

1 Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge

M. C. FRANCHITTO^(*), E. PEYREFORT^(**), G. TELLIER^(***)

Résumé

Cet article a pour objectif, à partir d'une revue de la littérature française, de faire l'état des lieux sur les femmes enceintes et les mères toxicomanes, sur les difficultés et les recommandations pour la prise en charge par les professionnels de soins.

On estime que 500 à 2500 grossesses de femmes toxicomanes sont menées à terme chaque année en France. Une première partie de l'article propose des tableaux sur les risques obstétricaux liés à la consommation des produits psychoactifs et sur les effets sur le fœtus et le nouveau-né (malformations, troubles du comportement, allaitement). Ces risques sont accrus en cas de polytoxicomanie. Sur le plan psychologique la grossesse entraîne de nombreux bouleversements pour la future mère : espoir de réparation mais aussi retour d'une histoire familiale souvent difficile, culpabilisation. L'arrivée du bébé réactualise une angoisse d'abandon et brise souvent l'image de l'enfant idéalisé ce qui peut entraîner de sérieuses difficultés post partum. La prise en charge des femmes enceintes toxicomanes en maternité doit permettre d'améliorer un diagnostic tardif de grossesse et le suivi prénatal. Les traitements de substitution (méthadone, buprénorphine-subutex[®]) sont un outil essentiel pour mettre en place une prise en charge adaptée. Tout aussi essentiel est un suivi pluridisciplinaire associant différents professionnels de soins en réseau, même si cette approche se heurte encore à de nombreuses résistances chez les professionnels hospitaliers en raison de l'image négative de la mère toxicomane. L'exemple de l'équipe pluridisciplinaire de la maternité Port-Royal est développé. Cet article présente une bibliographie Toxibase de 24 références.

INTRODUCTION

La toxicomanie peut atteindre tous les milieux de la société, et les deux sexes avec un accroissement du nombre de femmes qui reste néanmoins 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'héroïnomanes en France (18) dont 1/3 sont des femmes. Il s'agit là d'une tendance vers la féminisation car elles ne représentaient que 10% de cette population dans les années 1970.

Plusieurs centaines de femmes toxicomanes sont enceintes par an avec une évaluation de grossesses menées à terme entre 500 et 2500.

Ces grossesses peuvent être diagnostiquées tardivement voire non reconnues ou déniées jusqu'à l'accouchement. La grossesse chez une mère toxicomane est considérée comme une grossesse à risque, du fait de la consommation de produits toxiques, de la précarité des conditions de vie, du faible suivi prénatal, avec comme enjeu essentiel le devenir de l'enfant à naître et la mise en place du lien mère-enfant. Dans ce contexte difficile une prise en charge de ces parturientes tant sur le plan obstétrical, social que de l'addiction peut permettre d'accompagner ces femmes dans l'élaboration de leur fonction parentale.

Cette revue de la littérature a pour but de faire l'état des lieux des difficultés posées par ces patientes, des obstacles rencontrés par les professionnels et des différents modes de prise en charge existants.

Enfin, nous évoquerons notre expérience d'équipe spécialisée et pluridisciplinaire à la maternité Port Royal.

Equipe Mobile Toxicomanie – Groupe Hospitalier COCHIN – Port Royal

^(*) Sage-femme

^(**) Infirmière

^(***) Assistance sociale

2 1. Effets de produits licites ou illicites sur la grossesse, le fœtus et le nouveau-né

Les risques liés à l'utilisation des produits licites ou illicites entraînant une dépendance sont connus. Néanmoins, l'évolution des pratiques toxicomaniaques induit une majoration de ces risques. En effet, si l'on sait que l'héroïne n'est pas tératogène et que le syndrome de manque du nouveau-né est plutôt bien traité, il est plus difficile de « gérer » les complications obstétricales et le syndrome de manque du bébé lorsqu'il s'agit de polytoxicomanie.

RISQUES OBSTETRICAUX

Le tableau ci-dessous résume les risques obstétricaux liés à la consommation de chacun des produits pris seul. Le cumul des risques est à prendre en compte en cas de consommation de multiples produits.

Produits	R.C.I.U (1)	F.C.S. (2)	M.A.P. (3)
Tabac	X	X	
THC			
Barbituriques			
Benzodiazépines			
Alcool	X	X	
L.S.D.			
Cocaïne	X	X	X
Amphétamines		X	
Opiacés	X	X	X
Solvants			

(1) Retard de Croissance Intra-Utérin

(2) Fausse Couche Spontanée

(3) Menace d'Accouchement Préaturé

EFFETS SUR LE FŒTUS ET LE NOUVEAU-NE

Effets sur le fœtus et le nouveau-né

Produits	Fœtus		Nouveau-né	
	Malformation	M.F.I.U. (4)	Syndrome de sevrage	Mort subite
Tabac				
THC	X			
Barbituriques				
Benzodiazépines			X	
Alcool	X			
L.S.D.		X		
Cocaïne	X			X
Amphétamines	X			
Opiacés			X	X
Solvants	X			

(4) Mort Fœtale In-Utéro

3 **1. 1/ Les malformations retrouvées sont :**

THC (TétraHydroCannabinol)	Malformations des extrémités
ALCOOL	Syndrome d'alcoolisme fœtal : <ul style="list-style-type: none">• Anomalies faciales : signes cardinaux : diminution de la fente palpébrale, pyramide nasale effondrée, nez retroussé, allongement du philtrum, hypoplasie du maxillaire inférieur ; signes accessoires : microphthalmie, ptôsis, strabisme, épicanthus, lèvre supérieure fine,• retard de croissance staturo-pondéral• anomalie du système nerveux central dont microcéphalie avec déficit intellectuel, comportemental, neurologique avec retard mental moyen ou sévère associée fréquemment à l'instabilité ou incoordination motrice et à une capacité d'attention réduite
COCAINE	Malformations cardiaque et génito-urinaires
AMPHETAMINES	Fentes labionarinaires
SOLVANTS	Anomalie du Système Nerveux Central

1. 2/ Les « troubles du comportement »

Ils sont repérés avec notamment la consommation chez la mère pendant la grossesse de :

BARBITURIQUES : période de sommeil plus longue, convulsions,

BENZODIAZEPINES : le bébé présente alors une somnolence, hypotonie, dysfonctionnement du réflexe de succion et parfois, ces symptômes sont opposés, soit une hypertonie, des convulsions,

ALCOOL : car les bébés ont des réflexes anormaux, des trémulations et des troubles du sommeil,

COCAINE : entraîne chez les bébés des sursauts, des trémulations et un comportement interactif pauvre car les bébés sont soit très excitables, soit somnolents.

Les traitements de substitutions (Méthadone, Subutex) : la symptomatologie chez le nouveau-né reste semblable notamment en ce qui concerne le syndrome de sevrage même s'il apparaît plus tardivement. Ils permettent, par la stabilisation des prises et par la « resocialisation » de la mère, une diminution importantes des risques obstétricaux. Le suivi médical que nécessite ces traitements joue un rôle dans la prise en charge obstétricale de la grossesse plus ou moins précocement.

Le traitement du syndrome de sevrage aux opiacés chez le bébé est relativement bien documenté. Les pédiatres s'orientent vers un traitement par Chlorhydrate de morphine plutôt que par l'Elixir Parégorique.

4 La maternité Port Royal traite selon le protocole suivant :

Le bébé reste avec sa mère dans la chambre (maintient du lien) avec une visite de la pédiatre pour la symptomatologie ,

Aux premiers signes : irritabilité, petites trémulations, la mère est de suite sollicitée (rôle actif de nursing),

Lorsque le bébé n'est pas calmé par le nursing ou lorsque les signes s'accroissent, l'enfant passe alors à l'Unité Mère-Enfant pour une surveillance plus intensive et la mise en place éventuelle d'un traitement par Gardénaï,

Le traitement par Chlorhydrate de Morphine est installé à l'apparition des troubles digestifs et/ou un score de Finnegan (effectué au minimum une fois par équipe) supérieur ou égal à 14.

1. 3/ Allaitement

L'allaitement comme traitement du syndrome de sevrage peut être utilisé. Néanmoins les écrits restent très partagés. Il faut tenir compte de plusieurs paramètres :

- La dose journalière de méthadone : l'allaitement peut être proposé si cette dose est inférieure ou égale à 30 mg, car au-delà le risque de sevrage chez le bébé est plus élevé avec une possibilité de syndrome retardé (jusqu'à 10 à 15 jours). De plus, celui-ci surviendrait sans surveillance ni possibilité d'intervention médicale rapide,

- Le lien mère-enfant : il peut, en effet, être renforcé par le rôle « nourricier » et « calmant » (lors de pleurs ou de syndrome de sevrage) pouvant ainsi restituer la notion de « mère compétente ». Néanmoins, il faut être vigilant face à la « dérive » possible à savoir une relation fusionnelle qui pourra entraîner, au début de l'autonomisation de l'enfant, un sentiment d'abandon chez la mère qui, à l'extrême peut induire un rejet de cette dernière,

- les sérologies maternelles et le risque de transmission (notamment pour le V.I.H. et le V.H.C.),

- la polytoxicomanie (opiacés + cocaïne, cette dernière liposoluble passe dans le lait) ainsi que le risque de rechute des reconstitutions de produits.

2. Femmes toxicomanes enceintes : de l'enfant réel à l'enfant imaginaire

La maternité, événement psychique et psychoaffectif considérable, représente chez les femmes une étape psychosexuelle importante. Aux bouleversements physiques s'ajoutent des bouleversements psychiques et la résurgence de l'histoire infantile, des angoisses archaïques.

LA GROSSESSE : L'ENFANT IMAGINAIRE

Chez la femme toxicomane, la grossesse est souvent diagnostiquée tardivement. En effet, la question de la grossesse et de l'enfant se pose rarement, tant l'activité sexuelle est noyée dans les conduites toxicomaniaques. De plus, 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 (les nausées, vomissements, constipation sont expliquées par la prise de drogue). Cela est lié au rapport au corps particulier de la femme toxicomane, corps où elle exerce une toute puissance destructrice, corps qui n'existe que dans la souffrance du sevrage.

Il est important que le futur enfant devienne réel, à travers la capacité de la parturiente à se projeter dans l'avenir.

Le plus fréquemment, le corps du toxicomane n'existe que dans la souffrance du manque ou l'anesthésie du produit. Ressentir les transformations de ce corps, les contractures, les mouvements du fœtus est parfois difficile pour ces futures mères.

- 5 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 produit. La maternité est imprégnée de tout un passé dont la grossesse et la naissance sont un temps d'actualisation. Il existe de fréquentes perturbations de la structure de la famille d'origine de ces femmes.

Ayant vécu des rapports difficiles avec leur mère, éprouvant pour elle des sentiments de haine et de culpabilité, les parturientes toxicomanes développent une idéalisation à la mesure de ces sentiments, aussi bien pour l'enfant que pour la relation qui peut s'instaurer entre eux. Pour ces parturientes toxicomanes l'enfant serait le symbole du deuil de l'enfant qu'elles n'ont pas été et de la mère qu'elles n'ont pas eu. De plus, dans ce contexte familial perturbé, la naissance d'un bébé peut être perçue comme l'espoir d'une reprise de contact, d'une réconciliation. Dans ces conditions, l'apparence d'une réconciliation favorise peu une place structurante pour l'enfant.

Cet enfant à naître est aussi celui qui va « réparer ». Réparer comme pour toute mère, comme pour tout parent, cette blessure narcissique : « je ne suis pas immortel ». Or, le jeu entre la vie et la mort est au centre des conduites toxicomaniaques. Une naissance ne viendrait-elle pas, pour ces femmes toxicomanes, interrompre pour quelques temps, voire définitivement, ce jeu en venant signer la victoire de la vie ? L'arrivée d'un enfant effacerait les avatars de la toxicomanie, en permettant à son ou ses parents de prendre un nouveau départ ; c'est du moins ce que l'on attend de lui.

La femme enceinte toxicomane voit en son enfant à naître un être d'espoir, reconfortant et protecteur, un peu comme une « bonne mère » qui répond aux besoins au moment voulu et qui sait s'effacer si nécessaire. Cette «*mère suffisamment bonne*», définie par Winnicott, s'adapte activement aux besoins de l'enfant. Petit à petit l'adaptation sera moins totale, laissant place à une expérience de frustration pour l'enfant. Nous pouvons penser que ce qui est attendu par la future mère toxicomane c'est que son enfant tienne ce rôle de « mère satisfaisante » en l'illusionnant et en ne laissant pas de place à l'expérience de frustration, c'est-à-dire au réel. Dans la théorie de Winnicott, la mère illusionne son enfant, c'est ce rôle qu'elle doit remplir. Dans le cas de la future mère toxicomane il semble plus à propos de dire qu'elle s'illusionne sur les capacités de son futur bébé, ne voulant envisager que les cotés satisfaisants. Or, cet enfant est bien incapable de tenir ce rôle. Il se peut que la désillusion survienne très rapidement car la « bonne mère » désirée n'est pas cet enfant qui pleure, crie et qui est dans la demande et la dépendance.

La grossesse, période de «*transparence psychique*» comme la décrit M. BIDLOWSKI, est une période favorable à la mise en place d'un suivi de la toxicomanie. En effet, la toxicomane dans son projet d'avoir un enfant remet en cause son statut de toxicomane dépendant, elle s'interroge sur son mode de relation à l'objet. Le bébé à naître est alors souvent assigné à un rôle rédempteur de la conduite maternelle ; et peut être considéré par la future mère comme «*pare-drogue*».

Ainsi, le plus souvent la patiente va tenter de réduire ses consommations et de modifier son style de vie. Toutefois elle demeure le plus souvent dans une grande précarité sociale.

L'enfant imaginaire rédempteur va faire place, à la naissance, à un enfant réel souffrant souvent d'un syndrome de sevrage, donc peu gratifiant et très culpabilisant.

L'ACCOUCHEMENT : L'ENFANT REEL

L'accouchement réactualise toujours chez les femmes toxicomanes l'angoisse d'abandon, et ce d'autant plus que l'intérêt se focalise alors souvent sur le nouveau-né ; comme si la disparition de l'enfant intra-utérin et fantasmé au profit d'un enfant réel provoquait vide existentiel et régression narcissique. L'enfant arrive en rupture avec l'être rêvé, il cristallise les pires craintes.

- 6 Si le nouveau-né reste pour sa mère un être idéalisé au plus haut point, il lui fait comprendre, par ses demandes, qu'il est aussi et avant tout un être réel et dépendant d'elle. La jeune mère va se trouver confrontée à un très fort sentiment de culpabilité lorsqu'elle est face à un enfant qui présente un syndrome de manque, qui peut très rapidement tuer l'enfant idéal que la mère portait en elle.

Le bébé, partie d'elle-même, est aussi un étranger. Si il n'est pas ressenti immédiatement comme tel après la naissance, cette impression peut survenir après quelques temps. Ainsi, tout en réactivant des identifications qui vont se traduire par « cet enfant, c'est moi petite », il est aussi l'incarnation de tout ce que sa mère refuse en elle. Il fait réapparaître tout ce qu'elle pensait réparé, oublié et effacé.

Ce sentiment que l'enfant n'est pas le « héros » qu'elle attendait peut survenir dès la naissance en particulier lorsque la mère se trouve face aux difficultés et à la souffrance du bébé. Mais il peut aussi s'allier à des moments d'idéalisation. L'enfant pourra être idolâtré lorsqu'il correspondra aux désirs de sa mère et devenir plus tard angoissant de par ses demandes incessantes et en conséquence tout ce qu'il lui renvoie d'insoutenable.

Il est parfois difficile de se trouver face à ce bébé dont les revendications sont démesurées. Il ne tolère aucun partage, il exige l'exclusivité, vit dans le principe de plaisir et n'accepte ni l'attente ni la frustration. Il veut « tout, tout de suite ». Un grand nombre de toxicomanes fonctionnent dans ce principe d'immédiateté.

Le bébé est, dans un premier temps, dans le besoin corporel. On peut s'interroger sur les difficultés de cette mère toxicomane à s'identifier aux besoins physiques de son enfant alors qu'elle malmène et désinvestit son propre corps.

La « préoccupation maternelle primaire » est définie par Winnicott comme « *un état psychiatrique très particulier de la mère* ». Elle atteint un état d'hypersensibilité qui lui permet de s'adapter aux besoins du nouveau-né. Elle s'identifie à tel point au nouveau-né qu'elle ressent ses besoins comme si elle était à sa place et peut alors y répondre en s'adaptant avec finesse. Pour la mère toxicomane ce mouvement qui permet d'entrer en empathie peut être vécu avec une grande difficulté. Elle peut vivre des affects d'une grande violence. Des perturbations concernant les interactions précoces sont fréquentes. Tantôt aimante puis abandonnante, cette mère crée un climat d'inorganisation pour le nourrisson.

La mère toxicomane peut donc être en grande difficulté, durant le post-partum, pour établir un lien avec son bébé. Parfois le père est également présent pendant cette période.

ET LE PERE ?

Le père est souvent présent au moins dans le discours de la patiente mais elle est parfois en difficulté pour lui laisser une place dans la fonction parentale.

Il peut s'agir d'un couple de toxicomanes. La tentative d'arrêt de produit de la future mère ne s'accompagne pas habituellement de la même tentative de la part du futur père. La persistance des prises de drogue du conjoint met en danger la tentative de la femme qui peut alors prendre ses distances pour se protéger.

De plus, quand le couple s'est connu à travers les drogues, il est fréquent que les tentatives d'arrêt modifient ses relations, que la découverte du conjoint sans produit implique la déception et que le passage du couple à 3 (madame, monsieur et la drogue) au couple à 2 soit très problématique.

Dans certains cas le couple est peu sexué, beaucoup plus soudé sur l'appartenance de groupe que sur la différenciation sexuelle, de manière plutôt fraternelle.

7 Le conjoint se trouve donc 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.

Il est important que cet apprentissage de la parentalité soit accompagné et que les compétences de la mère et l'aménagement de la dyade ou de la triade nouvellement formée avec le bébé et son ou ses parents soient soutenus. Il est important d'aider ces derniers à appréhender les frustrations liées à l'adaptation nécessaire aux besoins de leur enfant.

3. Prise en charge des femmes toxicomanes en maternité

Aucune prise en charge spécifique des femmes enceintes toxicomanes s'impose à travers cette revue de la littérature. Chaque clinicien selon son mode d'exercice, son expérience et ses moyens suit sa propre méthode.

Si sur le plan médical le suivi ne présente pas de particularité, il répond malgré tout à un ensemble de principes communs aux différents professionnels. En effet, quel que soit le domaine d'exercice, chacun semble confronté à des difficultés similaires. Et si chacun développe sa propre méthode, l'obligation de s'adapter aux mêmes obstacles permet de tracer les grandes lignes du suivi de ces grossesses.

DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE

Tout d'abord un **diagnostic tardif de la grossesse**.

Les opiacés entraînent très souvent des aménorrhées, mais comme leur utilisation alterne avec des périodes de manque ou des tentatives de sevrage, des ovulations non repérées ont lieu qui conduisent à des grossesses de découverte tardive (9, 5).

Par ailleurs les premiers signes de grossesse sont parfois interprétés comme des signes de manque du fait des troubles du schéma corporel.

Il n'est donc pas rare que la première consultation à la maternité corresponde au jour de l'accouchement.

Lorsque le suivi prénatal existe, il est souvent **irrégulier et insuffisant**.

L'illégalité de la toxicomanie fait craindre à ces patientes des problèmes avec la justice, et elles considèrent souvent la maternité et l'hôpital en général comme un lieu où la toxicomanie est stigmatisée et où la dépendance n'est que peu ou pas du tout prise en compte (1-10). Ainsi se méfient elles souvent de tout et de tous, ce qui complique encore la prise en charge puisqu'il est souvent difficile de réaliser une anamnèse complète et précise.

Enfin, si sur le plan obstétrical les complications constatées sont les mêmes que celles de la population générale, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un **suivi de grossesse à risque**.

La polytoxicomanie, actuellement de plus en plus fréquente, associée aux pathologies infectieuses (maladies vénériennes, hépatites, SIDA...) dans un contexte social (prostitution, actes de délinquance, malnutrition...) et psychologique (dépression...) difficiles, sont autant de facteurs de risque pour l'organisme maternel et la croissance fœtale.

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

Pourtant, l'ensemble des auteurs s'accorde pour penser que la maternité est une période privilégiée pour poser les bases d'une prise en charge et pour la mise en place d'un soutien médico-psycho-social à long terme.

La nature de l'accompagnement médical peut avoir une action particulièrement favorable sur la qualité des interactions mère-enfant (1-11-3).

8 Il s'agit donc pour les professionnels d'un travail d'**accompagnement** vers la maternité. Plus le suivi sera régulier, plus il sera facile d'**évaluer** les capacités de la patiente à faire face aux difficultés. Un travail de maturation psychique pourra alors être élaboré. Ebert (7) parle d'un « temps d'appréciation par l'observation mais aussi le discours, du niveau d'investissement de la grossesse et du fœtus ». Le centre horizon s'applique ainsi à **réduire les conduites toxicomaniaques** afin que la patiente puisse en limiter les effets par sa participation.

Dans ce contexte particulier, avec des objectifs aussi exigeants, la prescription d'une **substitution** en cas de consommation d'opiacés, est reconnue par tous comme fort utile.

Plus que l'utilisation régulière et intensive des drogues, c'est l'arrêt brutal et intempestif de ces dernières qui provoque des complications (cf. 2^{ème} partie).

Par ailleurs, la majorité des auteurs considèrent que la grossesse n'est pas le meilleur moment pour renoncer à la drogue.

La prescription de **méthadone** « gèle » donc la problématique toxicomaniaque.

La méthadone est utilisée pendant la grossesse depuis de nombreuses années dans les pays anglo-saxons et de manière relativement plus récente en Europe. On ne lui connaît pas d'effets tératogènes.

La buprénorphine haut dosage (subutex) est trop récente pour avancer des certitudes et la prudence s'impose, même si, a priori, aucun problème majeur n'a été décrit jusqu'à présent.

Le schéma de prise en charge le plus fréquent est le suivant :

- mise sous méthadone en cas de dépendance aux opiacés
- poursuite de la prescription de méthadone préexistante à la grossesse
- poursuite du Subutex dans la limite des protocoles admis et dans l'état actuel des connaissances
- passage à la méthadone si le subutex est mal géré (usage intraveineux)

Les posologies doivent être certes minimales, mais il faut éviter le sous dosage, tant pour les répercussions maternofoetales que pour le risque d'utilisation d'autres substances.

Il n'est d'ailleurs par rare qu'en fin de grossesse il soit nécessaire d'augmenter le traitement en raison des modifications corporelles des femmes enceintes (1-2).

Malgré tout, la substitution n'est pas incompatible avec le sevrage (3) car il est également nécessaire de travailler sur la prise des autres drogues illégales et légales (1-2).

Actuellement, la substitution représente un outil essentiel à partir duquel se mettent en place les autres moyens de prise en charge.

La principale caractéristique de ce suivi est sa **pluridisciplinarité** retrouvée chez tous les cliniciens.

Compte tenu de la complexité des situations et du lien entre les conduites addictives, le style de vie et le fonctionnement psychique du sujet, l'action des professionnels ne peut se limiter à la toxicomanie.

De fait, lorsqu'un suivi est mis en place, quel que soit le lieu d'exercice, on retrouve l'intervention de plusieurs professionnels. Parquet (5) décrit ainsi une collaboration interdisciplinaire associant obstétricien, sage-femme, puéricultrice, pédiatre, assistante sociale, psychiatre (1-3-5).

Chacun, dans son domaine, et à des moments divers de la grossesse, va être amené à intervenir.

Ce qui semble distinguer la qualité de la prise en charge c'est ce travail en commun effectué par chacun à son niveau.

Il est donc indispensable de développer un véritable partenariat afin d'offrir aux patientes l'aide et les services adaptés à leurs besoins (2-5). C'est la reconnaissance mutuelle du rôle, de la spécificité et des limites de chacun qui permet une articulation suffisamment souple des différentes interventions.

A l'hôpital de Copenhague, des soins globaux interdisciplinaires sont mis en place dès le début de la grossesse (3). Des rencontres avec des professionnels de l'extérieur (généraliste, secteur d'aide sociale...) sont organisées à une fréquence variable selon les situations.

Tous les professionnels reconnaissent également la nécessité de développer une démarche de réseau ville - hôpital.

- 9 Il n'est pas rare que les patientes aient déjà une prise en charge en ville pour leur toxicomanie. La grossesse doit alors s'inscrire dans une certaine continuité avec une intervention ponctuelle de l'équipe obstétrico – pédiatrique (8). Se met alors en place un suivi qui tient compte de la nécessité « d'appriovissement » réciproque :
- de la femme enceinte vis à vis de l'hôpital dont elle peut avoir des souvenirs et une image négative.
 - de l'hôpital vis à vis de la toxicomanie, qui peut tout autant avoir connu des expériences difficiles et en appréhender les situations.

Afin de favoriser le contact et la mise en place d'un sentiment de sécurité, beaucoup d'auteurs parlent de la nécessité de personnes référentes (1-3-8).

Le réseau s'articule alors autour d'une coordination représentée par ces personnes référentes qui font le lien entre les différents intervenants des services.

Certains préconisent même la formation du personnel afin de développer une véritable culture de service autour de ces grossesses (1).

Il faut en effet reconnaître que pour les professionnels des services de maternité et de pédiatrie la toxicomanie renvoie à un jugement arbitraire d'une menace potentielle pour l'enfant (8). L'accompagnement des mères toxicomanes et de leurs enfants n'est pas facile et il est souvent obscurci par la peur et les préjugés.

Travailler à froid sur les représentations que le personnel médical a des drogues, de la toxicomanie et des femmes enceintes toxicomanes, obtenir l'adhésion du service sur les différents principes de base, peut permettre d'acquérir la capacité à gérer ces situations.

Peu de services offrent une prise en charge spécifique de la grossesse des femmes toxicomanes.

Pourtant, lorsqu'elle survient, cette situation pose à chacun les mêmes difficultés, quel que soit le domaine d'exercice.

L'ensemble des professionnels reconnaît aujourd'hui qu'une prise en charge adaptée améliore considérablement le pronostic, tant sur le plan médical que social.

L'objectif de cette prise en charge doit donc être de fournir des services efficaces par un travail en partenariat et un effort de formation et de réflexion autour de la toxicomanie.

UNE EXPERIENCE DE PRISE EN CHARGE

En 1998, a été constituée une équipe pluridisciplinaire au sein de la maternité Port-Royal.

Cette équipe associant un médecin psychiatre, une infirmière, une assistante sociale et une sage-femme, est venue renforcer le travail de coordination nécessaire auprès des femmes enceintes toxicomanes.

La complexité des situations se trouve amplifiée par l'intervention à des moments différents de divers référents, s'inscrivant chacun dans leur propre logique d'accompagnement.

Il s'agit donc pour notre équipe de créer un cadre contenant, structurant, prenant en compte ces logiques de soins et ces temporalités différentes.

Notre intervention vise à accompagner ces patientes, leur entourage et les équipes soignantes dans ce contexte particulier et aider ainsi ces femmes à s'approprier ou se réapproprier leurs compétences parentales au cours de la grossesse, autour de l'accouchement et dans la période du post-partum.

1/ La période prénatale

Il s'agit d'une période de prise de connaissance et d'évaluation commune et dynamique.

Les patientes nous sont, pour la majorité, adressées par des centres de soins pour toxicomanes. Mais il arrive également qu'elles arrivent en urgence à la maternité sans avoir jamais consulté.

La notion de parentalité est essentielle dans la mise en place et la pertinence du cadre thérapeutique.

Cette grossesse, qu'elle soit désirée ou non, constitue souvent pour la femme une période angoissante avec une prise de conscience de son parcours de vie et de sa toxicomanie.

- 10 L'équipe vise donc à favoriser la verbalisation de ces angoisses actuelles et réactualisées souvent en lien avec des situations d'abandon ou de rejet.
Durant cette période, les femmes vont voir principalement la sage-femme et l'assistante sociale. C'est un moment important pour l'établissement de la relation de confiance.
Les rendez-vous ont lieu dans le service de consultations prénatales, à un rythme adapté à chaque situation (en moyenne toutes les 3 semaines).
Cela nécessite une souplesse de fonctionnement dans un cadre empathique de la part de l'équipe et parfois un « pistage » de la femme pour le suivi de la grossesse.
Le pédiatre l'informe sur les modalités de sevrage de son bébé et les éventuels risques de transmissions virales.
La psychiatre et l'infirmière assurent le suivi psychologique et celui de la toxicomanie durant l'hospitalisation.
Parallèlement à ces rencontres, les membres de l'équipe vont se mettre en lien avec les autres intervenants déjà existant dans la situation (staff médical, contacts téléphoniques, courrier, réunions de synthèse...)

Ainsi durant la période prénatale, s'élabore déjà la coordination de la prise en charge et une évaluation pluridisciplinaire de la situation qui seront affinés durant l'hospitalisation à la maternité.

2/ L'accouchement et les suites de couches

La durée d'hospitalisation est un temps essentiel pour l'établissement de la relation mère - enfant. Un séjour de dix jours environ, en chambre seule, est possible permettant le traitement du sevrage du bébé avec une participation active de la maman par le biais des soins de nursing qui accompagnent le traitement du sevrage .

En intervenant régulièrement en coordination avec l'équipe soignante de maternité, nous allons accompagner cet apprentissage de la parentalité en soutenant les compétences de la mère et l'aménagement de la dyade ou de la triade nouvellement formée avec le bébé et son ou ses deux parents.

Ce temps permet une évaluation dynamique et interactive de la qualité de la parentalité et des différents besoins déjà repérés en période prénatale et qui conditionneront les modalités de sortie.

3/ Modalités de sortie et devenir

Le retour à domicile, angoissant pour ces femmes qui peuvent appréhender de se retrouver seule avec leur bébé, nécessite souvent un accompagnement important.

Pour s'assurer d'un suivi ultérieur adapté il est possible d'envisager selon les cas la mise en place de différentes modalités d'intervention de l'hospitalisation à domicile pédiatrique et ou maternelle, aux travailleuses familiales. Par ailleurs, les structures de la petite enfance et principalement la PMI sont sollicitées.

Il est parfois nécessaire de demander des mesures de protection de l'enfant lorsque les parents montrent trop de difficultés à d'adapter aux besoins du bébé.

Préserver la parentalité dans ces situations c'est tenter de faire reconnaître aux parents les mesures demandées comme un soutien dont ils peuvent se saisir, plutôt que comme une sanction. Cela est d'autant plus difficile que les toxicomanes ont souvent un rapport conflictuel à la loi et qu'à cela peuvent s'ajouter des pathologies psychiatriques majeures.

Quelles que soient les modalités de sortie envisagées, elles le sont en coordination avec les intervenants extérieurs : CSST, services intervenants dans le champ de la petite enfance, entourage familial.

Notre équipe a donc un rôle de prise en charge globale de ces femmes et de leur grossesse en fonction de leur situation souvent instable.

Ainsi, notre intervention vise à répondre aux besoins de cette femme enceinte toxicomane, de son bébé à naître, mais aussi aux besoins de la maternité face à une prise en charge lourde demandant du temps et une attitude adaptée, aux besoins du centre de soins pour toxicomanes

- 11 pour lesquels la gestion de la grossesse est souvent difficile sans partenariat adapté, aux besoins des PMI qui prendront le relais dans des conditions adaptées si la préparation de la sortie a pu se faire.

Il est donc nécessaire de consacrer du temps aux échanges, à l'information et à la formation, à la réflexion concertée avec les différents intervenants, pour préserver une cohérence et une continuité des soins des équipes qui ont à accompagner des situations souvent délicates et préoccupantes.

Cette équipe mobile est cependant confrontée à des difficultés liées notamment au manque d'institutions de soins spécialisés pour les mères et leurs enfants et acceptant les toxicomanes, et à la difficulté de passer le relais à d'autres équipes, car ces femmes au travers de cette période particulière ont souvent noué des liens transférentiels forts.

Conclusion

La majorité des auteurs et cliniciens pensent actuellement que les conséquences à long terme sur le devenir des enfants de mère toxicomanes sont beaucoup plus en rapport avec leur environnement qu'avec un effet délétère direct de l'intoxication opiacée in utero. La réduction des risques périnataux mais aussi l'amélioration du devenir des parents et de leurs enfants passent donc par une relation mère-enfant solide.

Pour privilégier cette relation tous conviennent qu'il faut agir sur les facteurs négatifs rencontrés :

- le mode de vie chaotique de ces femmes, lié souvent à l'absence de prise en charge de leur toxicomanie ;
- le syndrome de sevrage néonatal excessivement culpabilisant pour la mère qui connaît ainsi une souffrance physique ;
- les représentations négatives voire stigmatisantes autour de cette grossesse et de cet enfant, notamment au sein des services de maternité et de néonatalogie.

Pour influencer sur ces différents facteurs, il est important de créer un cadre thérapeutique le plus tôt possible durant la grossesse. Ce cadre structurant devra prendre en compte la dimension de la grossesse mais aussi de la toxicomanie.

Les réflexions actuelles, principalement dans les équipes spécialisées tendent à :

- favoriser les traitements de substitution en cours de grossesse et pendant les premiers mois du post partum ;
- élaborer avec la femme un projet contractuel individualisé, en concertation avec les structures extra-hospitalière ;
- favoriser au maximum la relation mère-enfant, pour prévenir la séparation autant que possible ; réserver le transfert du nouveau-né aux sevrages graves et favoriser au maximum la prise en charge du bébé par sa mère.
- Organiser le suivi ultérieur de la mère et de l'enfant, en concertation avec un CSST et les professionnels de la petite enfance.

Ce consensus de l'ensemble des intervenants en toxicomanie semble plus difficile pour les professionnels des services de maternité. En effet, les notions de « référent » ou de prise en charge personnalisée ne paraissent que peu mis en œuvre dans ce contexte. Pourtant, l'articulation des intervenants autour de la mère, du père quand il est présent, puis de l'enfant peut diminuer la prématurité, les complications périnatales et réunir les conditions d'un meilleur avenir.

1. Gibier L.- *La Femme enceinte toxicomane, principes de prise en charge*. Interventions, 1999, (68), 3-8
2. Hepburn M.- *La gestion de la prise de drogue pendant la grossesse : un conflit d'intérêts ?*. Interventions, 1997, (62), 9-12
3. *Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants- Les femmes et la drogue*. Symposium, Gerzensee, Suisse, 12-15 avril 1998.
4. Esquivel T.- *Les enfants de toxicomanes*. Thèse Doctorat Psychologie. Univ. ParisV, 1994, 3 Vol., 1600 p.
5. Parquet Ph., Bailly D.- *Toxicomanie et grossesse*. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1988, 36, (2-3), 109-117.
6. Boubilley D.- *Quelle place pour les femmes toxicomanes en maternité ?*. JPOP- Cahiers de l'AP-HP, 1995,47-50.
7. Ebert J.- *Un lieu pour les enfants de parents toxicomanes, séropositifs ou non.*- Transitions, 1999, 31, 164-175.
8. Luttenbacher C.- *La maternité chez les femmes toxicomanes*. Déviance et société, 1999, 23, 3, 313-340.
9. De La Barbée C.- *Grossesse chez la femme toxicomane*. Mémoire de fin d'études ; Ecole de sages-femmes J. Sentubery, Promotion 1995-1999.
10. Lejeune C., Jubert C., Floch-Tudal C.- *Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants*. Journées parisiennes de pédiatrie, 1998, Flammarion Médecine-Sciences.
11. Rosenblum O. - *Les mères toxicomanes et leurs bébés*. Neuro-psy. ; 1998, 13-4,147-149.
12. Ebert J.- Pour une meilleure prévention : Quelques remarques cliniques ; Les femmes et la drogue. *Symposium du Groupe Pompidou, Gerzensee (Suisse) : 12-15 avril 1988, 200-202*
13. Bouchart A. – *Un étranger à demeure*
14. Cassen M. – *Les mères toxicomanes et leurs enfants, un lien fragile*. Interventions, 1999, (70/71), 63-68
15. Ebert J. – *Un enfant pour quoi faire*. In : Toxicomanies et recherche du temps perdu. Paris, Actes du colloque 16-17 mars 1990, p. 203-207, Paris, Ctre St-Germain des Prés, 1990
16. Lebrun F. – *L'enfant de mère toxicomane – Intervention Ecole de Sage-femme PortRoyal – Mai 2000*
17. Lejeune C. – *Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs nouveau-nés : une révolution culturelle nécessaire*. Interventions, 1997, (62), 3-8
18. Nacache L. – *Toxicomanie et grossesse. Soirée débat sur maternité et toxicomanie, Lyon, 26 février 1998*. Les rencontres de l'Ecole de Service Social du Sud Est (ESSSE), Pratiques et mutations, Lyon, Hôp. Edouard Herriot, 1998, 17 p.
19. Stern D. – *La constellation maternelle*. Paris, Ed. Calmann-Lévy, 1997, 296 p.
20. Winnicott D.W. – *Le bébé et sa mère*. Paris, Payot, 1992, 149 p. Collection Science de l'Homme Payot
21. Winnicott D.W. – *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1995, 464 p. Collection Science de l'Homme Payot
22. Boubilley D. – *Incidences des différents stupéfiants sur la grossesse et conduite à tenir chez la femme enceinte toxicomane – Document interne, 1984 – 8 p.*
23. Morel A. ; Cazalis R. , Hervé F. *Traitements de substitution par la buprénorphine : évaluations, risques et résultats*. Interventions, 1998, (67), 3-19
24. Hervé F., Quenum S. – *Buprénorphine (Subutex*) et syndrome de sevrage néonatal*. Archives de pédiatrie (Paris), 1998, 5, (2), 206-207