GUIDE
concernant

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

Préface du Professeur
Claude Lejeune

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exemplaire gratuit, ne peut être vendu.

ISBN : 978-2-7466-6113-4

MIXTE
Papier issu de sources responsables
FSC® C009547
FSC www.fsc.org

ANNE WHITTAKER

Traduction **EWEN CHARDRONNET**

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

Préface du Professeur Claude Lejeune

UN OUVRAGE DE RÉFÉRENCE POUR LES PROFESSIONNELS

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

respadd
RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

DrugScope

NOTE AU LECTEUR

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

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

→ Les effets des produits avant et pendant la grossesse

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

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

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

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

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

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

Bonne lecture.

Sommaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▶ *La réduction des risques au féminin* 139

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Glossaire 249

ANNEXE 1/
Calendrier de prise en charge idéale 259

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

ANNEXE 3/
Plan de soutien familial 267

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 10/
Formulaire de liaison anténatal 292

ANNEXE 11/
Formulaire de nomination de médecin traitant 298

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 18/
Le Centre Horizons 320

ANNEXE 19/
Réseaux – Portails 327

Avant-propos

ANNE BORGNE
Présidente du RESPADD

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

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

L'engagement du RESPADD

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

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

Avant-propos

JEAN-PIERRE COUTERON
Président de la Fédération Addiction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Avant-propos

GÉRARD VUIDEPOT
Président de la MNH

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

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

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

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

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

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

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

Avant-propos

DR JEAN-YVES GRALL
Directeur général de la Santé

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

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

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

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

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

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

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

Avant-propos

DANIÈLE JOURDAIN-MENNINGER
Présidente de la MILDT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Préface

CLAUDE LEJEUNE

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

Un peu d'historique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Remerciements

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

Terminologie

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

Définitions

→ L'USAGE PROBLÉMATIQUE DE DROGUES

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

→ LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL

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

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

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

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

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

→ LA DÉPENDANCE AUX DROGUES ET À L'ALCOOL

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

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

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

Les sources dans la littérature et les preuves

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

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

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

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

1/

LES POINTS CLÉS

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

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

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

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

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

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

La philosophie de l'approche

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

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

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

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

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

Les soins de préconception

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

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

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

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

Les soins prénatals*

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

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

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

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

L'évaluation des besoins et des risques pendant la grossesse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les soins intrapartum

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

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

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

Les soins postnatals

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

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

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

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

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

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

HOAREAU EMMANUELLE

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

Contact : www.grvs06.org

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

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

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

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

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

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

Diversité des profils de femmes usagères de substances illicites

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ruptures et continuités intergénérationnelles

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

Continuités…

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

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

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

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

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

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

…Et ruptures

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

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

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

Stéréotypes genrés des usagers de substances psychoactives (illicites)

Petite histoire des stéréotypes

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

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

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

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

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

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

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

Le caractère genré des affects induits par une double transgression

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

Bibliographie

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

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

[3] INPES, Baromètre santé 2000

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION DES DÉPENDANCES AUX OPIACÉS
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

ISABELLE LACROIX

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

Contact : isabelle.lacroix@univ-tlse3.fr

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

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

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

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

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

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

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

Buprénorphine, moins de données qu'avec la méthadone

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

Bibliographie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2/

ÉVALUER LA SITUATION

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

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

> *Résumé* 58
> *Introduction* 59
> *Ampleur des consommations chez les femmes en âge de procréer, enceintes et ayant donné naissance à un enfant* 60
> *Un bref regard sur des particularités associées aux consommations abusives des femmes enceintes ou ayant donné naissance à un enfant et les obstacles à la recherche d'aide* 62
> *De la préconception à la périnatalité : interventions auprès des femmes aux prises avec une consommation abusive d'alcool ou de drogue en âge de procréer, enceintes et ayant donné naissance à un enfant* 67
> *Conclusion* 81

L'étendue du problème

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

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

La nature du problème

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

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

LES DIFFICULTÉS ORGANISATIONNELLES

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

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

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

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

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

L'IDÉOLOGIE

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

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

LE MANQUE DE PREUVES DE QUALITÉ APPORTÉES PAR LA RECHERCHE

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

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

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

LES PEURS DES FEMMES

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

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

LES MAUVAISES SITUATIONS SOCIALES

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

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

LES PROBLÈMES DE SANTÉ MATERNELLE

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

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

LES PROBLÈMES LIÉS AU MODE DE VIE

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

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

LES PROBLÈMES OBSTÉTRIQUES ET PÉDIATRIQUES

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

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

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

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

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

CHANTAL LAVERGNE [1] et PAULINE MORISSETTE [2]

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

Contact : aruc-drogue@crim.umontreal.ca

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

Résumé

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des particularités associées à la consommation

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

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

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

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

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

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

Des obstacles à la recherche d'aide

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

Des obstacles personnels et interpersonnels

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

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

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

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

Des obstacles socioculturels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Interventions prénatales*

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

LES INTERVENTIONS DE COURTE DURÉE

Les interventions brèves

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

Résultats d'évaluation des interventions brèves

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

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

Les pratiques de proximité et de liaison

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

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

Résultats d'évaluation des pratiques de proximité et de liaison

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

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

LES INTERVENTIONS INTENSIVES

Soutien holistique spécialisé offert dans un centre de jour

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

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

Résultats d'évaluation des programmes de soutien holistique

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

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

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

Soutien holistique et spécialisé offert en centre résidentiel

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

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

Résultats d'évaluation du soutien holistique offert en centre résidentiel

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

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

Le soutien postnatal

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

Les interventions auprès des mères et de leurs enfants

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

Bibliographie

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

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

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

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

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

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

3/

UN CADRE DE TRAVAIL POUR LES SOINS

- Une philosophie de l'approche 91

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

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

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

> *Des transmissions minutieuses* 99

> *Une nouvelle colonne vertébrale* 100

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

> *Sensations corporelles et identification aux autres mères* 102

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

> *Une confiance retrouvée* 104

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

▸ ***C'est quoi le Dapsa ?*** 107

> *Quels sont ses objectifs ?* 107

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

> *Et dans la vraie vie ?* 108

> *Petite histoire* 109

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

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

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

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

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

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

Une philosophie de l'approche

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

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

LES APPROCHES CENTRÉES SUR LES FEMMES ET ORIENTÉES VERS LA FAMILLE

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

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

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

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

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

UNE APPROCHE SANS JUGEMENT ET NON DISCRIMINATOIRE

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

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

UNE APPROCHE PRAGMATIQUE

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

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

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

UNE APPROCHE HOLISTIQUE

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

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

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

LA SAUVEGARDE DE L'ENFANT

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

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

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

LE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE ET TRANSVERSAL

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

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

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

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

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

FÉDÉRATION ADDICTION

Contact : infos@federationaddiction.fr

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contact : c-chanal@chu-montpellier.fr

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

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

Une ligne téléphonique 24h/24 sans intermédiaire

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

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

Des transmissions minutieuses

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une nouvelle colonne vertébrale

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

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

Le suivi du suivi : un nid qui se construit

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

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

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

Sensations corporelles et identification aux autres mères

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

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

Faire face à ses peurs sans s'effondrer ni disparaître

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

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

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

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

- dans le 2e trimestre où le vécu corporel de la grossesse et où les parents ont gagné en confiance dans les orientations proposées ;
- suffisamment à distance de l'accouchement, ce qui temporise les montées d'angoisse liées à l'imminence de l'événement naissance ;
- limite les effets du stress sur la fin de grossesse par le partage émotionnel avec les équipes ;
- ce qui permet aux parents de réaliser « une expérience d'anticipation » réussie, socle à venir pour faire le choix de demander de l'aide quand ils sont en difficulté plutôt que de faire seuls.

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

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

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

Une confiance retrouvée

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

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

Cette anticipation comporte 3 étapes :

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliographie

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

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

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

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

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

C'EST QUOI LE DAPSA ?

MARIJO TABOADA

Médecin coordonateur
DAPSA – Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires
Contact : mj.taboada@dapsa.org

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

Quels sont ses objectifs ?

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

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

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

Quels sont ses principes d'intervention ?

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

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

• La vocation du DAPSA est :

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

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

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

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

Et dans la vraie vie ?

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

- la réalité clinique, en l'occurrence l'usage de substance psychoactive, réelle ou supposée ;
- et son corollaire : les aspects psychopathologiques ;
- mais aussi sociaux et relationnels ;
- pour l'adulte concerné, le plus souvent la mère ou la future mère ;
- mais aussi le compagnon ou futur père ;
- enfin l'enfant né ou à naître.

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

- ceux qui entourent la mère ou future mère ;
- parfois le père ;
- mais aussi l'enfant né ou à naître.

Petite histoire

JUIN 2009

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

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

JUILLET 2009

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

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

SEPTEMBRE 2009

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

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

OCTOBRE 2009

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

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

NOVEMBRE 2009

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

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

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

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

JANVIER 2010

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

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

AVRIL 2010

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

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

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

JUIN 2010

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

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

SEPTEMBRE 2010

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

- *Lors de la synthèse de novembre 2010, il apparait que M. a adhéré au projet de suivi tel que proposé par l'éducateur et les rencontres semblent régulières et la situation à peu près stabilisée.*
  En revanche, la question est un peu plus floue du coté du logement. Mme F. n'habite plus chez son père, mais est toujours domiciliée chez lui. Il est question d'un déménagement dans un autre département…
  Le suivi avec la psychologue n'est plus compatible avec les nouveaux horaires de travail ni le nouveau lieu de résidence. Cette proposition était-elle vraiment adaptée ?

DÉCEMBRE 2010

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

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

COLLABORATION ELSA – MATERNITÉ PENDANT LA GROSSESSE

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

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

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

ELSA ou Équipe de liaison et de soins en addictologie

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

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

Rôles spécifiques pendant la grossesse

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

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