- ques de leurs nouveau-nés 2003	Quelles sont les différences en termes de conséquences périnatales entre les deux principaux produits de substitution disponibles en France, la méthadone et la buprénorphine à haut dosage ? Quelle est la corrélation entre la posologie de la substitution en fin de grossesse et la survenue ou la gravité du syndrome de sevrage du nourrisson ?	259 femmes substi- tuées admises dans 35 unités de soins périna- tals dans toute la France ainsi que 260 enfants	Suite à une demande d'autorisation, un questionnaire a été envoyé dans les maternités et les services de néonatalogie de toute la France. Les auteurs se sont basés sur des variables telles que la situation socio- démographique de la mère, son état de santé, ses antécédents obstétricaux. En matière de toxicomanie, les critères sont le suivi de cette grossesse, les conditions de l'accouchement, les caractéristiques du nouveau-né et de son	Les résultats sont reportés selon les mêmes variables précitées. Pour 43,8 % des femmes traitées à la méthadone contre 26,6 % sous Subu- tex, il s'est écoulé plus de dix ans entre le début de la toxi- comanie et l'ins- tauration de la substitution. La mé- thadone est donc pri- vilégiée pour les longues durées de toxicomanie, confor- mément au proto- cole de sa distri- bution. 73 % des femmes ont commencé leur traitement de méth- adone avant la	Il n'existe pas de différences significatives dans les données périnatales entre les femmes substituées par la méthadone et par le buprénorphine à haut dosage. Les seules divergences sont leurs modalités de prescriptions différentes et d'une tendance non significative à un syndrome de sevrage du nouveau-né un peu plus tardif et prolongé pour la méthadone que pour la buprénorphine. Les auteurs en concluent que la buprénorphine est une alternative valable à la méthadone pour un traitement de substitution chez une femme enceinte. Cependant, ce médicament n'a actuel- lement pas l'autorisation de mise sur le marché pour cette indication et on ne retrouve pas de raison valable de modifier lors de diagnostic de grossesse un traitement de substitution mis en place antérieurement. - Il n'a pas été possible de définir de critères individuels prédictifs de la sévérité de syndrome de sevrage du nourrisson. Il n'a pas été mis en évidence une corrélation entre la posologie du traitement de	étude multi- centri- que et pro- spec- tive.

			éventuel syndrome de sevrage et la destination de l'enfant à la sortie de la maternité.	grossesse contre 83 % sous Subutex. 152 femmes sur 259 ont déclaré user de consommations associées occasionnelles ou fréquentes. Les prématurés (moins de 37 semaines) représentent 12,3 % des naissances dans leur cohorte contre 6,9 % dans la population générale française. Les bébés pèsent de 880 à 4'150 grammes soit un poids moyen de 2'822 grammes pour une taille comprise entre 31 et 53 centimètres, soit en moyenne 47,04 cm. 200 nourrissons ont présenté un syndrome de sevrage du nourrisson.	substitution et la gravité du syndrome de sevrage du nourrisson. La diminution de la posologie en fin de grossesse risquerait de déséquilibrer les femmes et d'entraîner l'augmentation ou la reprise de consommation d'autres produits tout autant voire plus dangereux pour le nourrisson. Cette étude montre qu'il est possible de modifier l'orientation de certaines femmes, même si elles ont un lourd passé en terme d'ancienneté et de gravité dans la toxicomanie par la favorisation de la poursuite de formation chez les professionnels et la disponibilité de centre d'accueil mère-enfant. Analyse critique : Lorsque les auteurs citent une recherche, la méthodologie et la population de cette dernière ne sont pas toujours citées. Il est donc parfois difficile de savoir sur quoi ils se basent pour affirmer certaines données.	
--	--	--	--	---	---	--

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Popula- tion	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
S. Micard F. Brion Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés : enquêtes française et européenne 2003	L'absence de consensus sur les modalités d'évaluation de la sévérité du syndrome et sur le traitement a amené les auteurs à mener leur enquête.	58 pharmaciens hospitaliers	Les auteurs ont envoyé des questionnaires aux pharmaciens hospitaliers, mais leur contenu n'est pas explicité. Nous pouvons les déduire dans le chapitre des résultats. La procédure de collecte de données est décrite, par contre nous n'avons pas d'informations sur les méthodes d'analyses des données.	Un protocole de prise en charge du syndrome était établi pour 74% des nouveau-nés. Dans 55% des cas, la sévérité du syndrome était évaluée à partir de l'échelle de Finnegan. Pour 72.5%, le traitement instauré était un traitement par opiacés.	Il en ressort que la littérature montre une absence de consensus sur les modalités d'évaluation de la sévérité du syndrome et sur le traitement. Le choix du traitement du syndrome de sevrage montre une préférence pour le traitement de substitution (morphinique) présentant de nombreux avantages : voie d'administration non invasive, solution prête à l'emploi, adaptation aisée de la posologie, absence de substances nocives pour le nouveau-né contrairement à l'élixir parégorique. Cependant, l'autorisation de mise sur le marché pour ce produit précise une contre-indication chez l'enfant de moins de 6 mois. Analyse critique : Ils font part des limites de leur étude qui est basée uniquement sur la prise en charge pharmacologique.	

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Popula- tion	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
C. Lejeune S. Aubisson L. Simmat- Durant F. Cneude M. Piquet GEA Syndrome de sevrage des nouveau-nés de mères toxicomanes substituées par la méthadone ou la buprénorphine haut dosage. 2001	Le but est de comparer les effets des traitements sur les nouveau-nés de femmes enceintes substituées par méthadone ou par buprénorphine	93 nou- veau-nés de mères traitées par méthado- ne et 153 nou- veau-nés de mères traitées par bupré- norphine	Tous les enfants nés entre 1998 et 1999 dont la mère a reçu pendant la grossesse un traitement de substitution, commencé avant ou pendant cette grossesse représentent la population. La substitution devait être prescrite dans le cadre d'un protocole et poursuivie jusqu'à l'accouchement. Les variables sont les données socio- démographiques, le déroulement de la grossesse, les conduites addictives, le devenir des nouveau-nés et l'intensité du syndrome de sevrage	Un bon suivi de grossesse a pu être obtenu pour presque la moitié des femmes. Le taux de prématurité était de 18% parmi les femmes ayant un suivi inadéquat contre 9% chez les femmes suivies idéalement. Le syndrome de sevrage du nourrisson a été constaté chez 65% des nouveau-nés, dont la moitié a nécessité un traitement médicamenteux : 57% traités par chlorydrate de morphine, 25% par un autre soluté de morphine, 11% par l'élixir de parogérique, 3% par la chlorpromazine, 2% par du phénobarbital et aucun par le diazépam. Les auteurs comparent les effets des différents traitements.	Le nombre de mères substituées à la buprénorphine est expliqué par le fait que souvent la substitution avait débuté avant la grossesse. Lorsque cette dernière a débuté au cours de la grossesse, le choix s'est porté sur la méthadone, avec cependant des différences selon l'accessibilité à un centre de prescription de méthadone. On ne retrouve pas de différences notoires entre les deux groupes en ce qui concerne les consommations associées. Cette étude ne démontre aucune différence significative entre les deux groupes, si ce n'est un taux de prématurité plus élevé chez le groupe substitué à la méthadone et le syndrome du sevrage légèrement plus sévère, tardif et prolongé dans le groupe méthadone. Ce fait sera analysé plus finement, car il est probablement d'origine multifocale. Analyse critique : Lorsque les auteurs citent une recherche, la méthodologie et la	Etude pro- spec- tive multi- centri- que

			du nourrisson. Le choix du traitement du syndrome de sevrage a été laissé aux équipes.	On ne retrouve pas de différence en ce qui concerne les consommations associées. Pour le nouveau-né, il n'y a pas de différence dans les mensurations néonatales, le score d'APGAR, le pourcentage d'allaitement maternel. Par contre le taux de prématurité était significativement plus élevé dans le groupe de la méthadone.	population de cette dernière ne sont pas toujours citées. Il est donc parfois difficile de savoir sur quoi ils se basent pour affirmer certaines données.	
--	--	--	--	---	---	--

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Popula- tion	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
N. Lacrouts- Négier C.Roux M.-A. Schmelck Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie 2001	Actuellement rien ne permet de différencier les mères ayant une addiction des mères vivant d'autres difficultés en ce qui concerne le lien parents-enfant. Les auteurs dans cette recherche proposent d'étudier les modifications de rapports aux produits chez les mères pendant la grossesse et après la naissance de leur enfant. Ils s'interrogent également sur les formes que prennent les interactions entre la mère toxicomane et son enfant. Les auteurs présentent leurs hypothèses à l'issue de l'exposition des données de la	30 dyades mère-enfant venant au centre de prescription de méthadone depuis peu et qui ne bénéficie pas encore d'un suivi thérapeutique	Ces dyades devaient être vues trois fois durant 18 mois par les auteurs de la recherche. Suite à des problèmes multiples, les auteurs ont été obligés de modifier leur protocole. L'échantillon définitif de leur étude ne se composait plus que de 18 dyades mère-enfant. Les enfants étaient âgés de moins de trois ans et les mères rencontrées étaient primipares ou multipares, toutes suivies pour cette grossesse par le centre Horizons. La toxicomanie des mères a commencé lorsqu'elles avaient entre 14 et 32 ans. Les caractéristiques de l'échantillon sont récapitulées dans un tableau très explicite. Ces dyades se sont prêtées	La période de grossesse : la majorité des mères dit avoir eu connaissance assez tôt de leur état et ce malgré l'aménorrhée liée à la consommation chronique d'opiacés. Elles expriment toutes un désir de grossesse. Les conflits avec le compagnon et l'hygiène de vie rendent cette grossesse problématique, mais peu ont pensé à l'IVG. Les questionnaires révèlent que, pour l'ensemble des femmes rencontrées, la grossesse est l'occasion de remettre en question leur toxicomanie et elle apparaît souvent comme un facteur de changement. L'enfant est souvent décrit comme le soutien qui viendra déplacer le centre des préoccupations, comme ce qui pourrait combler un manque à être et réparer un sentiment de solitude. L'évocation de la grossesse reste difficile pour la plupart d'entre elles. Ce qui est remémoré en premier lieu est la consommation de drogues souvent reliée au risque de placement. Si un tiers des femmes ont maintenu, diminué ou arrêté le traitement de substitution, les deux tiers ont continué, voire augmenté ou repris une	L'étude met en évidence les capacités parentales mises en œuvre par les mères, ainsi qu'un développement psychomoteur des enfants sans décalages avec celui d'enfants de la même tranche d'âge.	Etude qualitative

	littérature : La prise de conscience retardée de la grossesse ne permet pas à la mère de construire l'enfant imaginaire. L'acceptation de la grossesse entraîne un désir d'arrêter la consommation de substances. Les conséquences du syndrome de sevrage ont une influence sur les interactions entre la mère et le nouveau-né. On retrouve également son incidence sur la culpabilité de la mère liée à la prise de produits pendant la grossesse. Ces derniers perturbent la construction du lien d'attachement.		à un questionnaire qui interroge la mère sur la vie quotidienne de l'enfant et sur sa santé. Un entretien individuel semi-directif permet d'aborder avec la mère les différentes périodes allant de la prise de conscience de la grossesse jusqu'aux relations actuelles avec l'enfant. Les auteurs évaluent le développement de l'enfant à partir du test du Brunet-Lézine.	consommation de drogues illicites. Les modifications corporelles sont peu évoquées. Seule une femme parle de seins gonflés et douloureux, ce qui lui a fait penser qu'elle était enceinte. Aucune n'évoque un gros ventre. Une seule femme parle de mouvements du bébé <i>in utero</i>. Les auteurs ont remarqué que le désir d'avoir un enfant est peu exprimé par les femmes ayant déjà un aîné, qui soulignent à quel point leur grossesse était différente. Pour le ou les premiers, elles se décrivent comme trop jeunes pour assumer un enfant qui de ce fait est souvent placé en institution ou chez les grands-parents. Une nouvelle naissance ravive chez ces femmes une certaine culpabilité par rapport à leur premier enfant, culpabilité en rapport avec les placements dont ils ont été objets. La moitié d'entre elles décrivent une grossesse idyllique, sans trouble particulier. L'autre moitié décrit des vomissements importants, ce qui n'a pas été sans poser problèmes, puisque les traitements de substitution se prennent par voie orale. Toutes ces jeunes femmes, qu'elles soient sous traitement de substitution ou consomment des drogues illicites, expriment de l'inquiétude face aux effets des produits sur l'enfant.		
--	--	--	---	--	--	--

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Popula- tion	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
L. Guyon M. De Koninck P. Morissette M. Osto A. Marsh Toxicomanie et maternité, un parcours difficile : de la famille d'origine à la famille recréée 2002	Les auteurs relèvent le fait que les études menées sur le sujet sont essentiellement basées sur les effets des produits ou de l'environ- nement sur les enfants. Peu d'étu- des ont traité de la situation de la mère, de leur trajectoire de vie, de leur désir d'enfant et de leurs besoins dans le développement des compétences parentales. Les buts principaux de cette étude sont de mettre en évidence les comportements	La popu- lation étudiée com- prend 54 mères entre 1999 et 2000, recrutées dans 5 hôpitaux québé- cois.	Les critères de sélection sont : une consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes au cours de la grossesse ou de l'année précédant cette dernière. Les femmes participant à un programme de méthadone ont également été incluses. Les critères d'exclusion étaient la mauvaise compréhension du français et la présence de pathologie mentale sévère. Pour la collecte de données, de nombreux questionnaires ont été	Les deux-tiers des mères décrivent des familles pré- sentant des problèmes multiples. 53% vivaient avec le père au moment de l'accouche- ment.	La discussion met en évidence que la consommation est associée aux liens que les mères ont tissés au cours de leur vie. Le fait d'avoir des antécédents familiaux de consommation d'alcool ou de drogue constitue un facteur de risque important pouvant prédire la consommation de drogue lors de la grossesse. Cette étude montre l'influence des pairs et des partenaires amoureux dans l'histoire de vie et de consommation des mères toxicomanes. Il ne faut pas pour autant conclure que l'environnement est le seul responsable, les répondantes disent avoir tenu un rôle actif dans l'initiation et la progression de leur consommation. Le discours sur la maternité de femmes étudiées ressemble à celui des mères en générale. Compte tenu de leur contexte de vie et du peu de perspectives qu'elles ont pour sortir de leurs difficultés, la maternité est perçue comme un projet déterminant et une possibilité de changer radicalement. D'après leur récit de vie, ces femmes n'ont pas souvent vécu des situations dans lesquelles on leur a fait confiance ; il semble donc s'agir un sentiment nouveau et très gratifiant.	

	de consommation, la situation socio-économique et psychosociale des toxicomanes durant la période périnatale. Ils souhaitent également décrire et améliorer l'expérience de ces femmes de la maternité et élaborer des propositions concrètes de prise en charge pour les professionnels.		utilisés.			
--	---	--	-----------	--	--	--

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Popula- tion	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
M. Mardomingo C. Perez Mendez Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológic os en los últimos 10 años 2003	Voici la question que se posent les auteurs : au cours des dix dernières années, les habitudes de consommation de drogue ont changé. Ont-elles influencé la symptomatologie et la pathologie des enfants de mères toxi- comanes ? Les objectifs sont de déterminer le nombre d'enfants de mère toxicomane au cours de la dernière décennie, d'observer les changements en termes de consommation,	126 cas d'enfants de mère toxico- mane	Les auteurs se sont penchés sur les enfants de mère toxicomane sur les 10 dernières années en Espagne afin de voir l'évolution du syndrome de sevrage du nourrisson. Les critères d'inclusion sont cités : enfants nés à l'hôpital de Cabuenes, leur naissance date de 1992 à 2002, la mère a abusé pendant la grossesse de substances toxiques et/ou la mère suit un traitement à la méthadone en vue d'une désintoxication. Les auteurs se sont ensuite intéressés à l'histoire de vie des patientes. Les	Les résultats sont accompagnés de données précises et sont explicités à l'aide de tableaux récapitulatifs. Les auteurs ont étudié 126 cas d'enfants de mère toxicomane sur un total de 16'839 naissances. Cela représente une incidence moyenne de 7.5 cas /1'000 nouveau-nés au cours de la décennie 1992-2001. Les 126 enfants sont nés de 117 mères différentes (deux jumeaux et quatre fratries de triplés). L'âge moyen des mères était de 27 ans. La durée moyenne de la consom- mation de drogue était de 5.3 ans. 43% ont admis avoir utilisé la voie intraveineuse pour l'administration de substances. 30% des mères étaient primipares, 61% avaient entre un et trois enfants et 9% en ont quatre ou plus. 44% des mères ont eu recours à des avortements. Pendant la grossesse, 69% des mères avaient consommé de l'héroïne, 40% de la méthadone, 28% des	Cette étude a permis de calculer l'incidence de cette population dans leur environnement, de décrire leurs principaux aspects cliniques et d'évaluer les différences possibles entre les deux périodes de cinq années de cette décennie (1992-1996 et 1997-2001). Bien que 10 ans n'est pas une période suffisamment longue pour établir des différences dans le comportement d'un groupe social, l'hypothèse de départ des auteurs est que plusieurs facteurs auraient pu induire un changement dans les habitudes de consom- mation de drogue dans notre société et, par conséquent, sur les symptômes du syndrome de sevrage du nourrisson. Les auteurs affirment qu'ils ont trouvé des différences significatives dans la	

	d'évaluer les types de substances, la voie d'administration et les maladies infectieuses maternelles et étudier l'évolution clinique de leur enfant.		différentes variables sont: l'affiliation, la date de naissance et le sexe, les données la mère (l'âge, la reconnaissance sa toxicomanie, la durée de la toxicomanie, le type de drogue consommée, la voie d'administration, les infections maternelles, les données obstétriques (contrôle de la grossesse, l'âge gestationnel, le score d' APGAR, la nécessité d'une réanimation néonatale), les données cliniques du syndrome de sevrage du nourrisson (test Finnegan) et le traitement de la toxicomanie.	benzodiazépines, 22% la cocaïne, 10% du cannabis, 13% de l'alcool et de 3% des amphétamines. 52% des mères avaient consommé plus d'une sorte de drogues. La grossesse a été suivie en totalité ou partiellement dans 63% des cas. 49% des mères ont été infectées par l'hépatite C, 16% étaient porteuses de l'hépatite B et 13% ont été infectées par le VIH. Pour 24% l'âge moyen de gestation était de 37 semaines (pour trois grossesses moins 32 semaines et pour 29 entre 32 et 36 semaines de gestation). Le poids moyen des nouveau-nés a été de 2'612 grammes. 40% des enfants pesaient moins de 2'500 grammes. 20% d'entre eux avaient un poids insuffisant pour leur âge gestationnel. 6% ont souffert d'un certain type de malformation. 79% des enfants ont eu un syndrome de sevrage néonatal aigu, dont 92% ont été traités par le phénobarbital, avec une durée moyenne de 17 jours	consommation maternelle, mais aucunes différences dans la symptomatologie.	
--	---	--	--	--	---	--

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Population	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
K .B. Walhovd V. Moe K. Slinning P. Due- tonnessen A. Bjornerud A. M. Dale A. Van der Kouwe B. T.Quinn B. Kosofsky B. Fischl Volumetrics cerebral characteristics of children exposed to opiates and others substances in utero 2007	Peu d'études se sont intéressées à ces thématiques. Les seules existantes sont élaborées sur des animaux. C'est pourquoi les auteurs ont voulu faire une étude ciblée sur les différences entre les mesures cérébrales des enfants exposés <i>in utero</i> aux substances et ceux qui ne le sont pas.	Les caracté- ristiques céré- brales ont été étudiées chez des enfants exposés aux substances toxiques durant la grossesse par rapport au groupe contrôle sans une telle exposition. Dix enfants ont été exposés aux opiacés (héroïne) tout au long de la grossesse.	Les groupes ont été comparés dans 16 mesures du cerveau: la matière grise corticale, la matière blanche cérébrale, l'hippocampe, l'amygdale, thalamus, zone accumbens, caudé, putamen, pallidum, tronc cérébral, cortex cérébelleux, la matière blanche du cervelet, des ventricules latéraux, ventricules inférieurs latéraux, et les 3 ^e et 4 ^e ventricules.	Des tableaux présentent les volumes des diffé- rentes parties du cerveau selon les groupes.	Les résultats suggèrent qu'un certain nombre de volumes cérébraux sont plus faibles chez les enfants exposés avant la naissance aux opiacés et d'autres substances par rapport au groupe contrôle. Analyse critique : Les auteurs font part des limites de leur étude : l'échantillon est trop petit pour permettre de garantir les conclusions.	Etude quanti- tative

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Popula- tion	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
S. Mawhinney R. Ashe J. Lowry Substance abuse in pregnancy : opioid substance in a northern ireland maternity unit 2006	Une clinique de protection de l'enfance a été créée en 1994 à Kristiansand, en Norvège, en ciblant les femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie dans le comté de Vest-Agder. La grossesse n'est pas une indication pour la thérapie de substitution aux opiacés en Norvège et l'un des objectifs de la clinique est de soutenir les femmes toxicomanes par le biais de leur	Les données ont été recueillies auprès des dossiers médicaux de 102 femmes toutes vues à la clinique au cours de la période entre 1992 et 2002.	L'étude comprend 59 des 60 femmes qui ont été suivies jusqu'à ce que leurs enfants aient deux ans ou soient placés sous protection et un groupe de comparaison dont la population est de 120 femmes. Les deux groupes ont répondu à un questionnaire concernant la grossesse, la santé et les questions socio-économiques.	4,5 % des femmes n'ont pas réussi à réduire leur toxicomanie. Toutes les autres ont considérablement réduit leur consommation de substances.	Les principales conclusions de cette étude sont que la plupart des femmes abusant de substances ont été en mesure de suivre un plan de traitement dans ce centre. Les auteurs ont observé une réduction de l'abus de substances au cours de la grossesse. Une collaboration avec d'autres services au sein de la communauté et du système de santé, et les visites à domicile ont contribué au fait d'être en mesure de fournir un traitement ajusté en fonction des besoins individuels.	

	grossesse sans aucun traitement de substitution. L'objet de cet article est de décrire les problèmes sociaux et de santé, ainsi que les facteurs prédictifs pour l'arrêt de l'abus des drogues, à la clinique du groupe d'utilisateurs.					
--	--	--	--	--	--	--

Auteur Titre Année de publication	Questions et buts de la recherche	Popula- tion	Méthodologie	Résultats	Conclusions	Design
M. Vucinovic D. Roje Z. Vucinovic V. Capkun M. Bucat I. Banovic Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy : our ten year experience 2008	Le but de cette recherche est d'évaluer l'issue périnatale de la grossesse d'une mère dépendante en comparaison avec une population de pays européens	86 nouveau- nés et 85 femmes enceintes ayant utilisé des drogues illicites pendant la grossesse ont été sélec- tionnés.	Les auteurs ont analysé l'abus de drogues pendant la grossesse en Croatie. Le but de l'étude était de comparer les résultats périnataux entre le groupe d'enfants exposés à l'héroïne et celui non exposés. Les données sur l'héroïne, la méthadone, et la polyconsommation des femmes enceintes au cours d'une période de 10 ans ont été analysées. Des données sur le type de drogue, le cours de la grossesse et les résultats périnataux ont été examinés. L'âge gestationnel a été calculé à partir de la date des dernières menstruations et corrigé en fonction de l'échographie. Chez les enfants nés de mère dépendante, les auteurs ont analysé l'urine à la recherche	Dans le groupe de 85 femmes enceintes toxicomanes, l'héroïne seule a été utilisée par 60% des femmes, la méthadone seule par 7% des femmes et une combinaison de l'héroïne et la méthadone par 11% des femmes. Les benzodiazépines en combinaison avec de l'héroïne et / ou la méthadone ont été utilisées par les 19% femmes. L'accouchement prématuré a été significativement plus fréquent dans le groupe de femmes toxicomanes (21% contre 6%). Pour ces nouveau-nés, le Score d'APGAR était inférieur à 7 pour un nombre six fois plus grand que pour le groupe contrôle. Les enfants de mère toxicomane sont nés en général avec un faible poids.	Les soins obstétricaux et néonataux appropriés peuvent réduire le taux de complications de ces grossesses et améliorer les résultats périnataux.	Etude rétro- spec- tive

			de toxiques, le score APGAR à 5 minutes et le score selon Finnegan. Les données obtenues ont été comparées à un groupe contrôle qui comprenait les femmes non-dépendantes aux toxiques.			
--	--	--	---	--	--	--

Auteur Titre	Contenu	Design
L. Simmat-Durant R. Descartes Grossesse et drogues illicites	Cette revue de littérature fait un résumé des recherches scientifiques sur le déroulement de la grossesse de la femme toxicomane et sur les effets des toxiques sur le nourrisson. Prévalence de la prise de produits pendant la grossesse Les auteurs expliquent que les données sur la fréquence et les produits consommés sont le plus souvent obtenues par une auto-déclaration qui entraîne une sous-évaluation. Une enquête de 1993 en Angleterre et au Pays de Galles a permis d'évaluer que 11% des femmes dont la toxicomanie est connue sont devenues mères cette année-là, ce qui représente 598 naissances. Les données sont probablement sous-enregistrées, du fait du repérage moindre des femmes consommatrices de substances toxiques par rapport aux hommes (ISDD, 1999). L'étude National Household Survey on Drug Abuse démontre que, parmi les femmes enceintes, 2.8% ont consommé des drogues illicites. Elle note cependant que les consommations des femmes enceintes sont plus fortes pendant le 1^{er} trimestre et diminuent jusqu'au 3^e trimestre. La raison citée est le fait qu'en tout début de grossesse, elles peuvent ignorer celle-ci. En Allemagne, des estimations portent à 4 ou 5'000 le nombre d'enfants ayant des parents usagers de drogues (Conseil de l'Europe, 1998). Cet ensemble d'enquêtes confirme l'analyse précédente des organismes internationaux : les enquêtes ne sont ni régulières ni systématiques sur les femmes et moins encore sur les femmes enceintes, les données recueillies ne sont pas comparables entre elles et il est finalement difficile d'apprécier la population soumise au risque comme le nombre d'enfants issus de	Revue de littérature

grossesses sous l'influence de produits psychoactifs. Le Conseil de l'Europe publie ainsi un tableau récapitulatif sur les naissances de femmes usagères de drogues par voie intraveineuse dans une fourchette de 0.5 à 2% des naissances dans les différents pays. Pour la France, cette estimation se situerait donc de 2'500 à 14'000 naissances, 4'000 pour l'Allemagne et plus de 1'000 pour la Belgique (Conseil de l'Europe, 1998).

Les modalités de prise en charge

Une revue de littérature européenne effectuée par le Conseil de l'Europe (2000) indique que les femmes utiliseraient moins les services d'aide aux toxicomanes pour diverses raisons : la peur du stigmate, leur isolement (pas de partenaire), leur manque d'informations sur les services existants et la crainte que le traitement soit inabordable d'un point de vue financier.

La prise en charge des femmes enceintes toxicomanes confronte les équipes à au moins deux difficultés majeures : l'adaptation à une clientèle spécifique pour laquelle la plupart des médecins et du personnel soignant n'ont pas reçu de formation adéquate. Cela se traduit souvent par des représentations négatives ou des attitudes de rejet et par un suivi des grossesses à risque débouchant sur des nouveau-nés nécessitant une vigilance particulière (prématurité, syndrome de sevrage).

Les caractéristiques des grossesses et des nouveau-nés

Les effets des différents produits sont généralement distingués, mais l'association courante de plusieurs produits entraîne une aggravation de tous ces symptômes.

	Les conséquences sur la grossesse On retrouve : - Des complications médicales liées à l'absorption de toxiques et particulièrement lors des polytoxicomanies : accidents vasculaires cérébraux, convulsions, infections, etc. - Un risque de malnutrition ou un déficit en certains éléments nutritifs essentiels dans la bonne conduite de la grossesse liés à une alimentation inadéquate, à une inhibition de l'appétit du fait de la prise de toxiques - Des complications obstétricales souvent liées à l'absence des soins prénatals : le mode de vie et la crainte d'attirer l'attention sur sa toxicomanie amènent la femme enceinte à éviter de demander des soins prénatals (Finnegan, 1994). Les conséquences sur le fœtus : - Les taux de mortalité et de morbidité périnatales sont plus élevés, principalement du fait que les nourrissons sont plus souvent prématurés ou de faible poids, ce qui entraîne davantage d'hospitalisations en néonatalogie. L'état de manque chez la mère peut entraîner l'accouchement d'un enfant mort-né (Finnegan, 1994). - Les principaux effets sur le fœtus de la prise d'opiacés (et plus encore en cas d'association de tabac et/ou d'alcool) sont l'infection aiguë, la prématurité, le retard de croissance (Roques, 1999). - Le syndrome de sevrage du nourrisson est plus ou moins marqué selon les substances concernées. Ce syndrome peut être létal s'il est sévère et non traité (Bouchez, Carlus, 1997). - La question de l'allaitement du nouveau-né pose également problème : la poursuite d'une consommation de stupéfiants par la mère serait une contre-indication formelle à l'allaitement, tandis que la seule prise de méthadone pourrait au contraire permettre de prévenir les syndromes de sevrage (Parrino, Junet, 1994). Cette interprétation semble actuellement évoluer, la	
--	--	--

	mise en place d'un lien mère-enfant de bonne qualité par l'allaitement étant aujourd'hui considérée comme prioritaire. Néanmoins, les résultats obtenus sur des cohortes récentes, (Aubisson et al., 2001) de 23% de mères qui allaitent, montrent que les équipes n'ont sans doute pas encore adopté une démarche positive et incitative sur la question de l'allaitement par les femmes toxicomanes. Par contre, la contamination des usagers de drogues par le virus de l'hépatite C est une contre-indication à l'allaitement. - La difficulté de la mise en place du lien mère-enfant est également rapportée. De manière générale, il s'agit d'un nourrisson irritable qui réagit moins bien aux stimulations extérieures, qui tète difficilement, voire qui est insomniaque. Finnegan (1994) relève que, avoir à s'occuper d'un nourrisson de ce type, entraîne un stress qui nuit à la relation avec le nouveau-né et a un effet déstabilisateur sur la famille (déjà fragile du fait de la consommation de drogues de la mère). - Une étude portant sur 35 femmes toxicomanes pendant leur grossesse au CHU de Bordeaux relève 20% de grossesses non suivies dont 14% se présentent pour la première fois au service lors de l'accouchement, 28% de menaces d'accouchement prématuré, 11% d'accouchements prématurés, des durées de travail plus courtes qu'en population générale, un liquide amniotique teinté dans 57% des cas (normale = 20 à 35%) qui montre une souffrance fœtale. Lors de la sortie de la maternité, seuls quatre bébés sur dix sont partis avec leur mère pour le domicile de celle-ci (Bordes, Pinganaud, 1996). Les produits de substitution La substitution ne résout en rien les principaux problèmes qui se manifestent lors d'une grossesse : les consommations multiples, les risques majeurs liés aux injections (du Subutex® par exemple) et le syndrome de sevrage du nouveau-né. Les effets positifs attendus sur la grossesse sont que la mère ne connaisse pas de périodes de manque, qu'elle ait un comportement plus stable et non dirigé vers la recherche des produits et également que le nouveau-né est moins souvent	
--	--	--

	prématuré ou de faible poids. Selon J. Bouchez et C. Carlus (1997), les effets attendus de la méthadone sont de diminuer les risques de mortalité fœtale, réduire les retards de croissance et de contamination par les hépatites et le sida. Les grossesses non suivies La population des femmes toxicomanes est décrite par la plupart des études comme présentant le risque de ne pas se soumettre aux examens exigés pour le suivi normal d'une grossesse, permettant le dépistage précoce des pathologies, la prise de contact avec l'équipe obstétricale. La prise en charge tardive de la grossesse, dans le pire des cas lors de l'arrivée aux urgences pour l'accouchement, fait courir un risque de prématurité, de mortalité fœtale ou infantile, outre les risques déjà décrits sur les caractéristiques du nouveau-né. Le fait pour une femme de ne pas faire suivre sa grossesse est considéré comme un signe précurseur d'un danger de maltraitance. La part des grossesses peu ou mal suivies en France est en constante régression : de 15% en 1972 à moins de 1% en 1998, d'après les enquêtes de l'INSERM (Badeyan, Wcislo, 2000; Wcislo, Blondel, 1998). Une étude multicentrique dans une maternité de la région parisienne a montré que ces grossesses mal suivies sont surtout chez les femmes en situation sociale précaire, très jeunes, sans couverture sociale, étrangères ou ayant un conjoint en situation irrégulière, au logement instable et sans ressources professionnelles (Lejeune <i>et al.</i>, 1998). De même, l'enquête nationale effectuée en 1995 (Wcislo, Blondel, 1996) a établi une corrélation entre le niveau de ressources de la femme et les risques périnataux (prématurité, faible poids).	
--	--	--

Auteur Titre Année de publication	Contenu	Design
D. Zullino P. Hohlfeld A. Bouchat J. Besson Femmes et abus de substances	Abus de substances et grossesse L'abus de substances chez la femme a en grande partie lieu durant la période fertile, ce qui pose le problème de l'exposition du fœtus, respectivement du nouveau-né, aux substances addictogènes. Des données du National Institute on Drug Abuse Américain (NIDA), qui réalise une enquête chaque année, ont montré qu'en 1995, 7.2% des femmes américaines de 15 à 45 ans avaient consommé des drogues illégales au moins une fois au cours du dernier mois, tandis que le taux était de 2.3% chez les femmes enceintes. Il semble qu'une partie des femmes réduisent de façon significative leur consommation durant la grossesse. Des estimations du National Pregnancy and Health Survey ont montré que 5.5% des femmes enceintes consomment des substances illégales au moins une fois durant leur grossesse et 18.8% de l'alcool. Les enquêtes annuelles du NIDA ont révélé une tendance générale à la réduction d'utilisation de substances illégales, mais sans réduction chez les sujets consommant quotidiennement. Il semble que les femmes enceintes consommant de la cocaïne sont d'âge relativement avancé (vers la trentaine et au-delà), ont souvent déjà des enfants et présentent une longue histoire d'abus de substances. Conséquences sur le nourrisson des abus de substances Les conséquences de l'abus de substances illégales sur le poids de naissance et le risque de prématurité sont plus controversées. Des données récentes confirment cependant un risque considérable lié à la consommation de cocaïne.	Revue de littéra- ture

	Des résultats discordants de différentes études peuvent entre autres être dus à un manque de connaissance quant aux doses auxquelles la mère (respectivement l'enfant) avait été exposée, aux types de substances consommées ou à l'âge gestationnel auquel l'exposition a eu lieu. Les études n'ont d'ailleurs souvent pas été contrôlées de façon suffisante pour d'autres facteurs de risque comme les problèmes sociaux ou environnementaux souvent associés aux conditions de vie des femmes toxicodépendantes enceintes. Il n'existe que peu d'études sur les conséquences à long terme de l'exposition prénatale aux drogues. Il semble cependant que le développement physique et comportemental des enfants exposés peut être influencé négativement. Encore une fois, ces effets sont difficiles à étudier vu que les facteurs liés aux conditions de vie des mères toxicodépendantes peuvent aussi avoir des effets importants sur le développement de l'enfant. Les conséquences sociales pour les enfants de mères toxicodépendantes sont souvent plus importantes que celles qui sont en rapport avec leur santé physique. Une des préoccupations principales concerne les capacités réduites des parents toxicodépendants à développer des compétences parentales. La vie de beaucoup de sujets toxicodépendants est décrite comme chaotique, que ce soit au niveau des relations interpersonnelles, de la gestion des finances, de l'hygiène ou de l'alimentation, etc. D'ailleurs, le risque d'abus et de négligence pour les enfants semble être augmenté chez les mères toxicodépendantes. La prise en charge Le problème essentiel de beaucoup de programmes thérapeutiques est le fait qu'ils ont été modélisés surtout pour une population masculine, celle-ci étant plus grande que la population toxicodépendante féminine. Ces programmes risquent de ne pas être assez adaptés aux besoins de la clientèle féminine et de ne pas être adaptés du tout aux femmes	
--	--	--

	toxicodépendantes. Il a souvent été constaté que des programmes thérapeutiques pour femmes toxicodépendantes enceintes doivent être organisés de façon multidisciplinaire autour des besoins spécifiques de la future mère. Ces programmes doivent s'occuper des problèmes de santé mentale, prêter assistance et soutien et ne pas être aussi confrontatifs que pour les hommes. Le manque de possibilités de prise en charge spécifique de l'enfant ou des problèmes de déplacement peuvent être des barrières considérables au traitement. Les femmes enceintes ont tendance à être particulièrement hésitantes à donner des informations sur leur consommation de drogues, craignant des interventions de la protection de la jeunesse, de la justice ou bien des réactions de rejet de la part du personnel soignant ou de leur entourage. Une des situations les plus propices à la détection de problèmes d'abus de substances peut résider dans les programmes de soins prénatals. Ceci donne la possibilité de cibler la consommation de substances dans le cadre d'une prise en charge continue.	
--	---	--

Auteur Titre Année de publication	Contenu	Design
A . Loustauneau M. Auriacombe J. Daulouede J. Tignol La buprénorphine est-elle une alternative potentielle à la méthadone pour le traitement de la femme enceinte toxicomane ? 2000	La population est de 102 cas cliniques de nouveau-nés qui ont été exposé <i>in utero</i> à la buprénorphine entre 1996 et 2000. Les résultats montrent que les enfants nés sous buprénorphine naissent à terme et eutrophiques et que leur état à la naissance est proche de celui des enfants qui n'ont été exposé à aucune substance. Les auteurs ressortent la présence de divergences entre les études, à propos de la fréquence, de l'intensité et de la durée du syndrome de sevrage du nourrisson sous buprénorphine. Les auteurs ont cherché tous les cas de femmes enceintes traitées par buprénorphine qui ont été rapportés dans la littérature, spécifiquement française, puisque ce pays est le seul à utiliser la buprénorphine comme traitement de substitution en préférence à la méthadone. Pour chaque cas repéré, ils ont cherché les informations suivantes : le terme, le poids de naissance, le score d'APGAR, les troubles métaboliques à la naissance, l'existence d'un syndrome de sevrage du nourrisson et son traitement et l'allaitement. Les résultats sont présentés de manière synthétique. Les 102 enfants nés vivants après une exposition <i>in utero</i> à la buprénorphine sont nés à terme, eutrophiques, avec un score d'APGAR normal et seulement 4% d'entre eux avec une souffrance fœtale aiguë, deux cas d'hypoglycémie et deux d'hyponatrémie ont été rapportés de façon inexplicée, mais leur évolution a été simple et sans séquelles. Huit nouveau-nés ont été allaités alors que leur mère poursuivait leur traitement de substitution. Leur croissance a été bonne et ils n'ont pas présenté de syndrome de sevrage du nourrisson à l'arrêt de l'allaitement.	Revue de littéra- ture

	Trois bébés avaient présenté un syndrome de sevrage du nourrisson tout en poursuivant l'allaitement au sein. Le passage de buprénorphine dans le lait maternel a été trop faible pour le prévenir ou le traiter. Le syndrome de sevrage du nourrisson à la buprénorphine surviendrait dans 65% des cas, contre 60 à 90% des cas lors d'exposition à la méthadone, selon Finnegan. Le délai d'apparition du syndrome de sevrage du nourrisson est de 12 à 48 heures après la naissance. Le syndrome de sevrage du nourrisson à la buprénorphine apparaît plus précocement par rapport à la méthadone qui apparaît en moyenne au-delà de 72 heures après la naissance. «24% des syndromes de sevrage du nourrisson ont nécessité un traitement pharmacologique spécifique, avec de l'élixir parégorique le plus souvent ou du chlorhydrate de morphine dans les cas les plus récents. Parmi eux, huit nouveau-nés ont présenté des convulsions, mais la plupart d'entre eux avaient été exposé <i>in utero</i> à des benzodiazépines. Dos Santos conclut que les syndromes de sevrage du nourrisson à la buprénorphine sont très fréquents et apparaissent dans onze cas sur 12, soit dans 91% des cas. Ils seraient sévères avec des convulsions généralisées fréquentes, apparues dans 5 cas sur onze et dont le traitement a été difficile et prolongé. Il considère qu'il serait plus prudent d'utiliser en première intention la méthadone. Ces résultats nous feraient penser que la buprénorphine serait dangereuse pour le nourrisson, mais ils sont discordants avec les travaux de six autres auteurs. Cependant, l'auteur précise que parmi les douze enfants, sept d'entre eux auraient été exposés à d'autres substances, susceptibles de provoquer des syndromes de sevrage du nourrisson graves, notamment des convulsions. De ce fait, seuls cinq enfants auraient été exposés strictement à la buprénorphine et parmi eux quatre ont présenté un syndrome de sevrage du nourrisson faible à modéré et aucun enfant n'a présenté de convulsions. Ce résultat corrigé devient alors cohérent avec ceux de la littérature.	
--	---	--

Auteur Titre Année de publication	Contenu	Design
M.C. Franchitto E. Peyrefort G. Tellier Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge	L'objectif est de faire un état des lieux sur les femmes enceintes et les mères toxicomanes, les difficultés et les recommandations pour la prise en charge par les professionnels de la santé. Le plan de la revue de littérature est décrit. Le nombre de femme toxicomanes est difficile à évaluer avec précision, l'aspect illégal de la toxicomanie est un facteur majeur de difficulté épidémiologique. Néanmoins, on évalue à 150'000 la population d'héroïnomanie en France dont un tiers sont des femmes. On estime 500 à 2'500 grossesses de femmes toxicomanes menées à terme chaque année en France. Si l'on sait que l'héroïne n'est pas tératogène, il est plus difficile de gérer les complications obstétricales et le syndrome de manque du bébé lorsqu'il s'agit d'une polytoxicomanie. Les risques et les effets sur le fœtus et le nouveau-né sont indiqués dans un tableau. Les plus fréquents sont le retard de croissance intra-utérin, la fausse couche spontanée, la menace d'accouchement prématuré, les malformations, la mort fœtale <i>in utero</i>, le syndrome de sevrage du nourrisson et la mort subite. D'après ces auteurs, l'allaitement peut être utilisé comme traitement de syndrome de sevrage. Néanmoins les écrits restent partagés.	Revue de littérature

	Chez la femme toxicomane, la grossesse est diagnostiquée tardivement. La question de la grossesse et de l'enfant ne se pose que rarement, tant l'activité sexuelle est noyée dans les conduites toxicomaniaques. L'aménorrhée est fréquente sous héroïne et les femmes se pensent souvent stériles. S'ajoutent à cela des troubles du schéma corporel et des distorsions cognitives (nausées et vomissements sont expliqués par la prise de drogues). Cela est lié au rapport au corps particulier chez les femmes toxicomanes, corps où elle exerce une toute puissance destructrice, corps qui n'existe que dans la souffrance du sevrage. Ressentir les transformations de ce corps est parfois difficile pour ces futures mères. Il est important que le futur enfant devienne réel, à travers la capacité de la parturiente de se projeter dans l'avenir. Chez les femmes toxicomanes, la survenue d'une grossesse, qui n'est pas souvent désirée consciemment, peut être une tentative de résolution des conflits inconscients qui sont à l'origine de la prise de produits. La femme enceinte toxicomane voit en son enfant à naître un être d'espoir, réconfortant et protecteur.	
--	---	--

Auteur Titre Année de publication	Contenu	Design
O. Pouclet Méthadone et grossesse : revue récente de littérature 2003	L'auteur indique l'importance de ce thème en donnant des données épidémiologiques : en France, sur 150'000-300'000 usagers d'héroïne, un tiers est en âge de procréer. Leur grossesse est considérée à risque en raison d'un mode de vie marqué par l'exclusion, la marginalité et précarisé. Le diagnostic de grossesse est souvent posé tardivement, ce qui enlève la possibilité aux mères de mettre un terme à celle-ci. Les raisons de ce diagnostic tardif sont des cycles irréguliers ou de l'aménorrhée induite par l'héroïne, ce qui provoque souvent un arrêt de la contraception. La fatigue des premiers mois de gestation est souvent confondue avec des situations de manque et entraîne une surconsommation de produits. Ces femmes manifestent fréquemment un désir de poursuivre leur grossesse avec un investissement de fond de tentative de réparation et de restauration narcissique. L'alliance thérapeutique est primordiale. Les craintes de ces futures mères portent sur le risque de perte de l'autorité parentale et le placement de l'enfant. Elles ont donc tendance soit à minimiser leur conduite toxicomane soit à disparaître du circuit de la prise en charge. Méthadone et prise en charge La grossesse est une indication privilégiée pour un traitement de substitution à la méthadone, pour prévenir et réduire la consommation d'héroïne. Grâce à une demi-vie élevée, elle minimise l'incidence des décès <i>in utero</i> fréquents chez les héroïnomanes en raison d'une souffrance fœtale induite par des sevrages répétés liés aux aléas du deal. Elle réduit également les risques de contamination par le VIH ou les hépatites chez les injecteurs.	Revue de littérature

	Le suivi médical régulier imposé par le renouvellement des prescriptions permet de proposer plus facilement des consultations prénatales et de travailler sur la relation mère-enfant. L'enjeu est important si l'on considère les conséquences d'une absence de suivi en période prénatale chez les femmes héroïnomanes : l'étude de C. Lejeune montre que 5% des enfants sont décédés avant un an, 36% sont pris en charge par une institution, 8% sont adoptés et 34% ont été secondairement placés. Chang et Coll. montrent, dans une étude comparant les prescription classique de méthadone avec l'inclusion d'un programme comportant une visite prénatale hebdomadaire, une prévention des rechutes, un contrôle urinaire hebdomadaire et une surveillance de l'enfant, une moins grande fréquence de prises de toxiques (59% contre 76%), des visites prénatales plus nombreuses (8.8% contre 2.7%) et un poids de naissance moyen plus important (2.959kg contre 2.344 kg) . La méthadone apporte une meilleure qualité du vécu de la grossesse, grâce au cadre instauré par le renouvellement des prescriptions. Grossesse et posologie Il n'existe pas actuellement de protocole bien défini. La dose doit être adaptée individuellement et tenir compte des symptômes de manque chez la mère pour éviter une prise concomitante de toxiques illicites induite par un sous dosage en méthadone. Il est reconnu qu'une augmentation des doses au troisième trimestre peut être nécessaire pour pallier une baisse de la méthadonémie occasionnée par l'augmentation du volume circulant et le stockage des graisses. Méthadone et poids de naissance Les complications obstétricales, la mortalité et la morbidité infantile sont liées au petit poids de naissance. De nombreuses études ont constaté une augmentation du poids de naissance chez les enfants de mères bénéficiant d'un traitement par	
--	---	--

	méthadone par rapport à celle qui consomment de l'héroïne. GK Hulse montre dans son étude une baisse moyenne de 489 g pour les utilisatrices d'héroïne. Le risque relatif au petit poids de naissance est de 4.61 pour les héroïnomanes et de 1.36 pour les femmes sous méthadone et de 3.28 pour celles associant les deux produits. Le syndrome de sevrage du nourrisson La relation entre la sévérité du sevrage et la posologie de méthadone n'a jamais été prouvée et les études à ce sujet apportent des résultats contradictoires. H.L. Brown parle de 72% de fréquence d'apparition du syndrome de sevrage du nourrisson. C. Lejeune établit la fréquence à 65%. Ce syndrome de sevrage du nourrisson ne semble pas compromettre le développement de l'enfant, mais il s'agit d'une période sensible pour les relations précoces mère-enfant. Les difficultés résultant du sevrage peuvent entraîner une angoisse chez la mère qui se trouve déjà en questionnement sur sa capacité à assumer sa fonction maternelle. On propose par exemple de l'inclure dans la recherche de symptôme de manque avec l'aide de l'échelle de Finnegan, afin de limiter son sentiment d'impuissance face à cette situation de sevrage chez son enfant. Allaitement et méthadone Dans l'esprit d'un travail sur le lien mère-enfant, il semble intéressant d'encourager cette pratique surtout s'il s'agit d'une demande de la mère. Il n'existe pas de contre-indication en dehors d'une séropositivité au VIH et la prise de toxique concomitante.	
--	--	--