



# LES SOINS POSTNATALS

---

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

---

► *L'Unité Kangourou : un idéal pour l'accueil  
de la mère usagère de substances psychoactives  
et de son bébé* .....

234

---

**S'**occuper d'une femme enceinte consommatrice de substances psychoactives et/ou d'alcool, et l'aider à avoir un accouchement sans problème, constituent la première étape des soins. Un soutien qui s'étend à la période postnatale et à la transition dans la vie de parents est essentiel si l'on souhaite atteindre la situation idéale, dans laquelle la mère et l'enfant peuvent rester ensemble, et où la famille fonctionne bien. Les *Standards for maternity care* (RCOG et al. 2008) préconisent de fournir à la femme, dans les 3 jours après la naissance du bébé (si elle ne l'a pas reçu avant), le guide du *Ministry of Health* intitulé *Birth to Five*, un guide d'accompagnement à l'intention des parents, qui les conseille dans leur rôle pendant les cinq premières années de la vie de l'enfant. Les praticiens de santé devraient aussi se référer au guide publié par NICE (2006) intitulé *Routine postnatal care of women and their babies*.

Si le nourrisson est admis à l'unité de soins néonataux pour quelque motif que ce soit (parce qu'il est prématuré, a un poids de naissance très faible, ou développe des symptômes sévères de sevrage néonatal), il faudra adopter une approche familiale intégrative – voir : Outils pour des services néonataux de qualité supérieure, *Toolkit for high-quality neonatal services, Department of Health* (2009c).

Les unités de soins néonataux devraient aider les parents à mieux vivre le stress, l'anxiété, et les changements dans leur rôle de parents provoqués par ces troubles chez le bébé. Les besoins physiques, psychologiques et sociaux du bébé et de toute sa famille doivent être au cœur du protocole de soins. Des soins

centrés sur la famille visent à favoriser l'attachement entre le bébé et sa famille, et à optimiser les chances à long terme de développements heureux pour tous (*Department of Health* 2009c).

Avant de quitter l'unité de soins postnatals ou l'unité de soins néonataux, le plan de soutien familial devrait être revu. Le moment de la sortie devrait être planifié par une équipe multidisciplinaire (coordonnée par le professionnel référent), tout en impliquant les parents (*Department of Health* 2009c). Planifier le moment de la sortie est important, la décision de savoir si l'environnement de soins du bébé est sûr et bon doit en effet être prise sans aucune ambiguïté ; les parents doivent avoir compris les besoins du nourrisson pour son développement et être capables de les satisfaire.

Une fois sorti de l'hôpital, le bébé est soigné à domicile par la mère, le père ou la famille, avec le soutien et les conseils d'une sage-femme ainsi que d'autres professionnels ou structures impliquées avec la famille. La sage-femme rendra visite au bébé tous les jours jusqu'à ce que le bébé ait 10 jours. Il arrive que la sage-femme doive poursuivre ses visites jusqu'à ce que le bébé soit âgé de 28 jours ; tout dépend de la santé du bébé et de la manière dont la mère et le père s'en sortent avec les soins. L'auxiliaire à domicile prend généralement le relais de la sage-femme après le 10<sup>e</sup> jour, et entre en contact avec la sage-femme ou le médecin traitant avant de rendre visite à la famille. L'auxiliaire à domicile sera pour les parents une bonne source d'information et de soutien concernant tous les aspects de la santé du bébé, de leur santé, et concernant leur rôle de parents. Lorsque le bébé aura atteint l'âge de 6-8 semaines, le médecin traitant ou l'auxiliaire à domicile l'examinera. Le bien-être physique, émotionnel et social de la femme devrait aussi être réévalué (NICE 2006). Les soucis de santé fréquents chez la mère incluent des douleurs dorso-lombaires et/ou du périnée, des difficultés d'allaitement au sein, de l'incontinence, de la fatigue, et de la dépression postnatale.

Les soins postnatals devraient accompagner les femmes et leurs partenaires dans leur transition vers le statut et la fonction de parents. Dans la période postnatale, les professionnels devraient donner la chance aux mères de méditer sur leurs expériences de grossesse et d'accouchement, de réfléchir et de discuter avec elles des possibles incidences de la maternité sur leurs relations sentimentales (RCOG *et al.* 2008). Les pères devraient recevoir le même type de soutien pour s'adapter à leur nouveau rôle et à leurs nouvelles responsabilités au sein de la famille (NICE 2006).

## Mort subite du nourrisson (MSN)

Les consommations maternelles et paternelles de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives sont associées à un risque accru de Mort subite du nourrisson. Tous les parents usagers de ces substances devraient recevoir des conseils sur les manières de réduire le risque de MSN, oralement et par écrit. Le fascicule « Réduire le risque de Mort subite du nourrisson », *Reducing the risk of cot death* (*Department of Health* 2009b) est inclus dans le kit de sortie de l'hôpital, et devrait être présenté aux deux parents avant qu'ils ne le quittent.

## Risques associés au partage du lit et au sommeil en commun

Partager le lit avec le nourrisson ou dormir avec lui lorsqu'il y a consommation de tabac, d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives est associé à un risque plus élevé de MSN (*American Academy of Paediatrics* 2005). En plus d'être informés sur la MSN, tous les parents devraient recevoir des conseils clairs à propos du sommeil en commun, conformément aux recommandations établies par le *Department of Health* (2009). Celles-ci indiquent notamment que la façon la plus sûre de dormir

pour un bébé est seul dans un berceau, dans la même pièce que ses parents, pendant les 6 premiers mois. Les parents ne devraient JAMAIS partager le lit avec leur bébé si l'un ou l'autre de la mère ou du père :

- fume (peu importe où et quand, et même s'ils ne fument pas au lit) ;
- a consommé de l'alcool récemment ;
- a pris des médicaments et/ou des substances pouvant induire une somnolence ou un sommeil plus lourd.

Conseillez également aux parents de ne JAMAIS s'endormir avec leur bébé sur un fauteuil, dans un canapé, ou à un endroit où ils risqueraient de se retourner sur l'enfant dans leur sommeil et de l'étouffer, ou bien où le bébé risquerait de se trouver pris entre deux épaisseurs, pourrait rouler, tomber, et se blesser.

Les risques associés au sommeil en commun sont plus grands si le bébé :

- est né prématurément (avant 37 semaines de grossesse) ;
- avait un faible poids de naissance (moins de 2,5 kg).

Les décès de nourrissons qui surviennent à la suite d'un sommeil en commun sont extrêmement perturbants pour les parents et peuvent être prévenus. Assurez-vous que les conseils à propos de la MSN et des risques du sommeil en commun ont bien été communiqués aux parents dans le cadre du plan de soutien familial.

## Formation de liens, attachement

La qualité de l'attachement parent-enfant est un prédicteur majeur du bon développement dans la vie de l'enfant sur le long terme, notamment pour son développement social, émotionnel et comportemental (NICE 2006). La théorie de l'attachement suggère que le développement d'un attachement de qualité dépend de la sensibilité du donneur de soin (son empathie) pour interpréter et répondre aux besoins exprimés par le nourrisson, lui créer un environnement bienveillant au sein duquel faire l'expérience de la sécurité, où ses sentiments pourront être accueillis et s'agencer (NICE 2006). L'attachement, les liens émotionnels, sont réciproques. Non seulement le comportement du nourrisson est influencé par celui de son donneur de soin, mais il peut lui-même influencer en retour le comportement de celui-ci. D'autres facteurs plus indirects peuvent aussi intervenir dans le développement de l'attachement, notamment la personnalité de la mère/du père, le niveau du soutien social et d'implication du parent.

L'attachement parent-enfant peut se révéler problématique pour les parents usagers de substances psychoactives et/ou d'alcool, à cause des effets que peut avoir la consommation de ces substances sur leur disponibilité émotionnelle, sur la santé du bébé, parce qu'ils peuvent être la cause d'une séparation avec lui, ou tout cela ensemble. Une évaluation de l'attachement émotionnel entre les parents et l'enfant devrait être conduite à chaque rencontre postnatale (NICE 2006). Les visites à domicile peuvent être l'occasion de faire valoir les mérites de l'attachement parent-enfant, et d'encourager les parents à développer leurs réseaux sociaux car cela influe positivement sur les interactions avec le nourrisson. Des sessions de formation, en groupe ou individuelles, destinées à faire connaître les bienfaits de l'attachement émotionnel et à développer les capacités des parents peuvent aussi leur être proposées. Le contact physique étroit, au moyen de porte-bébés type « kangourou » ou de massages doux, peut aussi améliorer les interactions et les comportements d'attachement (Underdown *et al.* 2009, NICE 2006).

## Dépression postnatale

Les troubles mentaux sont très fréquents chez les personnes qui ont des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives et/ou d'alcool (Department of Health 2007a). Anxiété, Syndrome de stress post traumatique (SSPT), troubles de la personnalité, antécédents d'abus sexuels et/ou de violences physiques, sont communément associés à une pharmacodépendance ou à une alcoo-

l'indépendance. La dépression postnatale touche environ 10–15 % des femmes qui accouchent (NICE 2006), et les femmes usagères de substances psychoactives et/ou d'alcool présentent un plus grand risque à cause de troubles mentaux passés ou présents, d'un possible isolement social et d'un faible soutien de la part du partenaire. Repérer les femmes à risques de dépression postnatale et les soutenir est très important. Une dépression postnatale non traitée risque d'avoir des effets néfastes sur les interactions parent-enfant et sur le développement du nourrisson (avec des troubles cognitifs et émotionnels). Les enfants de mères dépressives ont plus de risque de souffrir de troubles mentaux à l'adolescence et à l'âge adulte, et de fréquenter les services de santé mentale pour enfants et adolescents (NICE 2006). La dépression postnatale est généralement évaluée entre le 10<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> jour après la naissance, au moyen d'un test tel que l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg, *Edinburgh Postnatal Depression Score* (EPDS). Les auxiliaires à domicile et les médecins traitants sont formés à l'utilisation de ces outils pour améliorer le soin des femmes à risques de dépression.

La psychose puerpérale, forme la plus sévère des troubles psychiatriques postpartum, touche 1 ou 2 femmes sur 1000 (SIGN 2002). Elle apparaît en général tôt dans la période postpartum, au cours du premier mois, et est de nature affective en général (elle implique un trouble thymique grave).

Le personnel devrait prendre connaissance des recommandations cliniques utiles contenues dans les publications suivantes :

- Dépression postnatale et psychose puerpérale, *Postnatal Depression and Puerperal Psychosis* (SIGN 2002) ;
- Santé mentale prénatale\* et postnatale : prise en charge clinique et recommandations, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance* (NICE 2007a).

D'avantage d'informations sur les pratiques à suivre lorsque l'on travaille avec des parents souffrant de troubles mentaux et leurs enfants se trouvent dans :

- Penser enfant, penser parent, penser famille : un guide pour la santé mentale des parents, le bien-être et la sécurité de l'enfant, *Think child, think parent, think family: a guide to parental mental health and child welfare* (SCIE 2009).

## Risques de rechute

Dans la période postnatale, l'augmentation de la consommation de substances psychoactives et/ou d'alcool est fréquente. Pour les mères qui avaient réussi à réduire leurs consommations durant la grossesse ou même à se sevrer, le risque de rechute vers des niveaux ou des modes de consommations identiques à ceux antérieurs est élevé. Il y a plusieurs raisons à cela, notamment :

- envie de célébrer (!) ;
- penser qu'il est désormais possible de consommer ;
- soulagement d'avoir un bébé « normal » ;
- « baby blues » ou dépression postnatale ;
- stress d'avoir à s'occuper d'un nouveau-né (qui souffre peut-être de SSNN) ;
- soutien du partenaire ou de la famille qui laisse à désirer ;
- anxiété relative à la fonction de parents ;
- stress associé aux procédures et interventions des services de protection de l'enfance.

Il est important pour les professionnels de réaliser que les rechutes sont fréquentes. Réévaluer l'usage de substances et gérer les consommations de substances psychoactives et/ou d'alcool s'avère essentiel à cette période, de même qu'un soutien pour stabiliser la consommation et prévenir la rechute.

S'assurer que la femme et son partenaire sont engagés dans un suivi avec des services spécialisés dans la prévention des drogues et l'assistance psychologique et sociale peut être un aspect important du plan de soutien familial postnatal.

Le travail de prévention des rechutes (Witkiewitz et Marlatt 2004) peut consister en :

- aider les parents à comprendre la rechute en tant que processus et événement ;
- faire prendre conscience des situations à hauts risques et des facteurs conduisant à la rechute ;
- réfléchir à comment anticiper, éviter ou gérer les situations à hauts risques ;
- acquérir des capacités (cognitives et comportementales) pour mettre en place des stratégies de prévention de la rechute ;
- éduquer à la gestion du stress et de l'anxiété ;
- renforcer la confiance en soi et le sentiment d'efficacité personnelle (auto-efficacité) ;
- renforcer des stratégies positives existantes et d'autres traits de caractère positifs de la personne ;
- éduquer à des capacités sociales, de vie (ex : affirmation de soi, techniques de résistances et de dissuasion, activités alternatives à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool) ;
- diriger vers des groupes ou des réseaux de soutien orientés vers la rémission ;
- faire participer la famille proche et les amis pour soutenir un sentiment d'appartenance à une communauté (Meyers *et al.* 2005).

## Stockage sans danger des substances psychoactives et de l'alcool à la maison

L'arrivée d'un nouveau bébé est une bonne occasion de discuter des questions de sécurité à l'intérieur d'une maison et de discuter des modes de rangement sûrs des substances psychoactives et de l'alcool, même si cela a déjà été fait. Nombre de nourrissons et d'enfants sont morts ou passés près de la mort au Royaume-Uni pour avoir été exposés à des substances dangereuses par leurs parents. Plus de la moitié des cas d'empoisonnement d'enfants surviennent après qu'ils aient absorbé des médicaments ou d'autres substances trouvées dans la maison (Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2011).

Il faudrait indiquer à tous les parents usagers de substances psychoactives comment entreposer ces substances de manière sûre, hors de la vue et de la portée des enfants. Les parents devraient savoir que même une toute petite quantité de méthadone\* peut suffire à provoquer le décès d'un enfant, et qu'une attention médicale d'urgence sera requise en cas d'ingestion accidentelle d'une quelconque substance psychoactive\* par l'enfant. Le fascicule d'informations à destination des parents « Protéger les enfants de l'alcool et des drogues à la maison » (cf. annexe 2) contient d'avantage de conseils à ce sujet.

## ► L'UNITÉ KANGOUROU : UN IDÉAL POUR L'ACCUEIL DE LA MÈRE USAGÈRE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET DE SON BÉBÉ

MAÏCA REICHERT <sup>(1)</sup>, TAHIRA TAJANI <sup>(2)</sup>, MICHÈLE WEIL <sup>(3)</sup>

- (1) Sage-femme cadre supérieure,  
coordonnatrice du Réseau « Maternité et addictions »
- (2) Puéricultrice en Unité Kangourou\* au CHRU de Strasbourg  
et au Réseau « Maternité et addictions »
- (3) Pédiatre en Unité Kangourou\* au CHRU de Strasbourg,  
présidente du Réseau « Maternité et addictions »

Contact : [reseau.maternite-addiction@chru-strasbourg.fr](mailto:reseau.maternite-addiction@chru-strasbourg.fr)

Née dès 1979 en Colombie, destinée initialement aux enfants prématurés, devant l'insuffisance de moyens techniques, l'idée des Unités Kangourou (UK) repose sur un concept simple. Ces enfants, encore immatures comme les bébés kangourous à la naissance maintenus dans la poche ventrale maternelle, vont poursuivre leur maturation en portage peau à peau précoce, continu et prolongé contre leur mère.

En France, en 1987, l'équipe de l'hôpital Antoine Béclère à Clamart, sous l'impulsion de Michèle Vial, pédiatre, va s'approprier ce principe dans la perspective, cette fois-ci, d'une humanisation de l'accueil des nouveau-nés. En effet, certains enfants nécessitent des soins et un plateau technique spécifique jusque-là proposés dans le cadre d'un transfert en service de néonatalogie et donc d'une séparation d'avec leurs mères à la naissance ; séparation toujours vécue par les familles comme un drame, un échec générant angoisses et inquiétudes.

Outre les bénéfices médicaux tels que l'action du portage en peau à peau sur la thermorégulation, l'impact sur la morbidité et la mortalité, la diminution des infections nosocomiales et un allaitement maternel favorisé, il est reconnu aujourd'hui que ce type de soins a des effets positifs sur l'établissement du lien entre la mère et son enfant, dans ce cas fragile.

De nombreux travaux de psychanalystes concernant le lien mère-enfant, la théorie de l'attachement du psychanalyste anglais J. Bowlby entre-autre, mettent en avant l'importance de la construction de ce lien pour le développement harmonieux de l'enfant et les perturbations potentiellement graves qui peuvent survenir lorsque ce lien est entravé notamment par la séparation à la naissance.

L'Unité Kangourou\* telle qu'elle est conçue en France repose finalement bien plus sur une philosophie et une réflexion sur les soins prodigués que sur une spécificité véritablement « technique » ou organisationnelle. Son principe repose sur un postulat simple : non séparation de la mère, des parents avec cet enfant même si celui-ci nécessite des soins pédiatriques de niveau 2, rendre compatible technicité et humanisation.

Encore dit autrement, au lieu de « déplacer » cet enfant dans un autre service que celui où est hospitalisée sa mère, c'est le service de néonatalogie qui est « translaté » et intégré en maternité afin de garantir la non séparation des parents avec ce nouveau-né. Les soignants se déplacent vers le patient et non pas l'inverse.

La maman hospitalisée et le père « accompagnant » dans la même chambre en maternité que leur enfant seront de fait de véritables partenaires et interlocuteurs de l'équipe soignante. L'équipe pédiatrique elle, aura à s'adapter en permanence à ces interlocuteurs et à leur parcours personnel de parents.

D'un point de vue administratif, l'organisation et le fonctionnement d'une Unité Kangourou\* se réfère à une hiérarchisation des niveaux de soins et d'une organisation en réseau défini dans les décrets du 9 octobre 1998.

Les maternités françaises sont classées en 3 niveaux, selon leurs possibilités de prise en charge du nouveau-né.

- Les maternités de type 1 ne disposent pas de structure pédiatrique et accueillent donc le suivi des grossesses et accouchements à bas risque sans pathologie.
- En cas d'apparition de pathologies, l'organisation en réseau et les relations fonctionnelles établies avec des maternités de type 2 ou 3 vont aboutir à un relais de prise en charge.

Les soins dispensés aux nouveau-nés en maternité sont définis de manière réglementaire en fonction du nombre et de la spécificité du personnel para-médical, du degré de disponibilité d'un pédiatre et du plateau technique existant.

Là aussi, 3 niveaux de soins pédiatriques sont définis en fonction de ces critères : A, B et C. Une maternité de type 2 pouvant ainsi, par exemple, être de type 2 A ou 2 B.

Administrativement, en France, il n'existe pas de textes officiels définissant clairement l'Unité Kangourou\*, il y a donc une disparité concernant les pratiques, l'organisation, le fonctionnement et les objectifs de prise en charge. Néanmoins, dans la réalité, une Unité Kangourou\* correspond à un niveau de soin de type 2 ou 3 et équivaut à un niveau de soin de type néonatalogie. Le statut administratif de l'enfant sera d'être hospitalisé en néonatalogie et entraînera le codage de pathologies ou d'actes médicaux et leur facturation.

Le Réseau maternité et addictions (RMA), qui existe depuis 10 ans, est historiquement né de professionnels impliqués dans l'Unité Kangourou\*. En effet, ces services hospitaliers, qui prennent conjointement en charge la mère et l'enfant, nous ont permis de rencontrer à partir du début des années 2000 des femmes ayant un traitement substitutif aux opiacés.

À partir de ces rencontres est née une réflexion et une organisation de soins qui commence par l'accueil des femmes addictives dès le début de la grossesse si possible, dans le cadre d'un suivi proposé par le Réseau maternité et addictions et qui se poursuit après l'accouchement par le séjour en Unité Kangourou\*, véritable pierre angulaire de cette prise en soins avant d'être relayé vers les professionnels extra hospitaliers.

Pendant la grossesse, c'est autant par le versant médical que par l'instauration d'un lien de confiance avec les professionnels de santé, que la maman sera en capacité d'accueillir et de soutenir son enfant. Le RMA va constamment épauler les équipes hospitalières qui elles-mêmes accompagneront la maman.

Le suivi obstétrical est celui d'une grossesse à haut risque avec consultations rapprochées, surveillance intensive de grossesse avec enregistrement cardiotocographique à partir de la 28<sup>e</sup> semaine, des échographies référées avec suivi biométrique. Sont présents l'addictologue pour adapter le traitement dans une optique de réduction des risques\*, l'obstétricien, la sage-femme, le psychiatre pour évaluer d'éventuelles comorbidités, et bien entendu les travailleurs sociaux, autant d'interlocuteurs indispensables pour aborder la complexité des situations de ces futures mères.

Plus tard dans la grossesse, l'entretien avec le pédiatre et la visite de la salle de naissance et de l'Unité Kangourou\*, permettent d'aborder le séjour hospitalier redouté par ces usagères avec plus de sérénité. Le syndrome de sevrage\* sera abordé et son traitement, par nursing et par médicaments, expliqué.

Il est important pour le pédiatre de rappeler que l'éventualité de survenue d'un syndrome de sevrage\* n'est pas augmentée par une majoration des posologies de traitement de substitution pendant la grossesse, car cette majoration peut être indispensable pour le bien être maternel et la lutte contre l'accouchement prématuré. Il est fondamental que ce soit le médecin des enfants qui valide cette recommandation souvent difficile à accepter par les patientes.

## CULPABILITÉ ET SÉPARATION

Devenir mère pour ces femmes est une perspective qui change leur manière de penser, leur rapport au produit ou au traitement de substitution. Consommer le produit quel qu'il soit, n'engageait auparavant qu'elles, leur corps, dans son bien ou mal-être, leur plaisir ou leur souffrance. L'usage, le mésusage du produit n'avait de conséquence que sur elles.

Lors de la maternité, il existe cet autre en elles qui grandit et s'impose à elles par les transformations physiques de la grossesse.

Elles ont toutes, à un moment ou à un autre de leur parcours, connu « le manque ». Cet état d'inconfort extrême qu'elles redoutent. La perspective d'avoir un enfant qui pourrait connaître ce manque est angoissante.

Question récurrente aux professionnels qui revient tout au long de la grossesse et après la naissance « *Est-ce que mon enfant va faire un syndrome de sevrage\*?* ».

Un sentiment de culpabilité naît pratiquement toujours pendant la grossesse et peut se développer à la naissance de leur enfant. Une séparation exacerbe ce sentiment puisqu'elles sont impuissantes à calmer les pleurs de leur enfant.

La perception de la mère pourrait être : je suis condamnée à une double peine : « *je suis responsable de l'état de mon bébé, et on me punit en me séparant de lui* » ...,

Au vu des risques liés à ces grossesses, l'enfant peut naître prématurément, hypotrophe, ou avec des malformations, une autre culpabilité peut alors se rajouter. Culpabilité de n'avoir pas réussi à mener la grossesse à terme, d'avoir un enfant trop petit, d'avoir consommé de l'alcool, du tabac pendant la grossesse....

Le séjour en Unité Kangourou\* après la naissance est au minimum d'une semaine. Il permet, outre les soins pédiatriques, l'anticipation de la sortie dans de bonnes conditions. Une évaluation du lien mère-enfant, de la capacité maternelle, de son entourage et quelquefois la tenue d'une réunion de synthèse, quand la situation est complexe, vont permettre d'orienter et de consolider ce retour post hospitalier. Les étayages sont choisis en fonction de la situation : simple relais avec la Protection maternelle et infantile, le pédiatre, le médecin généraliste, l'assistante sociale, avec ou non mise en place d'une TISF (technicienne de l'intervention sociale et familiale) ou plutôt hospitalisation à domicile, voire unité mère-nourrisson en psychiatrie, parfois aussi maison maternelle.

Pour la femme elle-même, le relais, avec son accord, avec les intervenants de la ville peut être soigneusement établi : addictologue et pharmacien, contraception, accueil en maison maternelle ou par une équipe de CHR (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale), médecin généraliste, CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) ...

## L'Unité Kangourou\* et son fonctionnement au quotidien

**D**ans cette unité, la maman est au centre du soin : c'est l'unité de néonatalogie qui se transporte au cœur de la maternité avec son personnel qualifié, de l'aide puéricultrice à la cadre avec des pédiatres néonatalogistes qui dépendent du pôle de pédiatrie. Il existe une véritable symbiose entre les équipes de maternité et l'équipe de pédiatrie, les soins à la mère et l'enfant pouvant au cours du nyctémère, être groupés aux mêmes moments pour respecter au maximum le rythme veille/sommeil de la dyade et sont effectués par un trinôme travaillant en lien étroit : la sage-femme, la puéricultrice, l'aide-soignante ou auxiliaire de puériculture.

En pratique, l'UK\* se compose de vastes chambres regroupées non loin d'une unité centrale plateau technique, bureau, pouponnière. Ces chambres, confortables pour la maman (salle de bain, douche, toilettes individuelles) contiennent également tout ce qui est nécessaire pour accueillir et soigner bébé : un plan de travail intégrant lave-main, table à langer et baignoire avec rampe chauffante, fluides médicaux disponibles et enfin, une place suffisante pour une couveuse fermée. Scope et pousse seringue peuvent y être utilisés.

La vie familiale y est facilitée par la présence de fauteuil, d'un téléviseur, d'un réfrigérateur et même d'un lit pliant pour le papa s'il désire partager le quotidien et les soins avec sa compagne. Les autres enfants et les grands-parents sont les bienvenus.

Dans cette chambre accueillante, où la maman vit en permanence avec son enfant, les soins du post-partum et les soins à l'enfant sont effectués en harmonie. L'allaitement

y est favorisé et facilité par la proximité entre la maman et son bébé. Le choix de l'allaitement maternel ou artificiel est discuté en anténatal. Bien souvent les mères, lorsqu'elles ont un traitement de substitution aux opiacés, imaginent d'emblée que cela leur sera impossible. L'ensemble des études et publications sont unanimes pour ne pas contraindre mais plutôt recommander l'allaitement maternel quelque soit la posologie du traitement de substitution, qu'il s'agisse de buprénorphine HD ou de méthadone\*, même avec une posologie élevée.

Les quantités de traitement opiacé ingérées par l'enfant lors de l'allaitement sont extrêmement faibles et bien insuffisantes pour traiter un syndrome de sevrage\*. Au contraire, le fait de pouvoir allaiter est très bon pour l'estime de soi maternelle, pour renforcer le lien mère-enfant et pour contribuer à rassurer l'enfant.

Lorsque ceci est expliqué en anténatal, dans notre expérience 70 % des femmes allaitent leur enfant à la naissance.

La prudence est néanmoins de mise lorsqu'il y a poly consommation et particulièrement un mésusage de benzodiazépines, mais cette question nécessite une évaluation anténatale attentive.

L'Unité Kangourou\* est pour la mère un lieu où on s'occupe de son bébé mais aussi d'elle, comme dans tout service de maternité. Elle n'est pas en visite, on lui demande chaque jour comment elle va, ce qu'on peut faire pour elle. On s'adapte à son état d'esprit du jour et à son vécu de mère. Pour le soignant qui l'accompagne cela engendre une proximité, il apprend à la connaître et à repérer les moments de fragilité pour l'aider au mieux.

Dans le cas d'une mère usagère de substances, cette mixité avec des mamans de bébés prématurés, infectés, hypotrophes ...accueillis en Unité Kangourou\* lui permet aussi de se sentir comme toutes ces mamans dont le bébé nécessite des soins spécifiques. L'examen initial du pédiatre est un moment très attendu : il va permettre de mettre en évidence un examen normal dans la plupart des situations, de montrer les compétences du nouveau-né et de renforcer l'estime de soi chez la maman usagère, souvent culpabilisée, qui peut être enfin fière d'avoir réussi un si joli bébé. L'examen en chambre permet la confidentialité et permet à la mère de poser librement toutes les questions. Cette naissance, même si la culpabilité et la peur sont présentes aussi, est souvent vécue comme un cadeau dans un parcours de vie souvent chaotique fait de rupture, de violences. Cet enfant représente souvent la fierté d'avoir réussi quelque chose. « J'ai enfin fait quelque chose de bien ».

Il peut arriver que dans certaines situations il y ait inadéquation entre le mode de vie habituel de la mère, (en cas de parcours particulièrement chaotique, de périodes d'errances, de comorbidités psychiatriques par exemple) et une certaine rigueur nécessaire pour s'adapter au rythme et besoins de l'enfant ainsi qu'au cadre de la vie hospitalière.

Ces situations nécessitent alors un suivi rapproché, une tenue très précise et factuelle du dossier médical au quotidien qui sera le support, la base d'un dialogue pouvant aboutir à un compromis de « vie commune ». La temporalité différente dans laquelle sont les uns et les autres (patiente, bébé, équipe) est à prendre en compte et nécessite souvent des réajustements successifs.

La surveillance du nouveau-né passe par l'établissement pluri-quotidien de scores (Finnegan). L'observation de l'enfant se fait conjointement par la maman et la puéricultrice, en toute transparence, quand l'enfant est changé, repu, au calme.

Pour ces mères, comme toutes les autres, la transparence concernant les informations et les transmissions est très importante. L'évaluation du syndrome de manque en est le parfait exemple ; expliquer différents signes observés, pour la cotation du score de Finnegan, leur permet d'être actrice aussi du bien être de leur bébé. Il est primordial de les inscrire au centre de ce soin et de valoriser ce partenariat.

Le rythme de cette surveillance n'est pas figé et est adapté à l'intensité des signes de sevrage : de biquotidien si l'enfant est calme, il peut être accéléré si l'enfant commence à être agité.

Le soin au nouveau-né de mère usagère permet de rassurer l'enfant, de le calmer et d'atteindre un état de bien-être : respect des rythmes spontanés, pas de réveil intempestif, maintien au chaud, au calme, diminution des stimulations sonores, lumière tamisée ; les couveuses sont souvent mal supportées en dehors des toutes premières heures de vie. Si l'emploi de la couveuse est nécessaire, l'enfant doit être bien contenu.

L'enfant est maintenu le plus possible au contact de sa mère, peau à peau, notamment grâce à des bandeaux au lit ou même en ambulatoire grâce aux écharpes. La proximité physique est le principal intérêt de l'Unité Kangourou\*. L'enfant reste auprès de sa mère qui a la possibilité de calmer elle-même son bébé. Le principe de réciprocité est valorisant pour la maman. Lorsque son bébé pleure elle a la capacité de le porter, le câliner, le nourrir et de répondre efficacement aux besoins de son bébé. Les signes d'apaisements de son bébé, valorisés par les professionnels, lui indiquent qu'elle est tout simplement capable de répondre à ses besoins.

Dans la mesure où ce sont elles qui vivent avec leur bébé et l'observent le plus souvent, elles sont les plus à même à évaluer ces signes. Mieux que toute autre personne, c'est son bébé qui valorise au mieux ses compétences. Le soignant est simplement là pour lui faire toucher du doigt les réactions de son bébé et l'accompagner dans les soins à son enfant, sans se substituer à elle. Le soignant est là pour l'aider à découvrir ce que lui dit son enfant dans les premiers jours de vie pour que, grâce à son observation personnelle, elle réussisse à décoder son langage et qu'elle soit progressivement en mesure d'expliquer au soignant ce qu'il essaye de dire. D'observatrice, elle passe à traductrice (ce qui la met aussi dans une position de « savoir » par rapport au soignant).

Quand la maman n'est pas disponible, ou que l'équipe prend le relais, l'emballage rassure l'enfant en le contenant.

L'alimentation est adaptée aux besoins importants de ces enfants : on n'hésite pas à leur proposer sein ou biberon plus souvent, autant qu'ils le désirent et ce d'autant que leur courbe de poids est souvent « poussive » : une courbe plate pendant plusieurs jours n'est pas anormale si l'enfant mange correctement, urine et a un transit régulier. Il faut simplement surveiller et la sortie peut être autorisée avec étayage : la courbe va démarrer plus tardivement son ascension.

Si le bébé commence à s'agiter à quelques heures de vie, à un moment où souvent la maman est peu présente car elle vient d'être installée dans sa chambre, s'occupe

d'elle-même après l'accouchement ; s'il est petit et un peu « refroidi », il est souvent placé en incubateur : il ne faut pas d'emblée croire au début d'un syndrome de sevrage\* grave et transférer l'enfant en néonatalogie traditionnelle. Il s'agit souvent d'un état transitoire qui s'apaise aussitôt que l'on le prend calmement dans les bras, que l'on lui donne à manger, que l'on le place contre sa maman. Bien des transferts inopinés et hâtifs reposant sur l'histoire de la patiente, sur les représentations des équipes, sur le manque de connaissance de la pharmacologie des opiacés, ont entraîné des traitements prolongés des nouveau-nés par opiacés, des durées d'hospitalisation extrêmement longues de bébés endormis buvant mal et des mères culpabilisées par le regard des soignants dont les visites s'espacent en néonatalogie.

Le véritable syndrome de sevrage\* survient habituellement après la 48<sup>e</sup> heure de vie (et même nettement plus tard s'il y a un usage conjoint de benzodiazépines et de psychotropes). Il est étayé par des scores élevés au Finnegan, au moins deux fois à quelques heures d'intervalle. Il doit être pris en charge immédiatement et d'abord par des moyens non médicamenteux : renforcement de l'alimentation, portage continu (maman ou aide des soignantes), emmaillotage, parfois un peu de paracétamol et de solution sucrée *per os*.

Si malgré cette prise en charge le score reste élevé, il y a une indication de traitement par solution morphinique orale tout en continuant le nursing Kangourou. Les éléments de gravité, parmi les éléments du score, sont l'existence de troubles de l'alimentation et de fièvre. Le traitement morphinique doit être administré par 4 heures, de préférence sans réveiller un enfant qui dort. L'augmentation des doses est parfois nécessaire et l'équilibre est parfois difficile à atteindre entre calme et sédation trop forte. La décroissance du traitement peut être débuté quand l'enfant se calme et recommence à manger. Dans les cas où le traitement morphinique est nécessaire, il faut renforcer le soutien à la mère, qui vit souvent très mal ce traitement qui renforce sa culpabilité.

Le tableau suivant résume l'expérience du RMA en partenariat avec les Unités Kangourous du Bas-Rhin. Pour exemple, sur 5 années, 280 enfants de mères dépendantes aux opiacés ont été prises en soin. Le taux de recours au traitement opiacé chez l'enfant a été globalement très faible, comparé aux chiffres publiés (de 50 à 70 %). Il est de 6 % en moyenne sur les 5 dernières années et de plus les enfants concernés sont, pour la très grande majorité d'entre eux, des nouveau-nés qui ont été transférés en soins intensifs ou réanimation pour des raisons médicales (prématurité, détresse respiratoire, infections).

	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de nouveaux-nés exposés aux opiacés <i>in utero</i>	57	60	61	48	54
Prématurité	5 %	13 %	18 %	15 %	10 %
% enfants traités par morphiniques	7	3	5	7	6

La durée d'hospitalisation pour l'enfant de mère usagère d'opiacés est nettement augmentée en cas de recours au traitement morphinique : de 10 jours en moyenne en Unité Kangourou\* contre 20 jours en néonatalogie traditionnelle.

Ces résultats, très encourageants en termes de faible recours à un traitement opiacé pour le bébé, reposent en partie sur le séjour périnatal en Unité Kangourou\*.

D'une manière générale, il est possible de résumer notre approche de la manière suivante : le portage ou « holding » des mères par les équipes, permet le « holding » de l'enfant par la mère. Le résultat : des mères sécurisées au maximum de leurs capacités, très peu de placements demandés par des équipes ayant tissé des liens de confiance avec les femmes.

Plus précisément, les résultats présentés sont à notre sens le fruit d'un travail à plusieurs niveaux : un accompagnement anté-natal pluridisciplinaire, spécialisé et coordonné ; des femmes et des couples confiants envers les professionnels rencontrés ; des équipes hospitalières formées et soutenues fortes d'une réelle expérience et compétentes pour la prise en soins de ces patientes.

## Bibliographie

- ANDERSON G.C. «Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants». *J Perinatol*, 1991; 3, 216-226.
- FRANCOUAL C., BOULEY A.M., CARLUS C., VIAL M., WALLET A. « Comment soigner un nouveau-né malade près de sa mère ». In *20<sup>es</sup> Journées nationales de médecine périnatale*, Arnette, Paris, 1990 : pp. 71-83.
- VIAL M. « L'environnement du bébé hospitalisé : comment l'améliorer » ? In : *Le bébé à l'hôpital*, Syros, Bordeaux, 1995 : pp. 53-67.
- WHITELAW A., SLEATH K. «Myth of the marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia». *Lancet*, 1985; 1, 1206-1208.
- PEZZOLO S., LANG J.P., WEIL M., REICHERT M. « Psychotropes et traitements de substitution au cours de la grossesse et de l'allaitement ». *Courrier des Addictions [Le]* 2007, 9, (1), p.29-30.
- REICHERT M., WEIL M. « Maternité et addictions en Alsace : exemple de prise en charge pluridisciplinaire ». *Courrier des Addictions [Le]*, 2007,9 3), p.102.
- LANG J.P., REICHERT M., WEIL M. « Procréation médicalement assistée chez un couple dépendant d'opiacés ». *Alcoologie et Addictologie* 2009, 31(2), 155-158.
- REICHERT M., WEIL M., LANG J.P. « Prendre en soin une femme enceinte usagère de substances psychoactives en Alsace : le réseau maternité et addictions », *Psychotropes*, vol. 16 n° 3-4, 2010, pp. 33-46.



# ÉVALUATION PENDANT LA GROSSESSE DE LA CAPACITÉ PARENTALE LIÉE À LA GARDE DES ENFANTS

---

• Protéger les enfants .....	245
• Stratégies d'intervention précoce .....	246
• Favoriser les facteurs de récupération, de résilience et de protection .....	246

---

**B**eaucoup de femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives s'inquiètent du fait qu'elles seront orientées vers les services sociaux ou que leur bébé sera signalé aux services sociaux uniquement parce qu'elles consomment des drogues ou de l'alcool. Soulever ce sujet assez tôt et discuter ouvertement de leurs préoccupations favorisera une relation de confiance et les aidera à surmonter leurs craintes (NICE 2010a). Il est important de rassurer les femmes sur le fait qu'un usage de substances psychoactives problématique n'est pas, *en soi*, une raison suffisante pour supposer des capacités parentales ou des capacités inadéquates de garde d'enfants. Elles ont cependant besoin de savoir que s'il y a des interrogations particulières quant à la sécurité ou le bien-être de l'enfant, les travailleurs sociaux auront peut-être besoin de faire une évaluation et de s'impliquer, mais que cette politique est la même pour tout le monde, qu'ils soient ou non consommateurs d'alcool ou de drogues. Cet avis est inclus dans le dépliant d'information *Enceinte ... et consommatrice de drogues et d'alcool* (cf. annexe 4).

Beaucoup de facteurs différents influent sur la santé et le développement des enfants. La consommation de drogues et d'alcool par les parents n'est qu'un de ces facteurs. Les résultats des recherches actuelles ne soutiennent pas l'hypothèse suivant laquelle l'usage de substances à risque par les parents entraînera automatiquement la négligence ou la maltraitance des enfants (Scottish Executive 2003, Kroll et Taylor,

2003, Templeton *et al.* 2007). Cependant, les compétences parentales sont souvent compromises et un signalement à l'aide sociale à l'enfance est courant dans les familles où l'usage maternel ou paternel de substances psychoactives est problématique, le plus souvent à cause d'un constat de négligences (ACMD 2003, Kroll et Taylor, 2003, Barnard et McKeganey 2004, Forrester 2007, Rue *et al.* 2008, Cleaver *et al.* 2010). Les nourrissons, en particulier, sont vulnérables aux effets de la négligence physique et émotionnelle, qui peuvent être néfastes sur leur développement à long terme (ACMD 2003).

Il est important de se rappeler que « se libérer » des drogues ne devrait pas être une exigence pour que les parents puissent garder leurs enfants ou pour être considérés comme « bons » parents. Les parents qui arrêtent d'utiliser des drogues ou qui contrôlent leur consommation d'alcool ou de drogues ne sont pas nécessairement de meilleurs parents ou des parents plus sûrs. Certains parents présenteront des capacités parentales défaillantes pour d'autres raisons que leur usage de substances psychoactives, dans la mesure où de nombreux facteurs de risque se manifestent aussi dans des familles non-usagères de drogues (Sidebotham 2001, le *Scottish Executive* 2003, Templeton *et al.* 2007, Cleaver *et al.* 2010). Cependant, la consommation fluctuante de drogue ou d'alcool et un style de vie désorganisé peuvent affecter la sécurité, la santé et le développement des enfants d'une multitude de manière et représente un facteur à toujours prendre en considération.

Les problèmes de garde d'enfants qui ont été associés à l'usage parental problématique de substances psychoactives (ACMD 2003, Kroll et Taylor, 2003, Cleaver *et al.* 2010) comprennent :

- hygiène incohérente ;
- supervision inadéquate ;
- manque de stimulation ;
- logement inadéquat et dangereux ;
- isolement social et stigmatisation ;
- exposition à la violence et à un comportement criminel ;
- négligence ou abus émotionnels ou physiques.

Ayant pour conséquences :

- retard de croissance ;
- blessures accidentelles ;
- difficultés émotionnelles ;
- difficultés comportementales ;
- mauvaise intégration sociale ;
- retard du développement cognitif et retard de scolarité.

Les professionnels qui sont impliqués auprès des enfants et des familles ont besoin de se rappeler qu'une bonne communication et une bonne collaboration entre les services sont essentielles. Il est important d'obtenir très tôt le consentement des parents et de partager des informations avec d'autres professionnels et d'autres organismes. Par ailleurs, aucun professionnel ne peut garantir la confidentialité absolue dans la mesure où la loi autorise le partage des informations dans certaines circonstances.

L'évaluation des risques dans la promulgation des soins à l'enfant devrait couvrir des questions telles que les compétences parentales, la sécurité de l'enfant, ainsi que son développement physique, cognitif, affectif et social. Les travailleurs sociaux spécialisés dans la drogue et l'alcool qui manquent d'expertise dans les domaines des soins à l'enfance et de la parentalité devraient consulter et impliquer d'autres professionnels et d'autres organismes ayant cette expertise. De même, les services d'aide à l'enfance devraient consulter des spécialistes de l'usage d'alcool et de drogues pour évaluer la nature et l'étendue de l'usage de substances psychoactives par les parents et comment cela impacte, ou est susceptible d'impacter, le bien-être de l'enfant. Des conseils d'orientation sont disponibles sur le travail en commun entre les services de traitement de la toxicomanie et de l'alcool et les services de l'enfance et de la famille -

voir DCSF / Ministry of Health / NTA (2009). La brochure d'orientation écossaise (2003) « Bien définir nos priorités : Guide des bonnes pratiques pour travailler avec les enfants et les familles affectées par l'abus de substances psychoactives », *Getting Our Priorities Right : Good practice Guidance for working with Children and Families affected by Substance Misuse*, comprend également une liste de contrôle utile pour recueillir des informations sur l'utilisation de substances psychoactives et son impact sur les capacités parentales (à télécharger depuis [www.scotland.gov.uk](http://www.scotland.gov.uk)).

## Protéger les enfants

Le bien-être de l'enfant est notre première préoccupation. Tous les professionnels travaillant avec des femmes enceintes et des familles touchées par la consommation problématique de substances psychoactives devraient se familiariser avec les procédures locales des relations entre les services concernant la protection de l'enfance.

Le processus d'évaluation peut soulever des préoccupations quand la femme ou son partenaire :

- ont des problèmes sociaux multiples ou complexes ;
- ont un style de vie désorganisé qui fait qu'ils échouent de manière répétée à se présenter aux consultations prénatales\* ;
- se rendent aux consultations, mais sont à plusieurs reprises en état d'ébriété ou handicapés par les effets de l'alcool ou des produits ;
- ont de graves problèmes de santé mentale ;
- ont été sous le coup de plusieurs ou de graves condamnations pénales ;
- disposent d'un habitat inadéquat qui pourrait être dangereux pour un bébé ;
- ne disposent pas des biens matériels nécessaires pour un bébé ;
- ont déjà été mentionnés au travail social concernant leurs aptitudes parentales ;
- ont des enfants déjà placés dans des familles d'accueil ;
- ont des enfants déjà signalés à la protection de l'enfance ;
- ont déjà eu des enfants relogés par les autorités locales ;
- ont déjà eu des enfants adoptés par d'autres familles ;
- ont fait l'objet d'un constat de violence conjugale ;
- sont socialement isolés, sans réseau de soutien social.

Les professionnels qui sont préoccupés par la situation peuvent envisager de prendre une ou plusieurs des mesures suivantes :

- entrer en contact avec une association travaillant avec les enfants et les familles touchés par la consommation de substances psychoactives. Les parents utilisant de telles substances perçoivent les associations de bénévoles comme plus acceptables et moins « stigmatisantes » ou menaçantes que les services sociaux. Les praticiens qui travaillent dans ces associations peuvent offrir un soutien parental intensif ;
- discuter de leurs préoccupations avec la sage-femme ou l'infirmière effectuant les consultations ou un médecin généraliste ;
- prendre contact avec un responsable du service chargé de la protection de l'enfance pour discuter de leurs préoccupations ;
- contacter les services sociaux locaux pour discuter de leurs préoccupations et leur demander conseil ;
- encourager la femme enceinte et son partenaire à se rapprocher de leur propre initiative des services sociaux pour chercher de l'aide et demander conseil ;
- s'adresser aux services sociaux et en discuter avec les parents.

S'il y a un risque important pour la santé du bébé et pour son développement, les professionnels doivent prendre toutes les mesures nécessaires et s'adresser aux services sociaux. Des dommages peuvent résulter de mauvais traitements ou de l'absence de soins adéquats. La protection des enfants est une responsabilité commune à plusieurs services, mais c'est aux travailleurs sociaux que revient la responsabilité légale dans l'évaluation des risques et dans l'organisation d'éventuels plans de protection des enfants. L'évaluation du travailleur social, tout en reconnaissant les besoins et les droits des parents, se concentrera principalement sur les besoins et le bien-être de l'enfant. Dans certaines situations, il y aura conflit entre les besoins et les souhaits des parents et le bien-être de l'enfant.

Tout signalement aux services sociaux ou toute discussion avec eux doivent être traités de manière sensible. Il est important de souligner à la mère et à son partenaire que l'implication du travailleur social est souvent positive et utile. Chaque fois que c'est possible, le travailleur social se doit de promouvoir l'éducation des enfants par leurs familles. Le retrait obligatoire et permanent des enfants à leurs familles est rare, même lorsque les organismes sont préoccupés par le bien-être de l'enfant (*Scottish Executive*, 2003).

Il peut arriver que les services sociaux soient suffisamment préoccupés par le risque qu'encourt le futur bébé pour justifier la mise en œuvre de procédures de protection de l'enfant et convoquer une réunion visant à envisager la nécessité de ce plan de protection. Si une telle réunion est organisée, idéalement, elle doit avoir lieu aux alentours de la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse afin que les mesures puissent être mises en place à temps pour la naissance du bébé.

## Stratégies d'intervention précoce

Pour les familles « préoccupantes », mais pas formellement « à risque », les professionnels devraient s'impliquer auprès des parents et intervenir rapidement. Une série d'interventions peut être utile pour les enfants et les familles vulnérables (*Cabinet Office* 2008). Il s'agit notamment d'un soutien à la parentalité :

- en offrant un soutien affectif ainsi que la possibilité de parler de toutes les tensions ou de toutes les inquiétudes ;
- en discutant des rôles et des responsabilités parentaux ;
- en développant les compétences, les attributs et les ressources existants des parents ;
- en promouvant un mode de vie plus sûr et plus stable ;
- en enseignant des stratégies pour développer les liens affectifs entre la mère et l'enfant ;
- en offrant ou en organisant un soutien pratique à la famille ;
- en enseignant de bonnes techniques de jeu et d'activités parents/enfants ;
- en discutant avec les parents de stratégies pour la gestion du comportement de leurs enfants ;
- en apprenant aux parents à évaluer les besoins de développement de leurs enfants ;
- en engageant les familles dans des activités où les enfants peuvent découvrir des modèles positifs ;
- en aidant les parents à développer des routines familiales, des règles et des limites avec leurs enfants.

## Favoriser les facteurs de récupération, de résilience et de protection

La majorité des femmes enceintes et des parents ayant des problèmes d'usage de substances psychoactives peuvent développer de bonnes compétences parentales et de soins à l'enfant si on leur apporte le soutien nécessaire au bon moment. Une « approche écologique » et des modèles d'intervention fondés sur le renforcement des capacités individuelles sont connus pour être plus efficaces

(Sidebotham 2001, Velleman et Templeton 2007, le *Cabinet Office* 2008). Il s'agit d'adopter une approche holistique\* et d'identifier les forces et les faiblesses chez l'individu, dans la famille et dans l'environnement, puis d'aider à promouvoir les forces individuelles et à diminuer les faiblesses de départ (*Cabinet Office* 2008). Cette approche développe la résilience, le renforcement des facteurs de protection, et l'établissement d'une perspective plus large d'insertion sociale. La parentalité est tout autant une question de voisinage, de réseaux sociaux et d'environnement social qu'un attribut individuel. Des recherches récentes soulignent à quel point il est important d'observer la famille dans son ensemble (*Cabinet Office* 2008), et de se concentrer sur le renforcement des relations de soutien positives et des réseaux sociaux – du « capital social » (Velleman et Templeton 2007). Les services sociaux destinés aux adultes comme aux enfants ont un rôle à jouer en aidant à la construction des ressources, de la résilience, de la stabilité et de l'intégration sociale familiale.

Les professionnels engagés dans la prise en charge des femmes enceintes et de leurs partenaires peuvent promouvoir des comportements de protection lors des entretiens, avant et après la naissance du bébé :

- l'importance de subvenir à tous les besoins de base de l'enfant : alimentation, vêtements, chaleur, hygiène personnelle, confort, sécurité, éveil, activités appropriées à l'âge, etc. ;
- l'importance des rendez-vous santé de l'enfant avec le médecin traitant, l'infirmière à domicile et le pédiatre ;
- l'importance d'une surveillance appropriée des enfants – les périodes d'intoxication et de sevrage peuvent être des moments pendant lesquels une surveillance optimale ne peut être offerte et pendant lesquels les parents devront veiller à ce qu'un autre adulte responsable soit disponible ;
- l'importance d'établir et de maintenir des procédures et de faire en sorte que la maison soit un environnement sécurisé et sain pour l'enfant ;
- l'importance de la recherche de soutiens en période de stress : famille, amis et professionnels ;
- décrire les problèmes potentiels, tels qu'un mode de vie chaotique, d'autres amis ou résidents consommant des substances psychoactives, l'achat de drogues, la violence domestique ou dans le voisinage, le trafic de drogues et les comportements délinquants qui peuvent mettre l'enfant en danger ;
- discuter du stockage sécurisé d'alcool et de drogues à la maison, y compris le stockage sécurisé des médicaments, le stockage et l'élimination sécurisés du matériel d'injection, les risques d'ingestion et d'overdose de médicaments, comment faire face aux urgences médicales, etc. ;
- promouvoir des contacts réguliers et une implication des membres de la famille et des amis qui ne se droguent pas.

Une perspective plus large d'insertion sociale pourrait inclure une aide des parents face aux problèmes financiers et de budgétisation, aux problèmes de logement, aux problèmes juridiques, à la formation, à l'éducation et à l'emploi. Il est difficile pour les parents de se concentrer sur leur rétablissement s'ils sont inquiets de pouvoir garder un toit sur leur tête, ou s'ils sont menacés d'emprisonnement, ou s'ils ont peur de ne pas pouvoir fournir un repas à leurs enfants. Un programme global de soutien qui prenne en compte les besoins plus larges de la famille est nécessaire.

Enfin, il est important de rappeler que la grossesse est un événement particulier dans la vie d'une femme ayant des problèmes d'usage de drogues psychoactives, permettant aux professionnels de pouvoir offrir un traitement et des soins qui pourraient autrement ne pas être acceptés. La philosophie de l'approche et les principes de la gestion devraient être globalement les mêmes que pour n'importe quelle autre femme enceinte dans des circonstances particulières et ayant des besoins supplémentaires. La recherche sur les pères et sur la paternité au cours des dernières décennies a également mis en évidence les besoins

des pères dans le rôle parental, la garde des enfants et la vie familiale (Lewis et Lamb 2007). L'inclusion des pères dans les services de protection de la grossesse, de la parentalité et de l'enfance est maintenant comprise comme étant essentielle, et pas seulement optionnelle, et contribue à la réalisation d'une approche de la famille en tant que totalité.