



GUIDE DES BONNES PRATIQUES

-
- Le processus de prise en charge 116
 - 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
 - > Des troubles évitables, des pratiques efficaces de prévention . 122
 - > Comment repérer et intervenir en France en 2013 ? 124
 - ▶ **Les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes** 128
 - > Introduction 128
 - > Méthode 129
 - > Résultats 130
-

Cette section du livre propose des « bonnes pratiques » pour travailler avec les femmes enceintes et leurs partenaires qui consomment des substances psychoactives. Elle vise à compléter d'autres recommandations existantes et à mettre en évidence les éléments clés du processus de soin.

Le processus de prise en charge

Il est important que tous les professionnels en contact avec des femmes usagères de substances psychoactives proposent un « processus de soins » délimité, de la préconception à la parentalité. Un « parcours de soins* » modèle est inclus en tant que guide pour les praticiens (cf. annexe 1).

Le processus de soins comporte quatre étapes clés :

- Évaluation
- Planification
- Prestation de services
- Examen.

Les principales étapes du processus de soins sont décrites ci-dessous, avec une liste des sujets pertinents à chaque étape du processus, dont beaucoup sont couverts dans le cadre des soins de santé réguliers et des soins spécialisés en toxicomanie, ou proposés par les services sociaux.

Il est important d'impliquer les deux parents dans le processus d'évaluation et dans la planification des soins, et d'expliquer en quoi consiste le parcours de soins*, de sorte que les deux parents comprennent ce qui est engagé et pourquoi, ce qui est attendu d'eux, et ce qu'ils peuvent espérer des professionnels et des services. En règle générale, il ne devrait y avoir aucune surprise et la femme et son partenaire devraient tout le temps être traités avec respect.

L'ÉVALUATION

L'évaluation doit être globale et continuer pendant toute la grossesse (NICE, 2008a). Elle doit prendre en compte la santé physique et psychologique de la femme, sa situation sociale, son usage de substances psychoactives (y compris l'alcool et le tabac), la situation de son partenaire et son usage de substances psychoactives, une évaluation des besoins ainsi qu'une évaluation des risques. Dans la plupart des cas, elle impliquera des professionnels différents qui contribuent au processus d'évaluation, y compris le médecin généraliste, la sage-femme, le personnel d'obstétrique et de pédiatrie, le *health visitor**, des spécialistes de la drogue et de l'alcool, des travailleurs sociaux et d'autres personnels des services sociaux et des services de santé.

Une évaluation des besoins liés à la santé physique doit inclure les points suivants :

- l'histoire obstétrique / gynécologique passée ;
- l'état de santé général et les antécédents médicaux ;
- la nutrition (ex. : alimentation, poids, anémie) ;
- la santé dentaire ;
- l'exposition à des infections (ex. : virus transmissibles par le sang, infections sexuellement transmissibles) ;
- les complications liées à l'injection (y compris les sites d'injection usités) ;
- les accidents ou les blessures ;
- les difficultés à choisir un médecin traitant.

Une évaluation des besoins psychologiques doit inclure les sujets suivants :

- inquiétudes et préoccupations au sujet de la grossesse (ex. : peur que le bébé soit placé à la naissance, peur des dommages pour le fœtus) ;
- problèmes d'anxiété actuels ou passés ;
- troubles de l'humeur actuelle ou antécédents de dépression ;
- histoire des troubles de l'alimentation (ex. : anorexie ou boulimie) ;
- mauvaise estime de soi ou dévalorisation ;
- histoire des violences physiques, psychologiques ou sexuelles ;

- problèmes de deuil ;
- perception par la mère de sa propre situation, de ses besoins et de sa propre capacité d'adaptation.

Une évaluation des besoins sociaux doit inclure :

- la situation du logement (ex. : sans-abri, logement précaire ou inadapté) ;
- la situation financière (par ex. : dettes, arriérés de loyer, factures impayées ou amendes) ;
- la situation juridique (ex. : frais courants, affaires judiciaires imminentes, service communautaire ou ordonnances de probation, traitements médicamenteux et analyses toxicologiques) ;
- les problèmes d'emploi, de formation et d'éducation ;
- les relations avec le partenaire, la famille, les amis ;
- le réseau de soutien social disponible ;
- les capacités parentales, y compris les soins donnés à tous les enfants déjà nés ;
- les contacts avec des professionnels ou des services de soins de santé et de soins sociaux.

Une évaluation de l'usage de substances psychoactives devrait comprendre les éléments suivants :

- tabagisme ;
- consommation d'alcool ;
- usage de drogues illicites ;
- consommation de drogues injectables ;
- usage de médicaments prescrits ;
- usage de médicaments en vente libre ;
- contact actuel avec des services spécialisés dans les drogues et l'alcool ;
- traitements actuels, objectifs et progrès des soins ;
- contact antérieur avec des services spécialisés dans les drogues et l'alcool ;
- impact de l'utilisation de substances psychoactives sur l'état mental et le comportement ou le mode de vie ;
- impact d'un environnement culturel de consommation d'alcool et de drogue.

Des éléments d'information concernant les effets des drogues sur le fœtus en développement et sur le bébé, ainsi que sur l'évaluation et la gestion de la consommation de drogues pendant la grossesse, sont décrits en détail plus loin dans le présent ouvrage.

Une évaluation des risques devrait inclure :

- les problèmes obstétriques et gynécologiques passés ou actuels ;
- les problèmes de santé mentale passés ou actuels ;
- les difficultés d'apprentissage qui impactent significativement la parentalité ;
- la violence conjugale et les conflits entre les parents ;
- les antécédents judiciaires ;
- la grossesse des adolescentes / les personnes sortant de soins / les demandeurs d'asile / les réfugiés ;
- l'isolement social / la grossesse non prise en charge ;
- les antécédents de problèmes de garde d'enfants ou l'implication en cours des services de protection de l'enfance ;
- un précédent bébé ayant eu un syndrome de sevrage néonatal* ou tout autre problème néonatal grave, ex. : anomalie congénitale.

Une évaluation de la situation et de l'usage de substances psychoactives du partenaire devrait inclure :

- l'utilisation actuelle de tabac, d'alcool et de drogues par le partenaire ;
- le plan de traitement et les progrès du partenaire concernant la drogue et l'alcool ;
- la régularité ou l'irrégularité de la consommation, s'il y a dépendance* à la drogue ;
- l'histoire de la consommation de drogues injectables par le partenaire ;

- le statut des virus à diffusion hémotogène du partenaire ;
- les contacts passés du partenaire avec les organismes de soins de santé et de soins sociaux, y compris les services de santé mentale ;
- les situations d'emploi, de logement et financière actuelles du partenaire ;
- les démêlés du partenaire avec le système judiciaire ;
- le réseau de soutien social du partenaire ;
- les capacités parentales du partenaire, y compris les soins procurés à tous les enfants ne vivant pas au foyer.

Le processus d'évaluation devrait toujours comprendre une visite à domicile pour évaluer les ressources et les biens matériels disponibles de la famille et déterminer si le milieu familial est adapté pour accueillir le nouveau-né. Lors de la visite à domicile, le stockage sécurisé de méthadone*, d'alcool ou d'autres drogues à la maison peut être discuté avec les parents - voir la notice « Garder les enfants à l'abri de l'alcool et des drogues dans la maison » (cf. annexe 2). Souvent, au Royaume-Uni, c'est le *health visitor** qui entreprend une visite prénatale* à domicile, mais elle peut aussi être effectuée par d'autres professionnels impliqués avec les parents, par exemple la sage-femme ou le travailleur social. Les préoccupations suscitées par l'environnement familial peuvent alors être incluses dans le plan de soins et des mesures peuvent être prises pour les résoudre en amont de la naissance et de l'arrivée du bébé à la maison.

Dès qu'il y a une réelle préoccupation pour le bien-être ou la sécurité du bébé à naître, elle doit être mentionnée aux services sociaux. Si nécessaire, une réunion prénatale* de protection de l'enfant sera organisée (normalement autour de 28 semaines de grossesse) et un plan de soins de protection de l'enfant sera mis en place.

Afin de faciliter le travail pluridisciplinaire et transversal, la plupart des régions ont maintenant des évaluations simples partagées qui peuvent être consultées par tous les professionnels clés impliqués dans les soins de la famille. Les évaluations partagées permettent d'éviter les doubles emplois et de faciliter le partage de l'information. Elles sont mises en place en tant que plate-forme électronique sécurisée.

LA PLANIFICATION DES SOINS

Les soins doivent être planifiés en partenariat avec les parents. La planification des soins consiste à développer un « ensemble de soins » qui réponde aux besoins de la famille et prenne en compte les opinions, les souhaits des parents ainsi que les besoins de l'enfant. Il comprend le traitement et les soins qui seront procurés, le choix des intervenants, ainsi que les résultats attendus. Les projets de soins doivent être réalistes et réalisables et ils devraient inclure un calendrier et une date de révision (Whittaker et McLeod, 1998). Un plan de soins de maternité sera accepté après le rendez-vous de déclaration de grossesse, et couvrira les soins devant être fournis par les sages-femmes et les services d'obstétrique, mais une réunion de planification pluridisciplinaire transversale supplémentaire devrait être organisée à environ 24 semaines de grossesse. Celle-ci doit comprendre un échange d'informations pertinentes sur la famille, une analyse de ce que cela signifie pour la famille, puis l'élaboration et l'adoption d'un « plan de soutien familial » pour la fin de la grossesse, la période postnatale précoce et au-delà.

Un plan de soins standard ou « Plan de soutien à la famille » peut inclure tout ou partie de ce qui suit :

- des soins prénatals* y compris tests de dépistage, imagerie médicale, et surveillance de la croissance fœtale ;
- une aide au sevrage tabagique pour la mère et le père ;
- un traitement et des soins liés aux problèmes de drogues et d'alcool (comprenant des objectifs réalistes de réduction des risques*) ;

- une stratégie pour la prévention des virus transmis par le sang, des tests, une vaccination et un traitement (si nécessaire) ;
- une stratégie pour prévenir tout risque ou toute préoccupation associés aux capacités parentales ;
- une stratégie pour subvenir à tous les besoins de soutien psychologique ou à des problèmes de santé mentale ;
- une stratégie pour faire face à tous les besoins sociaux. Ex. : s'adresser aux services sociaux, soutien juridique ;
- une préparation à la parentalité (y compris les cours d'éducation des parents) ;
- une préparation à l'accouchement (travail et accouchement) ;
- une préparation au syndrome de sevrage néonatal* (s'il y a une dépendance* aux drogues) ;
- une préparation à l'alimentation du nourrisson (soutien et encouragement à allaiter) ;
- une stratégie pour les soins postnataux (y compris les préparations pour nourrissons et le soutien social) ;
- une stratégie pour faire participer le père ou le partenaire à la prise en charge postnatale immédiate de l'enfant ;
- une stratégie en vue d'un accompagnement à la parentalité concernant le développement de l'enfant, l'attachement et les interactions parent-nourrisson ;
- une stratégie pour faire participer et soutenir les aidants familiaux ;
- une stratégie pour faire participer d'autres professionnels et contacter d'autres organismes ;
- une stratégie de réunion pluridisciplinaire/transversale sur la protection de l'enfant ;
- des dispositions pour s'assurer qu'une réunion de planification est programmée à la sortie de l'hôpital.

Un plan de soutien à la famille devrait toujours inclure un plan d'urgence si les circonstances changent, si des problèmes surgissent ou si aucun progrès n'est constaté dans un délai déterminé. Cela aidera à réduire le risque de gestion de crise si les choses ne se passent pas comme prévu.

La plupart des régions ont maintenant des modèles de plans de soins transversaux normalisés pour les enfants et les familles. Toutefois, un format éventuel pour un « Plan de soutien aux familles » (cf. annexe 3) est inclus à titre indicatif. Il faut donner aux parents une copie du plan de soins à emporter chez eux afin qu'ils aient à portée de main les coordonnées de chaque professionnel et de chaque service.

LA PRESTATION DE SERVICES

En règle générale, des services supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir répondre aux besoins supplémentaires de la famille ainsi que pour gérer et surmonter les difficultés. La grossesse représente une période de temps très courte pour organiser des services et pour s'assurer qu'ils seront délivrés de la bonne manière, au bon moment. Il est donc utile d'identifier une personne désignée, ou un « professionnel confirmé », qui puisse assurer le suivi des services demandés en suivant le plan de soins.

Dans l'organisation des services, ou lorsque l'on se réfère à un professionnel, il est important d'inclure les détails concernant la date prévue de l'accouchement et de veiller à ce que les informations essentielles soient incluses. Si le besoin est urgent, il faut inscrire la mention « urgent », expliquer clairement pourquoi tel service est requis et inclure les coordonnées des professionnels clés impliqués, afin d'obtenir facilement les informations complémentaires et de répondre rapidement à la demande. Il faut s'assurer que les parents ont donné leur consentement à la réalisation de la demande, qu'ils ont bien compris ce que l'on attend d'eux et quelle aide peut leur être apportée.

L'EXAMEN DES PLANS DE SOINS

En raison de la nature fluctuante de l'usage de drogues psychoactives et d'alcool, il est important de réévaluer le « besoin » et le « risque » à intervalles réguliers. Ceci permet de revoir le plan de soins et ses avancées depuis le début de la grossesse. Ces réévaluations peuvent être réalisées lors des rendez-vous prénatals et lors des rendez-vous de prise en charge des problèmes de toxicomanie.

Les femmes ayant des besoins de santé et des besoins sociaux multiples ou complexes doivent avoir une réévaluation de leur plan de soins toutes les 4 à 6 semaines. Tous les services impliqués dans la prestation des soins doivent être encouragés à contribuer à la réévaluation en présentant un rapport verbal ou écrit décrivant les progrès accomplis.

Le processus d'examen devrait inclure une discussion portant sur les sujets suivants :

- la mise en œuvre du plan de soins et de progrès sur chacun des points d'action énumérés ;
- la participation aux soins prénatals* ;
- la santé et le développement du fœtus ;
- la santé maternelle (y compris la santé mentale) ;
- la consommation actuelle de tabac, d'alcool et de drogues ;
- le suivi par un service spécialisé dans les drogues ou l'alcool ;
- la prise d'autres rendez-vous de soins de santé (médecin généraliste, équipe mobile de psychiatrie...) ;
- l'adhésion à des rendez-vous de soins sociaux (par exemple le travailleur social, les associations) ;
- la stabilité du mode de vie ;
- l'amélioration de la situation sociale ;
- la participation et le soutien des partenaires et des parents soignants ;
- la santé et la situation sociale du partenaire et la progression dans d'éventuels plans de traitement ;
- les risques actuels ou potentiels ;
- les besoins futurs à couvrir ;
- les objectifs futurs à atteindre.

Lorsqu'un plan de soutien à la famille a été validé et mis en œuvre avec succès, la prochaine rencontre pluridisciplinaire transversale aura lieu lors de la réunion de planification de la prise en charge du bébé par les parents quelques jours après sa naissance. Pendant cette réunion, une décision claire devra être prise sur l'arrivée du bébé à domicile et sa prise en charge par ses parents. Elle permettra de faire l'examen de la situation, des progrès réalisés par la mère et le père, de leurs compétences parentales manifestes et de la qualité des interactions parent-nourrisson, de l'état de l'enfant et des besoins particuliers qu'il pourrait avoir, ainsi que de l'adéquation de l'environnement familial et du niveau de la prise en charge sociale.

Si l'enfant est à la garde de ses parents à leur domicile, le plan de soutien familial peut être révisé avant la sortie de l'enfant pour inclure tous les besoins supplémentaires identifiés juste après la naissance.

La coordination et la gestion des soins

De nombreuses femmes présentant un usage problématique de substances psychoactives ainsi que leurs familles ont des besoins multiples et complexes. Elles nécessitent une approche de « gestion des soins » pendant la grossesse et longtemps après l'accouchement. Les femmes enceintes ayant des problèmes d'usage de substances psychoactives doivent avoir *au minimum* : un obstétricien désigné, une sage-femme et un visiteur de santé, ainsi qu'un spécialiste en addictologie et un médecin généraliste. Les services sociaux familiaux et de l'enfance, les organismes de prestations d'aides sociales et de logement, les services de justice pénale, les services de santé mentale, un pharmacien, et d'autres services de soins

sociaux peuvent également être impliqués afin de répondre aux besoins de la famille. En règle générale, différents professionnels sont impliqués avec la plupart des familles, ainsi que plusieurs services (des services pour adultes aux services à l'enfance). Cela signifie qu'un référent devrait être nommé afin de prendre la responsabilité de la coordination de tous les services de soutien à la famille, et afin de veiller à ce que le parcours de soins* soit suivi et que le processus de soins soit entièrement documenté, mis en œuvre et examiné. Le référent s'assure également que les parents sont bien informés et prennent un rôle actif dans le processus. Cela nécessite un bon relationnel, et des compétences de communication et d'organisation pour s'assurer qu'un continuum de soins soit livré en conformité avec le plan de soins convenu pour la famille.

Parce que le rôle de référent prend souvent beaucoup de temps, de ressources et qu'il nécessite des compétences distinctes, la plupart des grandes zones urbaines ont maintenant mis au point des postes de spécialistes et des équipes pluridisciplinaires pour les femmes enceintes usant de substances psychoactives.

La confidentialité et le consentement à partager de l'information

Tous les professionnels qui travaillent avec les femmes enceintes consommatrices de drogues ont besoin de travailler en collaboration avec d'autres professionnels et d'autres organismes afin de fournir des soins de bonne qualité. Il est important de discuter du « partage de l'information » avec la mère (et son partenaire) à un stade précoce, de sorte qu'un consentement éclairé puisse être obtenu pour permettre de travailler en commun. Une fois que les avantages de la collaboration transversale sont expliqués, la plupart des parents sont heureux d'accepter. L'information concernant l'évaluation, le plan de soins et les avancées peut ensuite être échangée entre les professionnels.

Bien que la mère et son partenaire peuvent consentir à un « partage de l'information » et à un « travail conjoint », ils peuvent encore avoir besoin d'être rassurés sur leur droit à la vie privée et devraient recevoir des informations sur le « secret » professionnel, le *Data Protection Act* (1998) et le *Freedom of Information Act* (2000) / *Freedom of Information (Scotland) Act* 2002. Cette information devrait inclure des conseils sur les situations dans lesquelles la confidentialité peut être levée et dans lesquelles des informations peuvent être partagées sans que la mère ou son partenaire n'y aient consenti – par exemple, pour la protection de l'enfant, la protection des adultes, la santé mentale ou pour des raisons juridiques.

Une orientation sur le partage de confidentialité et de l'information est contenue dans certains documents tels que *Inter-agency child protection procedures*, *Inter-agency data sharing agreements*, *the Common Assessment Framework (CAF)*, *National guidance for child protection in Scotland* (Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2010a), ainsi que dans les codes éthiques de conduite publiés par des organismes professionnels (par exemple le *Nursing and Midwifery Council*) et les directives émises par les responsables médicaux en chef. Le *Department for Children, Schools, Families, Communities and Local Government* (DCSF 2008) a également publié un document d'orientation utile de référence en ligne : *Information sharing: guidance for practitioners and managers*.

Bien que de nombreux services demandent maintenant à leurs usagers de signer des « formulaires de consentement » pour permettre aux professionnels d'échanger des informations sur les familles, les praticiens doivent veiller à ne pas supposer que les utilisateurs de services qui signent ces formulaires sont d'accord de partager toutes les informations à tous les organismes pour une période de temps indéfinie. Le principe de partage de l'information sur un « partage des connaissances » est bien reconnu. Il est pratique courante de discuter du partage des informations avec les usagers des services quand il a lieu, et de clairement le documenter dans le dossier de suivi. Cela aidera à maintenir un dialogue ouvert et honnête au sujet de modalités communes de travail.

► REPÉRER ET INTERVENIR PRÉCOCEMENT AUPRÈS DES FEMMES CONSOMMANT DE L'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE : LEÇONS D'EXPÉRIENCES FRANÇAISES

PHILIPPE MICHAUD, DOROTHÉE LÉCALLIER

Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie,
Centre Victor-Segalen (CSAPA de Clichy-la-Garenne)

Contact : contact@ippsa.fr

Des troubles évitables, des pratiques efficaces de prévention

L'alcoolisation pendant la grossesse est à l'origine de troubles du développement fœto-infantile ayant des répercussions potentiellement graves et durables, le syndrome d'alcoolisation fœtale, dont l'incidence est de l'ordre de 1 pour 800 naissances, et les effets de l'alcool sur le fœtus, dont l'incidence est environ trois fois supérieure (0,5 % des naissances). La réduction de ces dommages majeurs s'appuie sur une prévention primaire (visant toutes les femmes, ou celles en âge d'être enceintes) et secondaire (auprès des femmes consommant de l'alcool pendant leur grossesse, sur la base de l'intérêt démontré de l'arrêt ou de la réduction de la consommation d'alcool en cours de grossesse sur la fréquence des troubles à la naissance^[1]). Les professionnels de l'obstétrique, pour des raisons analysées par plusieurs enquêtes^[2], notamment celle menée dans les Hauts-de-Seine, hésitent à parler d'alcool avec les femmes enceintes, d'où un déficit persistant d'information contribuant à la persistance des troubles fœto-alcooliques 45 ans après leur description *princeps* en 1968 par Lemoine^[3].

Il est maintenant bien établi que des moyens d'évaluation du risque alcool mis à la disposition des publics concernés et, si besoin, suivis d'une intervention brève de type motivationnel sont efficaces sur la réduction du risque fœtal lié à la consommation d'alcool par les femmes enceintes. Dans la population générale consultant en soins primaires, comme dans les publics spécifiques (jeunes, personnes âgées, femmes enceintes^[4]), les questionnaires évaluant le niveau de risque sont reconnus comme la méthode de repérage la plus simple, réduisant le risque de subjectivité et acceptable tant du point de vue des professionnels que des consultants^[5]. Parmi les questionnaires validés, plusieurs ont montré leur intérêt chez les femmes enceintes. Les deux questionnaires les mieux étayés dans la littérature internationale, le TWEAK^[6] et le T-ACE^[7] –*cf.* annexe 5 – n'ont pas fait l'objet de validation en français. L'AUDIT^[8] (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) –*cf.* annexe 5 –, autoquestionnaire en 10 items validé en français, permet de distinguer trois niveaux de risque différents. Sa large diffusion dans les milieux de santé et sa facilité d'utilisation en font un instrument de repérage particulièrement adapté lorsque les conditions d'utilisation d'un autoquestionnaire sont réunies (il y faut en particulier la capacité du répondant à lire les questions). L'AUDIT a récemment fait l'objet d'une adaptation pour distinguer le risque maternel et risque fœtal^[9]. Les trois premières

questions de l'AUDIT interrogent la consommation d'alcool de façon quantitative (fréquence de la consommation, nombre de verres standard par occasion représentative de la façon de boire, fréquence des consommations plus massives, définies par six verres standard ou plus lors d'une même occasion). Les sept dernières en interrogent les dommages perçus, en les pondérant selon la fréquence. Les dimensions de dépendance physique et psychique sont estimées selon les mêmes modalités, ce qui lui donne la possibilité de distinguer les usages à risque sans dépendance et les situations de dépendance probable.

La notion de verre standard est quasi-universelle, mais certes pas son contenu, qui varie selon les pays de 8 à 14 grammes d'alcool pur. En France, où la verrerie des bistros sert de modèle, un verre standard contient typiquement 10 grammes d'alcool pur. Cependant, la consommation d'alcool ne se faisant plus, pour sa plus grande part, au bistro, il est raisonnable de parler aujourd'hui d'« unités alcool » de 10 grammes, en retenant le nombre d'unité par flacon/bouteille/canette (par exemple, 24 unités dans une bouteille de 75 cl de whisky à 40 ° (ce qui signifie 40 % d'alcool pur volume/volume – la densité de l'alcool est de 0,8). Les addictologues demandent que les contenants portent de façon obligatoire des points de repère en nombres d'unités contenues. Cette mesure n'est pas encore adoptée [2013] mais certains producteurs l'ont déjà mise en œuvre à l'exportation, et en font donc bénéficier les Français.

L'identification du niveau de risque par le score obtenu au questionnaire permet d'adapter l'intensité de l'intervention qui va suivre. Chez les répondants identifiés comme ayant un niveau de risque élevé sans dépendance, les interventions brèves délivrées par un intervenant de santé formé ont montré leur efficacité dans des champs et sur des publics divers (patientèle de médecins généralistes, salariés en santé au travail, consultants aux urgences, jeunes en santé universitaire). L'intervention brève (IB) est un terme générique recouvrant un ensemble cohérent de modalités d'interventions dont le contenu associe de façon constante trois points : l'information, le conseil comportemental et l'attitude motivationnelle^[10]. L'entretien motivationnel (EM) est une méthode de communication décrite pour la première fois en 1983 et d'abord évaluée dans le champ des addictions puis dans celui d'autres comportements de santé^[11]. Certaines interventions intégrant l'EM à d'autres éléments de pratique clinique sont appelées adaptations de l'entretien motivationnel^[12]. Parmi elles on identifie les interventions brèves motivationnelles qui s'appuient sur un *feedback* du repérage, centré sur le patient et ses préoccupations. On inclut dans ce *feedback* la restitution du score, son interprétation et des éléments d'information objective sur les risques liés aux consommations de substances.

Chez les femmes enceintes, il est nécessaire de différencier le risque alcool pris par la femme pour elle-même et le risque encouru par l'enfant à naître. Si spontanément la majorité des femmes apprenant leur grossesse stoppent toute consommation d'alcool, on peut estimer que 50 % d'entre elles la poursuivent. Du fait de l'impossibilité à l'heure actuelle d'identifier un seuil de consommation en deçà duquel le risque pour le fœtus serait nul, en France, le consensus professionnel recommande l'abstinence pendant toute la durée de la grossesse^[13]. Il existe dans la littérature des facteurs prédictifs de poursuite de la consommation durant la grossesse parmi lesquels on peut identifier : l'âge de la femme (plus élevé), le niveau de consommation précédant la grossesse, le

niveau de consommation du conjoint. Les études internationales^[14] évaluant l'intérêt du repérage par questionnaire et des interventions brèves motivationnelles auprès des femmes consommant durant la grossesse confirment leur efficacité et concluent à la nécessité de la diffusion de ces pratiques auprès des professionnels de santé rencontrant les femmes pendant leur grossesse.

La difficulté de diffusion de ces pratiques de prévention secondaire a conduit au développement d'alternatives. Parmi celles-ci, des expériences d'utilisation d'interfaces informatisées^[15,16], assurant à la fois l'auto-évaluation et l'intervention brève en délivrant au répondant des conseils personnalisés élaborés sur la base de ses réponses au questionnaire, ont montré leur efficacité sur la réduction de la consommation^[17].

L'enjeu que représentent en termes de santé publique les troubles liés à la consommation d'alcool par les femmes enceintes justifierait selon l'état de la science la généralisation d'un repérage systématique des consommations d'alcool chez celles-ci permettant de mener des interventions efficaces les conduisant à réduire ou à stopper cette consommation. La diffusion de ces pratiques efficaces de repérage et d'intervention dans cette population passe donc vraisemblablement par une modification en profondeur des représentations de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes (en particulier par une intégration de la notion de risque alcool à distinguer de la dépendance alcoolique beaucoup plus exceptionnelle) ; elle passe aussi par la compréhension des phénomènes de changement de comportement et des modalités d'intervention permettant d'aider ces changements.

Les intervenants de santé rencontrant les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir sont nombreux : médecins généralistes et gynécologues, qui prescrivent la contraception ; intervenants auprès des enfants déjà nés (pédiatres, PMI...), sages-femmes et obstétriciens. Les addictologues n'interviennent que lorsqu'existe une dépendance ou un trouble avéré du contrôle d'une consommation, et ce sera plus souvent par une demande concernant le tabac ou le cannabis qu'ils peuvent être sollicités par une femme enceinte ou désirant le devenir ou un professionnel de santé qui l'adresse. Le cas plus exceptionnel de la dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues pose plus la question d'une prise en charge partagée que celle du repérage. Toutefois, une demande d'aide vis-à-vis du tabac ou du cannabis doit mener à explorer systématiquement le rapport à l'alcool, du fait de l'association fréquente des consommations.

Comment repérer et intervenir en France en 2013 ?

L'IPPSA a mené en 2011-2013 une recherche qui a permis d'expérimenter en France de nouvelles pratiques de repérage et d'intervention, et les données sont en cours d'analyse. Elle a été précédée d'une étude de faisabilité menée en 2009 dans le cadre de la maternité de l'hôpital Louis-Mourier de Colombes qui donne déjà des indications sur l'intérêt et la faisabilité de pratiques de repérage et d'intervention brèves chez les femmes enceintes.

La recherche en cours est une étude prospective randomisée contrôlée cherchant à comparer les efficacités de trois modes d'intervention visant à réduire la fréquence des troubles liés à l'alcoolisation fœtale, après repérage systématique des consommations maternelles au moyen du questionnaire AUDIT-G, proposé, par le biais d'une borne

interactive, auprès des femmes enceintes consultant en obstétrique dans huit services de maternité d'Ile-de-France. L'AUDIT-G est une variante adaptée pour les femmes enceintes du questionnaire AUDIT ; il est constitué des 10 questions de l'AUDIT, suivies de ses trois premières questions (celles qui portent sur quantité et fréquences des consommations) reformulées avec le préfixe « depuis que vous savez que vous êtes enceinte... » en lieu et place de « dans les douze derniers mois... ».

Cette adaptation de l'AUDIT permet de distinguer le niveau de risque maternel (abstinence, usage simple, usage à risque, dépendance probable, selon le score de l'AUDIT calculé avec les 10 premières réponses) et le niveau de risque fœtal, qui apparaît dès qu'une des réponses aux trois questions spécifiques désigne une consommation pendant la grossesse, et qui croît avec la fréquence de la consommation, les doses habituelles consommées et l'existence d'épisode(s) de consommation massive.

Cette distinction, impossible avec le TWEAK et le T-ACE, nous a fait préférer l'AUDIT adapté à ces deux questionnaires. Elle permet aussi une pratique systématique du repérage des consommations d'alcool avec une borne interactive^[18], et une activité de conseil. Dans notre étude qui visait les consultant(e)s des services de maternité, nous comparions trois modalités d'intervention après auto-évaluation du risque par la femme répondant à l'AUDIT-G par l'intermédiaire de la borne interactive : conseil automatique, par la borne elle-même imprimant un texte de conseil (standardisé ou adapté aux réponses) ; et intervention brève sur un mode motivationnel, réalisée par une psychologue formée à cette approche.

Les études préalables menées montrent que l'immense majorité des femmes enceintes qui continuent de prendre de l'alcool ne sont pas dépendantes^[19], et les psychologues-assistantes de recherche clinique ont pu, pendant toute la durée de la recherche, délivrer plus de 60 interventions brèves auprès de femmes que leurs réponses situaient dans le risque fœtal. Bien que l'analyse de l'efficacité n'en soit pas achevée, il est déjà possible de dire que l'acceptabilité du repérage sous cette forme interactive est comparable à celle de l'autoquestionnaire sur papier donné en salle d'attente. Il en est de même des interventions délivrées par les psychologues, qui a été confirmée. La transposition de cette activité en routine clinique peut se faire en s'appuyant soit sur les personnels soignants des maternités (sages-femmes, obstétriciens, infirmières, voire psychologues employées spécifiquement dans cet objectif) soit sur les équipes de liaison en addictologie présentes dans la plupart des établissements de santé de taille suffisante, mais cela nécessite une organisation économe en temps pour ces équipes d'effectif réduit.

Conformément au principe de santé publique qui consiste à confier aux professionnels de premier recours, non spécialisés en addictologie, les interventions brèves auprès des personnes non-dépendantes, il serait légitime de favoriser l'implication des services d'obstétrique dans ces interventions auprès des femmes enceintes non dépendantes. Les formations des sages-femmes et des obstétriciens en activité se heurtent malheureusement à leur faible disponibilité (et aux représentations encore à l'œuvre sur le risque alcool) et l'IPPSA a privilégié dans sa dernière recherche-action la formation des étudiant(e)s sages-femmes à l'entretien motivationnel. La logique qui sous-tend cette proposition est que ce qui empêche l'initiative est plus le malaise sur un savoir-faire relationnel non acquis (et non enseigné pendant la formation initiale) qu'un défaut

de savoir sur le risque. Près de cent quatre-vingt élèves ont été formées en 2011-2012, et 60 d'entre elles ont participé à l'évaluation de l'effet d'une supervision par *feedback* individuel après formation. Les résultats de cette étude seront disponibles fin 2013.

Au total la prévention primaire peut s'appuyer sur le consensus actuel désignant l'abstention de toute consommation d'alcool pendant la grossesse comme un objectif souhaitable, message qui pourrait être plus explicite que le logo actuellement utilisé sur les bouteilles de boissons alcooliques, qui est à observer à la loupe pour en comprendre le message ; ce message pourrait être multiplié sur des supports comme les contraceptifs, sur les réseaux sociaux, etc. En effet, la plupart des alcoolisations surviennent chez les jeunes femmes en tout début de grossesse, et il est essentiel d'associer le projet de grossesse à une prudence en matière de consommation d'alcool. Il va de soi que les personnes qui ont une forme repérée de perte de contrôle de leur consommation d'alcool, qui ont un conjoint consommateur à risque, mais aussi celles qui ont d'autres consommations, y compris de tabac, sont plus souvent celles qui continuent de consommer pendant leur grossesse, et qu'une évaluation non accusatoire de leur rapport à l'alcool est une forme de prévention primo-secondaire de la consommation d'alcool pendant la grossesse. L'AUDIT, ou son alternative le FACE^[20], construit pour les médecins généralistes, peut servir à évaluer le niveau de risque avant la grossesse.

Il est à signaler que dans notre première analyse nous avons retrouvé un fait déjà signalé par ailleurs : les femmes qui ont un statut socio-économique élevé doutent du bien-fondé des messages de prévention en ce qui les concernent et sont donc plus souvent consommatrices. Mais en ce qui concerne la prévention secondaire, toute consommation justifie une approche de réduction du risque. Ce risque est faible quand la consommation est faible, et on peut à la fois être rassurant sans perdre de vue l'intérêt d'un choix d'abstinence. Quand le risque est élevé, toute réduction est bonne à prendre pour minimiser l'impact potentiel, et l'approche motivationnelle a fait la preuve de son intérêt, avec des évolutions plus favorables qu'après une intervention directive ; mais une évaluation du risque pour l'enfant à naître par l'équipe obstétricale doit s'associer à l'approche addictologique en cas d'exposition massive.

La difficulté à former des personnels débordés de tâches peut se contourner soit en utilisant le temps de formation initiale (étudiant(e)s sages-femmes) soit en utilisant des ressources complémentaires, équipes de liaison, bornes interactives, livrets écrits d'information, etc. dont le caractère déculpabilisant facilite en retour le dialogue de la femme enceinte et du professionnel de l'obstétrique sur le thème de l'alcool.

Références principales

- [1] Autti-Ramo I., Twelve-years follow-up of children exposed to alcohol *in utero*. *Dev Med Child Neurol* 2000 ; 42 : 406-11.
- [2] Dumas A., Représentations du risque alcool chez les professionnels de l'obstétrique in : Simmat-Durand (ed) *Grossesses avec drogues : entre médecine et sciences sociales*, L'Harmattan, Paris, 2009.
- [3] Lemoine P., Harousseau H., Borteyru J.P., *et al*, Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. À propos de 127 cas. *Ouest Médical* 1968 ; 8 : 476-482.

- [4] Chang G., Alcohol-screening instruments for pregnant women. *Alcohol Res Health*. 2001; 25(3): 204-209.
- [5] Anderson P., Gual A., Colom J., Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. *Department of Health of the Government of Catalonia*. Barcelona. 2005; 76-101.
- [6] Chan A. K. ; Pristach, E. A. ; Welte, J. W. & Russel M., The TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1993; 6: 1188-92.
- [7] Sokol R. J., Martier S. S. & Agere J. W., The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1989;160: 863-71.
- [8] Gache P., Michaud P., Landry U., Accietto C., Arfaoui S., Wenger O. *et al.*, The alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a french version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29(11): 2001-2007.
- [9] Bailey B.A., Sokol R.J., Pregnancy and alcohol use: Evidence and recommendations for prenatal care. *Clin Obstet Gynecol*. 2008; 51(2): 436-444.
- [10] Moyer A., Finney J.W., Swearingen C.E., and Vergun P., Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. 2002; 97: 279-292.
- [11] Rubak S., Sandboek A., Lauritzen T. & Christensen B., Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 2005; 55: 305-312.
- [12] Burke B.L., Arkowitz H. and Menchola M., The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003; 71: 843-861.
- [13] Société française d'alcoologie, Recommandations de la SFA 2002 - Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (2S) : 45S-104S.
- [14] Stade B.C., Bailey C., Dzendoletas D., Sgro M., Dowsell T. & Bennet D., Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy (*Cochrane review*) 2009.
- [15] Newman J.C., Des Jarlais D.C., Turner C.F., Gribble J. *et al.*, The differential effects of face-to-face and computer interview modes. *Am J Public Health*. 2002; 92(2): 294-297.
- [16] Thornberry J. Bhaskar B. *et coll.*, Audio-computerized self-report interview use in prenatal clinics: Audio computer-assisted self interview with touch screen to detect alcohol consumption in pregnant women: Application of new technology to an old problem. *Comput Inform Nurs*. 2002; 20(2): 46-52.
- [17] Riper H., Kramer J., Smit F., Conijn B., Schippers G., Cuijpers P., Web-based self-help for problem drinkers: A pragmatic randomized trial. *Addiction*. 2008; 103(2): 218-227.
- [18] Berlet S., Borne interactive de prévention de l'alcoolisation en cours de grossesse. Thèse pour le doctorat de médecine, Université Paris-Descartes, soutenue le 2 novembre 2009. Jury : Claude Lejeune, président, Sylvain Dally, Philippe Vinceneux, Philippe Michaud, Dorothée Lécallier.
- [19] Hillaire S., Lejeune C., Michaud P., Simmat-Durand L., Toutain S. (2009) Enquête de prévalence des consommations d'alcool dans quatre hôpitaux de la région parisienne, in : L. Simmat-Durand, *Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales*, Paris, L'Harmattan, p. 37-48.
- [20] Dewost A.V., Michaud P., Arfaoui S., Gache P., Lancrenon S., Fast alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for French general practitioners. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006 Nov; 30(11): 1889-95. voir : http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1338/dd11640/15_philippe_michaud.pdf

► LES FREINS AU REPÉRAGE PRÉCOCE DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Une étude qualitative conduite par le Réseau sécurité naissance PACA-Est auprès des professionnels médicaux

CATHERINE REYNAUD-MAURUPT⁽¹⁾ et CHRISTIANE AMIEL⁽²⁾

(1) Sociologue, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS),
responsables des recherches

(2) Gynécologue-obstétricienne, Réseau sécurité naissance PACA-Est Haute-Corse,
Monaco (RSN PACA Est), médecin coordonnateur

Contact : www.grvs06.org

Introduction

La volonté de mieux comprendre les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes s'est imposée en constatant le décalage qui existait entre l'épidémiologie des usages de substances psychoactives chez les femmes en âge de procréer⁽¹⁾ et les déclarations des Départements d'information médicale (DIM*) concernant le nombre de grossesses suivies chez des femmes présentant des conduites addictives. En 2009, les données rassemblées auprès de la moitié des maternités publiques ou privées situées sur le territoire PACA Est (7/14)⁽²⁾ dénombraient 10 869 accouchements, dont 17 grossesses associées à un usage d'alcool, de substances illicites ou de médicaments psychotropes. Les codages sont parfois mal respectés, aussi les données des DIM* ne reflètent-elles pas forcément l'activité des services, mais ces déclarations sont pourtant nécessaires pour justifier une prise en charge spécialisée ou une hospitalisation de plus longue durée. Parmi les 17 situations recensées par les DIM en 2009 sur le territoire PACA Est, 12 cas sur 13 de grossesses associées avec de l'alcool sont déclarées par la même maternité, sans que les caractéristiques sociologiques du public ne puissent justifier un tel écart avec les autres établissements. L'hypothèse d'une sous déclaration différentielle d'un établissement à l'autre, dont l'ampleur serait déterminée par les conduites médicales et interpersonnelles du professionnel vis-à-vis de sa patiente, est étayée par d'autres travaux. Une étude conduite en France entre 2006 et 2008 pour éprouver la faisabilité de la surveillance du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF*) suggérait déjà que la sous déclaration par les femmes et/ou la sous évaluation par le diagnostic étaient vraisemblablement « opérateurs dépendants », car les taux de prévalence calculés variaient trop d'un

(1) Beck F., Guignard R., Richard J.B., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, *Tendances*, n° 76, 2011, 1-6 ; Beck F., Legleye S., Maillochon F., Peretti (de) G., La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre Santé, France, 2005, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 10-11, 2009, 90-93. *Dans ce second article, les auteurs mettent en évidence le fait que les femmes issues des milieux favorisés consomment plus d'alcool que celles qui vivent dans un milieu plus modeste.*

(2) La moitié des maternités présentes sur le territoire n'ont pas répondu à notre requête.

département à l'autre et d'une année sur l'autre⁽³⁾. Dans le cadre de la prévention du SAF*, une recherche-action a aussi mis en évidence l'impact des représentations de l'alcoolodépendance qu'expriment les professionnels médicaux sur l'établissement du diagnostic⁽⁴⁾. Parallèlement, une étude espagnole a objectivé ce phénomène de sous-déclaration dans une grande maternité de Barcelone (2002-2004), en comparant les déclarations d'usage de cannabis lors de l'entretien prénatal* et le dépistage dans le méconium (sur 974 couples mère-enfant : 1,7 % de déclaration d'usage et 5,3 % de dépistage positif, soit environ 3 consommatrices pour une déclaration)⁽⁵⁾.

Notre étude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes, conduite auprès de professionnels médicaux de la périnatalité, a pu être mise en œuvre grâce au soutien de la Direction générale de la santé (appel d'offres addictions 2010) et de l'Agence régionale de santé PACA⁽⁶⁾.

Méthode

Notre analyse s'appuie sur 25 entretiens approfondis, enregistrés puis retranscrits, réalisés avec 10 gynécologues-obstétriciens, 10 sages-femmes et 5 pédiatres, qui se répartissent sur l'ensemble du territoire PACA Est⁽⁷⁾.

L'étude s'intéresse à l'usage de l'alcool, des drogues illicites et des médicaments détournés de leur usage au cours de la grossesse, en laissant volontairement de côté l'usage du tabac. Les professionnels ont plus de facilité à aborder le sujet du tabac avec leurs patientes que celui des autres substances psychoactives, et des parcours bien identifiés pour les fumeuses de tabac existent dans les maternités, avec des consultations spécialisées animées par des sages-femmes. Laisser volontairement de côté le tabac a permis de concentrer l'attention sur la prévention et le repérage des autres produits consommés.

Une analyse thématique a permis de mettre au jour une série de freins au repérage des conduites addictives au cours du suivi médical de la grossesse et de dégager des pistes de réflexion pour favoriser des interventions plus précoces.

(3) Bloch J., Cans C., de Vigan C., de Brosset L., Doray B., Larroque B., Perthus I., 2009, « Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 10-11, 102-104.

(4) Dumas A., Lejeune C., Simmat-Durand L., Bonnaire C., Michaud P., Hillaire S., 2006, « Prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Pratiques et représentations des professionnels de la périnatalité », *Alcoologie et Addictologie*, 28(4), 311-316. *Les auteurs montrent, entre autres, que les professionnels ne s'alarment que dans le cas d'un « alcoolisme important », qui « se repère à l'œil nu », en oubliant les risques liés à une consommation modérée d'alcool.*

(5) Lozano J., Garcia-Algar O., Marchei E. et al. 2007, « Prevalence of gestational exposure to cannabis in a Mediterranean city by Meconium analysis », *Acta Paediatrica*, 96, 1734-1737.

(6) Réseau sécurité naissance PACA-Est, « Étude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes », 2011, 66 pages.

(7) La moitié d'entre eux exercent dans la ville de Nice (12/25). Parmi les autres, 3 exercent à Monaco, 2 exercent dans le département du Var (Draguignan) et 8 exercent dans les Alpes-Maritimes en dehors de Nice (Grasse, Cannes, Cagnes-sur-Mer, Menton, Saint-André-de-la-Roche). Un peu plus de la moitié des professionnels interrogés exercent à l'hôpital public (14/25), 9 exercent dans un centre de PMI (dont un qui exerce à la fois en PMI et à l'hôpital public), 3 exercent en cabinet libéral, dont 2 qui exercent également en clinique privée.

Résultats

Selon les professionnels médicaux, les consommatrices d'héroïne et de médicaments psychotropes sont souvent bien repérées et le plus souvent déjà suivies par un centre de soins spécialisé dans les addictions ou les pathologies psychiatriques. D'après eux, ce serait plutôt le nombre de consommatrices de cannabis, d'alcool et de cocaïne qui est vraisemblablement sous estimé.

Les obstétriciens et les sages-femmes s'inquiètent peu d'une sous évaluation du diagnostic. Leur analyse est confortée par le fait qu'aucun n'ait jamais été pris en défaut par un pédiatre, qui aurait diagnostiqué un cas de trouble du nouveau-né consécutif à un usage de produits psychoactifs de sa mère, non repéré au cours de la grossesse. Un pédiatre parmi ceux rencontrés a pourtant, au cours de sa carrière, été confronté à quelques situations de ce type, alors que la mère n'avait pas été repérée comme consommatrice de substances psychoactives lors du suivi prénatal* (dans ces cas là, il s'agissait de consommation d'héroïne ou d'alcool). Remarquons d'ailleurs que, si aucune prise en charge spécialisée n'est mise en œuvre, les troubles du nouveau-né ne surviennent le plus souvent qu'à l'issue d'une durée après l'accouchement qui est supérieure au nombre de jours d'hospitalisation post-nataux. Dans le cas de femmes consommatrices de produits psychoactifs qui n'auraient pas été repérées comme telles, ce problème est d'autant plus prégnant depuis la mise en œuvre du programme PRADO (Programme d'accompagnement du retour à domicile), qui est expérimenté depuis 2012 dans 26 départements français : si les mères donnent leur accord, et si leur médecin estime que leur santé le permet, elles peuvent sortir de la maternité dès 72 heures après la naissance, en bénéficiant d'une prise en charge à domicile assurée par une sage-femme libérale.

Deux avis coexistent chez les professionnels chargés du suivi des femmes enceintes face à l'idée que les conduites addictives puissent être sous-évaluées : soit ils sont certains ou presque certains que ce soit le cas (c'est l'opinion de la majorité d'entre eux), soit ils en doutent mais estiment surtout que cette question prend actuellement trop d'importance au regard d'autres problèmes médicaux que les femmes enceintes peuvent rencontrer plus souvent, et sur lesquels ils doivent porter leur attention. Quel que soit le degré d'importance qu'ils associent au repérage des conduites addictives chez les femmes enceintes, tous en revanche s'accordent pour estimer que les conditions suffisantes ne sont pas réunies pour réaliser un repérage précoce efficace.

→ LES FREINS STRUCTURELS LIÉS AUX MODALITÉS D'ORGANISATION DU SUIVI PRÉNATAL*

Les professionnels médicaux regrettent avant tout le manque de temps alloué à chaque consultation, qui introduit implicitement un défaut de repérage : consultations libérales saturées et pression de l'administration des centres hospitaliers pour conserver un seuil de rentabilité imposent partout un rythme soutenu.

En termes de repérage des conduites addictives, l'entretien prénatal* précoce, le plus souvent conduit par les sages-femmes, est un format mieux adapté, mais il intervient trop tardivement en cours de grossesse, au plus tôt à partir du quatrième mois de gestation. De plus, il n'est parfois pas du tout proposé.

→ LE MANQUE DE SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS AUX BÉNÉFICES DU REPÉRAGE PRÉCOCE POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT

Tous les professionnels sauf un estiment que le suivi médical des femmes enceintes gagnerait en efficacité s'ils pouvaient bénéficier d'une formation spécifique sur les questions d'usage d'alcool et de drogues illicites pendant la grossesse et sur les conséquences de ces conduites addictives pour le nouveau-né.

Si les plus nombreux interrogent les produits psychoactifs consommés au moins une fois au cours du suivi prénatal*, les pratiques de repérage sont hétérogènes et les stratégies mises en œuvre avec les patientes sont guidées par des représentations des risques encourus qui sont variables d'un professionnel à l'autre. La moitié d'entre eux font effectivement une description des risques encourus par les femmes et leur enfant à naître qui est similaire au consensus actuel auquel aboutit la recherche scientifique⁽⁸⁾, mais les autres peuvent se sentir démunis pour évaluer ce risque, ou au contraire se montrer trop alarmistes. Les initiatives personnelles, qui sont le produit croisé de leur représentation des risques encourus, du temps à disposition et de la relation existant avec les patientes, peuvent déboucher sur la mise en place de filtres plutôt que de procéder à un interrogatoire systématique (situation de précarité socio-économique, ou bien tatouages, piercings,...).

→ L'ABSENCE DE LIGNE DIRECTRICE

Le manque de stratégie générale des pouvoirs publics en matière de repérage des conduites addictives chez les femmes enceintes a aussi été mis en valeur pour expliquer le faible taux de repérage, la diversité des positions professionnelles et l'hétérogénéité des tactiques mises en œuvre pour aboutir à un diagnostic.

→ LES FREINS SOCIOCULTURELS DANS LE COLLOQUE SINGULIER ENTRE PATIENTE ET PROFESSIONNEL

De façon générale, le contexte socioculturel dominant qui impose un jugement péjoratif envers les mères qui consomment des produits psychoactifs au cours de leur grossesse génère une culpabilité qui peut les conduire à minimiser ou nier leur consommation. Le savoir-être du professionnel joue aussi sur l'ampleur de cette culpabilité, son attitude et son discours étant les deux clés qui peuvent moduler la peur du jugement.

Dans certains cas particuliers, la barrière linguistique constitue un point d'achoppement majeur pour conduire un entretien prénatal* efficace, problématique relevée particulièrement en ce qui concerne des populations migrantes venant d'Europe de l'Est.

→ LE BESOIN D'OUTILS ET DE RELAIS

Certains professionnels souhaiteraient un « Guide sur les conduites à tenir », pour éviter les impairs et standardiser leur interrogatoire clinique. Les plaquettes d'information pour eux-mêmes ou pour leurs patientes sont les premiers outils auxquels ils pensent.

(8) Gressens P., 2010, « Addictions chez la femme enceinte et développement du cerveau fœtal », INSERM U676, Université Paris VII, Hôpital Robert Debré, Paris, Imperial College London, Hammersmith Hospital, London, Soirée scientifique du Réseau sécurité naissance PACA-Est Haute Corse Monaco, 2 décembre 2010.

Des questionnaires d'auto-évaluation pour que les patientes estiment elles-mêmes l'impact de leur consommation pourraient être efficaces, sans trop obérer le temps dévolu à chaque consultation. Les affiches de prévention ou les supports de communication destinés à réduire la consommation d'alcool ou de cannabis pendant la grossesse sont plébiscités. Le manque d'outils facilitant la prévention de l'alcoolisme fœtal est particulièrement souligné.

En termes de relais, l'importance de pouvoir orienter vers un dispositif de soutien à la parentalité est mise en évidence. Le besoin d'informations, notamment chez les professionnels médicaux exerçant dans la sphère libérale, porte aussi sur la connaissance des ressources pour l'orientation, notamment dans le cas d'une souffrance psychique.

→ LES DYNAMIQUES LOCALES DE TRAVAIL EN RÉSEAU POUR RÉDUIRE LA SOUS ÉVALUATION ET PERMETTRE UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT

La mise en œuvre d'une dynamique partenariale a permis localement de réduire les risques de sous-évaluation des conduites addictives et de minimiser l'impact d'un défaut de sensibilisation des professionnels, grâce à la promotion d'une prise en charge globale des femmes enceintes parce que transdisciplinaire. Ces initiatives permettent ainsi aux professionnels du site de s'adosser à un dispositif facilitant les diagnostics psycho-sociaux. Ce fonctionnement est généralement mis en œuvre au niveau intrahospitalier, en y associant la Protection maternelle et infantile (PMI), et fonctionne de façon plus ou moins efficace selon les lieux. La maternité du centre hospitalier de Draguignan fut la première à s'investir dans cette dynamique partenariale autour de la parentalité au cours de la dernière décennie, en étendant son réseau aux acteurs extrahospitaliers (Aide sociale à l'enfance, services sociaux, prévention spécialisée...). L'expérience dracénoise a d'ailleurs servi de modèle pour la mise en place de staffs de parentalité dans dix maternités publiques parisiennes, avec des résultats considérés comme encourageants, permettant d'organiser la prise en charge des bébés et de leur mère autrement que dans l'urgence⁽⁹⁾.

Dans notre secteur PACA-Est, ce travail a également inspiré d'autres maternités qui ont aussi mis en place des réunions transdisciplinaires centrées sur la qualité de l'environnement psycho-social des femmes enceintes. Il s'agit de porter une attention soutenue à toutes les situations de précarité que peuvent rencontrer les futures mères : précarité socio-économique, mais aussi toutes autres formes de précarité que peuvent connaître certaines femmes qui évoluent a priori dans un milieu social plus aisé, comme c'est le cas dans certaines situations de pauvreté affective ou d'isolement. Ces réseaux ont ainsi pour objectif de repérer puis de prendre en charge les couples parentaux potentiellement défaillants, ou présentant des caractéristiques qui peuvent conduire à s'inquiéter d'une possible maltraitance à l'égard de l'enfant à naître. L'approche transdisciplinaire permet au collectif de remettre l'intérêt de l'enfant au centre de ses préoccupations, dont le développement harmonieux implique le plus souvent de rester avec sa mère. Le travail engagé permet aussi de prendre du recul par rapport aux difficultés récurrentes auxquels les professionnels sont confrontés, et de réfléchir aux

(9) Dufour V., 2005, « Bilan d'activité des staffs de parentalité à Paris : quelle réponse pour quelle type de difficultés ? », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 34 (suppl. n° 1), 2005, 2S74-2S77.

moyens de les contourner, grâce à la mutualisation des compétences et des moyens disponibles, notamment en ce qui concerne les problèmes de logement, les pathologies psychiatriques, et les conduites addictives.

→ CONCLUSION

Pendant la grossesse, la consommation des substances psychoactives réglementées ou illicites (principalement l'alcool, la cocaïne, les opiacés, le cannabis) peut engendrer de nombreux risques pour la future maman et son enfant : les malformations et le syndrome de sevrage* à la naissance constituent les principaux risques que les conduites addictives peuvent faire encourir. Chaque produit génère ses propres risques pour l'enfant, qui peuvent être hiérarchisés en fonction de leur gravité. La polyconsommation peut rendre encore plus délicate la nécessité de cesser ses pratiques addictives, auquel cas une approche de réduction des dommages* doit être privilégiée.

La mise au jour de plusieurs freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes montre qu'ils touchent à différents registres de la prise en charge (organisation du suivi prénatal*, freins socioculturels, manque d'outils à disposition,...) mais elle met aussi en valeur la place essentielle que détient le défaut de sensibilisation des professionnels dans la configuration des raisons explicatives. Le manque de temps pendant la consultation est considéré par les professionnels comme un frein majeur, mais cette opinion peut aussi être interprétée à rebours : s'ils manquent de temps pour aborder le sujet des conduites addictives, c'est aussi parce que ces dernières ne constituent pas une priorité pour eux.

Selon la sensibilité des professionnels médicaux à l'environnement dans lequel une femme vit sa grossesse, peuvent autant être constatés l'écartement des questions de consommation d'alcool et de produits illicites, que la mise en œuvre, localement, d'approches transdisciplinaires destinées à ajuster les prises en charge globales, en mutualisant l'ensemble des compétences et des outils disponibles. Le développement d'un meilleur accompagnement des grossesses avec conduites addictives implique donc la diffusion de messages pour mieux sensibiliser les professionnels à cette problématique, en répondant à leurs attentes pour débiter dans cette voie : conférences professionnelles thématiques, outils à distribuer aux femmes enceintes pour auto-évaluer l'impact de leurs consommations (alcool, cannabis notamment), affiches sur la prévention de l'alcoolisme fœtal. La récente expérimentation du programme PRADO (Programme d'accompagnement du retour à domicile) impose fortement de mettre en œuvre une campagne de sensibilisation des sages-femmes libérales, notamment sur les symptômes de sevrage du nouveau-né (les pleurs inextinguibles étant le plus souvent, et quelquefois à tort, attribués à des coliques). Enfin, la promotion régulière d'outils déjà existants et pas toujours bien connus semble aussi essentielle, comme le Guide sur les conduites à tenir « Alcool et grossesse : parlons-en »⁽¹⁰⁾ – cf. annexe 12.

(10) Direction générale de la santé, « Alcool et grossesse : parlons-en. Guide à l'attention des professionnels », 2010, 45 pages.

L'INFORMATION SUR L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

• 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
<hr/>	
► La réduction des risques au féminin	139

Tous les professionnels travaillant en contact avec des femmes enceintes ayant des consommations problématiques d'alcool ou de drogues devraient pouvoir :

- *fournir de l'information sur les risques associés à l'usage de tabac, d'alcool ou de drogues durant la grossesse ;*
- *évaluer les problèmes liés à la drogue et à l'alcool durant la grossesse ;*
- *fournir des conseils fondés sur des preuves concernant la réduction des risques* et la gestion des problèmes d'usage de drogues pendant la grossesse ;*
- *discuter des options de traitements et de prise en charge des problèmes d'usage de drogues pendant la grossesse.*

Si les professionnels ne parviennent pas à remplir ces conditions, ils devraient s'assurer qu'ils peuvent orienter les femmes vers des services adaptés.

Cette section du livre fournit de l'information ainsi qu'un guide de bonnes pratiques sur ces sujets.

Les tendances dans l'usage de drogues (illicites et prescrites)

Cette section propose des informations basiques sur les drogues communément en usage au Royaume-Uni pour les professionnels non-familiers de l'usage de drogues illicites (non-prescrites) et prescrites. Les drogues communément consommées comprennent :

- l'alcool ;
- le cannabis (haschisch ou marijuana) ;
- les benzodiazépines* (par exemple le diazépam, le témazépam) ;
- les opioïdes (par exemple l'héroïne, la méthadone*, la dihydrocodéine, la buprénorphine*) ;
- les hallucinogènes (par exemple le LSD ou « acide », les « champignons magiques »),

- les stimulants (comme les amphétamines, la cocaïne, l'ecstasy, la méphédrone, la naphyrone ou d'autres substances comme les « euphorisants légaux ») ;
- d'autres drogues (comme la cyclizine, la kétamine, l'acide gamma-hydroxybutyrique ou « GHB », le gamma-butyrolactone ou « GBL », le nitrite d'amyle ou « poppers », les stéroïdes anabolisants, les antidépresseurs ou les anti-psychotiques) ;
- les substances volatiles (par exemple le gaz, la colle, les aérosols) ;
- les drogues en vente en pharmacie comme celles contenant de la codéine ou de la dihydrocodéine.

La plupart des femmes qui consomment des drogues ne se les injectent pas (NTA 2010). La « polytoxicomanie » par voie orale est plus répandue, bien que les taux d'injection ou d'usage oral varient d'une région à l'autre et dans le temps, de même que les voies d'administration varient suivant le type de drogue consommé (certaines drogues sont plus faciles à injecter que d'autres, comme l'héroïne ou l'amphétamine).

Le cannabis est la drogue illicite la plus répandue et est en général consommée mélangée avec du tabac et fumée sous la forme de « joint » ou de « spliff ». Les drogues stimulant le système nerveux central (SNC), comme l'amphétamine, l'ecstasy, la cocaïne, et d'autres « euphorisants légaux » sont communément utilisées pour des objectifs récréatifs et sont populaires dans l'environnement des boîtes de nuit. Les antidépresseurs (essentiellement les ISRS, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) sont également largement utilisés. Ils sont prescrits pour le traitement des problèmes liés à la dépression et à l'anxiété et peuvent interagir avec d'autres déprimeurs ou stimulants du SNC.

Pour plus d'information sur les drogues et leurs effets, consultez les sites suivants :

- www.drogues.gouv.fr
- www.ofdt.fr
- www.drogues-info-service.fr

Les produits communément consommés et leurs effets

L'ALCOOL est de loin la drogue la plus populaire au Royaume-Uni. La consommation excessive régulière ou la consommation dépendante sont associées à un large ensemble de problèmes de santé et de conséquences sociales (SIGN 2003, Gouvernement de sa Majesté, *HM Government* 2007, Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2009a). L'alcool est un déprimeur du SNC qui est rapidement assimilé dans le flux sanguin. Les premiers effets de l'alcool peuvent apparaître en moins de 5 minutes après absorption et ils peuvent durer plusieurs heures en fonction de la quantité ingérée (DrugScope 2010). Son effet sédatif ralentit le corps et donne l'impression aux personnes d'être relaxées ou moins inhibées. Des niveaux de consommation élevés peuvent altérer le débit de parole, les fonctions motrices et provoquer un état de somnolence. Une trop forte consommation peut provoquer des pertes de conscience et la mort (en s'étouffant en vomissant) et est associée à un risque plus important d'accidents, de rapports sexuels non-protégés, d'agressions et de violences (ce qui inclut la violence conjugale). La tolérance à l'alcool peut se développer avec une consommation excessive régulière. La dépendance* est associée à des symptômes de sevrage, qui peuvent être sévères et conduire à une hospitalisation s'il y a constatation d'un syndrome confusionnel, d'hallucinations ou de convulsions (généralement connu sous le nom de *delirium tremens*). L'alcool, consommé en combinaison avec d'autres drogues comme les opioïdes, les benzodiazépines* ou les antidépresseurs, est souvent à l'origine d'overdoses fatales (DrugScope 2010).

Les seuils de consommation pour les hommes et les femmes sont souvent beaucoup plus bas que ce que les gens pensent. Il est recommandé aux femmes de ne pas boire régulièrement plus de 2-3 unités d'alcool par jour, les hommes quant à eux ne devraient pas boire plus de 3-4 unités d'alcool par jour. Sur la durée d'une semaine les femmes ne devraient pas dépasser 14 unités et les hommes 21 unités. Par ailleurs il est conseillé que chacun ait au moins deux jours sans alcool par semaine et ne pratique pas l'alcoolisation massive (*binge drinking*) (Gouvernement de sa Majesté, *HM Government* 2007, Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2009a).

Note : les seuils de consommation d'alcool pour les hommes et les femmes qui veulent concevoir un enfant, ou pour les femmes enceintes ou allaitant, sont différents. Ils sont détaillés dans le chapitre suivant de ce livre.

Les benzodiazépines* comme le diazépam (Valium®), sont communément appelés des « tranquillisants mineurs » (anxiolytiques) ou des « somnifères » (hypnotiques) et sont des dépresseurs du SNC. Ceci dit, ce sont des drogues sédatives qui soulagent l'anxiété et la tension et peuvent ralentir les réactions des personnes et les faire se sentir calmes, somnolentes, léthargiques et distraites (DrugScope 2010). Les effets commencent après 15 minutes approximativement et peuvent durer de 4 à 8 heures sans avoir à reprendre de dose. Les benzodiazépines se trouvent facilement sur le marché noir et sont en usage répandu. Les personnes peuvent devenir rapidement dépendantes aux benzodiazépines s'ils les consomment de manière continue. Le sevrage des benzodiazépines, particulièrement le sevrage brutal, peut entraîner des symptômes sévères d'anxiété, de l'insomnie, de l'irritabilité, de la confusion, des hallucinations et des convulsions (similaires aux symptômes de sevrage à la dépendance* alcoolique). De nombreuses personnes trouvent difficile d'arrêter les benzodiazépines et peuvent avoir besoin d'une réduction graduelle du dosage pour y parvenir. Si l'usage est régulier, les benzodiazépines peuvent devenir inefficaces comme somnifères au bout de 2 semaines et inefficaces pour soulager l'anxiété au bout de 4 mois (DrugScope 2010). La tentation est de continuellement augmenter le dosage pour obtenir le même effet. Bien que l'usage dépendant des benzodiazépines soit commun, ils ne sont véritablement efficaces que comme des traitements à court terme. La recherche montre que la combinaison des benzodiazépines avec d'autres drogues, et tout particulièrement l'alcool, est souvent la cause d'overdoses fatales (DrugScope 2010).

LES OPIOÏDES sont des dépresseurs du SNC qui ont un effet analgésique (qui soulage la douleur).

Ils comprennent :

- les opiacés : dérivés du pavot, par exemple la morphine, la codéine ;
- les équivalents synthétiques : comme la méthadone*, la diamorphine (héroïne), la dihydrocodéine (DF118 ou "difs"), la buprénorphine (par exemple le Subutex**, le Temgésic® et le Suboxone®), le dipipranone (Diconal®), la péthidine.

En dehors de l'analgésie, les opioïdes produisent un ensemble d'effets physiques. Ils perturbent l'activité du système nerveux central, ce qui inclut les fonctions de réflexe comme la toux, la respiration, la fréquence cardiaque. Ils perturbent également l'activité intestinale, ce qui conduit à la constipation. À de plus hautes doses, ils conduisent à la sédation et l'usager devient somnolent et éprouve une forme de satisfaction. Des doses excessives produisent un état stuporeux et le coma. La tolérance et la dépendance* physique se développent avec l'usage continu régulier. Les effets physiologiques de l'usage opiacé à long terme ne sont jamais graves en soi. Ils incluent des troubles respiratoires, de la constipation et une irrégularité menstruelle (DrugScope 2010).

L'intoxication aux opioïdes... se réfère généralement à l'expression être « stone » sous drogues opiacées et survient généralement après qu'une personne ait pris une dose supérieure à son niveau de tolérance. Une personne intoxiquée peut être sans réaction, avec les pupilles en têtes d'épingle, des troubles respiratoires (une respiration faible et peu fréquente), un pouls faible et rapide, de même qu'elle peut être pâle et avoir les extrémités froides.

L'overdose d'opioïdes... peut être mortelle. Une attention médicale immédiate et un traitement est requis – en général on administre de la naloxone (par exemple le Narcan®) pour inverser les effets de l'overdose. Une personne qui fait une overdose aura les lèvres bleues et la peau froide, perdra connaissance et ne répondra plus aux stimuli, développera un arrêt respiratoire et pourra mourir (parfois par asphyxie après des vomissements).

Le sevrage des opioïdes chez les adultes... un sevrage brutal menace rarement la vie de la personne et est beaucoup moins dangereux que le sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines*. Les symptômes du sevrage se développent chez les usagers d'opiacés dépendants environ 24-72 heures après leur dernière dose. Les symptômes peuvent comprendre : nausées, vomissements, diarrhée, insomnie, crampes musculaires, chair de poule, peau froide et moite, pupilles dilatées, yeux et nez qui coulent, douleurs abdominales, transpi-

ration, nervosité, irritabilité, ainsi qu'une intense envie de drogue. Les symptômes physiques se calment sans traitement après 7 jours. En ce qui concerne le sevrage des opiacés durant la grossesse, voir la section « La gestion de l'usage de substances psychoactives durant la grossesse ».

LES DROGUES STIMULANTES (également appelées psychostimulants) sont des substances qui induisent à court terme un renforcement des fonctions physiques ou mentales ou des deux, comme la vivacité, la vigilance, l'éveil, la locomotion et l'endurance. Les drogues stimulantes sont communément considérées comme des « boostants » alors que les dépresseurs du SNC sont communément considérés comme des sédatifs faisant « piquer du nez » (DrugScope 2010). De nombreuses drogues stimulantes augmentent le rythme cardiaque et la pression sanguine, et entraînent une perte d'appétit et une diminution de la sensation du besoin de se reposer ou de dormir. À haute dose, les usagers ont tendance à se sentir énergiques et confiants, ils éprouvent un enchaînement plus rapide des pensées et idées et peuvent se sentir (et agir) comme s'ils avaient des pouvoirs physiques et psychiques supérieurs (DrugScope 2010). Paradoxalement les drogues stimulantes peuvent déclencher ou atténuer l'anxiété.

La plupart des drogues stimulantes (comme les amphétamines, la cocaïne, le crack) agissent très rapidement (suivant le mode d'administration) et ont des effets de courte durée (qui se dissipent rapidement). Un usage régulier peut mener à une dépendance psychologique et à une tolérance accrue, ce qui entraîne la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. Les usagers peuvent être tentés de répéter la prise de doses pour éviter les sentiments de léthargie, de fatigue, d'anxiété et de dépression. Un usage exagéré est en général associé à un manque de sommeil et de nourriture et à une baisse de la résistance aux infections. On constate parfois des attaques de panique, des symptômes psychotiques (comme la paranoïa, des illusions et hallucinations) et un sentiment d'être « enchaîné ». Certains usagers connaissent des changements d'humeurs sévères et peuvent devenir très irritables et agressifs. Les symptômes disparaissent en général une fois que la drogue a été éliminée du corps (DrugScope 2010).

L'usage de drogues par injection

Bien que de nombreux usagers de drogues disent consommer les drogues par voies orale, nasale ou pulmonaire, l'usage de drogues par injection reste commun. Les drogues qui peuvent être facilement préparées pour l'injection comprennent :

- la diamorphine (héroïne),
- la morphine (Skénan),
- la buprénorphine (Temgésic[®], Subutex[®]),
- le dipipanone (Diconal[®] – qui comprend également de la cyclizine, un anti-nauséeux),
- la cyclizine (Valoid[®]),
- la cocaïne et le crack.
- les amphétamines (le « speed »),

Note : le Suboxone[®] (une formule combinant buprénorphine/naloxone) est normalement prescrit en préférence au Subutex[®] (buprénorphine) comme moyen de réduire la tendance qu'ont les usagers à injecter ce produit.

L'usage de drogues par injection et le partage de seringues, aiguilles ou autre petit matériel (par exemple cuillères, filtres, eau, récipients, etc.) restent un grave problème de santé publique. Des guides sur l'injection à moindre risque sont maintenant disponibles pour les professionnels et incitent à promouvoir l'usage unique de tout le matériel d'injection (comme les seringues et les aiguilles) de même que l'usage unique du petit matériel (*Injecting Equipment Provision – IEP*, Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2010b). Il faut que les professionnels continuent à fournir des messages sur les risques associés au partage de petit matériel, étant donné que de nombreux usagers de drogues ne les perçoivent pas comme étant un risque de dissémination de virus sanguins (VIH, hépatite C et hépatite B) – voir également le chapitre « Virus véhiculés par voie sanguine et grossesse ».

Il faut également noter que des prises répétées par le nez de cocaïne ou d'amphétamines endommagent les muqueuses nasales (DrugScope 2010). Le partage du petit matériel de « sniff » (« pailles ») entre usagers augmente le risque de transmission d'hépatite C (Fischer *et al.* 2008, Aaron *et al.* 2008).

► LA RÉDUCTION DES RISQUES AU FÉMININ

MONIQUE DOUGUET⁽¹⁾, GABRIELLE DELEGLISE⁽²⁾, ISABELLE DROUIN⁽³⁾,
GÉRARD FURY⁽⁴⁾, YVES-ALAIN LIENARD⁽⁵⁾, VIRGINIE MAZZA⁽⁶⁾,
MAYA NETO⁽⁷⁾, SOPHIE PEREZ⁽⁸⁾

- (1) Directrice, association Réduire les risques, Montpellier
(2) Infirmière diplômée d'état, association Réduire les risques, Montpellier
(3) Agent de prévention santé, association Réduire les risques, Montpellier
(4) Agent de prévention santé, association Réduire les risques, Montpellier
(5) Agent d'accueil et d'accompagnement social, association Réduire les risques, Montpellier
(6) Assistante de service social, association Réduire les risques, Montpellier
(7) Animatrice sociale, association Réduire les risques, Montpellier
(8) Agent de prévention santé, association réduire les risques, Montpellier

Contact : reduirelesrisques@wanadoo.fr

Les représentations sociales et leur impact sur l'image de la femme conduisent à la discrimination voir à l'exclusion des femmes usagères de drogues.

Aujourd'hui encore, les représentations sociales sur la question du genre sexué ont une influence sur la considération de la place de chacun dans la société.

Quel que soit notre genre, nous sommes imprégnés de l'apparence que nous véhiculons. Cette apparence va déterminer l'image que nous renvoyons à autrui et influencer la relation qui va se construire avec l'autre.

Les femmes qui se situent dans une addiction s'exposent à un contexte de vie qui renforce leur vulnérabilité, déjà déterminée dans le rapport hommes/femmes et pire encore si elles sont sans domicile. Pour une femme, vivre dehors, c'est être plus souvent victime de violences physiques et/ou psychologiques, d'agressions sexuelles et/ou émotionnelles ; beaucoup d'entre-elles masque leur féminité et certaines peuvent développer des comportements agressifs envers elles ou les autres pour lutter contre cet environnement.

Dans la société, l'image de la femme est de fait associée à celle de la maternité.

Ainsi, les femmes qui se situent dans une problématique d'addiction ne vont-elles pas amener des questions quant à leur capacité à être la « bonne mère ». Vont-elles assurer et assumer les besoins primaires de leur enfant ? Vont-elles pouvoir favoriser son développement et son autonomie ?

Les représentations de part et d'autre sur l'addiction et l'image de la mère viennent renforcer la stigmatisation à l'égard de ces femmes toxicomanes, pour qui, révéler leurs consommations de substances psycho-actives devient d'autant plus complexe.

Les recherches (rapport INSERM 2010 sur la réduction des risques*) montrent que les femmes se présentent moins spontanément que les hommes dans les lieux pour personnes dépendantes. Révéler sa dépendance* dans un contexte d'usage illicite, c'est prendre le *risque* du retrait de garde des enfants.

Aussi, des structures spécifiques, dédiées à l'accueil au féminin sont indispensables. C'est pourquoi l'association Réduire les risques a proposé ce projet d'« Accueil des femmes et des familles » dès septembre 2000. L'approche est différente, plus posée,

plus à l'écoute, pour déjouer toutes les représentations ancrées dans l'esprit tant des intervenants que des personnes rencontrées.

Il nous semble en effet que les limites d'échanges rencontrées par les intervenants sont davantage liées au degré de cheminement de l'intervenant lui-même par rapport à la question plus globale du genre (masculin/féminin) qu'à une question de compétence professionnelle.

Notre approche comporte deux notions primordiales : l'anonymat et la libre adhésion.

Un accueil spécifique femme avec ou sans enfant, permet de créer un espace bien à eux et sécurisant. Les locaux chaleureux, sobres et accueillants (avec espace jeux pour enfants) où chacune peut se poser ou satisfaire quelques besoins primaires : collation et boissons chaudes/froides, douches, vestiaires, machine à laver, programme d'échange de seringues en libre-service... offrent un cadre « sécurisant » et sans contrepartie (hormis le respect des règles de base de civilités).

Nous travaillons en première ligne et l'un de nos objectifs est d'établir un lien avec chaque personne accueillie.

L'accueil de la personne se fait tel qu'elle est, sans jugement sur ses difficultés, symptômes et situations. Le lien se construit d'abord dans l'écoute bienveillante et par l'observation car décrypter les non-dits, déchiffrer les messages permet d'affiner l'accompagnement. Il est nécessaire d'entendre la souffrance et les besoins de l'Autre. Cela commence donc par rassurer et apaiser la personne. Créer une accroche pour passer de la rencontre à la relation.

Pour nous, accompagner, c'est cheminer avec la personne, et pour ce faire, la réduction des risques* implique une posture professionnelle bousculant quelque peu les schémas habituels de la relation éducative.

Dans ce lieu rassurant et repérant, les temps collectifs mis en place (en salle d'accueil, sorties en groupe, réunions d'échanges, ateliers bien-être : relaxation, esthétique, théâtre, cuisine et bien sûr nos ateliers santé) permettent d'apprendre et de réapprendre à nouer des liens avec les autres. Les enfants sont présents et peuvent partager certaines activités. L'équipe pluridisciplinaire, présente, à l'écoute, disponible et accueillante, renforce le sentiment de « cocooning » lié à l'association, en respectant la nécessité du temps propre à chaque rencontre.

L'INFIRMIÈRE, outre le travail pluridisciplinaire autour de la réduction des risques* liés à l'usage de drogue : éducation aux règles d'hygiène, échange de matériel stérile, transmissions infectieuses, dépistages (sur place) et traitements médicaux (en réseau avec les CSAPA* et le réseau Hépatites et VIH), législation, justice, administratif... et hormis le protocole médical de bobologie en tant qu'outil de rencontre, utilise largement le toucher et « l'enveloppement ». Dans cette approche maternante, elle peut aborder progressivement et naturellement tous sujets de l'ordre de l'intime, en fonction des demandes ou des problématiques évaluées : éducation à la santé (bien-être physique et moral) spécifiquement féminin :

- connaissance anatomique et physiologique du corps féminin ;
- informations sur la sexualité, les cycles menstruels, la libido, la contraception de base et d'urgence (délivrance gratuite de pilules du lendemain, préservatifs féminins ou masculins et tests de grossesse) ;

- troubles menstruels (dysménorrhée, aménorrhée, métrorragies et liens éventuels avec certaines consommations ;
- travail avec l'unité spécifique de grossesse et addiction de la maternité d'Arnaud de Villeneuve, avec le Réseau périnatalité et addictions ainsi que le Planning familial ;
- prévention, soutien et accompagnement en réseau aux femmes victimes de violences conjugales entre autre, avec l'assistante sociale du commissariat de police ;
- restauration de l'image de soi, socialement, par orientation et accompagnement physique à la demande sur rendez-vous : dentiste, chirurgie dentaire et prothèses.

L'ASSISTANTE SOCIALE, adapte son mode d'intervention en fonction du rythme des personnes. Face à un public fonctionnant dans l'immédiateté, elle vise à évaluer les situations et à en repérer l'urgence. Elle doit pouvoir recevoir les usagères dans l'instant sans nécessairement poser le cadre d'un rendez-vous.

L'assistante de service social contribue à l'information, l'orientation des personnes. Elle participe à leur accompagnement social et les aide dans nombre de démarches administratives et sanitaires. Elle favorise l'accès à l'ouverture de droits et accompagne vers le droit commun.

Dans la peur du placement de leurs enfants, certaines mères accueillies se représentent parfois l'assistante sociale comme une éventuelle menace. Pour éviter cela, l'assistante sociale d'un CAARUD* favorise un lien de confiance, elle entretient une relation de « juste proximité » et permet alors d'atténuer les représentations sur le métier.

Dans ce cadre, l'assistante sociale rassure et apporte un soutien à la parentalité et permet parfois d'atténuer leurs angoisses. Il s'agit alors d'établir un rôle de coordination et de « médiation » avec les intervenants du domaine de la protection de l'enfance, et de lever aussi certaines représentations auprès de ces professionnels quant aux personnes dans l'addiction.

Ainsi, la sérénité bienveillante et linéaire de l'accueil permet le fragile tissage de lien durable : un lieu de confiance où il est possible de parler de tout, à son rythme, sans tabou et sans crainte de jugement. Les sujets spécifiques féminins abordés en commun souvent de manière informelle permettent à chacune de se confronter au ressenti et aux regards des autres, et de créer, à terme une certaine complicité au « féminin » dans ce lieu protégé, tel un gynécée !

Alors, dans ce repos de guerrières, peuvent émerger de nouveaux projets de vie, des désirs de soins et de « prendre soin » de soi... que l'équipe accompagnera.

POSITIONNEMENT DES SALARIÉS DU CAARUD *Réduire les risques*





LES DROGUES ET LEURS EFFETS SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS

• Des informations probantes	144
• Les effets du tabac	145
• Les effets de l'alcool	146
• Les effets des drogues (illicites et prescrites)	148

Toutes les femmes devraient recevoir des informations sur les effets du tabagisme, de la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse. Idéalement, l'information devrait être donnée bien avant la conception afin que la femme ait la possibilité de modifier sa consommation de substances psychoactives avant d'être enceinte (voir la section sur « les soins avant la conception »).

La réponse courante à une question, comme « j'ai pris de la X avant d'apprendre que j'étais enceinte. Est-ce que cela peut nuire à mon bébé ? », est le plus souvent « non ». Toutefois, les résultats dépendent de la substance utilisée, de la quantité prise, de la période, de la façon dont elle a été prise, à quel stade de la grossesse, et de nombreux autres facteurs tels que l'alimentation, la santé générale et la situation sociale. Trop mettre l'accent sur la probabilité des effets néfastes peut avoir pour effet regrettable de convaincre certaines femmes concernées de vouloir mettre un terme à leur grossesse de façon inappropriée. D'autres peuvent arrêter brusquement leur consommation dépendante de drogues (ce qui pourrait être dangereux pour le fœtus) ou évitent d'entrer en contact avec des professionnels en raison de craintes exagérées.

La consommation de drogues est associée à des taux accrus de mortalité et de morbidité obstétrique et pédiatrique et peut affecter la grossesse de plusieurs manières différentes. Au cours du 1^{er} trimestre, lorsque les organes du fœtus sont en cours de formation, les effets tératogènes (malformations) sont la principale préoccupation. C'est un moment où la femme peut ne pas savoir qu'elle est enceinte. Au cours des 2^e et 3^e trimestres, la principale préoccupation concerne la croissance et le développement fonc-

tionnel. Une fonction placentaire et une croissance du fœtus altérées peuvent avoir pour résultat un bébé de poids insuffisant à la naissance. L'usage de drogues illicites et la consommation fluctuante de substances psychoactives peuvent augmenter le risque d'accouchement prématuré. Le risque de mort subite du nourrisson est plus grand et le syndrome de sevrage néonatal* est fréquent chez les bébés nés de femmes ayant des dépendances* à certaines drogues. Les enfants exposés à trop d'alcool *in utero* peuvent naître avec le syndrome d'alcoolisation fœtale* ou embryofœtopathie alcoolique (RCOG 2006a, BMA, 2007a).

De nombreuses femmes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues se sentent inquiètes et coupables concernant les effets de cette consommation sur le bébé et peuvent par conséquent sembler réticentes à en discuter (Klee *et al.* 2002). Les professionnels doivent laisser aux parents la liberté d'exprimer leurs préoccupations, leurs craintes et leurs questions, qu'ils hésitent à soulever spontanément. Très souvent, les parents seront soulagés quand un professionnel abordera le sujet et les encouragera à partager leurs préoccupations. Leur permettre d'exprimer leurs inquiétudes quant à de mauvais résultats et leur ambivalence au sujet de leur situation actuelle, y compris leur consommation de drogues, leur traitement et ainsi de suite, peut avoir une dimension thérapeutique. Les parents se plaignent souvent qu'on ne leur « en dit pas assez » et les professionnels remarquent que les parents sont « mal préparés » ou « mal informés ».

Les fascicules qui s'adressent aux usagers des services sociaux et des services de santé, comme celui qui est fourni avec le présent ouvrage – « Enceinte... et usagère d'alcool ou de drogues ? » (cf. annexe 4) doivent être donnés à toutes les mères qui déclarent une consommation de substances nocives. Cette brochure peut être donnée à la future mère, quand elle dévoile sa dépendance* aux drogues ou un problème lié à l'alcool lors de ses premiers rendez-vous. La brochure est « accessible à tous » et décrit les effets généraux liés à la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse, offre des conseils sur la façon de gérer la consommation de ces substances pendant la grossesse, et fournit des informations sur l'allaitement maternel, les virus à mode de contamination sanguine et le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN). Les femmes et leurs partenaires devraient être invités à lire la brochure et à en discuter avec la sage-femme ou d'autres professionnels de santé impliqués dans leurs soins.

Des informations probantes

A l'exception du tabac et de l'alcool, il a été difficile d'établir des informations claires et fiables sur les effets de drogues spécifiques concernant le développement du fœtus et du bébé. Une grande partie de la recherche est méthodologiquement imparfaite et les résultats sont incohérents et contradictoires (Hepburn, 2004b). Les études bien contrôlées sont en effet difficiles à mener et les résultats d'une grossesse sont liés à des facteurs multiples (Kaltenbach 1994, Lester *et al.* 2004, Schempf 2007). Ils sont le produit d'une interaction dynamique entre des facteurs génétiques, la santé physique et psychologique, la nutrition, des carences sociales et d'autres influences environnementales, la qualité des aides des services de santé et des services sociaux, ainsi que les effets de l'usage du tabac, de l'alcool et de drogues. Ces facteurs de confusion (qui souvent ne sont pas contrôlés dans les études) ont rendu difficile l'établissement de relations de cause à effet. Ceci est particulièrement vrai dans la mise en relation entre une exposition intra-utérine spécifique du fœtus à la drogue et des conséquences sur le développement à long terme chez les enfants (Hogan 1998, Frank *et al.* 2001, ACMD 2003).

Les problèmes liés à la drogue et à l'alcool sont étroitement associés à la pauvreté, au chômage, à l'absence de logement, à la violence, à la délinquance et à l'emprisonnement, à la mauvaise santé physique et psychologique, à l'isolement social, et à une mauvaise prise en charge par les services de santé et les services sociaux. Ces autres facteurs peuvent donc aussi éclairer bon nombre des constatations rapportées dans la littérature (Craig 2001). Il y a aussi une dimension morale qui s'ajoute à ce qui est censé être

un ensemble de preuves scientifiques objectives. Des rapports sur les effets indésirables sont plus susceptibles d'être publiés que la recherche évoquant l'absence de tels effets, quelle que soit la validité scientifique de la recherche (Koren *et al.* 1989, Frank *et al.* 1993). Les informations qui suivent concernant les effets de certaines drogues, doivent être lues en prenant en compte ces limites.

Les effets du tabac

Les risques associés à l'utilisation maternelle de tabac sont particulièrement bien établis (NICE, 2008a, 2010b). De nombreuses substances nocives sont contenues dans les cigarettes. La nicotine, le monoxyde de carbone et le cyanure sont soupçonnés d'avoir les effets les plus néfastes, réduisant le flux sanguin et l'apport d'oxygène vers le fœtus (Johnstone, 1998).

Fumer pendant la grossesse augmente le risque de mortalité infantile d'environ 40 % (2010b NICE), et le tabagisme maternel au cours des 12 premières semaines de grossesse (jusqu'à la fin du 1^{er} trimestre) est responsable de 25 % des naissances de bébés ayant un poids trop faible (*Scottish Executive*, 2001). Le tabagisme provoque une réduction de poids à la naissance supérieure à celle de l'héroïne et représente un facteur de risque majeur dans le syndrome de mort subite du nourrisson (*Scottish Executive*, 2003). Moran *et al.* (2009) soulignent que les complications directes de la grossesse potentiellement liées au tabac sont semblables à celles de la cocaïne – dans les deux cas elles sont liées au Retard de croissance intra-utérin (RCIU*), au décollement placentaire, à la rupture prématurée des membranes et à l'accouchement prématuré. Les bébés nés de gros fumeurs peuvent également présenter des signes mineurs de sevrage, y compris des signes de nervosité dans la période postnatale précoce (*Scottish Executive*, 2003).

Bien qu'il n'y ait pas de preuve formelle que le tabagisme provoque des malformations congénitales, nombre de complications de grossesse et de complications néonatales y sont associées (NICE, 2008a, 2010b). Il s'agit notamment :

- de fausses couches ;
- de grossesses extra-utérines ;
- de placenta prævia ;
- de décollement placentaire ;
- de rupture prématurée des membranes ;
- de mortinatalité (mort-né) ;
- d'accouchement prématuré ;
- de Retard de croissance intra-utérin (RCIU) ;
- de faible poids de naissance ;
- de fente labiale et palatine ;
- de réduction de la production du lait maternel ;
- de Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).

Des études sur les effets à long-terme suggèrent que les enfants de fumeurs souffrent de plus graves infections respiratoires dans l'enfance et l'adolescence (par exemple bronchite et pneumonie), et ont plus de risques de développer de l'asthme et des otites moyennes (2010b NICE). L'exposition *in utero* à la fumée a également été associée à des problèmes psychologiques durant l'enfance (par exemple des problèmes d'attention et d'hyperactivité, ou des comportements perturbateurs et négatifs) et peut avoir un effet négatif sur la performance scolaire de l'enfant (NICE 2010b).

La fumée secondaire (ou « tabagisme passif ») semble présenter des risques similaires au tabagisme maternel pour le fœtus et le bébé, en particulier en ce qui concerne un risque accru de faible poids de naissance, d'accouchement prématuré, de SMSN, d'asthme, d'infections de l'oreille et d'infections respiratoires (Martinez *et al.* 1994, US *Department of Health and Human Services* 2006).

Un certain nombre de facteurs sont clairement associés au tabagisme durant la grossesse (NICE 2010b). Les femmes enceintes qui fument sont plus souvent jeunes, moins instruites, n'occupent généralement pas des emplois spécialisés ou des emplois d'encadrement, vivent dans des logements sociaux ou des locations. Elles sont célibataires ou vivent avec un partenaire fumeur. L'effet néfaste des inégalités sociales et sanitaires sur le tabagisme maternel pendant la grossesse a conduit à une approche plus ciblée vis-à-vis de ceux qui en ont besoin.

Les effets de l'alcool

Aucun niveau « sûr » de consommation d'alcool pendant la grossesse n'a été établi. À tous les niveaux, depuis une consommation faible et occasionnelle jusqu'à une consommation élevée et régulière, il existe des preuves contradictoires quant à la possibilité d'effets néfastes sur le fœtus (Gray Et Henderson 2006). Il a été constaté que la consommation d'alcool pendant la grossesse peut potentiellement affecter le cerveau du fœtus et le développement du système nerveux central à n'importe quel moment de la grossesse. L'alcool traverse facilement le placenta ; plus une mère consommera de l'alcool, plus les risques d'effets tératogènes (développement anormal de l'embryon et du fœtus) seront importants (BMA 2007a).

Un problème méthodologique majeur dans les études réside dans les difficultés de la mesure précise de la consommation d'alcool, ce qui explique la nature peu fiable des résultats. La plupart des mesures de consommation d'alcool s'appuie sur les témoignages maternels, qui sont souvent imprécis en raison des biais résultant d'une mauvaise évaluation, de souvenirs pauvres et de la stigmatisation sociale associée à l'abus d'alcool pendant la grossesse (Gray Et Henderson 2006, RCM 2010).

UNE CONSOMMATION FAIBLE À MODÉRÉE

Dans une étude du NICE (2008a), il n'a pas été trouvé de preuve d'effets néfastes associés à de faibles niveaux de consommation d'alcool (i.e. < 1,5 unité par jour) pour l'enfant à naître, même si, en raison d'une augmentation possible du risque de fausse couche, il y est recommandé que les femmes enceintes, si possible, évitent de boire de l'alcool pendant le premier trimestre.

Une étude systématique (Henderson *et al.* 2007a) n'a pas permis de trouver de preuve convaincante d'effets indésirables associés à une consommation faible à modérée d'alcool pendant la grossesse – consommation définie comme inférieure à 1,5 unité par jour ou 10 unités par semaine. Toutefois, les preuves avancées ne sont pas assez fortes pour écarter tout risque. Des données provenant de deux méta-analyses sur la consommation modérée – définie comme allant de 3 à 21 unités par semaine – (Polygenis *et al.* 1998, Makarechian *et al.* 1998), et une expertise du *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (Gunzerath *et al.* 2004), suggèrent également qu'une telle consommation n'est pas associée à des déficits de croissance fœtale ou à des malformations congénitales. Le retard de croissance intra-utérine (RCIU), les fausses couches, la mortinatalité et l'accouchement prématuré ont tous été associés à une consommation maternelle d'alcool modérée à forte, mais pas systématiquement (Gray et Henderson 2006).

En plus du volume d'alcool consommé, le schéma, la fréquence et la durée de la consommation d'alcool pendant la grossesse semblent être importants. Les études sur les effets de l'hyperalcoolisation (*binge drinking*) pendant la grossesse (consommation de 6 unités ou plus en une même occasion), n'ont trouvé aucune preuve convaincante d'effets indésirables, à l'exception d'un risque accru de retard de développement neurologique (Gray et Henderson 2006, Sayal *et al.* 2009). Une hyperalcoolisation prononcée et fréquente est considérée comme représentant un plus grand risque pour le fœtus que la consommation modérée régulière (Gray et Henderson 2006).

LA CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL

La consommation abusive d'alcool pendant la grossesse, en particulier celle qui est associée à une dépendance* alcoolique, a pour conséquence la naissance de bébés ayant le Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). La prévalence du SAF au Royaume-Uni est inconnue, mais les études de prévalence dans le monde entier suggèrent que le SAF se produit dans environ 1/1 000 naissances (BMA 2007a).

L'appellation « Syndrome d'alcoolisation fœtale » a été inventée par Jones et Smith en 1973 pour décrire un ensemble de caractéristiques cliniques observées chez les enfants nés de mères dépendantes à l'alcool aux États-Unis.

Le Syndrome d'alcoolisation fœtale est caractérisé par :

- une restriction de la croissance fœtale (avec pour conséquence un faible poids à la naissance, une circonférence réduite de la tête et une taille réduite du cerveau) ;
- un retard de croissance (l'enfant reste en dessous du 10^e percentile) ;
- un ensemble d'anomalies faciales caractéristiques, par exemple fentes palpébrales courtes (ouverture des yeux), vermillon mince (lèvre supérieure), partie médiofaciale aplatie et philtrum lisse (section entre la lèvre supérieure et la partie inférieure du nez).
- dommages sur le système nerveux central entraînant une insuffisance permanente de la fonction cérébrale, y compris des anomalies intellectuelles et neurologiques et un retard de développement. Les problèmes courants incluent des difficultés d'apprentissage, des déficits de l'attention, une mauvaise compréhension des situations sociales, une hyperactivité, un comportement impulsif, une mauvaise coordination et une mauvaise organisation, un mauvais tonus musculaire, des déficits de la mémoire de travail, des déficits du langage réceptif, des déficits des fonctions exécutives (par exemple difficulté à s'organiser et faible raisonnement de cause à effet), et une incapacité à tirer des conséquences de leur comportement. Environ 25 % des enfants atteints du SAF ont un QI inférieur à 70 (Streissguth *et al.* 2004).

Le diagnostic repose sur la confirmation de l'exposition prénatale* à l'alcool, bien qu'il n'y ait pas de consensus clair quant à la toxicité (tératogénie) du niveau d'exposition. La « forte » consommation alcoolique maternelle est très largement indéfinie dans la littérature. En tant que guide, le système de classement du code diagnostique à quatre chiffres, « *4-Digit Diagnostic Code* », (Astley 2004) établit une distinction entre les niveaux d'exposition prénatale* à l'alcool allant d'un « risque élevé » à un « risque éventuel ». Selon ce système, l'exposition à haut risque est équivalente à une concentration d'alcool dans le sang (BAC) de 100 mg/dl ou plus, consommé au moins une fois par semaine en début de grossesse. Le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* définit également comme « consommation excessive d'alcool » la consommation de plus de 6 unités d'alcool en un seul épisode, pendant 5 jours ou plus au cours d'une période de 30 jours (*US Department of Health and Human Services* 2000).

Tous les bébés de femmes qui boivent beaucoup pendant la grossesse ne développent pas de SAF « complet », et une recherche considérable a été entreprise pour examiner les facteurs qui contribuent au développement du SAF. Bien d'autres facteurs de confusion semblent importants. Ces facteurs comprennent la santé physique générale, la nutrition, les interactions hormonales, la santé mentale (en particulier les niveaux de stress), la violence familiale, l'âge, le nombre d'enfants nés « viables », le tabagisme et la consommation d'autres drogues, ainsi que la privation sociale (MRC 2010, BMA, 2007a, Abel, 1998). Il est maintenant généralement accepté que le SAF est un désordre complexe multifactoriel dans lequel l'exposition à une forte consommation d'alcool *in utero* interagit avec d'autres facteurs environnementaux et une prédisposition génétique (Gray et Henderson 2006).

D'autres « effets fœtaux de l'alcool » associés à l'abus d'alcool ont été décrits, y compris des *Anomalies congénitales liées à l'alcool* (ACLA) et des *Troubles neurologiques du développement liés à l'alcool* (TNDLA). Ces formes partielles du syndrome, qui montrent certaines caractéristiques du SAF (mais pas toutes), comprennent des déficits plus subtils identifiés lors de tests comportementaux, cognitifs, psychologiques et éducatifs. Ces différents effets ont entraîné des changements dans la terminologie qui ont suscité un débat considérable, puisque la relation entre la consommation maternelle d'alcool et le développement d'une gamme de troubles n'est pas entièrement comprise, et qu'un diagnostic différentiel prudent est nécessaire (Abel 1998, BMA 2007).

Pris ensemble, le groupe des effets est connu sous le nom d'*Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale* ou « ETCAF* » (RCOG 2006). L'incidence de l'ETCAF dans les pays occidentaux est estimée à environ 9/1 000 naissances (BMA 2007a). Il existe certaines preuves suivant lesquelles l'ETCAF peut se produire avec des niveaux modérés d'exposition prénatale* à l'alcool, bien que ces preuves ne soient pas concluantes. Les femmes les plus en danger d'avoir un enfant atteint du SAF ou de l'ETCAF sont celles qui vivent dans la pauvreté, un logement social, qui fument ou qui consomment des drogues illicites pendant la grossesse, les mères plus âgées, les femmes ayant une mauvaise alimentation pendant la grossesse, et les femmes « d'origine autochtone » (BMA 2007a).

Le SAF et l'ETCAF sont des situations irréversibles qui ont un impact significatif sur la vie d'un individu et sur la vie de ceux qui les entourent (BMA 2007a). Les déficits neurologiques et cognitifs associés à l'ETCAF signifient que les enfants touchés pourront rencontrer des problèmes en raison de difficultés d'apprentissage, de jugement, de planification et de mémorisation. Il s'agit notamment de problèmes de santé mentale, d'expérience scolaire perturbée, de comportement criminel, d'emprisonnement, de comportement sexuel inapproprié, et de problèmes d'alcool et de drogues en tant qu'adolescents et en tant qu'adultes (Streissguth *et al.* 2004).

Les taux de diagnostics du SAF sont notoirement pauvres (Elliott *et al.* 2006, RCOG 2006). Les caractéristiques du SAF ou de l'ETCAF peuvent ne pas être apparentes à la naissance et peuvent changer au fil du temps pendant le développement de l'enfant. Les problèmes de développement neurologique sont habituellement évalués après la petite enfance et tendent à persister durant la vie adulte. De même, les traits du visage liés au SAF deviennent plus évidents vers l'âge de huit mois mais ont tendance à être ensuite moins apparents pendant l'enfance. La période la plus précise pour un diagnostic se situe entre trois et douze ans (Gray et Henderson 2006).

Bien qu'il existe un grand nombre de preuves pour montrer que les problèmes d'alcool du père affectent le développement et le comportement de l'enfant, peu d'études ont enquêté sur les effets de la consommation d'alcool paternelle sur le risque de Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ou sur l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Certaines études ont enquêté sur le lien entre la consommation d'alcool *paternelle* sur l'issue de la grossesse, le poids à la naissance, l'accouchement prématuré et les fausses couches. La conclusion générale est qu'il n'y a aucune preuve d'une contribution paternelle significative. Cependant, aucune étude n'a porté sur le développement neurologique (Gray et Henderson 2006).

Les effets des drogues (illicites et prescrites)

Comme indiqué précédemment, les études portant sur les effets des drogues pendant la grossesse présentent de nombreux problèmes méthodologiques et facteurs de confusion amenant à des résultats incohérents et contradictoires (Kaltenbach 1994, Lagasse *et al.* 1999, Lester *et al.* 2004). Les effets signalés des produits sur le fœtus sont globalement similaires et en grande partie non-spécifiques au type de produit utilisé (Ministry of Health, 2007a). Le RCIU* et les accouchements prématurés contribuent au faible poids de naissance et à l'augmentation des taux de mortalité périnatale (Hepburn,

2004b). Ces résultats sont multifactoriels et sont également associés à la privation socio-économique, à la mauvaise santé maternelle, au stress et au tabagisme (*Ministry of Health, 2007a*). Schempf et Strobino (2008) rappellent que les études qui ont contrôlé les soins prénataux* et les facteurs sociaux, psycho-sociaux, comportementaux et médicaux associés montrent que les effets directs de la consommation illicite de drogues sur la naissance n'ont pas été significatifs.

LE CANNABIS

(MARIJUANA OU « HASCH »)

Malgré son usage répandu, l'information sur les effets du cannabis pendant la grossesse est généralement médiocre. Un examen du cannabis par l'Organisation mondiale de la santé (1997) a conclu qu'il n'y avait aucune preuve que le cannabis ait lui-même un effet direct sur la grossesse ou le développement du bébé. Fergusson *et al.* (2002) n'ont trouvé aucune association entre la consommation de cannabis pendant la grossesse et un risque accru de mortalité périnatale ou de morbidité. En ce qui concerne les effets sur le poids de naissance, une méta-analyse des études ajustées sur le tabagisme (English *et al.* 1997) n'a pas trouvé de preuves suffisantes démontrant que l'usage du cannabis, dans la quantité habituellement consommée par les femmes enceintes, entraîne une réduction de poids à la naissance. Toutefois, le cannabis est normalement mélangé avec du tabac et fumé dans un « joint ». Le tabac provoque une réduction de poids à la naissance, un risque accru de Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) et de nombreuses autres complications de grossesse.

LES BENZODIAZÉPINES*

(PAR EXEMPLE LE DIAZÉPAM ET TÉMAZÉPAM)

Il n'y a pas de preuve concluante que les benzodiazépines* causent des malformations congénitales ou d'autres effets indésirables graves sur le fœtus en développement (Moran *et al.* 2009). Toutefois, des risques accrus de faible poids de naissance et d'accouchement prématuré ont été rapportés (Wikner *et al.* 2007), et la plupart des études n'ont étudié que l'utilisation à faible dose, alors que de nombreux usagers de drogue rapportent des prises de fortes doses. Bien qu'il y ait eu quelques rapports sur des anomalies faciales (ex. : fente labio-palatine) suite à l'utilisation de benzodiazépines à forte dose en début de grossesse (Dolovich *et al.* 1998), ces résultats n'ont pas été recoupsés de façon fiable (Wikner *et al.* 2007). L'utilisation maternelle de benzodiazépines à proximité du terme peut également se traduire par un « syndrome de la poupée » (amyotrophie spinale), où le nouveau-né est léthargique, a un tonus musculaire réduit et une dépression respiratoire (Day & George 2005).

La dépendance* aux benzodiazépines par la mère est clairement associée à des symptômes de sevrage chez le nouveau-né (*Ministry of Health, 2007a, American Academy of Pediatrics, 1998*). Le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) peut être plus grave et prolongé avec les benzodiazépines et l'apparition des symptômes de sevrage peut être retardée en cas d'usage d'opiacés – voir la section sur le « Syndrome de sevrage néonatal ».

LES OPIOÏDES

(PAR EXEMPLE L'HÉROÏNE, LA MÉTHADONE*, LA DIHYDROCODÉINE, LA BUPRÉNORPHINE)

À ce jour, il n'y a pas de données suffisantes sur les effets des opioïdes, en particulier concernant les effets à long terme sur l'enfant (Messinger *et al.* 2004, Bell et Harvey-Dodds 2008, Hunt *et al.* 2008). Il n'existe aucune preuve convaincante suivant laquelle les opioïdes causeraient des anomalies congénitales ou un risque accru de détérioration significative ou permanente du développement neurologique (Johnstone 1998, Messinger *et al.* 2004).

Les opioïdes sont associés à un risque accru :

- de faible poids de naissance ;
- de travail et d'accouchement prématurés ;
- de RCIU* ;
- de Mort subite du nourrisson (MSN).

Un plus grand risque d'accouchement prématuré a été associé à l'usage de drogues illicites, à l'usage de drogues par injection, au sevrage fœtal *in utero*, à une mauvaise alimentation, et à la mauvaise santé maternelle. Almario *et al.* (2009) ont constaté que les femmes enceintes qui ajoutent à leur prescription de méthadone*, deux ou plusieurs drogues illicites (y compris la cocaïne, l'alcool, les opiacés et le cannabis), étaient plus susceptibles d'accoucher avant terme que lors de la prise de méthadone seule. Une méta-analyse (Hulse *et al.* 1997) a permis de constater également une augmentation du risque de faible poids de naissance si la mère consomme de l'héroïne, ou de l'héroïne et de la méthadone, plutôt que de la méthadone seule. Toutefois, d'autres études qui ont contrôlé les effets de la cigarette, la qualité des soins prénatals* et d'autres facteurs de risque, n'ont trouvé aucune association entre la consommation d'opiacés et un faible poids de naissance ou la survenue d'accouchement prématuré (Schempf 2007, Schempf et Strobino 2008). L'usage maternel d'opiacés a été associé à un risque accru de mort subite du nourrisson, même après s'être protégé des effets de la cigarette (Kandell *et al.* 1993).

Les analyses de cas de sevrage aux opiacés au cours de la grossesse ont signalé un risque accru de fausse-couche au 1^{er} trimestre, de mort-nés et de travail prématuré au 3^e trimestre (Luty *et al.* 2003). Un sevrage brusque aux opiacés est donc considéré comme potentiellement dangereux pour le fœtus, bien que les risques de sevrage aient été exagérés par le passé et qu'ils peuvent être minimisés par une pharmacothérapie appropriée pour la mère (Johnstone 1998, Hepburn, 2004b) – Voir la section « Gestion de la consommation de drogues au cours de grossesse ».

Le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) est bien documenté chez les bébés nés de mères qui ont une dépendance* aux opiacés – Voir la section « Syndrome de sevrage néonatal ». Les bébés touchés développent normalement des symptômes dans les 24-72 heures suivant la naissance. Les symptômes varient en intensité et peuvent durer de quelques jours à plusieurs mois avant de se résoudre complètement (Lloyd et Mysersough 2006). La méthadone* (en raison de sa plus longue demi-vie) est associée à un déclenchement plus tardif et à des symptômes de sevrage plus graves et plus prolongés que l'héroïne ou la buprénorphine (Cairns 2001, Jones *et al.* 2010, Kakko *et al.* 2008). La consommation d'héroïne est toutefois associée à une mauvaise santé maternelle, à des soins prénatals de mauvaise qualité et à une plus grande probabilité de grossesse difficile et de nourrissons fragiles.

Des études sur le développement à long terme des enfants exposés *in utero* aux opiacés amènent des résultats incohérents et contradictoires, reflétant les variables confondantes existant au sein de ces mêmes études (Kaltenbach, 1994). Cependant, dans l'ensemble, la plupart des études suggèrent que l'environnement de soin joue un rôle plus important sur le développement des enfants que l'exposition *in utero* aux opiacés (Ornoy *et al.* 1996, Burns *et al.* 1996, Messinger *et al.* 2004, Topley *et al.* 2007).

LA COCAÏNE ET LE « CRACK »

Les preuves sur les effets de la consommation maternelle de cocaïne sont relativement importantes, mais peu concluantes. Les effets indésirables sur le fœtus ont été largement rapportés chez les gros consommateurs de cocaïne et de crack, plutôt qu'avec des consommations « de divertissement » ou occasionnelles (Hulse *et al.* 1997b, 2004a Hepburn). La cocaïne est un puissant vasoconstricteur, limitant l'écoulement de sang et d'oxygène vers le fœtus. Il n'y a pas de preuve réelle que la cocaïne soit tératogène (Bauer *et al.* 2005), ou ait un effet défavorable significatif sur le développement à long terme des enfants (Frank *et al.* 2001, Messinger *et al.* 2004).

La cocaïne et le crack sont associés à des risques accrus :

- de décollement placentaire (quand le placenta se sépare de la paroi de l'utérus de la mère avec des risques associés d'hémorragie et d'hypoxie fœtale) ;
- de RCIU* ;
- de bébés de faible poids à la naissance ;
- d'accouchement prématuré.

Une méta-analyse (Addis *et al.* 2001) sur les effets de la consommation maternelle de cocaïne sur l'issue des grossesses a constaté que « seul le risque de décollement placentaire et la rupture prématurée des membranes ont été statistiquement associés à la consommation de cocaïne ». Bauer *et al.* (2005) ont constaté que le retard de croissance était plus évident chez les nourrissons les plus grands et les plus matures, et que l'utilisation à forte dose de cocaïne chez la mère pouvait entraîner la présence de signes d'intoxication chez le nouveau-né à la naissance – ces symptômes comprennent : irritabilité, nervosité, tremblements, cris aigus, succion excessive, hypertonie, mauvaise alimentation et cycle de sommeil anormal (Bauer *et al.* 2005). Le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) n'a pas été rapporté de façon fiable (Scottish Executive, 2003).

Un examen systématique (Frank *et al.* 2001) du développement des enfants exposés à la cocaïne *in utero* n'a trouvé « aucune preuve convaincante d'une association avec le développement d'effets toxiques qui seraient différents en gravité, en portée ou en type des séquelles provenant de multiples autres facteurs de risque ». Toutes les études, y compris l'étude de cohorte la plus grande à ce jour (Messinger *et al.* 2004), semblent indiquer que les risques environnementaux (en particulier l'environnement de soins) constituent un meilleur prédicteur du développement mental, psychomoteur, comportemental et linguistique chez les enfants que l'exposition *in utero* à la cocaïne (Frank *et al.* 2001, Brown *et al.* 2004, Bauer *et al.* 2005).

LES AMPHÉTAMINES

(PAR EXEMPLE MÉTHAMPHÉTAMINE OU « SPEED »)

Il n'y a aucune preuve concluante suivant laquelle la consommation d'amphétamines affecterait directement l'issue de la grossesse (NSW *Department of Health* 2006). Toutefois, le sulfate d'amphétamine est un puissant stimulant du système nerveux central et les gros consommateurs ont tendance à avoir une mauvaise santé (en raison d'une mauvaise nutrition, d'une perte de poids, d'anémie et de problèmes de santé mentale). Comme la cocaïne, les amphétamines provoquent une vasoconstriction avec des effets néfastes associés sur la fonction placentaire et la croissance fœtale. Aucun symptôme de sevrage chez le nouveau-né n'a été observé de manière fiable en relation avec l'utilisation d'amphétamines, bien que, comme la cocaïne, des effets d'intoxication aient été décrits (*American Academy of Pediatrics*, 1998).

Des recherches plus récentes portant sur les très jeunes enfants de consommateurs de méthamphétamines aux États-Unis ont signalé des effets indésirables similaires à ceux trouvés avec la cocaïne et le tabac, comme un faible poids à la naissance et un RCIU*, ce qui suggère un effet direct sur la croissance fœtale, car ces effets semblent être liés aux doses utilisées (Smith *et al.* 2006). De légers effets neuro-comportementaux chez les nouveau-nés ont également été associés à la forte consommation de méthamphétamines (Smith *et al.* 2008). Ces effets comprennent notamment une diminution de l'éveil, une léthargie accrue, une mauvaise qualité de mouvement et une augmentation du stress physiologique une fois le sujet réveillé. Les effets neurotoxiques de la méthamphétamine peuvent être supérieurs à ceux de la cocaïne en raison de sa plus longue demi-vie (Moran *et al.* 2009).

L'ECSTASY (« E » OU MDMA*)

Il n'y a pas de preuve concluante suivant laquelle la consommation d'ecstasy affecte directement l'issue de la grossesse ou cause des malformations, mais les informations dans la littérature scientifique sont rares (NSW *Department of Health* 2006). La consommation d'ecstasy prénatale* a été prise en compte dans une recherche récente sur les causes de laparoschisis (défaut de la paroi abdominale chez les nourrissons). Une étude cas-témoins (Draper *et al.* 2007) a permis de constater que l'utilisation de drogues récréatives vasoconstrictrices (comme la cocaïne, les amphétamines et l'ecstasy) pendant le premier trimestre est associée à un risque accru de laparoschisis. Cependant, les recherches sur les caractéristiques des femmes enceintes qui consomment de l'ecstasy montrent qu'elles rendent compte d'un large éventail de facteurs de risque qui peuvent compromettre le devenir des grossesses et des nourrissons, y compris le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, la polytoxicomanie, les problèmes de santé mentale et la précarité sociale (Ho *et al.* 2001). Aucun symptôme de sevrage chez le bébé nouveau-né n'a été rapporté avec l'usage d'ecstasy.

LES HALLUCINOGENES

(PAR EXEMPLE LE LSD - ACIDE LYSERGIQUE DIÉTHYLAMIDE OU « ACIDE », ET LES CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES)

Il y a peu de données concernant les effets des hallucinogènes durant la grossesse. La plupart des recherches remontent aux années 1970, où l'intérêt pour le sujet a pris naissance en raison d'inquiétudes concernant les rapports de cas d'effets tératogènes et un lien possible avec des anomalies chromosomiques. Il n'existe aucune preuve de malformations congénitales et aucune preuve concluante d'autres risques accrus pendant la grossesse (Aase *et al.* 1970, McGlothlin *et al.* 1970).

LES SOLVANTS ET SUBSTANCES VOLATILES

(PAR EXEMPLE LA « COLLE » ET LE GAZ BUTANE)

Peu de données existent concernant les effets de la consommation de substances volatiles et de solvants pendant la grossesse. Toutefois, les solvants inhalés peuvent réduire l'apport d'oxygène pour le fœtus et des symptômes de sevrage ou d'intoxication ont été signalés chez les consommateurs abusifs. Un certain nombre de jeunes meurent chaque année des effets de substances volatiles (généralement en raison d'une arythmie) et les femmes qui continuent à en utiliser pendant la grossesse courent un risque de mort subite (Johnstone, 1998).

LES ANTIDÉPRESSEURS ET LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

La prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes ayant des problèmes d'alcool et de drogues est élevée (*Ministry of Health*, 2007a). Certains peuvent se voir prescrire des médicaments psychotropes en conjonction avec le traitement de leur alcoolisme ou de leur toxicomanie. Les témoignages sur les risques de problèmes néonataux et d'altération du développement du nourrisson suite à une exposition à des médicaments psychotropes pendant la grossesse et l'allaitement sont limités (NICE, 2007a). Les symptômes toxiques néonataux et les symptômes de sevrage qui suivent l'accouchement par des mères qui ont reçu des médicaments psychotropes pendant la grossesse ont été identifiés. Cela soulève des préoccupations concernant les effets à long terme de tels médicaments sur le développement neurologique de l'enfant (NICE, 2007a). Certains médicaments utilisés pour le traitement des problèmes de santé mentale (par exemple le lithium, le valproate, la carbamazépine, la lamotrigine et la paroxétine) ont été associés à des effets tératogènes et tous les antidépresseurs comportent un risque de sevrage ou de toxicité chez les nouveau-nés. Pour de plus amples informations sur les effets des médicaments psychotropes pendant la grossesse, se reporter à : Santé mentale prénatale* et postnatale : prise en charge clinique et conseils de service, *Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance* (NICE, 2007a).



LA GESTION DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE

• 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
> <i>Introduction</i>	165
> <i>Informier et signaler les consultations de tabacologie</i>	165
> <i>Repérer le tabagisme au cours de la consultation prénatale</i> ...	166
> <i>Proposer l'aide au sevrage en routine pour les patientes fumeuses</i>	166
> <i>Former les professionnels à la prise en charge des fumeuses en routine clinique</i>	167
> <i>Conclusion</i>	167

De nombreuses femmes qui ne sont pas vraiment dépendantes de l'alcool ou des drogues s'arrêtent spontanément dès qu'elles se savent enceintes. Ce constat s'applique à environ 20 % des femmes qui fument des cigarettes, et 34 % des femmes qui boivent de l'alcool, et à de nombreuses femmes qui consomment du cannabis et d'autres drogues à des fins « récréatives ». Il s'applique également à certains utilisateurs « contrôlés » d'opiacés et de benzodiazépines* (Johnstone, 1998). Dans la plupart des cas d'utilisation de drogues (à l'exclusion des opiacés) l'objectif immédiat serait celui de l'abstinence, mais, en réalité, cela peut s'avérer difficile à atteindre pour de nombreuses femmes. Il faudra donc apporter beaucoup de soutien et de conseil sur la dépendance* pour aider la mère à travailler vers cet objectif.

En outre, les recherches montrent que les femmes qui ont des problèmes d'usage de substances psychoactives sont plus susceptibles d'avoir des partenaires utilisant également ces produits (*Effective Interventions Unit* 2002). Le partenaire d'une femme peut exercer une influence importante sur son usage de substances psychoactives. Il est donc très important d'inclure le partenaire de la femme dans tout plan de traitement et de soins de sorte que l'environnement le plus favorable puisse être créé. Les observations suggèrent que les femmes qui s'engagent dans un traitement avec leur partenaire ont de meilleurs résultats que celles qui s'engagent sans leur partenaire (*Effective Interventions Unit* 2002).

L'arrêt du tabac

Idéalement, toutes les femmes devraient être encouragées à arrêter de fumer, ou se voir donner de l'aide pour réduire leur consommation avant qu'elles ne conçoivent. Les médecins généralistes, les pharmaciens et les infirmières peuvent se référer à des programmes d'arrêt du tabac et peuvent donner des conseils sur les traitements de substitution nicotinique (TSN). Les médecins généralistes peuvent également prescrire le bupropion (Zyban®) pour accompagner les envies de nicotine, mais les femmes qui sont enceintes ou qui allaitent ne devraient pas utiliser le bupropion (NICE, 2008a, 2010 b NICE).

Au cours de la grossesse, une approche proactive et personnalisée pour arrêter de fumer est nécessaire. Les conseils d'abandon du tabac qui sont donnés pendant la période prénatale* se sont révélés efficaces. Le résultat direct sera un gain significatif en poids de naissance (NICE, 2008a, 2010 b NICE).

Une approche proactive comporterait les éléments suivants :

- lors du premier contact, interroger les femmes enceintes au sujet de leur statut tabagique et fournir des informations sur les risques du tabagisme pour l'enfant à naître et les risques impliqués par l'exposition au tabagisme passif ;
- insister sur les avantages du sevrage tabagique à n'importe quel moment de la grossesse ;
- proposer des informations personnalisées, des conseils et un soutien sur la façon d'arrêter de fumer ;
- encourager la femme à utiliser les services d'arrêt du tabac de l'hôpital et la ligne de soutien téléphonique au tabagisme pendant la grossesse ;
- fournir des détails sur quand, où et comment accéder aux services de soutien à l'arrêt du tabac ;
- penser à offrir un soutien individuel ou à visiter les femmes enceintes à leur domicile s'il leur est difficile de se rendre dans des services spécialisés ;
- se renseigner sur le statut tabagique du père ou du partenaire et l'encourager à arrêter de fumer et à utiliser les services d'arrêt du tabac de l'hôpital.

Les femmes enceintes qui sont fortement dépendantes à la nicotine et incapables d'arrêter de fumer sans aide, peuvent se voir proposer des substituts nicotiniques à la suite d'une discussion avec un professionnel de santé ou dans le cadre du programme d'arrêt du tabac. Ce programme comprend une

évaluation de la motivation, des conseils et du soutien, ainsi qu'une discussion sur les risques et les avantages des TSN. Ceux-ci sont maintenant autorisés pendant la grossesse et l'allaitement. Les personnes suivant un TSN montrent un taux de nicotine dans le corps généralement inférieur à celui présent lors d'une forte consommation de tabac, et ne sont plus exposées aux nombreuses autres toxines émises par la fumée de cigarette, comme le monoxyde de carbone. Si une femme enceinte choisit d'utiliser les patchs de nicotine, il faut lui conseiller de les retirer avant de se coucher le soir.

Les femmes qui sont incapables d'arrêter de fumer pendant la grossesse devraient être encouragées à réduire leur consommation. Des études suggèrent que la diminution de la consommation de tabac peut réduire de façon significative les concentrations de nicotine et peut offrir une certaine protection pour le fœtus, une réduction de 50 % étant associée à une augmentation de 92 g du poids à la naissance (NICE, 2008a).

La plupart des localités ont maintenant des groupes de soutien à l'arrêt du tabac et des praticiens qui ont une mission spécifique concernant le sevrage tabagique pendant la grossesse. Vous pouvez contacter votre médecin généraliste, la pharmacie de secteur ou un service de sage-femme pour plus d'informations. Des brochures d'information sur le sevrage tabagique sont disponibles pour les femmes et leurs partenaires et peuvent être données au cours des consultations de préconception et des consultations prénatales*. Le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) a également des indications des TSN dans leur dépliant « d'information pour les patients » (www.nice.org.uk).

Beaucoup de femmes ayant des problèmes de drogue et d'alcool fument du tabac et peuvent trouver qu'il est difficile d'arrêter de fumer. Il est facile d'oublier les risques liés au tabagisme pendant la grossesse lorsque l'on travaille avec des femmes qui utilisent une variété d'autres drogues. Beaucoup de femmes elles-mêmes sont plus préoccupées par les effets des autres drogues, en particulier les opiacés. Les professionnels doivent se rappeler qu'il est important de procurer des informations sur les risques du tabagisme si l'on veut transmettre un message équilibré et cohérent sur le sujet.

Conseils sur la consommation d'alcool

Au Royaume-Uni, les conseils gouvernementaux sur la consommation d'alcool pendant la grossesse adoptent une approche de précaution : ils recommandent aux femmes d'éviter la consommation d'alcool pendant la grossesse ou lorsqu'elles essaient de concevoir. Le principe est le suivant : « pas d'alcool est le choix le plus sûr ». Toutefois, si les femmes choisissent de boire de l'alcool pendant la grossesse, le conseil est le suivant :

- ne pas boire plus de 1 à 2 unités d'alcool une ou deux fois par semaine ;
- éviter l'alcool au cours des trois premiers mois de la grossesse (car il peut être associé à un risque accru de fausse couche) ;
- éviter les excès et l'intoxication (car cela peut être nocif pour le bébé) (2008a NICE).

Bien qu'il y ait des incertitudes concernant un niveau sain de consommation d'alcool pendant la grossesse, il n'existe aucune preuve d'effets néfastes pour l'enfant à naître lorsque de faibles niveaux d'alcool sont consommés (2008a NICE). Les femmes qui sont préoccupées par de faibles niveaux de consommation d'alcool peuvent être assurées que 1-2 unités, une ou deux fois par semaine, ont peu de probabilité de faire du mal (RCOG 2006).

L'abstinence pendant la grossesse est recommandée dans plusieurs pays, dont les États-Unis, le Canada, l'Australie et la France. Les spécialistes soulignent que la recommandation d'abstinence va au-delà de nos connaissances actuelles et peut avoir ses propres effets indésirables (Abel 1998), comme la production d'anxiété maternelle et de culpabilité, qui peuvent à leur tour avoir un impact négatif sur le développement

ultérieur des enfants (O'Connor 2002). Elle stigmatise aussi les femmes dont la consommation peut ne pas avoir été nuisible à leur enfant, elle peut décourager certaines femmes d'assister à des soins prénataux*, ou elle peut affecter négativement la qualité de la relation de la femme enceinte avec sa sage-femme ou son obstétricien (ACOG 2008). C'est une question controversée qui a suscité un débat considérable.

Il est important de se rappeler que les femmes ayant de graves problèmes d'alcool ont besoin d'un environnement dans lequel elles seront capables de parler de leur consommation d'alcool et de leurs difficultés à lutter contre. L'approche des soins doit veiller à ce que les femmes ne se sentent pas coupables et à ce qu'elles se sentent soutenues par les services de santé et les services sociaux.

Unités d'alcool – un guide sommaire

La plupart des pays définissent des « boissons » standard, mais au Royaume-Uni nous nous référons à des unités. Une unité du Royaume-Uni contient 10 ml (8 g) d'alcool pur (éthanol). Depuis que les boissons alcoolisées au Royaume-Uni indiquent à la fois le volume et le degré (le titre alcoolémique volumique), un simple calcul permet de déterminer le nombre d'unités contenues. Par exemple, une bouteille de 750 ml de vin à une concentration de 12 % contient $0,12 \times 750 = 90$ ml d'alcool = 9 unités. Ou le volume (750 ml) \times (12 %) = $1\ 000 \div 9$ unités.

Toutefois, il convient de rappeler que la concentration d'alcool dans les différents types de bières et de vins varie grandement. En outre, la taille d'un « verre » de vin dans les restaurants et bars varie énormément et les autres mesures standards ne sont utilisées que dans les bars et les restaurants. Les mesures versées à la maison sont susceptibles d'être différentes, et généralement beaucoup plus grandes !

À titre indicatif, une « unité » d'alcool est l'équivalent de :

- une petite (25 ml) mesure de spiritueux (40 % vol) ;
- une demi-pinte (250 ml) de bière normale (4 %) ;
- un demi-verre (175 ml) de vin moyennement alcoolisé (12 % vol).
- Un petit verre (125 ml) de vin moyennement alcoolisé (12 %) contient 1,5 unités ;
- Une pinte de bière (500 ml à 5 %) contient 2,8 unités ;
- Une bouteille de 275 ml de premix (5 %) contient 1,4 unité ;
- Une bouteille de 2 litres de cidre fort (7,5 %) contient 15 unités.

Des appareils de mesure peuvent être utilisés pour calculer le nombre d'unités dans la plupart des boissons alcoolisées.

Un calculateur d'unités d'alcool en ligne est disponible sur Drinkaware : www.drinkaware.co.uk

Une liste d'unités d'alcool pour une gamme de boissons est incluse dans l'annexe 1 du SIGN (2003) directive 74 « La gestion de la consommation nocive de boissons et de la dépendance* à l'alcool dans les soins primaires », *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care*. www.sign.ac.uk

Dépistage de l'alcool

Les soins prénataux* programmés donnent l'occasion de détecter les niveaux dangereux et nuisibles de consommation d'alcool, de proposer des interventions brèves pour réduire la consommation d'alcool, et de se renseigner sur les traitements spécialisés qui existent (RCOG 2006, l'ACOG 2008). La recherche d'antécédents médicaux réalisée pendant le rendez-vous de déclaration de grossesse implique désormais de questionner la future mère sur sa consommation d'alcool.

Les recherches montrent que les questionnaires de dépistage d'alcool (comme les questionnaires T-ACE et TWEAK) peuvent améliorer considérablement la détection des consommations dangereuses d'alcool pendant la grossesse et sont faciles et rapides à effectuer pendant les consultations prénatales* (Sokol *et al.* 1989, Bradley *et al.* 1998, Chang *et al.* 1999, Chiodo *et al.* 2009). Par exemple, le questionnaire T-ACE est un simple test de quatre questions qui dure environ une minute et qui identifie correctement la majorité (environ 70 %) des buveurs à risque pendant la grossesse (Russell *et al.* 1994). Des exemples de questionnaires de dépistage d'alcool sont inclus dans l'annexe 5.

Chang *et al.* (2006) ont également étudié l'utilisation d'outils de dépistage des consommations dangereuses d'alcool pour identifier la consommation à risque chez les futurs pères. La consommation paternelle peut avoir une forte influence sur la consommation de la femme et les pères ont un rôle important à jouer pour aider les femmes enceintes à arrêter de boire ou à réduire leur consommation (Projet d'alcool et grossesse 2009). Les deux questionnaires T-ACE et AUDIT ont déjà décelé des problèmes d'alcool chez les partenaires masculins de femmes enceintes qui étaient elles-mêmes positives au T-ACE, suggérant ainsi que l'utilisation du T-ACE peut être, pour les praticiens de la santé (par exemple les sages-femmes), un moyen pratique d'identifier une consommation dangereuse à la fois chez les femmes enceintes et chez les futurs pères (Chang *et al.* 2006). Des interventions brèves et un traitement sur mesure concernant la consommation d'alcool peuvent alors être proposés au couple.

Interventions brèves sur la consommation d'alcool

La plupart des femmes (95 %) arrêtent de boire ou réduisent substantiellement la quantité d'alcool qu'elles consomment une fois qu'elles se savent enceintes, ou quand il leur est conseillé de le faire (Gray et Henderson 2006, NHS Information Centre 2010). Toutefois, les femmes ayant une consommation « à risque » comprennent également les femmes qui sont enceintes mais qui ne le savent pas encore. Une grossesse non planifiée peut n'être découverte que plusieurs semaines après la conception. Durant cette période, des dégâts liés à la consommation maternelle d'alcool peuvent survenir. Dans l'étude de cohorte du Millénaire, menée par le Royaume-Uni, 58 % des femmes ont déclaré que leur grossesse était non planifiée (Dex et Joshi 2005).

Il existe peu de preuves de l'efficacité des interventions brèves à destination des populations de femmes enceintes ayant une consommation à risque d'alcool (Heather *et al.* 2006). Cependant les réunions de conseil, les conseils de réduction des risques*, l'entretien motivationnel* et les techniques de prévention des rechutes ont montré qu'elles étaient des méthodes efficaces de réduction des niveaux de consommation modérée d'alcool chez de nombreux autres types de population (SIGN 2003, Heather *et al.* 2006).

Mettre en place une intervention brève pour l'alcool est approprié quand une femme enceinte :

- déclare boire de l'alcool au-dessus des niveaux recommandés, c'est-à-dire plus de 1-2 unités, une fois ou deux fois par semaine ;
- relate des épisodes de consommation excessive d'alcool, soit 6 unités ou plus en une même occasion ;
- obtient un résultat de consommation « dangereux » en utilisant les questionnaires T-ACE ou TWEAK.

Les réunions de conseil sur l'alcool comprennent généralement tout ou partie des éléments suivants, sur la base d'une stratégie efficace connue par l'acronyme « FRAMES » (Babor et Higgins-Biddle 2001, Heather *et al.* 2006, Kaner *et al.* 2007). Le but d'une réunion de conseil est d'accroître la conscience que la femme a de sa consommation d'alcool et de ses conséquences potentielles, et de la motiver à réduire sa consommation à risque.

FRAMES (CADRES)

Feedback	Fournir à la femme des informations en réponse à sa consommation déclarée d'alcool, de même que sur les risques associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Ces informations peuvent inclure le score d'un outil de dépistage comme le T-ACE ou le TWEAK.
Responsabilité	Insistez sur le rôle de la responsabilité personnelle dans le changement et la liberté de choix de l'individu.
Conseils (<i>Advice</i>)	Fournir des conseils clairs pour parvenir à réduire sa consommation d'alcool, sur les avantages de la réduction de la consommation – dans une démarche de soutien plutôt que d'une manière autoritaire. Clarifier ce qui constitue une consommation d'alcool à faible risque pendant la grossesse.
Droit (<i>Menu</i>)	Offrez un droit à différentes stratégies pour réduire la consommation d'alcool, en proposant des options à partir desquelles la femme peut choisir ce qui semble le plus raisonnable pour elle.
Empathie	Soyez empathique , réfléchi et compréhensif envers la situation et le point de vue de la femme. Un style professionnel chaleureux et de soutien est le plus efficace.
Auto-efficacité (<i>Self-efficacy</i>)	Renforcer l'auto-efficacité – la croyance de la femme en sa capacité à changer sa consommation d'alcool. Encouragez-la à élaborer un plan personnel pour réduire sa consommation.

Pour plus d'informations voir *Alcohol Brief Interventions (ABI) Antenatal Pack* sur le site du *NHS Health Scotland* : www.healthscotland.com/documents/4096.aspx

Les femmes qui boivent beaucoup avant la conception sont plus susceptibles de continuer à boire beaucoup pendant la grossesse, sans volonté d'interruption. Une utilisation concomitante de drogues et d'alcool ne pourra qu'être associée à de plus mauvais résultats (ministère de la Santé, 2007a). Si la dépendance* à l'alcool est reconnue, l'aiguillage vers un service de traitement spécialisé dans l'alcool est conseillé. Les réunions de conseil ne sont pas efficaces avec des gens qui sont dépendants à l'alcool (Heather *et al.* 2006).

Si une dépendance à l'alcool est soupçonnée, prendre en considération les interventions suivantes :

- demander à la femme de décrire plus en détail son mode de consommation d'alcool avant et après la conception ;
- remplir un « journal de boisson » (voir annexe 6) en demandant à la femme le détail de ce qu'elle a bu sur chacun des sept jours précédents ;
- s'assurer que la sage-femme, l'obstétricien, le médecin généraliste, et les autres « travailleurs clé » soient informés de la consommation d'alcool (de préférence avec le consentement de la femme) ;
- convenir d'un rendez-vous entre la femme et l'obstétricien consultant ou le médecin généraliste ;
- prendre rendez-vous avec un service de traitement de l'alcool pour une évaluation et une aide par un spécialiste (aborder doucement ce sujet avec la femme et obtenir son consentement avant le rendez-vous).

Dépendance à l'alcool et désintoxication

Les femmes enceintes incapables de réduire des niveaux élevés de consommation devraient être rapidement vues par un service spécialisé en alcoologie afin qu'une évaluation soit réalisée et qu'une aide leur soit procurée par un spécialiste. Toute requête sera rapidement traitée et la femme recevra des soins, et sera, ou non, hospitalisée en fonction de sa situation. Les demandes devraient être formulées par écrit avec le consentement de la femme.

L'alcoolodépendance représente un tel risque pour le fœtus que les professionnels doivent évoquer le sevrage à n'importe quel moment de la grossesse et répéter le conseil si nécessaire. L'objectif est de réduire l'exposition totale du fœtus à l'alcool (Hepburn, 2004b). La tolérance à l'alcool se développe normalement à des niveaux élevés de consommation, mais la tolérance peut aussi se développer à des niveaux inférieurs de consommation chez certaines femmes qui sont polytoxicomanes, ou chez celles dont la fonction hépatique est compromise.

Un arrêt soudain de la consommation abusive d'alcool est potentiellement dangereux pour la femme (delirium tremens et arrêt du cœur) et peut causer une détresse fœtale. Les femmes enceintes dépendantes à l'alcool devraient être avisées de ne pas arrêter de boire brutalement, mais de consulter leur médecin généraliste dès que possible. Le sevrage d'alcool nécessite une surveillance étroite de la femme et du fœtus sous supervision médicale spécialisée. Celle-ci comprend la collaboration avec un obstétricien et un spécialiste de l'alcool et elle a normalement lieu en milieu hospitalier (Plant 2001).

On manque de preuves sur l'efficacité des interventions pharmacologiques chez les femmes enceintes suivies dans des programmes de traitement de l'alcoolisme en lien avec la santé maternelle et infantile (Smith *et al.* 2009). Les médicaments du sevrage d'alcool (normalement des benzodiazépines* ou du chlordiazépoxide) sont considérés préférables aux risques associés d'un sevrage incontrôlé ou à la poursuite d'une forte consommation d'alcool pendant la grossesse. Le disulfiram (Aotal®) est cependant contre-indiqué chez la femme enceinte ou allaitante en raison du risque potentiel d'effets tératogènes. Les femmes qui conçoivent tout en prenant ce médicament devraient recevoir des conseils avant de décider de poursuivre la grossesse (Plant 2001).

Étant donné que les effets de l'alcool sont associés à des carences alimentaires, l'importance d'une alimentation équilibrée et une supplémentation en vitamine doivent être discutées. La fonction hépatique, y compris le taux de prothrombine, doit être mesurée.

Bien qu'il y ait peu de preuves sur l'efficacité des thérapies psychologiques pour les femmes enceintes dépendantes (Lui *et al.* 2009), le sevrage d'alcool doit faire partie d'un ensemble de soins qui comprend la prévention des rechutes et le soutien psychosocial (voir la section « soins postnataux »). Pour plus d'information, voir Heather *et al.* (2006). *A summary of the review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*, Londres, National Treatment Agency; www.nta.nhs.uk

Évaluer les problèmes liés à la drogue

Il est important d'établir une image précise de la consommation de drogues d'une femme pendant la grossesse, afin que les interventions et les soins appropriés puissent être offerts.

Une évaluation de la consommation de drogues pendant la grossesse peut inclure :

- l'établissement d'un historique détaillé de la consommation de drogues de la femme ;
- la demande à la femme de remplir un « journal de drogue » (cf. annexe 6) ;
- l'évaluation des risques liés aux drogues (par exemple les conséquences physiques, psychologiques, sociales, juridiques, financières, ainsi que le style de vie, la consommation de drogue de la femme) ;

- l'évaluation des aspirations de la femme et sa motivation au changement ;
- la réalisation d'un dépistage toxicologique (pour investiguer l'usage récent de drogues) ;
- l'évaluation des symptômes de sevrage ;
- l'organisation des tests de tolérance ou l'auto-administration supervisée de méthadone*.

Les professionnels qui sont engagés dans l'évaluation ou les soins d'une femme ayant un problème de drogue devraient :

- discuter des soins de la femme avec son médecin généraliste ou un autre prescripteur ;
- orienter la femme vers un service approprié si elle n'est pas déjà en contact avec un tel organisme, de sorte qu'une évaluation puisse être faite ;
- demander conseil au spécialiste chargé du traitement de sa toxicomanie.

Important : le dépistage toxicologique (dépistage des drogues) est utilisé à des fins cliniques dans les centres de prise en charge en addictologie et doit toujours être fait avec le consentement de la femme – voir document d'orientation en annexe 7.

Gestion de la consommation problématique de drogues

L'objectif principal des professionnels devrait être d'attirer et de retenir les femmes dans les services de santé et les services sociaux (2004a Hepburn, ministère de la Santé, 2007a). La gestion de la consommation de drogues implique d'être habile dans la planification d'objectifs réalistes et réalisables avec chaque femme (Johnstone, 1998). Les professionnels doivent faire attention à ne pas vouloir faire suivre par la femme leurs propres idéaux ou leur « agenda ». Beaucoup de femmes se sentent déjà coupables et inquiètes des effets de leur consommation de drogues sur leur enfant à naître. Si les femmes sentent qu'elles ne répondent pas aux attentes supposées des professionnels, elles peuvent déclarer une consommation de drogues inférieure à leur consommation réelle et dissimuler les difficultés qu'elles peuvent éprouver. Essayer de convaincre une femme de réduire ou d'arrêter sa consommation de drogues peut simplement l'aliéner, la conduire à la rechute et à un sentiment d'échec, et a pour résultat la non-participation de celle-ci au traitement. Différentes options de traitement doivent être considérées à la lumière des aspirations de la femme et de sa situation sociale et psychologique. La consommation de drogues peut avoir été une partie intégrante de la vie de la femme pendant de nombreuses années. Elle peut avoir eu une précédente grossesse, tout en utilisant des drogues sans effets négatifs apparents. Cela peut être renforcé par des amies consommatrices de drogues qui ont également réussi à accoucher de bébés en bonne santé.

Les différentes options de traitement de la toxicomanie à considérer incluent :

- l'éducation et les conseils d'utilisation plus sûrs de drogues ;
- l'échange de seringues et les conseils pour une injection plus sûre ;
- la prescription de substituts ;
- la stabilisation ;
- la réduction lente ;
- la désintoxication.

Tout ce qui précède peut être incorporé à un projet de soins visant la guérison.

USAGE DES DROGUES À MOINDRE RISQUE

L'injection et une consommation irrégulière de drogues pendant la grossesse sont associées à des risques accrus pour la femme et le bébé (Bell et Harvey-Dodds 2008). Ces risques comprennent :

- la mort subite à cause d'une surdose de drogues ;
- la contamination par des virus transmissibles par voie sanguine (y compris le VIH, l'hépatite C et l'hépatite B) ;
- d'autres complications associées à de mauvaises pratiques d'injection et aux contaminants contenus dans les drogues de rue qui ne sont pas préparées de façon pharmaceutique ;
- les états d'intoxication et de sevrage ;
- le travail et l'accouchement prématurés ;
- de multiples problèmes sociaux.

Réduire la consommation illicite, instable et par injection de drogues pendant la grossesse est donc un objectif important à atteindre.

Les femmes enceintes qui s'injectent des drogues peuvent être dirigées vers des services d'échange de seringues pour la fourniture de matériel d'injection stérile, ainsi que pour recevoir des conseils de spécialistes sur les pratiques d'injection. De nombreuses pharmacies offrent également un service de fourniture de matériel d'injection.

PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS

Le traitement de substitution opiacé (TSO) à la méthadone* est le traitement le plus efficace et le plus généralement admis pour les femmes enceintes ayant une dépendance* aux opiacés (Kandall *et al.* 1999, OMS 2004), et est recommandé par le ministère de la Santé (2007a). Les études de suivi indiquent que les femmes qui entrent dans les programmes par la méthadone* pendant la grossesse ont de meilleurs résultats en termes de grossesse, d'accouchement et de développement du nourrisson, indépendamment de l'usage continu de drogues (WHO 2004, ministère de la Santé, 2007a). Les femmes qui fréquentent les services de traitement ont généralement de meilleurs soins prénataux* et une meilleure santé générale que les femmes toxicomanes sans traitement, même si elles utilisent toujours des drogues illicites en plus de leur prescription de substitution.

La méthadone* est normalement prise par voie orale sous forme liquide (mélange de méthadone* à 1 mg/1 ml). Elle est utilisée pour permettre aux usagers de stabiliser leur consommation de drogues et le mode de vie associé. Parce que la méthadone* est absorbée lentement et qu'elle a une longue durée d'action, elle offre une stabilité des niveaux de drogue pour la femme et le fœtus et réduit de manière significative la probabilité d'états d'intoxication et de sevrage, dont les effets négatifs sur le fœtus ont été démontrés (Bell et Harvey-Dodds 2008).

Il existe de solides preuves de recherche (OMS 2004, *Ministry of Health*, 2007a) montrant les bénéfices de traitements d'entretien à la méthadone* lorsqu'ils sont administrés de manière cohérente, à un dosage adéquat, avec une supervision adéquate et dans le contexte d'un soutien psychosocial. Les bénéfices identifiés conformément à la documentation de recherche (Ward *et al.* 1998, OMS 2004, NTA 2004, NICE 2007) comprennent :

- la réduction du comportement d'injection ;
- la réduction du risque de transmission virale (VIH, hépatites B et C) ;
- la réduction des décès liés aux drogues ;
- la réduction de la consommation illicite de drogue ;
- la réduction de la délinquance ;
- l'amélioration du fonctionnement social.

La dihydrocodéine (DF118) est un autre opiacé qui est prescrit dont l'efficacité par comparaison à la méthadone* a fait l'objet de recherches (*Ministry of Health, 2007a*). De même, la buprénorphine (un agoniste partiel des opioïdes) est également prescrite pour l'entretien et pour les programmes de désintoxication. Dihydrocodéine et buprénorphine ont tous les deux été utilisés comme médicament de substitution pendant la grossesse (Wright et Walker 2001). Il existe des preuves suggérant que les bébés nés de femmes sous buprénorphine ont peut-être un risque plus faible de syndrome de sevrage néonatal qu'avec d'autres opiacés. Dans une étude récente menée par le *National Institute on Drug Abuse* (Jones et al. 2010), la buprénorphine a été jugée supérieure à la méthadone* par rapport à la réduction des symptômes de sevrage des nouveau-nés. La buprénorphine est un médicament approuvé pour le traitement de la dépendance* aux opiacés, mais on connaît moins ses effets chez les femmes enceintes et leurs bébés (Johnson et al. 2003).

L'efficacité du traitement par substituts de la dépendance aux benzodiazépines* manque de preuves, et il est à craindre que l'utilisation à long terme des benzodiazépines* puisse causer des dommages sous la forme d'une déficience cognitive et de troubles de l'humeur. De nombreux toxicomanes continuent cependant à utiliser les benzodiazépines* et beaucoup se voient prescrire du diazépam (Valium®). La dose quotidienne maximale recommandée de diazépam est de 30 mg (*Ministry of Health, 2007a*). Les femmes à qui l'on prescrit des benzodiazépines* se voient normalement conseiller de réduire la dose au plus faible niveau possible pendant la grossesse afin d'éviter les symptômes de sevrage et une utilisation illicite.

Les centres de soins ou les centres communautaires fournissent une gamme de méthodes de traitement et de soins. Beaucoup d'usagers dépendants se voient prescrire des traitements de substitution. Les femmes enceintes usagères de drogues sont considérées comme hautement prioritaires pour les services de prise en charge en addictologie et sont normalement vues très rapidement après leur présentation.

Important : les patients à qui sont prescrits des traitements de substitution comme la méthadone* doivent être pleinement conscients des risques de leurs médicaments et de l'importance de protéger les enfants contre l'ingestion accidentelle – voir « Protéger les enfants de l'alcool et des drogues à la maison », annexe 2. Des décisions de prescription et de délivrance doivent également viser à réduire les risques pour les enfants (*Department of Health, 2007a*).

LA STABILISATION

Les femmes enceintes qui sont dépendantes aux opiacés ne devraient pas se voir demander de prendre un engagement à réduire ou à arrêter leurs drogues opiacées prescrites. L'accent devrait plutôt être mis sur le soutien et l'engagement dans le soin plutôt que sur la réduction forcée ou l'abstinence (Wright et Walker 2007). L'usage stabilisé de drogues devrait être l'objectif prioritaire à atteindre même si sa mise en place peut être longue. Le but est de minimiser les risques pour la femme et le bébé, non seulement pendant la grossesse et la période néonatale, mais, idéalement, sur le long terme. L'usage stable de drogues, une vie stable et l'abstinence de l'usage de drogues illicites (de rue) sont de bons résultats de traitement. Si l'usage d'opiacés non prescrits persiste, il peut être nécessaire d'augmenter la dose de méthadone* pour atteindre la stabilité et aider la femme à s'abstenir de consommer des drogues de rue (*Ministry of Health, 2007a*).

Certaines études montrent que les concentrations plasmatiques de la méthadone* diminuent avec la grossesse, en particulier dans le 3^e trimestre (Bell et Harvey-Dodds 2008). Cela peut être dû à l'accroissement de l'espace fluide et à un large réservoir de tissu, ainsi qu'à l'altération du métabolisme de la drogue par le placenta et le fœtus. L'abaissement de la dose pour éviter des complications peut donc être inapproprié, car la femme peut avoir besoin d'une augmentation de la dose de méthadone* pendant la grossesse (Bell et Harvey-Dodds 2008). Le fractionnement de la dose peut réduire les différences pic-creux dans les concentrations sanguines et ainsi minimiser les effets d'intoxication et de sevrage (Wittman et Segal, 1991). Il faut conseiller à la femme d'essayer de diviser sa dose quotidienne afin de

surmonter la nécessité d'une augmentation (*Ministry of Health, 2007a*). A l'inverse, dans la période post-natale immédiate, un renversement de ces effets peut conduire à une augmentation des taux plasmatiques de méthadone* avec des effets d'intoxication ; dans ce cas il peut être nécessaire de réduire la dose. Il est important d'avertir la femme de ces effets, car ils peuvent avoir des conséquences dans les soins et la sécurité du bébé.

RÉDUCTION

La réduction lente de la consommation pendant la grossesse est également une option, mais doit être progressive, par étapes, et adaptée à la réaction de la femme. Les femmes signalent souvent qu'elles souhaitent réduire leur consommation de méthadone* pendant la grossesse afin de réduire la probabilité de syndrome de sevrage néonatal (SSNN), bien que la relation entre la dose de méthadone* et la gravité des sevrages n'ait pas été clairement établie (*Ministry of Health, 2007a*). Il est important que la femme comprenne cela.

Si la femme est dépendante aux benzodiazépines* et aux opiacés, il faudrait alors lui conseiller d'essayer de réduire les benzodiazépines* en premier (*Ministry of Health, 2007a*). Le diazépam (Valium®) est le médicament de choix à prescrire, car il dure plus longtemps que d'autres benzodiazépines*. Le diazépam doit être prescrit à un maximum de 30 mg par jour, réduit tous les quinze jours ou tous les mois de 2 à 5 mg. La méthadone* peut être réduite sur une base hebdomadaire ou bimensuelle de 2,5 à 5 ml. La dihydrocodéine peut également être prescrite sous forme de comprimés allant jusqu'à 30 mg 15 fois par jour, en réduisant d'un comprimé chaque semaine pendant 15 semaines. Les femmes qui sont sous buprénorphine devraient être gérées par un centre spécialisé en addictologie lorsqu'elles sont enceintes.

La stabilité de consommation de la femme doit être réévaluée à chaque étape de la réduction et avant toute poursuite. Si la femme n'a pas repris un usage de drogues illicites (ce qui peut être confirmé par un dépistage toxicologique) et souhaite poursuivre la réduction, il faut l'encourager et continuer. Si la réduction est introduite vers le début du 2^e trimestre (soit 13 semaines), il peut être possible de parvenir à l'abstinence avant l'accouchement. Cependant, le désir de parvenir à l'abstinence doit toujours être mis en balance avec le risque de rechute et ses conséquences.

SEVRAGE

Le sevrage opiacé peut être envisagé à n'importe quel moment de la grossesse, mais il est normalement recommandé pendant le 2^e trimestre, afin d'éviter tout risque de fausse couche au 1^{er} trimestre et de travail prématuré au 3^e trimestre (*Ministry of Health, 2007a, Luty et al. 2003*). Le sevrage opiacé est rarement mortel pour la femme lorsqu'il est réalisé hors cadre médical et est plus court que le sevrage à l'alcool ou aux benzodiazépines*. Mais il peut être très désagréable et le taux de rechute est élevé. Dans une étude britannique portant sur 101 femmes enceintes admises en milieu hospitalier pour le sevrage des opiacés, seulement 42 ont terminé la désintoxication, seulement 24 parmi celles-ci ont pu être suivies après leur sortie, dont une seule est restée abstinentes jusqu'au moment de l'accouchement (Luty et al. 2003).

Le sevrage rapide des benzodiazépines* devrait être évité, car il peut conduire à des convulsions chez la femme et à un état de détresse fœtale (*Ministry of Health, 2007a*). Une cure de désintoxication aux opiacés comme aux benzodiazépines devrait être similaire à une cure de désintoxication de l'alcool. Une admission à l'hôpital ou en résidence est nécessaire pour superviser un sevrage progressif et surveiller le fœtus. Si nécessaire, des cures de désintoxication à répétition peuvent être effectuées tout au long de la grossesse. L'objectif est de réduire l'exposition totale du fœtus (Hepburn, 2004b). Toutefois, l'impact de la rechute sur la santé de la femme et sa situation sociale doit être considéré par rapport aux avantages potentiels de la réalisation de la stabilité sur une base de prescription de substitution à faible dose.

Le sevrage devrait être discuté et convenu à l'avance avec l'obstétricien et le spécialiste en addictologie ou son prescripteur. Il devrait faire partie d'un ensemble complet de soins qui comprend la prévention des rechutes (voir la section « soins postnatals »). Il est vraiment important que la femme comprenne les risques associés à la rechute (y compris les overdoses) et qu'elle soit convaincue que le sevrage est la bonne solution pour elle pendant la grossesse. À titre indicatif, le sevrage aux opiacés peut être considéré comme une option appropriée, s'il y a une évidence de stabilité de la femme sous faible dose de méthadone* (< 60 mg/jour), tout en bénéficiant de la mise en place d'un soutien de suivi intensif. Le sevrage aux opiacés est normalement procuré dans le cadre d'un programme en milieu hospitalier sur une période de 7-28 jours, et ne doit pas être confondu avec la stabilisation ou la réduction progressive de la dose (NICE 2007).

La gestion des médicaments psychotropes

La gestion obstétrique des femmes ayant des problèmes de santé mentale et la prise en charge néonatale des nourrissons exposés à une prescription d'antipsychotiques pendant la grossesse et l'allaitement maternel sont décrites dans « Santé mentale anténatale et postnatale : organisation clinique et guidance du service », *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance* (NICE 2007a).

Les recommandations NICE (2007) comprennent :

- la consultation d'un spécialiste des services de santé mentale périnatale ;
- avant que des décisions de traitement ne soient prises, les professionnels de santé doivent discuter avec la femme des risques associés au cours de la grossesse et de la période postnatale :
 - 1) au traitement ;
 - 2) à l'absence de traitement.

Si cela est jugé nécessaire pour l'état mental de la femme, des médicaments psychotropes doivent être maintenus à la dose minimale efficace pendant la grossesse ; le passage à un médicament qui a un profil de risque plus faible pour la mère et le bébé doit être pris en considération.

Il conviendrait d'envisager la réduction de la dose ou un arrêt complet entre deux à quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement, avec reprise après l'accouchement.

Les nouveau-nés exposés à des médicaments psychotropes pendant la grossesse doivent être surveillés pour des symptômes de sevrage après l'accouchement.

Le mot de la fin

Au fil des ans, l'accent a été mis sur la grossesse en tant que « catalyseur de changement » ou en tant que « fenêtre d'opportunité » pour que les femmes arrêtent de se droguer ou qu'elles réduisent leur consommation de drogues, et de nombreuses femmes enceintes diront aux professionnels que c'est ce qu'elles veulent faire. Au Royaume-Uni, comme à d'autres endroits en Europe, l'expérience a montré que cela n'est généralement pas le cas (Baldacchino *et al.* 2003, Wright et Walker 2007). Beaucoup de femmes qui tentent de réduire leur consommation ou d'arrêter les drogues pendant la grossesse n'y arrivent pas (Luty *et al.* 2003). Cependant, toutes les tentatives que font les femmes enceintes pour améliorer leur santé et leur situation sociale devraient être prises en charge par des professionnels et être considérées comme une réussite des soins.

► PRISE EN CHARGE DU TABAC PENDANT LA GROSSESSE : EXPÉRIENCE AU CHU DE MONTPELLIER

STOEBNER-DELBARRE A. ^(1,3), CHANAL C. ⁽²⁾, QUANTIN X. ⁽¹⁾, BOULOT P. ⁽²⁾, ESPIAND-MARÇAIS C. ⁽¹⁾

(1) Unité de coordination de tabacologie, service des maladies respiratoires, CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France

(2) Fédération « Naissance et pathologies de la femme » CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France

(3) Pôle prévention Épidaure, ICM-Val d'Aurelle Montpellier, France

Contact : anne.stoebner@icm.unicancer.fr
c-chanal@chu-montpellier.fr

Introduction

La prise en charge des femmes enceintes fumeuses est une priorité de santé publique dès la première visite et tout au long de la grossesse^[1]. Dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, la mesure 10 poursuit les actions initiées par le premier Plan cancer^[2,3]. Elle renforce la politique d'aide au sevrage tabagique en développant notamment l'accès aux substituts nicotiques pour les femmes enceintes et en remboursant ces traitements à hauteur de 150 € par grossesse. Dans ce contexte, la maternité de Montpellier en collaboration avec l'Unité de coordination de tabacologie et avec l'aide du Groupe régional « périnatalité et addictions » a mis en place depuis 2006, un protocole s'appuyant sur les données scientifiques internationales. Ce protocole a été élaboré autour de quatre axes cliniques principaux : l'information sur l'existence de la consultation de tabacologie et la signalétique spécifique, le repérage du tabagisme et l'accès au sevrage en routine et la formation des professionnels de la périnatalité.

Informer et signaler les consultations de tabacologie

Pour atteindre cet objectif, des affiches ont été créées avec l'aide du service communication de l'hôpital. Ces affiches sont positionnées dans toutes les salles d'attente de la consultation afin d'informer les patientes et leurs familles de l'existence de la consultation de tabacologie au sein de la maternité et des modalités de prise de rendez-vous (cf. affiche ci-contre). Une signalétique spécifique est répartie dans les différentes zones de la Maternité afin de rappeler également l'interdiction de fumer aux portes et à l'intérieur de l'hôpital.



Repérer le tabagisme au cours de la consultation prénatale*

→ ABORDER SYSTÉMATIQUEMENT LA QUESTION DU TABAC

Le temps des consultations étant limité, les équipes sont formées à la technique du conseil minimal qui consiste à poser 2 questions simples : est-ce que vous fumez ? Si oui, souhaitez-vous arrêter de fumer ? Cette technique simple et rapide permet d'aborder systématiquement la question du tabagisme. Elle est susceptible de provoquer un processus de changement de comportement propice à une démarche de sevrage^[4, 5].

→ NOTER LE STATUT TABAGIQUE

Au cours de la première rencontre, le soignant précise le statut tabagique et la quantité de cigarettes fumées avant et pendant la grossesse actuelle. Le dossier informatisé possède un système d'identification simple pour permettre ce repérage rapide du statut tabagique. D'après les résultats des méta-analyses, un système d'identification permet de doubler le taux d'abstinence et multiplie par 3 les chances d'aborder le sujet au cours de la consultation^[6].

→ MESURER LE TAUX DE MONOXYDE DE CARBONE (CO) ET PRESCRIRE LA SUBSTITUTION NICOTINIQUE

Pour faciliter la mesure du taux de CO en routine à la maternité et ainsi évaluer le risque d'hypoxie fœtale, chaque bureau de consultation est équipé d'appareils CO-tes-teurs fixés au mur, à côté des tensiomètres. Chaque bureau dispose aussi d'une affiche murale permettant la lecture de la mesure du taux de CO et d'un schéma thérapeutique de l'utilisation des substituts nicotiques *per os* ou transdermiques. La mesure du CO simple, rapide et efficace permet à la patiente de lire le résultat en même temps que le consultant^[7] et de réaliser l'importance de son intoxication tabagique mais aussi l'évolution de ses efforts.

Proposer l'aide au sevrage en routine pour les patientes fumeuses

→ PROPOSER DES BROCHURES D'INFORMATION

La « bibliothérapie » ayant une efficacité reconnue durant la grossesse^[8], 3 portes-brochures sont mises à la disposition des patientes enceintes et de leur conjoint. Les documents apportant des informations sur des thèmes variés de santé publique (aide à l'arrêt du tabac, alcool, cannabis, drogues, alimentation, contraception, violences conjugales, prévention cancer du col...) sont positionnés dans les différentes zones d'attente du service et dans le bureau des sages-femmes.

→ PRENDRE EN CHARGE LES FEMMES FUMEUSES

Au CHU de Montpellier, la prise en charge dès la déclaration de grossesse ou au cours de l'entretien individuel du premier trimestre se conforme aux recommandations de la conférence de consensus « Grossesse et tabac »^[9]. Cette prise en charge est essentiel-

lement définie en fonction de la poursuite ou non du tabagisme résumée dans un algorithme décisionnel pour les soignants.

→ PRÉSENTER L'AIDE À L'ARRÊT COMME UNE AIDE AU CONFORT AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Au cours d'une hospitalisation, une aide et un accompagnement en tabacologie sont proposés systématiquement à la patiente comme une méthode de confort permettant d'éviter le manque. Cette mesure permet une prise en charge en routine et a conduit aux changements des représentations et des pratiques des soignants non tabacologues.

→ METTRE À DISPOSITION LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Les substituts nicotiques sont mis à la disposition des patientes dans tous les services. Cette mesure favorise l'initiation d'une démarche de réduction ou de sevrage tabagique. Elle permet également aux personnes en situation précaire de bénéficier du traitement sans avance de frais.

→ ORIENTER AUPRÈS D'UN TABACOLOGUE OU ADDICTOLOGUE

Les soignants donnent systématiquement une information éclairée et proposent un rendez-vous avec une sage-femme tabacologue ou addictologue pour augmenter les chances de succès à l'arrêt du tabac. Un classeur identifiant les coordonnées de l'ensemble des consultations de tabacologie de la région est à leur disposition pour leur permettre d'orienter les fumeuses en quelques secondes.

Former les professionnels à la prise en charge des fumeuses en routine clinique

L'impact de nos discours est plus efficace lorsque plusieurs types de personnels médicaux encouragent les patientes fumeuses dans une démarche de sevrage^[10, 11]. La participation de tous s'inscrit dans une démarche de mission de santé publique, quelle que soit sa fonction. C'est pourquoi, à la maternité de Montpellier, un effort a été particulièrement fait pour que l'ensemble du personnel soit informé dans ce sens.

Conclusion

Les consultations anténatales et les hospitalisations sont des moments propices pour aider les femmes à engager une démarche de sevrage. Le CHU de Montpellier a mis en place un protocole comprenant quatre axes cliniques : l'information, le repérage, la prise en charge du sevrage, incluant les méthodes reconnues pour leur efficacité en tabacologie et la formation.

Trois éléments ont été déterminants : la mesure du CO testeur au même titre que la tension artérielle, la mise à disposition des substituts nicotiques et la présentation de l'aide à l'arrêt comme une aide de confort au cours d'une hospitalisation. Le protocole a ainsi permis aux acteurs de la périnatalité d'intégrer le suivi tabacologique à la surveillance globale de la grossesse en routine et de se sentir plus à l'aise dans cette nouvelle démarche de soins.

Bibliographie

- [1] Conférence de consensus « Grossesse et tabac » octobre 2004. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2005 ; 34 hors série n° 1 : 3S 194-205.
- [2] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Plan cancer 2003-2007. http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf
- [3] Plan cancer 2009-2012. http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf
- [4] Ferreira-Borges C. Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. *Prev Med* 2005 Jul;41(1):295-302.
- [5] Le Houezec J. Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ? Conférence de consensus « Grossesse et tabac » *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2005 ; 34, hors-série n° 1 : 3S183-193.
- [6] Lemaitre B., Ratte S., Stoebner-Delbarre A. *Sevrage tabagique des clés indispensables pour les praticiens*. Edition Doin ; 2005 : 65-76.
- [7] Delcroix M. *La grossesse et le tabac*. Edition Puf, Paris, avril 2005 : 77-116.
- [8] Department of Health and Human Services public health service. Formats of Psychosocial Treatments. In: *Treating Tobacco Use and Dependence*, 2008 Update: 88-91.
- [9] Conférence de consensus « Grossesse et Tabac » octobre 2004. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2005 ; 34 Hors-série n° 1.
- [10] Stoebner-Delmarre A., Letourmy F., Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : rôle des professionnels de santé. Conférence de consensus « Grossesse et tabac ». *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 3S326-3S335
- [11] Department of Health and Human Services public health service. Intensity of clinical interventions in treating tobacco use and dependence, in: *Treating Tobacco Use and Dependence* 2008 Update: 83-88.

SYNDROME DE SEVRAGE NÉONATAL (SSNN) OU SYNDROME D'ABSTINENCE NÉONATALE

• 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

Un ensemble de symptômes de sevrage rassemblés sous le nom de syndrome de sevrage néonatal peut apparaître chez les nourrissons nés de mères dépendantes à certaines substances psychoactives. Le SSNN* apparaît parce qu'à la naissance, le nourrisson, qui était exposé à une ou plusieurs substances *in utero*, se trouve soudainement privé de la source maternelle.

Les classes de substances psychoactives connues pour induire le SSNN incluent les opioïdes, les benzodiazépines*, l'alcool et les barbituriques. Les symptômes typiques du SSNN n'ont pas été observés de façon probante avec les solvants, les hallucinogènes, le cannabis, ni avec la plupart des stimulants, y compris la cocaïne et les amphétamines (*Scottish Executive 2003, American Academy of Paediatrics 1998*).

Le SSNN est l'effet secondaire négatif le plus fréquemment rapporté de la consommation maternelle de substances psychoactives pendant la grossesse et est très bien décrit chez les bébés nés de femmes dépendantes aux opiacés (*American Academy of Paediatrics 1998*).

Il est important que les professionnels connaissent ces formes de sevrages néonataux, afin que les mères, les pères et les autres responsables légaux de l'enfant (tuteurs) puissent être formés aux meilleures techniques pour répondre aux besoins spécifiques de ces bébés et pour leur fournir des soins adaptés visant à leur rétablissement.

Signes et symptômes du SSNN

Les symptômes du SSNN* ne sont généralement pas spécifiques de la classe de substance et diffèrent des symptômes de sevrage chez l'adulte (Oei *et Lui* 2007). Le SSNN est caractérisé par une irritabilité du système nerveux central, un dysfonctionnement gastro-intestinal, et une hyperactivité du système autonome.

Les symptômes varient largement, mais la majorité des nourrissons nés de mères dépendantes (55 % à 95 %) présenteront des symptômes du SSNN (*American Academy of Paediatrics* 1998).

Parmi les signes et symptômes fréquemment rapportés chez les bébés nés de mères dépendantes aux opiacés ou aux benzodiazépines* se trouvent :

- l'irritabilité (tremblement prononcé, sursaute facilement, réflexes exacerbés et pleurs excessifs) ;
- l'hyperactivité (mouvements excessifs, se gratte le visage) ;
- l'hypertonie (tonus musculaire accru, raideur) ;
- un cri aigu, plus ou moins continu ;
- ne tient pas en place et ne dort pas après ses repas ;
- suce excessivement son pouce (ou son poing) ;
- un plus grand appétit ;
- difficultés à s'alimenter (a faim, mais parvient difficilement à téter, avaler, et prendre un repas jusqu'au bout) ;
- renvois et vomissements ;
- selles molles fréquentes ou diarrhées (qui peuvent causer une excoriation péri-anale) ;
- faible prise de poids ou perte de poids ;
- étouffements répétés, bâillements, hoquets, gêne respiratoire nasale ;
- tachypnée (respiration rapide et superficielle) ;
- dépression respiratoire ;
- rythme cardiaque accéléré ;
- température corporelle instable, fièvre (>37,5 °C), transpiration, déshydratation ;
- marbrure (dépigmentation de la peau) ;
- excoriation (abrasion de l'épiderme) due à une mobilité excessive (observable en général autour des fesses, à l'arrière de la tête, aux épaules et aux talons) ;
- convulsions.

Les crises de convulsion sont rares (chez environ 5 % des nourrissons) et peuvent se manifester jusqu'à 30 jours après la naissance (l'âge moyen de leur apparition est 10 jours).

Apparition, durée et sévérité du SSNN

L'apparition, la durée et la sévérité du SSNN varient largement et dépendent de nombreux facteurs, parmi lesquels :

- le type de substance consommée ;
- la longévité de la dépendance* maternelle ;
- l'horaire et la quantité de la dernière dose maternelle ;
- le métabolisme et l'élimination de la substance par le nourrisson ;
- l'éventuelle prématurité du nourrisson.

Les données sur les effets en fonction des doses de méthadone* sont controversées et non concluantes (*Department of Health 2007a, American Academy of Paediatrics 1998*). Certaines études montrent une corrélation positive entre les doses maternelles de méthadone* et le développement et la sévérité des symptômes du SSNN (e.g. *Dashe et al. 2002, Dryden et al. 2009*), d'autres études n'indiquent aucune corrélation (e.g. *Berghella et al. 2003, Seligman et al. 2010*). En pratique, cela signifie que la sévérité du SSNN est difficile à prévoir, surtout sur le plan individuel. Certaines femmes, avec des doses faibles, auront des nourrissons qui développeront des symptômes sévères, d'autres bénéficiant de doses élevées, auront des bébés chez qui les symptômes resteront légers. Peu de données sont disponibles concernant les effets en fonction des doses des consommations maternelles d'alcool et de benzodiazépines*.

Les symptômes apparaissent généralement 24 à 72 heures après la naissance, dans environ 75 % des cas. Les symptômes de sevrage chez le nouveau-né peuvent apparaître plus tard, durer plus longtemps et être plus sévères avec la méthadone* et la polytoxicomanie (*Wilbourne et al. 2000, Dryden et al. 2009*). Le début, la durée, et la sévérité du SSNN lié à la consommation de buprénorphine semblent similaires ou moindres par rapport à ceux observés après une exposition in utero à la méthadone* (*Johnson et al. 2003, Jones et al. 2010*), et ne seraient pas fonction des doses (*Lejeune et al. 2006*).

Le début du sevrage aux benzodiazépines* peut être retardé (en raison du métabolisme lent du nouveau-né), pouvant ne survenir qu'entre le 5^e et le 10^e jour, et les symptômes de ce sevrage peuvent durer plus longtemps qu'avec les opiacés (*Coghlan et al. 1999*). En revanche, le sevrage à l'alcool chez les nouveau-nés débute généralement rapidement, avec des symptômes qui apparaissent parfois au cours des 12 premières heures après la naissance. Un tabagisme important qui vient s'ajouter à une consommation d'opiacés et une polytoxicomanie, est associé à des symptômes plus sévères et davantage retardés (*Choo et al. 2004*). Les symptômes du nouveau-né associés à la consommation de cocaïne ou d'amphétamines sont davantage compris comme des effets d'intoxication plutôt que de sevrage, et leur courte durée s'explique par la demi-vie brève de ces substances (*Oei and Lui 2007*). D'autre part, les antidépresseurs peuvent être toxiques pour les nouveau-nés, ou induire chez eux des symptômes de sevrage (*Isbister et al. 2001, Sanz et al. 2005*). Toutefois ces effets sont légers dans la plupart des cas (*NICE 2007a*).

Des symptômes aigus de SSNN peuvent persister plusieurs semaines, et l'irritabilité durer plusieurs mois (en particulier avec les benzodiazépines*). Les symptômes de sevrage chez les nourrissons prématurés ont tendance à survenir plus tard que chez les nourrissons nés à terme et sont en général moins prononcés (*Doberczak et al. 1991, Dysart et al. 2007*). Certains facteurs pourraient expliquer cette différence chez les nourrissons prématurés, notamment : une exposition moins importante à la substance *in utero*, l'immaturation de développement de leur système nerveux central, leur métabolisme différent, ainsi que des capacités limitées pour exprimer leur souffrance pendant le sevrage. Cependant, une étude conduite sur un grand groupe n'a pas trouvé de lien entre la grossesse et le développement des symptômes (*Dryden et al. 2009*).

Certains bébés peuvent présenter des symptômes de SSNN alors que la mère n'a pas d'historique connu de consommation de substances psychoactives et/ou d'alcool. Dans le cas où un SSNN est suspecté, le pédiatre néonatal peut valider le diagnostic par un examen toxicologique du nourrisson et discuter tranquillement des résultats avec les parents.

Évaluation du SSNN

Une évaluation du nourrisson doit être réalisée afin de produire une mesure objective de la sévérité des symptômes et d'orienter au mieux les décisions en matière de traitement et de soins (Lloyd et Myerscough 2006). L'évaluation se fait généralement en déterminant le score de Lipsitz ou le score sur l'échelle de Finnegan dans sa version modifiée (cf. annexe 8), où des valeurs numériques sont attribuées en fonction de la présence et de la sévérité d'une sélection de symptômes. Les principales dimensions explorées par ces outils sont les symptômes d'irritabilité (cri aigu, cycle de sommeil, mouvements corporels, etc.) et les symptômes gastro-intestinaux (cycle d'alimentation, poids, abrasions de l'épiderme, etc.). Un score est attribué pour chaque symptôme sur chacune des tranches horaires (ex. : 9h-13 h, 13h-17 h, etc.). Les scores totaux sont ensuite calculés pour chaque tranche horaire, et les tendances relatives à la sévérité des troubles du bébé sont contrôlées. Tout traitement médical administré au bébé pourra également être intégré à la mesure. Cela permet au personnel médical de surveiller l'efficacité réelle d'un médicament et de le doser en fonction des symptômes du nourrisson, le sevrant progressivement. Tout le personnel de la maternité devrait être familier de cet instrument de mesure du SSNN* et être capable d'expliquer le pourquoi et le comment de son utilisation aux parents.

L'utilisation de cet outil de mesure du SSNN appliqué aux nourrissons prématurés (< 37 semaines) peut se révéler plus problématique chez ceux-ci, car certains symptômes explorés, tels que le cri aigu, la difficulté à se nourrir ou la tachypnée risquent d'être surestimés, tandis que d'autres, tels que le cycle de sommeil, la tonicité musculaire ou la fièvre, sous-estimés. Les nourrissons prématurés sont de préférence soignés en hôpital, où le personnel peut solliciter les conseils du pédiatre néonatal (néonatalogiste).

Préparer les parents au SSNN

Il est important de préparer les parents à l'éventualité que leur bébé développe des symptômes de sevrage (même s'ils ne sont dépendants qu'à de faibles doses de substances), d'aborder avec eux ces questions d'une manière bienveillante, exempte de jugement.

Les parents d'un nourrisson souffrant d'un SSNN ont les mêmes émotions que n'importe quel parent dont la santé de leur bébé serait fragile. Anxiété, impuissance, peur et tristesse sont les sentiments les plus souvent rapportés. D'autre part, ces parents se sentent souvent coupables et responsables des troubles de leur bébé, et auront besoin de beaucoup de soutien, d'encouragement, et d'être rassurés. S'occuper d'un bébé qui a un SSNN peut s'avérer très stressant et les parents devront faire preuve de beaucoup de patience. Impliquer les parents dans toutes les décisions et choix relatifs aux soins de leur nourrisson et les garder informés des progrès du bébé est très important.

Idéalement, les parents auront reçu des informations précises et justes à propos du SSNN lors de la période prénatale* et devraient donc être bien préparés. À l'inscription, les sages-femmes devraient donner à tous les parents dépendants de substances psychoactives et/ou d'alcool le fascicule d'information « Prendre soin d'un bébé montrant des symptômes de sevrage » (cf. annexe 9). Ce fascicule résume dans un langage accessible ce à quoi les parents peuvent s'attendre et ce qu'ils peuvent faire pour l'aider. La femme et son partenaire devraient avoir l'opportunité de lire ce fascicule et de discuter des soins du bébé avec la sage-femme, et de toutes les autres questions ou inquiétudes qu'ils pourraient avoir à ce sujet.

Prise en charge des symptômes de sevrage néonatal

Il y a un grand débat quant à la meilleure manière de s'occuper de bébés souffrant de symptômes de sevrage, car les données concluantes en matière de prise en charge efficace sont peu nombreuses (Osborn *et al.* 2005a, 2005b). La pratique varie selon que la prise en charge est assurée en milieu hospitalier ou en dehors, les deux approches possédant chacune leurs avantages (Kruschel 2007).

Les soins se concentrent sur les objectifs suivants :

- favoriser l'attachement parent/enfant ;
- assurer l'adaptation réussie du bébé au milieu extra-utérin ;
- détecter tout indice de symptômes de SSNN*, et délivrer un traitement et un soutien thérapeutique si besoin.

Toute hospitalisation prolongée ou placement loin des parents devra être évité au maximum lorsqu'ils ne sont pas nécessaires, l'objectif étant de laisser la mère et son bébé ensemble le plus possible, afin de faciliter l'allaitement au sein, de développer l'attachement et les interactions parent-enfant, et soutenir la mise en place rapide de pratiques parentales de qualité (Scottish Executive 2003).

Toutes les femmes usagères connues de substances psychoactives et/ou d'alcool sont en général gardées à la maternité trois jours minimum (72 heures) après l'accouchement, afin de pouvoir repérer chez le nouveau-né d'éventuels signes et symptômes de SSNN. La plupart des bébés qui ont des symptômes modérés peuvent être soignés dans l'unité de soins postnataux, moyennant quelques mesures de confort. Le personnel de l'unité de soins postnataux doit montrer aux parents comment utiliser l'échelle d'évaluation du SSNN (*cf.* annexe 8) et les encourager à s'impliquer dans les soins de leur enfant dès le début. Les parents devraient être incités à demeurer très attentifs à leur bébé, et à signaler toute anomalie au personnel. Il est important de s'assurer que l'échelle d'évaluation du SSNN soit facile d'emploi, de sorte que les parents puissent comprendre le système d'attribution des scores, s'en servir, et s'impliquer dans les soins de leur bébé.

Un traitement pharmacologique peut être requis pour les nourrissons présentant des symptômes aigus, mais la décision d'avoir recours à des médicaments ou non pour aider au rétablissement du bébé devra demeurer une décision clinique. Une étude comparative menée sur deux groupes de nourrissons, les uns soignés dans une unité de soins postnataux, les autres dans une unité de soins néonataux a montré que la proportion de nourrissons ayant besoin d'un traitement était moins élevée dans le groupe soigné en unité de soins postnataux qu'en unité de soins néonataux, et la durée de leur séjour à l'hôpital était en moyenne plus courte. Aucun des bébés de ces deux groupes n'a dû être réadmis dans les 2 mois suivants sa sortie.

À noter : la naloxone (antagoniste opioïde) ne devrait pas être utilisée pour inverser une dépression respiratoire induite par des opioïdes, car elle provoque une crise de sevrage brutale aux opiacés.

Thérapie de soutien (comportementale) pour les nourrissons qui ont un SSNN

Il a été montré qu'une thérapie de soutien peut réduire les effets du sevrage chez les nouveau-nés et devrait être mise en place le plus rapidement possible après la naissance (French *et al.* 1998). Les parents devraient être encouragés à occuper un rôle central dans le soin de leur nourrisson et devraient être formés aux mesures de soutien afin de s'occuper de leur bébé de manière adaptée. Une assistance individuelle, pratique, sera souvent nécessaire aux mères, pères, et autres gardiens de l'enfant (tuteurs)

pour prendre confiance dans la façon de prendre soin d'un bébé différent des autres et potentiellement grincheux. À l'hôpital, mère et bébé devraient si possible avoir une chambre pour eux seuls dans l'unité de soins postnataux ou néonataux, afin de créer autour du bébé un environnement calme, sans trop de stimulations.

Les recommandations habituellement faites aux parents en matière de thérapie de soutien concernent différentes manières de répondre à des symptômes variés.

→ PLEURS ET IRRITABILITÉ

- Maintenir le bébé dans un environnement ou une pièce calme et silencieuse – pas de lumières fortes ni de sons élevés qui risqueraient de gêner le bébé et le rendre plus irritable. L'objectif est de réduire la stimulation sensorielle ;
- Porter et bouger le bébé le plus doucement et le moins possible – cela limitera le niveau de stimulation et le dérangement, et aidera à le maintenir calme ;
- Utiliser une tétine ou un doudou (sauf en cas d'allaitement au sein) ;
- Si le bébé reçoit beaucoup de contact peau à peau, il pleurera moins. Inviter la mère et le père à lire le fascicule « peau à peau » ;
- Fredonner, bercer ou masser doucement le bébé ou lui donner un bain relaxant peut parfois aider.

→ DIFFICULTÉS À S'ALIMENTER

- Nourrir le bébé dans un cadre calme avec le moins de dérangements possible ;
- Nourrir le bébé à sa demande – des repas plus petits mais plus fréquents sont souvent préférables ;
- Laisser l'enfant se reposer entre deux succions ;
- Faire rotter le bébé très doucement chaque fois qu'il cesse de téter et après le repas, car les nourrissons avalent souvent de l'air à cause de leurs réflexes de succion faibles et mal coordonnés ;
- Soutenir doucement les joues et la mâchoire inférieure du bébé pour accompagner ses efforts de succion et de déglutition ;
- Si le bébé reçoit beaucoup de contact peau à peau, il s'alimentera plus facilement ;
- Essayer de donner au bébé un doux massage du ventre pour soulager son inconfort abdominal ;
- Noter tous les repas du bébé pour que les apports caloriques puissent être estimés, ainsi que le gain de poids.

→ TROUBLES DU SOMMEIL

- Réserver au bébé une chambre silencieuse et calme pour dormir. Maintenir un éclairage tamisé (pas de lumières fortes) et éviter de trop le câliner ou le toucher ;
- S'assurer que la couche du bébé soit propre et sèche – vérifier qu'il n'a pas d'érythème fessier, et appliquer une crème au zinc ou la formule donnée par l'hôpital, si indiqué ;
- S'assurer que la literie, les draps et les vêtements du nourrisson sont propres et sans vomi. L'odeur du vomi peut rendre le bébé malade à nouveau, et le vomi peut irriter sa peau sensible ;
- Veiller à ce que le bébé ne soit pas exposé à la fumée de cigarette ;

- Éviter que le bébé ait trop chaud ;
- Une musique douce, fredonner ou bercer doucement le bébé peut l'aider à se détendre et à s'endormir.

→ MOBILITÉ EXCESSIVE, AGITATION

- Emmailloter le bébé (l'envelopper dans un linge en flanelle doux, les bras et les genoux maintenus dans une position confortable) – cela peut aider en cas de tremblements, de sursauts, et d'agitation. Une écharpe porte-bébé en coton peut aussi être utilisée ;
- Maintenir le calme dans l'espace du bébé ;
- Tapisser le berceau avec des couvertures en flanelle ou une peau de mouton rasée couverte d'un drap de coton pour améliorer le confort du bébé ;
- Éviter de trop bouger le bébé s'il est très agité, s'il présente des sursauts ou des tremblements – limiter un maximum les stimulations pour le garder calme.

→ PROBLÈMES DERMATOLOGIQUES

- Vérifier et changer régulièrement la couche du bébé ;
- Changer souvent les vêtements du bébé, surtout s'il transpire beaucoup ;
- Couvrir les mains du bébé avec des gants ou des mitaines pour prévenir les lésions de l'épiderme causées par trop de succion de ses poings ;
- Maintenir propres toutes les zones de peau lésées – éviter les lotions pour bébé car il risquerait de les absorber ;
- Pour aider à la prévention de l'érythème fessier et de lésions, appliquer la formule donnée par l'hôpital ou une crème au zinc sur les fesses du bébé.

→ PROBLÈMES RESPIRATOIRES

- Veiller à ce que le bébé ne soit pas exposé à la fumée de cigarette. L'air devrait être sain et la pièce chauffée ;
- Veiller à ce que le nez et la bouche du bébé restent propres et dégagés ;
- Nourrir le bébé lentement, le laisser se reposer entre deux suctions ;
- Ne pas trop habiller le bébé ni trop le serrer dans ses vêtements ;
- Maintenir le bébé dans une position semi-assise soutenue, et éviter de le coucher sur le ventre pour dormir ;
- Les parents doivent demeurer très attentifs au bébé, et si des difficultés respiratoires persistent ou empirent, contacter le médecin traitant, la sage-femme ou l'auxiliaire à domicile, ou appeler les urgences.

→ FIÈVRE

- Se contenter du minimum nécessaire de vêtements et éviter d'avoir trop de literie, éviter que le bébé ait trop chaud ;
- Si le bébé reçoit beaucoup de contacts « peau à peau », sa température se régulera mieux ;
- Si le bébé a de la fièvre depuis plus de 4 h, les parents doivent appeler la sage-femme, l'auxiliaire à domicile ou le médecin traitant au plus vite.

→ AUTRES PROBLÈMES

- Si le bébé souffre de vomissements ou de diarrhées sévères et de déshydratation, les parents doivent contacter en urgence la sage-femme, l'auxiliaire à domicile, le médecin traitant ou l'hôpital ;
- De même, si le bébé est pris de convulsions, les parents doivent appeler immédiatement les urgences afin qu'une ambulance conduise le bébé à l'hôpital.

Soins au domicile

Après un séjour de 72 heures en unité de soins postnatals, les bébés présentant des symptômes légers peuvent intégrer leur foyer, où leurs parents s'occuperont d'eux avec le soutien de l'équipe locale de sages-femmes, de l'auxiliaire à domicile et d'autres services d'aide aux parents. La sage-femme procurera des conseils et un soutien quotidiens, et organisera la réadmission du bébé à l'hôpital si jamais ses symptômes s'aggravent. Dans le cadre du suivi, les parents devraient continuer à mesurer le score de leur bébé à l'échelle d'évaluation du SSNN pendant au moins une semaine (jusqu'au 10^e jour de vie du bébé). Les méthodes de soutien thérapeutique devraient continuer d'être appliquées jusqu'à la disparition des symptômes du bébé. Les parents devraient noter tous les repas (quantités absorbées et fréquences) afin que la sage-femme et l'auxiliaire à domicile puissent surveiller l'absorption calorique quotidienne du bébé. La sage-femme et l'auxiliaire à domicile pèseront également le bébé pour s'assurer que la prise de poids est satisfaisante.

Si les symptômes du bébé s'aggravent considérablement à la maison (c'est-à-dire s'il dort moins de 1 h / pleure 1h après le repas / perte de poids après 7 jours) la réadmission à l'hôpital devrait être envisagée. Si le bébé est resté à la maison moins d'une semaine, ou s'il a moins de 10 jours, il peut entrer à l'unité de soins néonataux. Si le bébé a plus de 10 jours, il est généralement admis à l'unité de l'enfance de l'hôpital.

Soins à l'hôpital

Les parents doivent avoir conscience que leur bébé risque de devoir intégrer l'unité de soins néonataux s'il développe des symptômes de sevrages sévères. Les bébés qui ont des symptômes sévères ont parfois besoin d'être nourris par un tube gastrique, d'un traitement pharmacologique, et d'une supervision 24h/24 par le personnel pédiatrique médical et infirmier spécialisé. L'implication des parents dans le soin du bébé demeure toutefois cruciale pour le rétablissement du bébé.

Les objectifs du traitement en unité de soins néonataux sont :

- calmer l'irritabilité et l'agitation motrice ;
- installer un cycle « alimentation/sommeil/veille » sain ;
- maintenir une température corporelle normale ;
- assurer une prise de poids correcte.

Les bébés présentant des symptômes sévères resteront généralement à l'unité de soins néonataux une dizaine de jours (Dryden *et al.* 2009), mais quelquefois beaucoup plus longtemps (Lloyd et Myerscough 2006). Les mères sont encouragées à dormir à l'hôpital (si des chambres sont disponibles) pendant le temps où leurs bébés sont en unité de soins néonataux. A défaut, à passer un maximum de temps à leur contact afin de permettre à l'attachement maternel de se poursuivre.

Le recours à des solutions pharmacologiques pour des bébés qui ont un SSNN peut réduire la durée et la sévérité de leurs symptômes, comparativement aux mesures de soutien thérapeutique (Osborn *et al.*

2005a, 2005 b), mais peu d'études ont évalué les bénéfices des différents agents et stratégies de traitement (Kruschel 2007). La pratique varie d'une unité de soins à l'autre, certaines optant pour une médication sur un grand pourcentage de bébés atteints, d'autres choisissant de ne pas recourir à la pharmacologie, sauf en cas d'extrême nécessité – par exemple lorsque le bébé convulse. La planification des médications est généralement décidée par le médecin en charge, et inclut généralement l'administration de l'une ou plusieurs de ces substances : morphine par voie orale, diazépam, phénobarbitone, clonidine, et chlorpromazine. La meilleure d'entre elles semblent être la morphine lorsque la mère a consommé principalement des opioïdes (Osborn 2005a, 2005 b, Ebner *et al.* 2007). Plus récemment, la buprénorphine a également été utilisée pour traiter ces nourrissons (Kraft *et al.* 2008). Quand d'autres substances (ex : benzodiazépines*) ont été consommées, seules ou en associations, le traitement pharmacologique du bébé devra être élaboré sur mesure vers une période de sevrage plus longue et biphasée (Shaw 1999). On veille à ne pas séduer le bébé et à le sevrer de la médication le plus rapidement possible. Les bébés peuvent intégrer leur foyer dès que leur état de santé semble assez stable pour être pris en charge par leurs parents.



VIRUS VÉHICULÉS PAR VOIE SANGUINE ET GROSSESSE

• 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

Le VIH*, l'hépatite B et l'hépatite C sont des virus véhiculés par le sang qui peuvent être transmis de la mère à l'enfant (transmission verticale).

Tous les professionnels ont un rôle à jouer dans :

- la sensibilisation aux virus véhiculés par le sang ;
- le conseil pour la réduction des risques* de transmission ;
- la promotion des dépistages ;
- la facilitation de l'accès aux traitements et aux services de soins.

Dépistage prénatal* du VIH*, de l'hépatite B et de l'hépatite C

Au Royaume-Uni, les tests de dépistage du VIH* et de l'hépatite B font partie de l'examen prénatal* de routine. Tester les femmes durant leur grossesse a pour but de réduire la probabilité de transmission de la mère à l'enfant, d'améliorer et protéger la santé de la mère comme celle du bébé. Le dépistage de l'hépatite C devrait être proposé aux femmes à risques, mais ne fait pas partie de l'examen de routine (RCM 2008b). Le but du dépistage est d'identifier les femmes contaminées, de permettre ainsi le dépistage pour leurs enfants, de sorte que mère(s) et enfant(s) puissent bénéficier d'un traitement, le cas échéant.

Chaque femme enceinte reçoit un fascicule contenant des informations détaillées sur les examens prénataux de routine. Au moment de la déclaration de grossesse la sage-femme demandera à la femme si elle a bien lu et compris ce fascicule. Les bienfaits et les risques de chaque examen, ainsi que leurs implications doivent être discutés brièvement avant de recueillir le consentement de la femme et de procéder à la prise de sang. Tous les examens sont conduits, à moins que la femme ne le souhaite pas. Les femmes peuvent refuser l'un ou l'autre des tests si elles le souhaitent. Le dépistage de l'hépatite C pendant la grossesse chez les femmes à risques nécessite une discussion spécifique à ce propos ainsi que le recueil de leur consentement informé (RCM 2008b).

Tous les résultats négatifs devraient être communiqués à la femme lors du rendez-vous prénatal* suivant et reportés dans son dossier de maternité.

Si un test aux anticorps du VIH*, de l'hépatite B ou C s'avère positif, le virologue devra transmettre ces résultats à l'obstétricien en charge désigné et/ou à la sage-femme responsable dans le domaine des virus véhiculés par le sang. L'obstétricien/la sage-femme rappelle alors la femme afin de lui donner ses résultats en personne, et d'effectuer une autre prise de sang visant à confirmer les résultats. Lors de cette visite, les modalités de soutien, de traitement et de soin seront discutées, et les questions relatives à la confidentialité seront abordées. De plus, on s'en remettra à l'expertise des équipes spécialisées en infectiologie.

Le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG 2010) fournit davantage de conseils pour la conduite à suivre en matière de dépistage prénatal* du VIH*, notamment :

- lorsqu'une femme décline un dépistage du VIH*, cela doit être reporté dans son dossier de maternité, ses motifs de refus devraient être attentivement étudiés, et un nouveau test devrait lui être proposé vers la 28^e semaine de grossesse ;
- une femme testée négativement pour le VIH* mais jugée comme présentant un risque élevé de le contracter devrait envisager de renouveler le test plus tard ;
- lorsqu'une femme s'inscrit pour des soins prénataux* à 26 semaines de grossesse ou plus, le dépistage du VIH* devrait être réalisé en urgence et le résultat délivré sous 24 h ;
- les dispositifs de test rapides, qui peuvent produire un résultat en 20 min, devraient être proposés à toutes les femmes dont la sérologie pour le VIH* demeure indéterminée au moment du travail. Il faudra réagir immédiatement en cas de positivité du test.

Lorsqu'une femme refuse le dépistage du VIH* durant la grossesse et au moment de l'accouchement, on peut envisager de réaliser un test sur le nourrisson. Voir les recommandations nationales en matière de dépistage du VIH* – *UK National Guidelines for HIV Testing* (BHIVA et al. 2008).

Virus d'immunodéficience humaine (VIH*)

Le VIH* est le virus responsable du SIDA (Syndrome d'immuno déficience acquise). Le VIH* peut être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse (intra-utérine), pendant l'accouchement (intrapartum) et lors de l'allaitement au sein. Le risque de transmission est lié à la santé générale de la mère, à des facteurs obstétriques et à la prématurité de l'enfant (BHIVA/CHIVA 2008). La majorité de la transmission verticale (environ 80 %) se produit lors de la phase intrapartum, et il y a une grande corrélation entre la charge virale maternelle et le risque de transmission – plus la charge virale est élevée, plus le risque de transmission l'est aussi. L'allaitement au sein est également un vecteur de transmission important. Le risque additionnel de transmission que l'allaitement au sein représente est, au-dessus et au-delà des contributions intra-utérine et intrapartum, estimé entre 14 % et 28 % (RCOG 2010).

Sans traitement, le taux de transmission de la mère à l'enfant est d'environ 15 à 25 %. Sans traitement, les enfants contaminés par le VIH* développent des maladies chroniques et environ 20 % développent le SIDA ou décèdent dans la première année de vie. À 6 ans, environ 24 % d'entre eux seront morts, et la plupart des survivants souffriront d'une maladie provoquée par leur infection. Le pronostic à long terme est inconnu, mais il est certain que tous les enfants nés avec le VIH* et qui bénéficient d'un traitement dès la naissance ont une espérance de vie prolongée (BHIVA/CHIVA 2008).

L'objectif de ces examens prénataux est de réduire le nombre de bébés naissant avec le VIH* et d'améliorer la santé des femmes contaminées, ainsi que celle de leurs bébés. Un diagnostic pendant la naissance permet aux mères de recevoir des conseils, des traitements et toute autre mesure visant à réduire le risque de transmission à leur enfant. Si les mesures adaptées proposées sont acceptées, le risque de transmission verticale peut descendre à moins de 2 % (BHIVA/CHIVA 2008).

Les mesures recommandées pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant sont exposées dans le « Guide pour la prise en charge des contaminations au VIH* chez les femmes enceintes » des associations britanniques du VIH* et de l'association du VIH* de l'enfant, *Guidelines for the Management of HIV Infection in Pregnant Women* des *British HIV Association (BHIVA)* et *Children's HIV Association (CHIVA)* (De Ruiter *et al.* 2008), et le *Green-top Guideline N° 39: Management of HIV in Pregnancy* du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)* 2010).

Ces mesures comprennent :

- la prise de médicaments antirétroviraux pour la mère comme pour l'enfant ;
- un soin particulier dans la prise en charge obstétrique, durant la grossesse et au moment de l'accouchement ;
- un accouchement par césarienne avant le début du travail, lorsque indiqué ;
- la contre-indication de l'allaitement au sein.

Le guide complet des recommandations du BHIVA/CHIVA, avec une annexe sur la sécurité et les données concernant la toxicité, est disponible sur le site internet du BHIVA (www.bhiva.org).

PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES AU VIH* ET DE LEURS BÉBÉS

Les soins proposés aux femmes enceintes séropositives au VIH* et à leurs bébés sont assurés par une équipe multidisciplinaire, incluant les sages-femmes, les obstétriciens, les spécialistes du VIH*, les pédiatres, l'équipe de premiers soins, ainsi que d'autres professionnels, tels que les pharmaciens, les associations de prévention contre les drogues, et d'autres travailleurs sociaux lorsque cela est indiqué. Le personnel de santé devrait se référer alors au protocole de prise en charge et au parcours de soin établis conjointement. L'approche du traitement est personnalisée, adaptée aux besoins et aux souhaits de chaque mère. Il est nécessaire que tous les professionnels entretiennent de bons liens, afin que la grossesse et l'accouchement se déroulent selon le plan établi et dans le respect de la vision et des souhaits de la femme concernée.

Il y a deux scénarii dans lequel une séropositivité au VIH* peut être découverte au cours de la grossesse :

- par un dépistage prénatal*.
- la femme révèle sa séropositivité au VIH*, déjà connue, au moment de son inscription.

Il faudra rapidement évaluer les conditions sociales des femmes récemment diagnostiquées positives au VIH*. Toutes devraient être encouragées à révéler leur séropositivité au VIH* à leurs partenaires et recevoir un soutien adapté (RCOG 2010). Il faudra veiller à ne pas révéler par inadvertance la séropositivité au VIH* de la femme aux membres de sa famille ou à ses ami(e)s – par exemple, même s'ils l'accompagnent aux rendez-vous prénataux ou sont présents à l'accouchement (RCOG 2010). Dans le cas d'un travail inter-

disciplinaire impliquant des professionnels différents, la séropositivité au VIH* ne devra être communiquée que lorsque cette information est indispensable, et elle devra être entourée de délicatesse et de discrétion.

Tous les professionnels qui soutiennent des femmes enceintes infectées par le VIH* devraient avoir à l'esprit les différentes problématiques psychosociales qui peuvent avoir un impact sur le traitement du VIH* et les soins (BHIVA/CHIVA 2008).

Ces femmes peuvent avoir besoin d'un soutien et d'une assistance considérable afin de se résoudre à un tel diagnostic, de même que pour la gestion de leur infection. L'accompagnement et le soutien de chaque femme devra prendre en compte ses conditions personnelles de vie, ainsi que tous les aspects sociaux ou culturels qui la concernent. Cela peut inclure de la maltraitance ou des violences domestiques, une situation de rupture ou de rejet par la famille et les amis.

Le traitement par antirétroviraux de la mère vise à abaisser sa charge virale jusqu'au seuil « indétectable » (< 50 copies/ml). La mise en place de ce traitement aux antirétroviraux dépendra de l'état de santé général de la mère relativement au VIH*. Pour les femmes dont la santé actuelle personnelle ne dépend pas immédiatement de ce traitement contre le VIH*, celui-ci sera repoussé jusqu'à un peu avant le 3^e trimestre (entre 20 et 28 semaines), afin de limiter l'exposition du fœtus, et de permettre à la mère de cesser de prendre les antirétroviraux une fois que le bébé est né. Pour les femmes qui ont besoin de ce traitement pour leur propre santé, il sera prescrit sur toute la durée de la grossesse ainsi que postpartum. Dans les deux cas, l'objectif est de maintenir la charge virale de la mère sous 50 copies/ml.

Le mode d'accouchement à privilégier est aussi fonction de la charge virale. La césarienne est indiquée si la charge virale se révèle > 1 000 (> 50 copies/ml). Si la charge virale est en dessous, < 1 000 (idéalement < 50 copies/ml) une fois la grossesse arrivée à son terme, l'accouchement par les voies naturelles est envisageable (De Ruiter *et al.* 2008). La décision concernant le mode d'accouchement devrait être prise à la 36^e semaine, après avoir fait l'objet d'une discussion avec la femme (RCOG 2010).

L'accouchement par voie naturelle fait l'objet d'un soin et d'une surveillance obstétriques particuliers :

- phase de travail raccourcie ;
- pas d'accouchement instrumentalisé ;
- pas de rupture artificielle de membranes ;
- pas de procédures invasives, telles qu'échantillonnage sanguin fœtal ou mise en place d'électrodes ;
- pas d'épisiotomie.

Les critères pour le déclenchement du travail tout comme pour son accélération devraient être strictes. En cas de quelconques retards, le risque cumulé de devoir procéder à une césarienne augmente. Un exemplaire du plan de naissance de la femme devrait être conservé au service de maternité, dans la salle de travail et à l'unité de soins prénatals*. Ce document devrait contenir un résumé des soins à prodiguer pendant le travail, la liste des médicaments éventuels et le type de suivi prévus pour le bébé. La femme devrait aussi conserver un exemplaire de ce plan avec elle, et le présenter au personnel au moment de son admission en salle de travail. Cela sera particulièrement utile en cas d'admission imprévue et inévitable dans une autre maternité, où le personnel n'aura pas son dossier ni pu mettre en place un protocole adapté.

Le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2010) recommande **aux femmes séropositives au VIH* de ne pas allaiter au sein**. Le risque de transmission via l'allaitement au sein lorsque la charge virale de la mère est indétectable demeure incertain (RCOG 2010). La charge virale maternelle est un mauvais indicateur de la concentration du virus dans le lait maternel, et bien que les traitements antirétroviraux réduisent la quantité de virus en circulation dans le plasma ainsi que la quantité de cellules associées au virus dans le lait maternel, la présence d'ADN viral demeure inchangée et peut, dès lors, poser un risque de transmission (De Ruiter *et al.* 2008). En conséquence de quoi, la recommandation faite aux femmes séropositives au VIH* vivant au Royaume-Uni, est d'allaiter leur enfant exclusivement avec des formules de lait infantile artificiel.

Le soutien à donner aux mères séropositives au VIH* en matière d'allaitement devrait inclure (RCOG 2010) :

- assistance et conseils sur l'allaitement au biberon avec des laits infantiles – cela s'avérera particulièrement important pour les femmes dont les familles ne sont pas au courant de leur séropositivité au VIH* et quand la norme culturelle est plutôt d'allaiter au sein ;
- médication pour stopper la production de lait (donnée dans les 24 h après l'accouchement) ;
- sensibilisation sur l'importance de la contraception lorsque l'on n'allait pas au sein.

Le traitement aux antirétroviraux est en général administré au **nouveau-né** les 4 premières semaines. Le pédiatre référent en détermine le choix. Cette médication devrait être donnée au nourrisson aussi rapidement que possible après l'accouchement (maximum 4 heures après), et les heures d'administration du traitement strictement observées ensuite (RCOG 2010). Les prématurés sont les nourrissons les plus exposés aux risques de contamination et aussi les plus difficiles à traiter. Des indications concernant le traitement de ces nourrissons sont détaillées dans le guide du BHIVA/CHIVA (De Ruiter *et al.* 2008).

Le pédiatre en charge établit un diagnostic pour le VIH* chez les nourrissons nés de mères séropositives au VIH*. Tous les nourrissons nés de mères infectées par le VIH* seront séropositifs aux anticorps du VIH* à la naissance, à cause de la présence d'anticorps maternels. Les bébés non contaminés seront séronégatifs aux anticorps du VIH* d'ici leurs 18 mois. D'autres tests (utilisant des techniques de PCR qui testent l'ADN du VIH*) sont utilisés pour obtenir un diagnostic pour l'enfant avant 3 mois. Les nourrissons sont donc testés à 1 jour, à 6 semaines, et à 12 semaines. Si tous ces tests sont négatifs et que le bébé n'est pas allaité au sein, alors les parents peuvent être informés que leur enfant n'est pas séropositif au VIH* (De Ruiter *et al.* 2008). Un dépistage des anticorps du VIH* sera réalisé à nouveau aux 18 mois pour confirmer ce diagnostic.

La plupart des nouveaux nés de mères séropositives au VIH* auront été exposés aux traitements antirétroviraux *in utero*. Les possibles effets néfastes de cette exposition sur le fœtus et l'enfant en développement sont étroitement surveillés, et généralement un pédiatre est nommé responsable du suivi pour tous les enfants nés de mères séropositives au VIH* pour un secteur donné. À ce jour, aucune augmentation du risque d'anomalies à la naissance, aucun problème de croissance ou de développement n'ont été documentés avec la monothérapie à la zidovudine (ZDV) – connue sous le nom d'AZT. Nous en savons toutefois beaucoup moins sur l'innocuité à long terme des autres traitements antirétroviraux (De Ruiter *et al.* 2008).

Toutes les grossesses séropositives au VIH*, tous les nourrissons nés de femmes séropositives au VIH*, tous les enfants infectés par le VIH* (y compris les enfants nés à l'étranger et arrivés en Grande Bretagne ou en Irlande ensuite) sont enregistrés anonymement auprès du *National Study of HIV in Pregnancy and Childhood* – voir les détails sur le site www.nshpc.ucl.ac.uk. De plus, toutes les femmes enceintes suivant un traitement avec antirétroviraux sont répertoriées au registre *Antiretroviral Pregnancy Register* sur le site www.apregistry.com, et tous les bébés exposés à ces traitements sont inscrits à la *British Paediatric Surveillance Unit*, www.bpsu.inopsu.com.

PRÉVENTION CONTRE LE VIH* ET QUESTIONS RELATIVES AU BIEN-ÊTRE ET À LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT

Dans de rares cas, il arrive que la femme refuse les mesures recommandées pour réduire le risque de transmission de mère à enfant. Par exemple, une femme peut :

- refuser le traitement aux antirétroviraux pour elle-même ;
- refuser la césarienne alors que celle-ci est indiquée ;
- décider d'allaiter au sein quand il lui a été conseillé de ne pas le faire ;
- décliner le dépistage pour le nourrisson et peut être pour ses autres enfants.

Les raisons habituellement invoquées sont : difficultés de vouloir aller au terme suite au diagnostic VIH*, raisons religieuses, peur de devoir révéler sa séropositivité à son partenaire, peur de la stigmatisation, et avis d'autres membres de la famille conseillant de ne pas accepter les mesures recommandées (De Ruiter *et al.* 2008).

Lorsqu'une femme refuse les mesures proposées pour réduire le risque de transmission de mère à enfant, malgré tous les efforts faits par l'équipe multidisciplinaire pour l'encourager à les adopter, un entretien de planification avant l'accouchement devrait être organisé avec les services sociaux pour discuter des questions relatives au bien-être et à la sécurité de l'enfant (RCOG 2010). Cet entretien devrait permettre d'appréhender la situation dans toute sa complexité, en coordination avec les parents, afin que ceux-ci comprennent totalement les implications de leurs décisions. Les parents devraient être informés que le rôle du pédiatre est de prendre le parti de l'enfant, pour son bien-être, et de prévenir, autant que possible, sa contamination par le VIH* (De Ruiter *et al.* 2008). Le cas pourra être porté devant la loi, afin d'obtenir le traitement aux antirétroviraux de l'enfant, d'empêcher l'allaitement au sein, d'effectuer le dépistage, et de s'assurer que l'enfant soit présent aux soins suivis, contre la volonté des parents.

Les parents séropositifs au VIH* qui ont déjà des enfants dont la sérologie est inconnue pour le VIH*, devraient être encouragés à leur faire passer un dépistage. L'absence de symptômes n'indique pas une séronégativité au VIH*, même chez les adolescents (De Ruiter *et al.* 2008). Des recommandations détaillées concernant le dépistage des enfants dont les parents se savent séropositifs sont disponibles auprès de l'association BHIVA, consultables sur le site www.bhiva.org/DontForgettheChildren.aspx, et sont incluses dans la publication du BASHH, BIS (2008), *UK National Guidelines for HIV Testing 2008* – cf. annexe 5 : *Testing of Infants, Children and Young People*.

Hépatite B (VHB*)

L'hépatite B est un virus hépatique très contagieux. Il peut être transmis de la mère à l'enfant à l'accouchement – avec un taux de transmission d'environ 80-90 % par les mères porteuses chroniques. Rien n'indique que le risque de transmission de l'hépatite B augmente lors de l'allaitement au sein, celui-ci peut donc être encouragé (WHO 1996).

Les personnes chroniquement infectées à l'hépatite B (porteuses) peuvent rester en bonne santé des années et ne pas avoir conscience de leur infection. Les bébés contaminés – et qui deviennent porteurs chroniques (jusqu'à 90 %) – courent le risque de développer de graves pathologies du foie plus tard.

PRÉVENIR LA CONTAMINATION PAR L'HÉPATITE B

Un traitement pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant est désormais recommandé pour les mères présentant une charge virale importante (environ 200 000 UI et plus). Un comprimé oral d'antiviral (tenofovir) peut être administré sans danger durant le dernier trimestre de grossesse, en pratique à partir de la 28^e semaine (Tran 2009).

Le fort taux de transmission de la mère à l'enfant peut aussi être en grande partie évité grâce à la vaccination. Si le dépistage prénatal* des antigènes de surface de l'hépatite B est positif, un programme de vaccination du bébé est mis en place à la naissance, ce qui lui permettra de développer une immunité et d'avoir une vie saine. La sage-femme en charge des soins intrapartum devrait informer le pédiatre du service néonatal lorsque le travail de la femme commence, et s'assurer que les médicaments prévus pour le bébé sont en réserve. Le bébé doit recevoir son premier vaccin contre l'hépatite B dans les 12 heures qui suivent sa naissance. Les bébés exposés à un risque particulièrement élevé de contracter l'hépatite B reçoivent également une dose d'immunoglobuline spécifique à l'hépatite B en même temps que le vaccin (l'immunoglobuline neutralise le virus) (Salisbury *et al.* 2006). La deuxième dose de vaccin est

donnée à 1 mois, la troisième à deux mois et la quatrième à 12 mois. Des contrôles d'immunité sont effectués entre 15 et 18 mois.

Le médecin traitant et l'auxiliaire puéricultrice doivent être informés, il leur incombe de s'assurer que le bébé reçoit bien tous les vaccins pour que le programme d'immunisation soit poursuivi jusqu'au bout.

Il est important de retracer tous les contacts potentiels, par exemple les partenaires sexuels, les enfants et les autres membres du foyer, afin de pouvoir leur proposer un dépistage et une vaccination s'ils ne sont pas immunisés. Les mères récemment diagnostiquées devraient être adressées à un hépatologue ou au service des maladies infectieuses pour une évaluation et un suivi.

USAGE DE DROGUES ET HÉPATITE B

La conduite à suivre est de proposer à toutes les femmes qui ont un historique de consommation de drogues par voie intraveineuse (ou ayant un partenaire sexuel qui a un historique de consommation de drogues) une analyse complète de leur sérologie au VHB* à l'occasion de la grossesse (i.e. le *Ab* test en plus du *Ag* test). Les femmes sans infection antérieure à l'hépatite B (non immunisées) peuvent être vaccinées sans danger pendant la grossesse (RCOG 2010). Les partenaires sexuels du moment, les autres membres du foyer, ainsi que les enfants devraient être immunisés aussi. L'immunisation contre l'hépatite B et l'hépatite A est recommandée à toute femme séropositive à l'hépatite C et au VIH* (BHIVA/CHIVA 2008).

Les médecins traitants, les sages-femmes, les auxiliaires à domicile, les puéricultrices et les travailleurs sociaux ou les éducateurs spécialisés en toxicomanie sont tous bien placés pour aborder le sujet de l'hépatite B et recommander le dépistage et l'immunisation. L'immunisation peut désormais être faite facilement dans un cabinet de médecine générale.

Hépatite C (VHC*)

L' hépatite C est un virus qui atteint le foie et peut être transmis de la mère à l'enfant, pendant la grossesse ou l'accouchement, mais pas via l'allaitement au sein. Les personnes infectées par l'hépatite C peuvent rester en bonne santé des années et ne pas savoir qu'elles sont infectées. Les bébés contaminés par transmission verticale présentent un risque élevé de développer des pathologies graves du foie au cours de leur vie. La progression de la fibrose avec l'âge est lente, non linéaire, et l'âge moyen pour le développement de la cirrhose est estimé à 28 ans (SIGN 2006). Certains enfants contaminés développeront des formes sévères d'hépatite ou de cirrhose pendant l'enfance, mais cela est rare (< 5 %).

Les femmes enceintes séropositives aux anticorps du VHC* et séronégatives à l'ARN du VHC* (par exemple, pas d'infection chronique) ne posent pas de risque de transmission pour leur enfant (SIGN 2006). La transmission de mère à enfant ne peut se faire que lorsque la femme enceinte est séropositive aux anticorps du VHC* et à l'ARN (par exemple avec infection chronique). Le taux de transmission est faible (< 6 %).

Il n'y a malheureusement pas à ce jour de vaccin disponible contre l'hépatite C.

Le traitement combiné contre l'hépatite C (interferon et ribavirine) est contre-indiqué pendant la grossesse et l'allaitement au sein (à cause des effets foetotoxiques et tératogènes de la ribavirine) ainsi que chez les très jeunes enfants. Pour l'instant, il n'y a pas de mesures ayant prouvé leur efficacité dans la prévention ou la réduction du risque de transmission verticale (sauf en cas de co-infection, voir ci-dessous). L'allaitement au sein peut être encouragé, car rien n'indique que le VHC* puisse être transmis par cette voie (SIGN 2006). Le dépistage systématique pour toutes les femmes enceintes n'est pour l'instant pas recommandé. La sérologie au VHC* d'une femme n'a pas d'incidence sur sa prise en charge obstétrique (SIGN 2006).

Le dépistage de l'hépatite C pendant la grossesse peut néanmoins se révéler utile pour plusieurs raisons :

- la santé générale de la femme et le fonctionnement de son foie peuvent être surveillés ;
- elle peut recevoir des conseils de style de vie sain, être sensibilisée sur l'importance à éviter l'alcool ;
- elle peut être conseillée sur la manière d'éviter le risque de surexposition au virus ;
- elle peut être vaccinée contre l'hépatite B et l'hépatite A ;
- elle peut être informée sur les moyens de contrôler les risques de contamination à la maison et ailleurs ;
- elle peut être orientée vers une prise en charge thérapeutique de l'hépatite C ;
- le bébé peut recevoir un suivi pédiatrique adapté, incluant la surveillance de l'apparition de signes et symptômes de l'hépatite C dans sa première année de vie, être immunisé contre l'hépatite B, et recevoir un test PCR pour le VHC*.

Dès lors, la conduite à suivre est de proposer le dépistage du VHC* aux femmes enceintes à *risques* (RCM 2008b).

LES FACTEURS DE RISQUE POUR L'HÉPATITE C COMPRENNENT :

- un historique d'usage de drogues par injection intraveineuse, et/ou d'infection au VIH* ou à l'hépatite B (VHB*) ;
- une anomalie persistante de l'ALAT (mesure de l'activité enzymatique hépatique) ;
- le sujet a reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins, une greffe d'organe ou de tissus avant 1992 ;
- un partenaire sexuel qui a un historique d'usage de drogues par injection intraveineuse ;
- un partenaire sexuel à la séropositivité connue pour l'une ou l'autre des infections, VIH*, VHB*, VHC* ;
- des interventions médicales ou dentaires potentiellement non stériles réalisées à l'étranger, dans des pays où le contrôle des infections est insuffisant (i.e. des pays autres que l'Amérique du Nord, l'Australie, la Nouvelle Zélande, et l'Europe de l'Ouest) ;
- le contact sanguin (ex. via une aiguille ou par une blessure) avec quelqu'un dont la séropositivité pour l'hépatite C est connue ou suspectée ;
- piercing, tatouages, acupuncture, etc. non stériles.

Le dépistage de l'hépatite C ne faisant pas partie des examens de routine pendant la grossesse, la sage-femme peut estimer bon d'adresser la femme à son médecin traitant ou d'autres services pour le dépistage du VHC*. Si toutefois elle se sent capable de réaliser elle-même le test, celui-ci pourra être effectué sur du sang prélevé lors de l'entretien prénatal* d'inscription, et demandé comme test additionnel sur le formulaire des examens prénataux. Le personnel qui propose le test VHC* aux femmes enceintes devrait appliquer les recommandations concernant la procédure de dépistage, notamment à propos des sujets à discuter avant et après le test, et l'orientation de la mère et de l'enfant vers un suivi (si nécessaire). Le consentement éclairé doit être recueilli avant de procéder au test.

Les mères séropositives aux anticorps et à l'ARN du VHC* devraient être orientées vers des services spécialisés dans le traitement de l'hépatite C pour des soins suivis, que le traitement soit considéré comme étant indiqué ou pas. Le traitement de l'hépatite C est aujourd'hui très efficace (SIGN 2006). Les mères peuvent choisir de débuter leur traitement de l'hépatite C après l'accouchement et l'interruption de l'allaitement au sein.

Les bébés nés de mères séropositives à l'ARN du VHC* devraient être orientés vers un suivi pédiatrique. Le pédiatre surveillera la santé du nourrisson, le testera pour des signes d'infections et, s'il s'avère que le nourrisson a contracté l'infection (et présente conjointement un fonctionnement anormal du foie), il sera adressé au service de gastroentérologie pour la prise en charge des pathologies du foie. Les nourrissons sont généralement auscultés par le pédiatre à 3 mois, à 9 mois (pour le test ARN du VHC*) et à 18 mois (pour le test des anticorps du VHC*). Des études suggèrent que certains enfants infectés (approximativement 20-40 %) éliminent spontanément le virus de leur organisme (SIGN 2006). La *Children's Liver Disease Foundation*, fondation pour les pathologies infantiles du foie, est une association spécialisée dans le soutien aux enfants atteints de pathologies du foie (www.childliverdisease.org).

Co-infection (VIH* et Hépatites)

La co-infection par le VIH*, le VHC* et le VHB* peut se produire à cause de voies de transmission partagées. Le risque de transmission de mère à enfant du VHC* est deux fois plus élevé en cas de co-infection avec le VIH*, même si un traitement efficace contre le VIH* est donné (SIGN 2006). La césarienne est donc recommandée même lorsqu'elle ne semblait pas indiquée au regard de la seule séropositivité au VIH* (De Ruiter *et al.* 2008).

La conduite à tenir (Brook *et al.* 2010) concernant les virus véhiculés par voie sanguine et la grossesse est :

- toutes les femmes enceintes séropositives au VIH* devraient être testées pour l'hépatite B et C ;
- toutes les femmes enceintes séropositives au VIH* et infectées par le VHC* devraient être vaccinées contre l'hépatite B si elles ne sont pas immunisées ;
- toutes les femmes enceintes infectées par le VHC* et le VHB* devraient être vaccinées contre l'hépatite A si elles ne sont pas immunisées ;
- toutes les femmes enceintes infectées par le VHB* et le VHC* devraient participer à une discussion concernant l'importance d'éviter l'alcool et les moyens de réduire les risques de transmission ;
- les contacts, parents et partenaires sexuels des femmes enceintes séropositives au VHC* devraient être contactés dans la mesure du possible, afin de se voir proposer un dépistage.

Remarque : Les vaccins contre l'hépatite B et l'hépatite A peuvent être administrés sans danger pendant la grossesse ou le postpartum (*The Green Book* de Salisbury *et al.* 2006).

Idéalement, les femmes présentant des risques d'infection par des virus véhiculés par voie sanguine devraient pouvoir accéder aux dépistages avant de procréer. Les femmes séropositives au VIH* qui prévoient une grossesse devraient recevoir des conseils avant la conception, notamment concernant les risques de transmission de mère à enfant, un examen virologique complet, un dépistage des IST, et leur traitement devrait être ajusté pour ne pas être tératogène. Les femmes qui suivent un traitement contre l'hépatite C devraient être informées du fait que celui-ci est contre-indiqué pendant la grossesse et l'allaitement au sein, et dès lors être encouragées à éviter ou reporter le moment de la conception jusqu'à au moins 4 mois après le traitement (6 mois après le traitement pour les hommes). Pour plus de renseignements à propos de la planification familiale, consulter la section « soin avant conception ».

LES SOINS MATERNELS

• Les soins préconceptionnels	190
• Les soins prénatals	192
<hr/>	
► Conseils avant la conception et prévention des grossesses non désirées	199
> <i>Aborder le désir d'enfant au cours de la prise en charge des conduites addictives</i>	199
> <i>Conseils avant la conception</i>	201
> <i>Prise en charge d'une grossesse non désirée</i>	202

Le chapitre suivant de ce guide fournit des informations et des recommandations concernant les pratiques correctes à observer pour les soins maternels. Elles incluent :

- les soins préconceptionnels ;
- les soins prénatals* ;
- les soins intrapartum ;
- les soins postnatals.

L'aide fournie ici est concise et vise à compléter d'autres publications sur le sujet, telles que :

- Soins prénatal* : routine de soins pour la femme enceinte en bonne santé, *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant women* (NICE 2008) ;
- Soins intrapartum : soins des femmes en bonne santé et de leurs bébés pendant l'accouchement, *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth* (NICE 2007) ;
- Routine de soins postnatals pour les femmes et leurs bébés, *Routine postnatal care for women and their babies* (NICE 2006) ;
- Soins des femmes enceintes en situation sociale difficile : un modèle de prestation de services, *Care of pregnant women with complex social factors: a model for service provision* (NICE 2010) ;
- Santé mentale prénatale* et postnatale : prise en charge clinique et conseil en prestation, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance* (NICE 2007) ;
- Améliorer l'alimentation des femmes enceintes et allaitantes et celle de leurs enfants dans les foyers à faibles revenus, *Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low income households* (NICE 2008) ;
- Normes cliniques – mars 2005 : services de maternité, *Clinical Standards – March 2005: Maternity Services* (NHSQIS 2005).

Les soins préconceptionnels

De bonnes conditions sociales et de santé avant la grossesse profitent à la femme, à l'enfant à naître, ainsi qu'à la famille au sens large (*Scottish Executive* 2001). Tous les professionnels devraient demander régulièrement aux femmes si elles envisagent d'avoir un enfant dans un futur proche, ou si elles sont actuellement enceintes. Ces questions doivent être adressées avec délicatesse et s'intégrer à un programme global de surveillance et de soins. Aider une femme à préparer et planifier sa grossesse et sa maternité est une bonne opportunité pour lui proposer des conseils de style de vie sain et de réduction des risques*.

Toutes les femmes qui ont un problème de drogue ou d'alcool pourraient bénéficier d'informations et de conseils en matière de :

- contraception ;
- santé sexuelle ;
- santé reproductive ;
- soins préconceptionnels.

Au Royaume-Uni, la prévalence des problèmes de drogues et d'alcool est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2007, *Department of Health* 2007a). Les professionnels et les organisations au contact d'hommes usagers de ces substances devraient régulièrement leur demander s'ils prévoient d'avoir des enfants, ou si leur partenaire est actuellement enceinte. La planification familiale, les pratiques sexuelles à moindres risques, l'utilisation de préservatifs, les moyens de contraception et les questions relatives à la fertilité devraient être discutées régulièrement avec tous les hommes sexuellement actifs. Les hommes ont un rôle important à jouer dans la prévention des grossesses non planifiées et/ou non désirées.

SANTÉ REPRODUCTIVE ET USAGE DE DROGUES

Des informations fiables concernant les effets de la consommation de substances psychoactives sur la santé reproductive sont difficiles à obtenir et les résultats souvent non concluants. Théoriquement, l'usage de drogues illicites peut affecter de plusieurs façons la fertilité des hommes comme des femmes (Hepburn 2004a, Wright et Walker 2007).

Le mésusage d'une substance psycho-active* est associé à une mauvaise nutrition et à une perte d'appétit. Une perte de poids importante peut causer une aménorrhée (absence de règles), avec anovulation (absence d'ovulation). Les opiacés (tels que héroïne, méthadone*, dihydrocodéine) ainsi que les stimulants (tels que amphétamines, cocaïne, ecstasy) peuvent interférer avec le cycle menstruel de la femme de cette manière. L'aménorrhée ne signifie pas nécessairement que la femme ne peut pas tomber enceinte, car il se peut malgré tout qu'elle ovule, donc la contraception permettant d'éviter une grossesse non désirée demeure indiquée. À cause de cycles irréguliers et d'absences de règles, certaines femmes peuvent ne pas réaliser qu'elles sont enceintes jusqu'à un stade avancé de leur grossesse, quand des mouvements du fœtus se font sentir ou que d'autres changements sont remarqués.

La fertilité d'une femme peut augmenter au moment où elle diminue ou cesse sa consommation de substances, ou bien lorsqu'elle s'engage dans un traitement de substitution avec la méthadone*. Des conseils en contraception et une assistance pré-conceptionnelle devraient donc aller de pair avec tout démarrage de traitement de l'usage de drogues (Hepburn 2004a).

Tous les professionnels peuvent inciter les femmes à se rendre dans les services de santé qui procurent du conseil et des soins en matière de contraception et de santé sexuelle. Les médecins traitants et les centres de planning familiaux discuteront avec les femmes des options possibles en matière de contraception, et les conseilleront pour l'obtention d'une contraception d'urgence si besoin. Les dispositifs de

contraception réversibles à long terme, tels que les implants, efficaces dans la réduction des grossesses non planifiées et/ou non désirées, devraient être activement mis en avant.

Les femmes et les hommes ayant des problèmes de drogues ou d'alcool peuvent prévoir d'avoir des enfants, ou bien se trouver confrontés à une grossesse non planifiée. Lorsque la grossesse est planifiée, des soins pré-conceptionnels peuvent être proposés.

CONSEIL PRÉCONCEPTIONNEL

Les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les bénévoles ont tous un rôle à jouer dans les soins préconceptionnels à apporter aux femmes et aux hommes ayant des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives. Les médecins traitants sont dans la position idéale pour fournir des soins préconceptionnels aux femmes et aux hommes usagers de substances qui se rendent à son cabinet pour obtenir les ordonnances pour leurs substituts. Si une femme participe à des programmes de prévention ou de traitement contre la drogue au sein de services spécialisés, les employés de ces services ont alors une excellente opportunité de lui fournir des soins préconceptionnels. Les autres professionnels peuvent aborder nombre de problématiques sociales et encourager les femmes et leurs partenaires à se rendre à toute consultation de santé qui serait nécessaire.

Les soins préconceptionnels peuvent inclure des discussions sur quelques-uns ou l'ensemble de ces sujets :

- information sur les services de maternité et sensibilisation à l'importance des soins prénataux* ;
- historique obstétrique de la femme, déroulement de ses grossesses passées, la santé et les conditions de vie actuelles de ses enfants, lorsqu'elle en a déjà ;
- importance d'une alimentation saine et équilibrée ;
- complément en vitamine D et en acide folique (pour prévenir les malformations du tube neural) ;
- vérification de l'immunisation contre la rubéole, vaccination si nécessaire ;
- dépistage des maladies sexuellement transmissibles, comme le chlamydia ;
- dépistage des virus véhiculés par voie sanguine (VIH*, hépatites C et B) ;
- vaccination contre l'hépatite B et l'hépatite A si nécessaire ;
- frottis cervical si nécessaire ;
- recherche de la toxoplasmose et du cytomégalovirus (si séropositivité au VIH* ou en cas de système immunodéprimé) ;
- exploration des autres troubles éventuels, par exemple épilepsie, modalités de prise en charge et type de médication, antidépresseurs ;
- importance de l'hygiène et des soins dentaires ;
- bienfaits de l'allaitement au sein ;
- sensibilisation à un style de vie sain, dont font partie l'exercice physique, la réduction du stress, etc. ;
- options de contraception postnatale et importance de prévenir les grossesses non planifiées ;
- recherche et évaluation d'éventuels autres problèmes de santé physique ou psychologique qui pourraient affecter négativement la grossesse et la parentalité, i.e. maladie grave, maltraitance domestique, troubles mentaux passés ou présents, etc. ;
- évaluation des conditions sociales de vie, prenant en compte des problèmes éventuels de logement, d'endettement, d'aides sociales, d'emploi et de formation, d'incivilité ou de problèmes judiciaires ;
- évaluation des réseaux de soutien de la personne, partenaires, parents, frères et sœurs, autres membres de la famille et amis ;

- historique du partenaire concernant d'éventuels problèmes de drogues et/ou d'alcool, sa consommation actuelle, son niveau de stabilité dans la consommation en cas de dépendance*, s'il est en contact ou non avec des services de traitement ou de prévention de l'usage de drogues ou d'alcool ;
- conseil conjugal et sur la transition vers le statut de parents ;
- information et conseils sur le développement de l'enfant, la fonction de parent, et les services de soin à l'enfance.

Les conseils préconceptionnels relatifs à l'usage des substances psychoactives peuvent concerner :

- les risques liés au tabagisme pendant la grossesse, des conseils sur l'arrêt du tabac et des informations sur les services de tabacologie ;
- les risques d'une consommation modérée à excessive d'alcool durant la grossesse et des conseils pour réduire sa consommation ;
- des consultations au sujet de l'alcool, le conseil d'éviter la consommation d'alcool 3 mois avant la conception et durant la grossesse ;
- des informations sur les services d'alcoologie et les moyens d'y accéder ;
- les risques liés à l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse, en particulier les drogues illicites et les drogues en injections ;
- le risque de syndrome de sevrage néonatal / abstinence néonatale chez les bébés nés de mères toxicodépendantes ;
- le risque plus élevé de mort subite du nourrisson chez les bébés nés de mères fumeuses ou consommatrices de substances psychoactives ;
- l'étude des options pour la gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse, l'importance de la prescription de substituts et de la stabilisation de la consommation chez les femmes dépendantes aux opiacés ;
- des informations sur les services de toxicologie et les moyens d'y accéder ;
- des informations sur les risques de transmission de mère à enfant des virus véhiculés par le sang et les moyens de les réduire.

Toutes les femmes qui ont un historique médical ou obstétrique difficile, de mauvais développements fœtaux ou obstétriques par le passé, ou d'antécédents familiaux de maladie grave devraient se voir proposer une assistance spécifique en matière de préconception (NHSQIS 2005, NICE 2008a). Les femmes devraient être encouragées à discuter de ceci avec un médecin traitant en premier lieu.

D'avantage de ressources concernant la santé sexuelle, la contraception et la planification familiale peuvent être obtenues auprès de l'association de planning familial, *Family Planning Association*, www.fpa.org.uk.

Les soins prénatals*

Recevoir des soins prénatals* de qualité améliore la grossesse et ses développements, même avec une consommation maintenue de substances psychoactives ou d'alcool (Broekhuizen *et al.* 1992, *Department of Health* 2007a). Toutes les femmes qui ont des problèmes liés à l'usage de ces substances devraient être informées des bénéfices des soins prénatals* et encouragées à s'y engager tôt dans la grossesse.

Les soins en maternité (pour les grossesses à moindre risque) sont désormais essentiellement pris en charge par l'équipe de sages-femmes à domicile. Les soins sont personnalisés, leur nature dépend des besoins de chaque femme et de sa situation. Les sages-femmes suivent un « parcours de soins* » établi

pour les soins prénatals* et postnatals, au programme duquel figurent des entretiens prénatals de routine, des examens d'imagerie médicale et d'autres analyses pendant la grossesse (selon l'historique maternel de la femme), la préparation à l'accouchement, une introduction au rôle de parent, et des visites postnatales.

Des recommandations détaillées concernant la routine de soins prénatals* pour les femmes enceintes en bonne santé ont été publiées par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE 2008a) et le *NHS Quality Improvement Scotland* (NHSQIS 2009). De plus, NICE a publié des préconisations plus poussées relatives aux soins des femmes enceintes en situation sociale compliquée (NICE 2010a). Ce guide contient des recommandations cliniques concernant la prise en charge des femmes ayant des problèmes liés à l'usage de drogues et d'alcool, et les nombreuses questions auxquelles celles-ci doivent faire face.

Les sages-femmes, les médecins traitants et les obstétriciens consultants prennent désormais en charge conjointement les femmes enceintes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives. Toutes les femmes reconnues comme possédant de tels problèmes devraient avoir une sage-femme attirée ainsi qu'un obstétricien consultant attiré pour favoriser une continuité de soins. L'obstétricien consultant auscultera la femme au début de sa grossesse, évaluera, prendra en charge les complications éventuelles de la grossesse, et/ou les risques obstétriques sur toute sa durée. De nombreux obstétriciens consultants dirigent à l'heure actuelle des antennes cliniques dans des centres locaux de premiers soins et pourront recevoir la femme proche de son lieu de résidence. Seul un petit nombre de femmes usagères de substances psychoactives auront besoin d'être prises en charge par des obstétriciens au sein de cliniques adaptées à la gestion de risques élevés, dans un cadre hospitalier. Cela concerne généralement d'autres complications de grossesse, comme la séropositivité au VIH*.

Toutes les femmes enceintes reçoivent un exemplaire du *The Pregnancy Book* (Department of Health 2009) ou du *Ready Steady Baby* (du NHS Health Scotland 2009), qui contient des informations complètes sur tous les aspects de la grossesse, de l'accouchement et des soins postnatals, et qui aidera la femme enceinte dans son processus décisionnel. En général, le médecin traitant ou la sage-femme remettra cet exemplaire à la femme dès leur premier contact, après la confirmation de la grossesse. Lors de ce premier contact, le professionnel de santé réalisera une première évaluation des risques et procurera des conseils pour les soins en début de grossesse.

HAND HELD MATERNITY RECORDS*

Consigner les informations dans un *hand held maternity records** fait partie intégrante du soin de chaque femme enceinte et favorise le dialogue entre elle et le personnel de la maternité ainsi que les autres prestataires de soin. Tous les professionnels impliqués dans le soin d'une femme doivent veiller à ce que chaque information importante soit consignée dans son dossier.

Toutes les femmes enceintes reçoivent à l'heure actuelle un *hand held maternity records* à compléter manuellement au cours de la grossesse. Celui-ci lui est normalement délivré autour de la 10^e ou 12^e semaine de grossesse, et la femme le conserve jusqu'à son admission à la maternité pour l'accouchement. La femme est incitée à inscrire ses propres annotations dans ce livret si elle le souhaite. La plupart des services de maternité ont également recours à un service informatisé complémentaire pour la tenue du dossier de chaque femme. Ces données informatisées ne sont cependant pas accessibles aux autres professionnels de santé, aux médecins traitants par exemple, en conséquence de quoi la femme serait bien avisée de se rendre à ses autres consultations munie de son *hand held maternity records*, afin que tout au long de la grossesse les autres praticiens puissent consulter les informations importantes concernant sa grossesse et le programme de soins en maternité établi pour elle.

RENDEZ-VOUS DE DÉCLARATION DE GROSSESSE

Les femmes enceintes peuvent soit s'adresser directement à une équipe de sages-femmes, soit être orientées par leur médecin traitant ou une autre institution. La plupart des secteurs/localités ont désormais en place un système d'inscription en maternité centralisé pour favoriser un accès rapide. Le rendez-vous d'inscription à la maternité est généralement pris entre la 8^e et 12^e semaine de grossesse, c'est un rendez-vous auquel il est très important que la femme se présente. À l'occasion de ce rendez-vous, la sage-femme réalise une évaluation complète des besoins de la femme et établit avec elle un calendrier des soins pour toute la grossesse. La sage-femme évalue aussi les risques qui peuvent peser sur la grossesse, prenant en compte chaque facteur qui pourrait affecter son bon déroulement, ainsi que la capacité de la femme à s'occuper du bébé.

Lors du rendez-vous d'inscription, la sage-femme pose à la femme des questions de routine à propos de sa consommation de substances psychoactives, notamment de tabac, d'alcool, de drogues illicites, de médicaments sur ordonnance et d'autres médications en vente libre. Des tests et des entretiens au sujet de la consommation d'alcool sont désormais intégrés au déroulé de ce rendez-vous (voir le chapitre « La gestion de l'usage de substances psychoactives durant la grossesse »). Chaque substance dont la femme affirmera faire usage sera inscrite dans son dossier de maternité. La sage-femme s'enquiert également de problèmes éventuels de santé mentale, de maltraitance domestique, et de la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances par le partenaire.

Les femmes qui font part de problèmes liés à l'usage de substances psychoactives ou d'alcool sont invitées à fournir de plus amples informations au personnel de la maternité afin que celui-ci puisse avoir des indications concernant ses modes de consommation, son historique de traitement, les contextes sociaux, et déterminer les possibles implications de cette consommation sur la grossesse et la santé du nouveau-né. Ces données sont généralement consignées sur une fiche annexe, telle que « Le formulaire prénatal* de liaison (usage problématique de substances psychoactives) » – cf. annexe 10, inclus dans le dossier de la femme. Cet ensemble d'informations est ensuite communiqué à l'unité de soins prénatals*, au personnel soignant de la salle de travail et des unités de soins postnatals et néonataux. Cela permet de mettre en place des soins intrapartum et postnatals coordonnés et ajustés aux besoins spécifiques de la femme et de son bébé.

À l'inscription, la sage-femme délivre des informations sur les risques associés à la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives pendant la grossesse et conseille la femme sur les moyens de les diminuer. Toutes les femmes enceintes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool devraient recevoir des informations bienveillantes concernant leur consommation, telles que celles contenues dans le fascicule « Enceinte... et consommatrice de drogues et d'alcool ? » – cf. annexe 4. Les femmes engagées dans un traitement de substitution, à la méthadone* par exemple, devraient recevoir des informations plus détaillées concernant le syndrome de sevrage néonatal, telles que celles contenues dans le fascicule « Prendre soin d'un bébé montrant des syndromes de sevrage » – cf. annexe 9. La femme et son partenaire devraient avoir l'opportunité de lire ces fascicules d'information et de discuter de toutes les questions ou inquiétudes qu'ils pourraient avoir au regard de ces circonstances particulières.

Il est important de se rappeler que certaines femmes prennent conscience de leur consommation de substances psychoactives et d'alcool pour la première fois à l'occasion de la grossesse. Dans ce cas, l'opportunité de réduire les risques, de proposer des conseils et d'orienter la femme vers des services de traitement spécialisés est excellente. Cela peut amener la femme à modifier sa consommation. D'autres femmes peuvent avoir conscience des problèmes liés à leur consommation de substances psychoactives et/ou d'alcool mais choisir de ne pas en faire part aux professionnels de santé et autres travailleurs sociaux. Certaines femmes peuvent reconnaître qu'elles consomment des substances psychoactives et/ou

de l'alcool mais largement minimiser cette consommation. Ces femmes sont parfois repérées lorsque des problèmes se manifestent chez le nouveau-né. Un traitement et des soins adaptés peuvent être proposés à partir de là.

De nombreuses femmes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives sont déjà connues des services de prévention et de traitement, et seront déjà engagées dans des traitements de substitution, par exemple à la méthadone*. Il en va de même pour les femmes qui ont des problèmes liés à la consommation d'alcool, souvent déjà connues des services d'alcoologie, et à qui on pourra proposer un soutien et des traitements complémentaires au cours de la grossesse. Dans de nombreuses localités, en particulier dans les zones urbaines étendues, des équipes de sages-femmes spécialisées et/ou des équipes interdisciplinaires sont déjà formées, pour proposer des soins avancés aux femmes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool. Dans tous les cas, toutes les femmes qui font part d'un problème lié à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool devraient être dirigées vers des services adaptés (NICE 2010a).

EXAMENS DE ROUTINE LORS DU RENDEZ-VOUS D'INSCRIPTION

Lors du rendez-vous d'inscription, la sage-femme réalisera des examens prénataux de routine. Des échantillons de sang seront prélevés pour :

Le dépistage du VIH*, de l'hépatite B, de la syphilis, l'immunité contre la rubéole, la détermination du groupe sanguin, et une analyse de sang globale.

À noter à propos de l'hépatite C :

- les femmes qui s'injectent des substances par voie intraveineuse ou qui ont dans leur histoire un tel mode de consommation présentent un risque d'infection par l'hépatite ;
- l'hépatite C est également répandue chez les personnes ayant des problèmes d'alcool ;
- le dépistage de l'hépatite C ne fait pas partie des analyses de routine, toutefois il devrait être proposé aux femmes présentant des risques (RCM 2008b).

Pour plus d'informations sur le dépistage prénatal* du VIH*, de l'hépatite B, de l'hépatite C et sur la prise en charge des femmes séropositives (ainsi que leurs bébés) à l'un et/ou l'autre de ces virus, consulter le chapitre « Virus et grossesse ».

AUTRES EXAMENS ET TESTS DE DIAGNOSTIC

Un certain nombre d'examens et de procédures de diagnostics sont proposés au cours de la grossesse. Ceux-ci sont particulièrement importants pour les femmes ayant des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool, car leurs grossesses présentent des risques plus élevés de complications. La consommation de telles substances est associée à un risque plus important de RCIU*, un soin particulier devrait donc être porté à l'examen clinique de la croissance du fœtus, au suivi et à la surveillance prénatale* du fœtus par imagerie médicale. Le personnel devrait expliquer soigneusement à la femme les motifs de chaque examen supplémentaire, de manière prévenante.

L'échographie est généralement prévue pour la 12^e semaine. Il est important de confirmer l'âge du fœtus, mais aussi d'offrir à la mère (et à son partenaire) une expérience positive en milieu hospitalier. Les femmes usagères de substances psychoactives sont souvent plus inquiètes au sujet d'anomalies fœtales que d'autre chose, et éprouvent un sentiment de culpabilité par rapport aux atteintes qu'elles pourraient avoir causées à leur bébé. La plupart du temps, il est possible de les rassurer (Johnstone 1998).

Un dépistage d'anomalie fœtale est désormais proposé aux femmes enceintes à la 20^e semaine. Si une anomalie est détectée, la femme est adressée à une équipe médicale spécialisée pour un suivi spécifique.

Une surveillance fœtale électronique (cardio-topographie ou CTG) est parfois indispensable pour les femmes usagères de substances psychoactives, en particulier lorsqu'un RCIU* est diagnostiqué. Veuillez noter, toutefois, qu'une diminution de l'activité (diminution de variabilité et d'accélération) peut être observée après l'ingestion d'opiacés, de benzodiazépines* et d'alcool. Une surveillance renouvelée ou continue est donc parfois requise. Le profil biophysique est moins affecté, et s'avère la plupart du temps normal, même après ingestion de ces substances. Un autre examen de surveillance fœtale, le Doppler ombilical artériel, peut permettre de déceler à temps des troubles vasculaires dans le placenta, autrement susceptibles de provoquer des détresses, voire le décès. Ce test peut s'avérer nécessaire pour les femmes grandes consommatrices de substances stimulantes (telles que la cocaïne et les amphétamines) ou pour les femmes chez qui l'échographie a révélé un RCIU.

Certaines usagères de substances psychoactives (par exemple les travailleuses du sexe) présentent un risque plus élevé d'infections sexuellement transmissibles ou d'autres infections vaginales, elles-mêmes associées à des risques plus élevés de travail et d'accouchement prématurés. Il est dès lors important de détecter et de traiter toutes ces infections pendant la grossesse. La recherche de *chlamydia*, gonorrhée, vaginose bactérienne, et streptocoques du groupe B devrait être envisagée.

Certaines femmes (en particulier les femmes séropositives au VIH* et les femmes qui ont un système immunitaire altéré) peuvent être exposées à un risque plus grand de Néoplasie intraépithéliale cervicale (CIN) mais n'ont peut-être pas effectué les analyses cytologiques de routine (frottis cervicaux). La grossesse peut être une bonne occasion de sensibiliser et d'orienter ces femmes vers une surveillance cytologique, assurément pendant le 1^{er} et le 2^e trimestre.

COMPLICATIONS DE GROSSESSE

D'autres complications peuvent survenir chez les femmes usagères de substances psychoactives, mais pas plus fréquemment que chez les autres, à l'exception des grandes consommatrices de substances stimulantes, comme la cocaïne, en raison du risque accru de rupture de placenta (Addis *et al.* 2001, *Department of Health* 2007a).

Le travail et l'accouchement prématurés représentent un problème particulier, ayant pour conséquence des difficultés dans le maternage et posant un risque important sur la santé du bébé. Le phénomène est plus fréquent chez les femmes toxicodépendantes, en particulier chez celles qui s'injectent des drogues illicites ou consomment des opiacés à délivrance rapide – par exemple, l'héroïne (Hepburn 2004, Almario *et al.* 2009, *Department of Health* 2007a). L'accouchement prématuré est associé à un risque plus élevé de mortalité infantile. Les infections sont aussi parfois en cause dans les cas de travail et d'accouchement prématuré, leur dépistage est donc préconisé. Il faudrait conseiller aux femmes enceintes suspectant un travail prématuré de se présenter rapidement à la maternité afin de recevoir une injection de stéroïdes qui pourront favoriser la maturation des poumons du fœtus.

PROBLÈMES DE SANTÉ MATERNELLE

Une bonne alimentation pendant la grossesse est importante pour le développement du bébé (NICE 2008a, 2008b, *Scottish Government* 2011). Toutes les femmes enceintes devraient recevoir des conseils sur :

- un régime alimentaire sain et équilibré, incluant des aliments riches en fer et en calcium ;
- les compléments nutritionnels (vitamine D et acide folique) ;
- l'hygiène alimentaire (notamment sur les moyens de réduire les risques d'intoxications et d'infections alimentaires) ;
- les bienfaits de l'allaitement au sein ;
- le programme « Un début sain ».

Une bonne source d'information à propos des questions de nutrition et du régime à suivre durant la grossesse est accessible en ligne auprès du site de la *Food Standards Agency* (FSA). NICE (2008b) a également produit des recommandations pour l'amélioration de l'alimentation des femmes enceintes et allaitant au sein ainsi que celle de leurs enfants dans les foyers à faibles revenus.

Les femmes enceintes sont régulièrement testées pour l'anémie lors des rendez-vous prénatals et peuvent se voir prescrire des compléments en fer lorsque cela est nécessaire. Il devrait leur être conseillé de prendre des compléments en acide folique (400 microgrammes) pendant les 12 premières semaines de grossesse pour prévenir les malformations du tube neural, ainsi que des compléments en vitamine D (10 microgrammes) pendant la grossesse et l'allaitement au sein (Gouvernement écossais, *Scottish Government* 2011).

La constipation est très fréquente chez les femmes enceintes, et peut être aggravée par la consommation d'opiacés. Les femmes devraient donc être avisées d'augmenter leur consommation de fibres et de boire plus d'eau. La nausée et les vomissements sont également fréquents mais sont sans conséquences sur le bon déroulement de la grossesse. Toutefois, ces phénomènes peuvent avoir beaucoup d'impact sur le confort de vie, et certaines usagères feront part d'une difficulté à garder la méthadone*, en particulier dans les 16 ou 20 premières semaines de grossesse. Dans ce cas, il faudra inviter la femme à consulter son médecin prescripteur afin d'étudier les moyens de diminuer ces effets. Le gingembre, des acupressions du poignet, et la division en deux prises de la dose journalière de méthadone* peuvent parfois aider. Siroter lentement la méthadone* sur une période d'environ une heure peut également parfois aider.

Une mauvaise santé générale associée à un usage de substances psychoactives peuvent causer des troubles respiratoires, dont des infections des bronches et de l'asthme. Les injections répétées au fil des années détruisent les vaisseaux sanguins périphériques, laissant souvent des marques/cicatrices et limitant l'accès aux veines même chez les femmes ayant cessé les injections de drogues depuis plusieurs années (Hepburn 2004a).

Une bonne hygiène dentaire est également particulièrement importante pendant la grossesse. Toutes les femmes enceintes qui ont un problème lié à l'usage de substances devraient être incitées à prendre rendez-vous avec un dentiste pour une visite de contrôle, afin de recevoir les soins dentaires nécessaires, éviter la dégénérescence dentaire et les infections pendant la grossesse (Hepburn 2004b). La consommation d'opiacés est souvent associée à de graves problèmes dentaires. Ceux-ci sont aggravés par le fort taux en sucre et l'acidité de la méthadone* (*Department of Health* 2007a). De la méthadone* sans sucre est disponible sur ordonnance, mais son acidité est la même que dans la préparation standard. On conseillera aux femmes de se brosser les dents avec un dentifrice fluoré avant la prise de méthadone*, et de faire un bain de bouche à l'eau ensuite. Les chewing-gums sans sucre peuvent aussi aider à se débarrasser de la méthadone* restée en bouche. Les femmes ont tendance à avoir plus de problèmes gingivaux pendant la grossesse, ce qui peut se traduire par des saignements de gencives. Cela peut s'avérer plus grave chez les femmes usagères de substances, et évoluer vers des infections aiguës très douloureuses.

ALLOCATIONS MATERNELLES ET AIDES SOCIALES

Toutes les femmes enceintes devraient être informées à propos des allocations et des aides sociales auxquelles elles ont droit pendant la grossesse et après l'accouchement. Celles-ci comprennent :

- le droit à la gratuité pour les prescriptions NHS et à la gratuité pour les soins dentaires durant toute la grossesse et pendant 1 an à partir de la naissance du bébé ;
- l'allocation de naissance. Une sage-femme, une auxiliaire maternelle à domicile, ou un médecin peut signer le formulaire de demande (attestant ainsi que la femme a reçu des soins prénatals*) ;
- le droit à des coupons (en cas de faibles revenus), qui peuvent être utilisés pour se procurer gratuitement du lait, des fruits, des légumes, des formules pour bébé et des vitamines.

Plus d'informations sur ces aides sont disponibles auprès des sites internet des institutions suivantes :

- *Directgov* (www.direct.gov.uk)
- *Healthy Start* (www.healthystart.nhs.uk)
- *Social Security booklet 'A guide to maternity benefits'* (Department for Work and Pensions 2010).

PRÉPARATION AU RÔLE DE PARENT

Toutes les femmes enceintes ainsi que leurs partenaires se voient offrir des cours d'éducation parentale avant la naissance : ceux-ci se déroulent en général entre la 28^e et 32^e semaine de grossesse. Des sessions de groupe et des sessions individuelles peuvent être organisées et assurées par les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture. Les sessions d'éducation parentale se déroulent par secteur (*community-based*). Elles comprennent généralement des informations relatives à la grossesse, l'accouchement, l'allaitement du nourrisson, la parentalité et le développement de l'enfant. Toutefois, elles peuvent englober des mesures de soutien sur des questions plus larges, permettant aux femmes et à leurs partenaires d'explorer et d'appréhender leurs propres besoins sociaux, émotionnels, psychologiques et physiques pendant cette période (NICE 2008a). L'objectif de l'éducation parentale est d'offrir aux parents l'opportunité de prendre conscience de leur rôle et de développer leur confiance en leurs capacités, afin de vivre positivement le moment de la naissance, et de s'adapter avec succès à leur nouvelle situation de parents et aux changements que cela implique.

L'éducation parentale est particulièrement importante pour les femmes et les hommes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et/ou d'alcool, ainsi que pour les primo-pères et mères. Pour plus d'informations, contactez votre équipe locale de sages-femmes. Les professionnels devraient encourager les futurs parents à participer à ces sessions, d'autant que les personnes qui ont des problèmes liés à l'usage de substances ont souvent manqué de modèles parentaux positifs, et que leur participation à ces sessions est souvent faible.

► CONSEILS AVANT LA CONCEPTION ET PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

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

La grossesse chez les femmes abusant des substances psychoactives (SPA) est souvent pour elles une surprise du fait de la diminution de la fertilité, de la fréquente oligo-ménorrhée et de l'absence de contraception. C'est également une surprise pour les équipes de soins spécialisés en addictologie car 1/3 des usagers de drogues sont des femmes en âge de procréer et il existe peu de dispositifs de soins orientés vers une spécificité d'approche par genre. Cet effet surprise peut entraîner un retard de diagnostic. Cette grossesse survient assez souvent dans un contexte d'antécédents obstétricaux multiples : IVG, fausses couches spontanées, prématurité, syndrome d'alcoolisation fœtale, d'antécédents de séparation mère-enfant et de vulnérabilité psycho-sociale : événements négatifs dans l'enfance, origine étrangère, absence de conjoint, de ressource, violence conjugale, double dépendance vis-à-vis du conjoint par rapport à la vie sexuelle et usage de drogues, prostitution, prise de risque infectieux d'infections sexuellement transmissibles (IST), VIH, VHB, VHC, absence d'hébergement.

Par ailleurs, les consommations de SPA pour toutes les femmes enceintes demeurent encore insuffisamment dépistées par les équipes obstétricales, en dehors du tabac. Les difficultés des professionnels proviennent essentiellement d'un manque d'intérêt pour le sujet, d'un défaut d'information, d'un manque de temps, d'une réticence à aborder ce sujet sans formation préalable et de leurs propres représentations des femmes usagères. De plus, lors de la consultation d'obstétrique les femmes sous-déclarent leurs consommations de SPA par méconnaissance, déni, par honte, culpabilité, crainte de la stigmatisation, du regard des autres (soignants et entourage) et d'un placement éventuel de l'enfant. L'entretien prénatal précoce pourrait être un moment privilégié pour aborder ce sujet entre soignants et femmes enceintes.

Aborder le désir d'enfant au cours de la prise en charge des conduites addictives

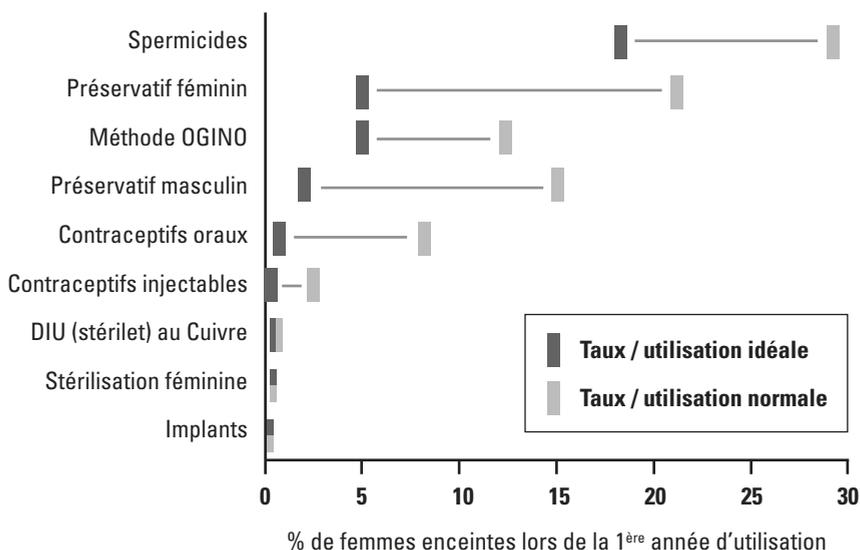
Toute femme en âge de procréer, même dysménorrhéique, doit bénéficier d'une consultation gynécologique auprès de professionnels de santé du système de soins de premier recours. Pour les adolescentes, en l'absence de médecin traitant personnel, on privilégiera les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Cette consultation réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme, a plusieurs objectifs :

- 1) réaliser un examen clinique avec un frottis de dépistage cervico-utérin conseillé tous les 3 ans à partir de 25 ans ;
- 2) dépister les infections sexuellement transmissibles (IST), informer sur les relations sexuelles à risque et sur l'intérêt des préservatifs masculin et féminin pour la prévention :
 - rechercher les IST : trichomonas, chlamydiae, mycoplasmes, gonocoque, syphilis, VIH, VHB ;
 - le dépistage d'une infection à chlamydiae souvent asymptomatique et responsable d'infertilité secondaire est particulièrement recommandé chez les 18-24 ans ;
 - proposer une vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) en cas d'absence d'infection ou d'immunité ;
 - Proposer une vaccination contre le papillomavirus (HPV) avant le début de la vie sexuelle ;
 - Informer sur la possibilité d'un conseil médical avec éventuel traitement post exposition du VIH en cas d'accident d'exposition sexuelle ;
 - Informer sur l'intérêt de préserver la flore vaginale en évitant les toilettes vaginales internes, en réalisant des toilettes externes avec des solutions à pH neutre, et non des antiseptiques .
- 3) informer sur la contraception en présentant les différentes méthodes :
 - leur efficacité est variable : la plus importante en usage réel étant celle des méthodes continues comme le dispositif intra-utérin (stérilet) ou l'implant sous-cutané qui n'exposent pas à l'oubli (voir schéma ci-contre) ; les risques d'échec des préservatifs liés à une difficulté d'utilisation correcte peuvent être palliés par la prescription concomitante d'une pilule d'urgence à prendre en cas de rupture de préservatif,
 - leurs avantages et inconvénients seront à apprécier de façon individualisée pour permettre un choix personnalisé qui tiendra compte des antécédents personnels et familiaux, des consommations de SPA, des interactions médicamenteuses éventuelles, des difficultés psycho-sociales risquant d'entraver la méthode. Ce choix après information personnalisée, est à faire par la patiente pour favoriser l'observance et éviter les échecs avec la survenue d'une grossesse non désirée.
- 4) Favoriser l'expression du désir de grossesse et/ou d'enfant quand il existe ou informer sur la survenue d'une éventuelle grossesse en cas d'absence de contraception.

EFFICACITÉ COMPARÉE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

D'après Steiner M.J., Trussell J., Mehta N., *et al.* Communicating contraceptive effectiveness: a randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(1): 85-91.



Conseils avant la conception

Lors d'un désir de grossesse on proposera une prise en charge intensifiée pour réduire les risques d'infertilité et/ou de complications périnatales :

- 1) liés aux IST : information, dépistage pour la femme et son partenaire, prévention et traitement ;
- 2) liés aux consommations de SPA : information sur les effets de ces substances et tout particulièrement sur la tératogénicité de l'alcool, sur les possibilités thérapeutiques avec proposition d'un accompagnement au sevrage, d'une initiation ou du maintien d'un traitement de substitution nicotinique en cas de consommation de tabac et d'un traitement de substitution aux opiacés si nécessaire, sans réduction des doses. Pour toute recherche d'effet d'une substance pendant la grossesse le Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) qui dispose d'un site Internet, pourra être sollicité. En cas de traitement psychotrope on vérifiera son innocuité et si nécessaire on le modifiera en lien avec le psychiatre prescripteur ;
- 3) liés aux modes d'usages de ces SPA : informer sur la dangerosité des ivresses alcooliques, sur la prévention des risques infectieux (VHB, VIH, VHC) en utilisant du matériel à usage unique pour l'injection, l'inhalation ;

- 4) Comme pour toute femme ou couple ayant un désir d'enfant, on proposera aussi :
- dépistage du diabète,
 - vérification des sérologies (rubéole, toxoplasmose) avec vaccination sous contraception pour la rubéole en l'absence d'immunisation par un vaccin contre rubéole-oreillons-rougeole,
 - vérification des autres vaccinations de la femme et de l'entourage (coqueluche, rougeole, varicelle...),
 - supplémentations en acide folique pour la prévention des anomalies de fermeture du tube neural, vitamine D.

On favorisera si possible une consultation en couple avec la proposition d'une prise en charge des consommations de SPA du partenaire si elles existent.

Cette démarche repose sur une collaboration efficace entre les professionnels de la grossesse et ceux de l'addictologie, sur un travail en réseau avec des professionnels référents au sein des structures de soins ou en libéral. Les équipes de soins spécialisés en addictologie (CSAPA, CAARUD, ELSA) qui prennent en charge des femmes ayant des conduites addictives et très souvent sans suivi gynécologique ont un rôle d'accompagnement important pour favoriser la consultation et le conseil pré-conceptionnel.

Prise en charge d'une grossesse non désirée

Une orientation de la femme vers un centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) quand il existe, vers un établissement de santé ou vers un médecin libéral est réalisée sans délai. Au cours de l'entretien préalable il est indispensable de clarifier les risques de la grossesse liés à la consommation de SPA, car la motivation de l'IVG peut être cette consommation et la méconnaissance des risques réels.

Délai légal pour pratiquer une IVG : 14 semaines d'aménorrhée.

Deux consultations médicales préalables obligatoires espacées d'un délai de réflexion d'une semaine, réduit à 48 heures si risque de dépassement du délai de 14 semaines.

Un entretien psycho-social, facultatif si la femme est majeure, est obligatoire si elle est mineure.

Deux méthodes :

IVG médicamenteuse ou IVG chirurgicale.

- **IVG médicamenteuse** : possible jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée et pratiquée soit en établissement de santé soit en cabinet de ville.
- **IVG chirurgicale** : possible jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée et pratiquée obligatoirement dans un établissement de santé. Aspiration de l'œuf sous anesthésie locale ou générale.

Proposition d'une contraception après l'IVG.

Consultation de contrôle post IVG entre 14^e et 21^e jour après l'IVG.



ÉVALUATION DES RISQUES PENDANT LA GROSSESSE

• 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 : <i>occasion d'une alliance avec les parents</i>	209
> <i>L'instauration d'un entretien prénatal précoce (dit du 4^e mois)</i>	209
> <i>Pourquoi un entretien médical ?</i>	211
▶ 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
> <i>L'accès aux soins et la protection sociale</i>	214
> <i>L'accès aux droits : ressources, hébergement</i>	215
> <i>La protection de l'enfance</i>	217

Tous les professionnels au contact de femmes enceintes usagères de substances psychoactives et/ou d'alcool devraient avoir une notion claire du concept d'évaluation des risques, pour assurer la sécurité de la mère et du bébé. Les risques devraient être évalués tout au long de la grossesse, il faut tenir compte du caractère forcément évolutif de la situation sur la durée (NICE 2008a).

Les facteurs de risques importants, qui méritent une investigation plus poussée voire une intervention, peuvent être :

- historique obstétrique difficile et mauvais développement des grossesses passées ;
- santé maternelle fragile / maladie grave / VIH*, hépatites C ou B ;
- consommation d'alcool importante (dont le *binge drinking**) ou dépendance* alcoolique ;
- injection ou consommation de substances illicites (non prescrites) ;
- nouveau-né qui risque de développer un Syndrome de sevrage néonatal (SSNN), ou bien SSNN chez le précédent bébé ;
- historique de troubles mentaux sévères (ex. : schizophrénie, troubles bipolaires / manico-dépressif, dépression postnatale, psychose puerpérale, troubles alimentaires) ;
- difficultés d'apprentissage, handicap cognitif susceptible d'affecter la capacité parentale ;
- maltraitance domestique, conflit conjugal ;
- implication dans des affaires criminelles / membre de la famille coupable d'agressions sexuelles ;
- grossesse précoce / absence de soutien pendant la grossesse ;
- sans domicile fixe / absence de logement, logement insalubre, dangereux, inadapté ;
- minorité ethnique, réfugiée politique ou demandeuse d'asile ;
- problèmes sociaux remarquables divers (ex. : manque d'équipement domestique, problèmes d'endettement ou difficultés financières, travailleuse du sexe, etc.) ;
- enfant(s) existant(s) enregistré(s) « à risques » / logé(s) par les autorités locales ;
- dossier déjà enregistré concernant des problèmes parentaux ou une prise en charge problématique d'un enfant.

Se rappeler que la plupart des facteurs de risques présentés ci-dessus peuvent s'appliquer au père de l'enfant/partenaire de la mère, plutôt qu'à la mère elle-même, et devraient être traités de la même manière.

N'est pas suivie par / n'a pas déclaré un médecin traitant

Les femmes enceintes qui n'ont pas de médecin traitant devraient être encouragées à en choisir un le plus rapidement possible. Si la femme a du mal à trouver un médecin traitant, il faudra lui conseiller de contacter le centre de premiers soins local, *Primary Care Trust*, ou le *Health Care Partnership*, pour demander qu'un médecin traitant lui soit attribué. Ces demandes devraient être faites par écrit. Invitez la femme à remplir le formulaire de demande (cf. annexe 11) et à l'envoyer au centre de premiers soins, *Primary Care Services Department*.

Sans abris, sans domicile fixe ou sans « chez soi »

Il est important que la femme trouve à temps un logement adapté pour se préparer à la naissance de son bébé. Ne pas posséder de logement crée un stress additionnel pour la femme et peut rendre les soins prénataux* compliqués. Une bonne planification des soins et une bonne liaison entre les professionnels sont nécessaires pour un travail d'équipe. Les femmes enceintes doivent se faire connaître

tôt des services d'assistance, qui encourageront la famille à se tourner vers des services de santé grand public dès qu'ils seront installés dans un logement stable.

Les femmes enceintes sans abris ou en hébergement temporaire peuvent s'inscrire auprès du médecin traitant d'un centre d'accueil pour les sans-abris. Ces centres d'accueil, existant en zones urbaines, bénéficient en général de personnel social supplémentaire, travaillant à l'assistance et aux soins des adultes et des enfants vulnérables. Les sages-femmes qui travaillent avec des patientes enregistrées dans ces centres d'accueil pour sans-abris s'organiseront pour rendre visite à la femme à l'hôpital ou à son hébergement temporaire.

Maltraitance domestique

La maltraitance domestique (aussi connue sous le nom de violence conjugale, ou violence de genre) est en étroite relation avec la consommation de substances psychoactives, et en particulier celle de l'alcool (Cleaver *et al.* 2010, Barnish 2004, BMA 2007b). Elle peut être très dangereuse pour la santé et le bien-être physique et mental de la mère et du bébé, voire menacer leurs vies, et représente un problème criminel, social et médical des plus sérieux (Department of Health 2005, BMA 2007b, RCM 2009). La maltraitance domestique peut consister en de multiples formes d'abus physiques (coups, séquestration,...), sexuels (viol, contrainte,...), psychologique (isolement social, maltraitance verbale, démoralisation) et financière (privation / retenue d'argent). La maltraitance domestique peut également être perpétrée par courriels, via d'autres documents écrits ou par messages téléphoniques.

Il a été rigoureusement montré que la grossesse, loin d'être une période de paix et de sécurité, peut au contraire déclencher ou exacerber la violence masculine à la maison (RCM 2009). La maltraitance domestique est très répandue mais pas assez rapportée, et le risque de récurrences est très élevé. Il est estimé qu'un tiers des maltraitances domestiques commence ou augmente pendant la grossesse (Department of Health 2005). La violence peut également s'aggraver à la naissance du bébé, ou si la femme tente de mettre fin à la relation (Barnish 2004). La maltraitance domestique pendant la grossesse est associée avec des taux plus élevés de fausses couches, de naissances prématurées, de blessures fœtales ou de décès du fœtus (BMA 2007b). La maltraitance domestique peut avoir des effets indirects sur la santé du fœtus et du bébé en développement, parce qu'elle est associée à de plus grandes consommations maternelles de tabac, d'alcool, à plus de stress, et parce que les soins prénataux* et postnataux sollicités par la mère sont plus ou moins empêchés par le partenaire abusif (BMA 2007b).

La question de la maltraitance domestique fait partie des questions de routine posées par toutes les sages-femmes pour évaluer les risques dans le cadre des suivis prénataux et postnataux. Pour qu'elles puissent se confier plus facilement, toutes les femmes devraient avoir au moins une consultation seule à seule avec le/la professionnel(le) de santé au cours de la grossesse, sans leur partenaire et sans autre membre de la famille (BMA 2007b). Lorsqu'une maltraitance est suspectée, les sages-femmes devraient inviter la femme à verbaliser clairement les abus, sans toutefois la brusquer (RCM 2009). Les femmes qui confient une maltraitance domestique devraient être soutenues, et conseillées sur où et comment se procurer de l'aide. Des informations détaillées sur les structures qui fournissent une assistance psychologique et d'hébergement (refuge) aux femmes victimes de violences devraient leur être fournies. Les adresses et numéros de téléphones utiles devraient être facilement accessibles, pour permettre aux femmes d'en faire usage quelle que soit leur connaissance ou leur situation vis à vis du personnel soignant. Lorsqu'il y a confiance, il faut orienter la femme vers les structures d'aide adaptées et entreprendre toute action/démarche qui paraît immédiatement nécessaire.

Il est important de noter que la maltraitance domestique est considérée comme un problème de protection de l'enfance, car la sécurité et le bien-être de l'enfant à naître, du nouveau-né et des autres enfants vivant dans le foyer sont potentiellement en danger (Gouvernement de Sa Majesté, *HM Government* 2010, Cleaver *et al.* 2010).

Le personnel de santé devrait se référer aux guides d'accompagnement suivants pour plus d'informations sur les bonnes conduites à suivre en cas de maltraitance domestique :

- Améliorer la sécurité, réduire les risques : les enfants, les jeunes et la violence domestique : un guide pratique pour les praticiens de première ligne, *Improving safety, Reducing harm: Children, young people and domestic violence: A practical toolkit for front-line practitioners*. Londres, Department of Health (2009).
- Répondre aux abus domestiques : un manuel pour les professionnels de santé, *Responding to domestic abuse: a handbook for healthcare professionals*, Department of Health (2005).
- Répondre aux abus domestiques : un guide pour les travailleurs de santé du NHS Scotland, *Responding to domestic abuse: guidelines for health care workers in NHS Scotland*, Scottish Executive (2003).
- Travailler ensemble pour prendre soin des enfants : un guide pour le travail inter-agences pour protéger et promouvoir la santé des enfants, *Working together to safeguard children: a guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*, HM Government (2010).

Problèmes de santé mentale des parents

Les problèmes de santé mentale sont étroitement associés avec les problèmes de drogues et/ou d'alcool. Jusqu'à 60 % des alcoolodépendants et des personnes pharmaco/toxico dépendantes font part d'invalidités légères à sévères, conséquences de ces troubles morbides associés tels que anxiété, dépression, stress post-traumatique, troubles bipolaires (maniaco-dépression), et psychoses, comme la schizophrénie (Department of Health 2007a). Il est important de repérer tôt les femmes enceintes et les futurs pères souffrant de troubles psychologiques et de s'assurer qu'ils reçoivent un traitement et des soins adaptés à ce « double diagnostic ». Pour des informations sur la prise en charge obstétrique des femmes qui ont des problèmes de santé mentale et sur la prise en charge néonatale de nourrissons exposés à des médicaments antipsychotiques pendant la grossesse et l'allaitement, consulter : Santé mentale anténatale et postnatale : prise en charge clinique et guidance, *Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance* (NICE 2007a).

Les problèmes de santé mentale des parents, comme les problèmes d'usage de substances psychoactives, sont associés à un risque plus élevé de mauvaises aptitudes parentales et de maltraitements de l'enfant (Tunnard 2002a, 2002b, 2004). Des études ont montré que la santé mentale des parents est un facteur important dans une grande partie des cas (environ dans 30 % des cas de maltraitance fatale d'enfant), et encore plus quand la consommation parentale de substances psychoactives et/ou d'alcool fait aussi partie des facteurs (Brandon *et al.* 2008, 2009). Des difficultés combinées, par exemple : dépression, alcool, problèmes de drogue, violence, mal logement, nourrisson qui a des besoins particuliers, formeront un spectre complexe d'agents stressants qui nécessiteront une prise en charge pluridisciplinaire et pluri-structurelle. La participation des services de santé mentale périnatale peut être requise. Pour des recommandations plus poussées concernant la prise en charge des enfants et des familles touchées par des problèmes de santé mentale des parents, consulter : Penser l'enfant, penser le parent, penser la famille : un guide pour la santé mentale parentale et le bien-être de l'enfant, *Think child, think parent, think family: a guide to parental mental health and child welfare* (SCIE 2009).

Nouveau-né présentant un risque de Syndrome de sevrage néonatal (SSNN)

Il est important de discuter assez tôt de la possibilité de Syndrome de sevrage néonatal avec toutes les femmes pharmaco/toxico dépendantes et leurs partenaires. Ils doivent savoir que le SSNN est en général assez facile à gérer, mais que le bébé aura besoin d'un soin et d'une attention particuliers, et qu'il faudra faire preuve de compréhension et de patience. Avoir un bébé qui développe des symptômes sévères de sevrage peut être très perturbant pour les parents, mais s'il est correctement pris en charge, le bébé connaîtra un rétablissement complet (Johnstone 1998, *American Academy of Paediatrics* 1998). Il est important d'inscrire dans le dossier maternel que le bébé présente des risques de développer un SSNN. Cette observation à valeur de mise en garde évitera que le bébé quitte l'hôpital sans soins post-nataux adaptés.

Le fascicule d'information « S'occuper d'un bébé qui a des symptômes de sevrage » (cf. annexe 9) fournit des informations détaillées aux parents. Ce fascicule devrait être distribué à toutes les femmes pharmaco/toxico dépendantes et leurs partenaires au moment de leur inscription. Ils devraient avoir l'opportunité de lire ce fascicule et de discuter le plan de naissance et de soins de leur bébé avec la sage-femme/l'obstétricien, ou une auxiliaire de puériculture. Pour des informations plus détaillées, voir le chapitre « Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) ».

Inquiétudes concernant le bien-être et la sécurité de l'enfant

Une évaluation des risques peut aider à repérer d'éventuelles incertitudes quant à la capacité de la femme (ou de son partenaire) à s'occuper de l'enfant. Si tel est le cas, il est important d'aborder ces questions avec la femme et son partenaire assez tôt. Tous les professionnels au contact de femmes enceintes ont la responsabilité et le devoir d'agir lorsqu'ils pensent qu'un bébé sera exposé à un danger. Une intervention proactive anticipée aura plus de chance de déboucher sur une issue positive pour la mère, le bébé et la famille.

Les professionnels devraient :

- prendre connaissance des procédures de protection de l'enfance et des méthodes d'évaluation des risques.
- Se référer aux guides d'aide à la pratique suivants :
 - Travailler ensemble pour protéger les enfants : un guide pour le travail inter-agences pour protéger et promouvoir la santé des enfants, *Working together to safeguard children: a guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*, HM Government (2010).
 - Savoir quand suspecter la maltraitance d'un enfant : guidance clinique, *When to suspect child maltreatment: Clinical Guideline*, NICE (2009).
 - Guidance nationale pour la protection de l'enfance en Écosse, *National guidance on child protection in Scotland*, Scottish Government (2010).
 - Identifier les priorités : guide de bonnes pratiques pour le travail avec les enfants et les familles victimes d'usage problématique de substances psychoactives, *Getting Our Priorities Right: Good Practice Guidance for Working with Children and Families affected by Substance Misuse*, Scottish Executive (2003).

Ces documents contiennent des informations importantes pour les professionnels, dont :

- les principes de base pour sécuriser les enfants ;
- le cadre légal de la protection de l'enfance ;
- les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans la protection du bien-être et de la sécurité des enfants ;
- les indications sur le partage d'informations et la confidentialité ;
- les signes et les symptômes de maltraitance physique, de négligence, manque d'épanouissement de l'enfant qui n'a pas de cause organique, maltraitance émotionnelle et abus sexuel ;
- l'impact des problèmes liés à l'usage parental de substances psychoactives et/ou d'alcool sur les nourrissons et les enfants ;
- le parcours professionnel relatif aux questions de protection de l'enfance ;
- les implications pratiques de la protection et du soutien des enfants face à des usagers qui ont des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives ;
- une liste de contacts utiles de professionnels spécialisés dans la protection de l'enfance.

Pour des recommandations plus détaillées concernant la protection de l'enfant, voir le chapitre « Évaluation pendant la grossesse de la capacité parentale liée à la garde des enfants ».

► L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE : OCCASION D'UNE ALLIANCE AVEC LES PARENTS

FRANÇOISE MOLENAT

Pédopsychiatre

Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (AFREE)

Contact : www.afree.asso.fr

Identifier dès que possible, avec les futurs parents, leurs attentes, leurs craintes, les étayages nécessaires, relèverait du bon sens. Mais les conditions de dialogue approfondi entre femmes enceintes et professionnels n'étaient pas en place de manière généralisée, et les conduits addictives soulevaient jusqu'à une période récente beaucoup de craintes mutuelles, tant chez les mères que chez les soignants. Les femmes enceintes souffrant d'addiction ont longtemps fui le système de santé, par peur du jugement et/ou d'un retrait de l'enfant qui se produisait fréquemment, tant les représentations de parents « toxicomanes » étaient empreintes de peurs massives chez les professionnels.

Des expériences innovantes d'accueil bienveillant, le plus tôt possible dans la grossesse, ont fait leurs preuves vers la fin des années 1990. La situation s'est retournée et l'amélioration de tous les indicateurs – médicaux, sociaux, psychologiques – a permis d'en extraire les principes essentiels. Le Plan périnatalité 2005^[1], inspiré pour une part de ces expériences, a proposé de nouveaux « outils relationnels », afin d'intégrer dans le suivi habituel de la grossesse et de la naissance la part émotionnelle inhérente à la procréation, surtout lorsque les parents présentent des facteurs d'insécurité liés à leurs conditions d'existence actuelles ou passées. C'était le moment où le monde obstétrical et pédiatrique, ayant acquis une bonne maîtrise de la mortalité périnatale, pouvait élargir son champ de préoccupations à d'autres critères influençant le développement ultérieur de l'enfant : en particulier l'impact de l'environnement humain sur la construction des liens familiaux et la mise en place des systèmes de régulation chez le nourrisson. Cette intégration exige cependant un profond changement de culture, puisqu'elle oblige à prendre en compte la subjectivité des femmes enceintes, celle du futur père, avec une rigueur suffisante.

L'instauration d'un entretien prénatal* précoce (dit du 4^e mois)

Il a fait l'objet d'un financement spécial de l'Assurance-maladie et la création de postes dédiés. Mené par une sage-femme le plus souvent, il a pour but ce triple objectif :

- donner la parole à la femme enceinte ;
- créer une alliance avec la future mère en partant de ses préoccupations ;
- organiser les réponses aux besoins exprimés dans une cohérence suffisante, du début de la grossesse au retour à domicile.

Pour l'ensemble des grossesses, les arguments de départ étaient nombreux :

- le taux de dépression périnatale avec leurs effets sur le développement de l'enfant et les troubles de la parentalité ;
- la fréquence des ruptures conjugales précoces corrélées à la fragilité des liens ;
- le constat après-coup, devant les troubles des enfants, que les mères n'avaient rien exprimé de leurs difficultés lors du suivi obstétrical classique ;
- le rôle des facteurs de stress maternel méconnus dans certaines complications obstétricales ;
- l'impact de ce stress sur le développement fœtal et néonatal ;
- le peu d'attention portée à la place du père par les professionnels ;
- le désarroi des équipes devant l'imprévu d'un épisode émotionnel non anticipé ;
- l'isolement au retour au domicile faute d'anticipation et de liens ;
- la fréquence des consultations aux urgences sans substrat somatique avéré ;
- le peu de confiance, voire la peur des parents les plus vulnérables vis-à-vis d'un environnement professionnel peu coordonné ;
- l'impuissance ressentie par un certain nombre d'intervenants devant la « lourdeur » des situations.

S'agissant d'addictions, l'objectif se portait sur la nécessité d'un accueil bienveillant par un soignant :

- non stigmatisant ;
- lui-même en sécurité ;
- disposant des réponses aux inquiétudes dites par la femme enceinte ;
- connaissant d'emblée les produits, leurs conséquences, leur prise en charge ;
- ou orientant vers un soignant du monde obstétrical capable d'apporter les premières réponses et d'assurer la suite, du type « sage-femme de coordination » ;
- frotté à l'intérêt des liaisons significatives avec le réseau de proximité choisi par la femme ou activé (en particulier le médecin traitant).

Pour assurer cette qualité d'accueil et le maintien d'une alliance qui puisse garantir l'adhésion des futurs parents, des règles se dégagèrent progressivement^[2]. L'entretien précoce relève d'un état d'esprit et doit se mener de manière souple, en fonction des contextes et des collaborations. Il peut se renouveler ou s'intégrer dans le suivi mis en place, selon les pratiques locales. En deuxième lieu, l'objectif n'est pas de traiter la conduite addictive en soi, mais de rassembler toutes les mesures pouvant améliorer le suivi obstétrical, de bonnes conditions de naissance, puis d'accueil du nouveau-né. Enfin, face à la charge émotionnelle de certaines situations, et à la rigueur nécessaire dans l'accompagnement, le professionnel ne peut rester seul. L'analyse avec un psychologue ou psychiatre en deuxième ligne s'avère la condition minimale pour prendre du recul. Encore faut-il que soit menée une réflexion sur la formation exigée à ces praticiens pour exercer ce type d'activité dit « travail indirect ».

Pourquoi un entretien médical ?

La rencontre avec une sage-femme ou un médecin se situe dans le registre *positif* de la préparation à la mise au monde d'un enfant. Il n'est pas stigmatisant, s'inscrivant dans le suivi classique, à l'hôpital, en libéral ou par un professionnel de la PMI relié au lieu de naissance. Les femmes les plus vulnérables se sentent accueillies *comme toutes les mères*, et c'est un premier facteur de sécurité. La fonction soignante, centrée sur le corps, constitue en soi un facteur de protection. Le mouvement de sollicitude d'une équipe pour le bien-être de la femme et de l'enfant permet d'aborder plus aisément les éléments chargés négativement.

L'entretien précoce permet *l'ajustement du suivi obstétrical* en fonction des besoins exprimés ou pressentis : par exemple des échographies rapprochées, une sage-femme de proximité, la rencontre avec un pédiatre avant la naissance.

Il permet de *donner la parole* à la femme enceinte et au futur père, afin qu'ils puissent poser leurs questions, se sentir écoutés, recevoir les réponses ajustées à ce qu'ils expriment. Ainsi se crée le sentiment de *ne pas subir* – un sentiment de passivité pouvant activer émotionnellement des antécédents traumatiques –, et d'éprouver une nouvelle confiance en soi au travers de la maîtrise suffisante du suivi proposé.

EN CONCLUSION, l'entretien prénatal* précoce est un outil pour tous. Occasion d'ouvrir le dialogue dans une réciprocité : « *nous avons besoin de bien vous connaître pour assurer les meilleures conditions d'accueil de votre enfant* », il vise à situer les futurs parents au centre des soins proposés. A l'inverse d'un questionnaire issu d'une logique « professionnelle », il permet aux soignants d'entrer dans la logique de la femme enceinte. Il ne s'agit pas de « tout savoir », encore moins de tout dire à tous, mais d'avancer pas à pas en tenant le fil du vécu parental. C'est plus la circulation d'émotions neuves – confiance, protection, disponibilité – qui permettra de dérouler la globalité des besoins, que le remplissage d'une grille visant à explorer les recoins du présent et du passé. Le lien avec d'autres temps vécus n'a d'intérêt que s'il vient de la femme elle-même. Par contre l'énoncé par le professionnel que les ressentis parentaux méritent d'être pris en compte doit se faire dès le début de grossesse – et l'entretien prénatal* précoce peut y aider.

Un tel élargissement de l'attention exige cependant d'inverser le raisonnement fondé sur les « facteurs de risque » pour construire un projet avec les parents, à partir de ce qu'ils expriment, cimenté par la valeur accordée à leur propos. D'autres clés doivent se trouver pour maintenir une rigueur dans les divers niveaux de communication. Une méthode pédagogique a été créée à cet effet^[3]. A l'instar des « revues de mortalité/morbidité » elle consiste à dérouler de manière prospective la succession des interventions, et d'inviter un groupe pluridisciplinaire à élaborer, lors des pauses dans la présentation, les hypothèses cliniques, les objectifs et outils à disposition, depuis le début de grossesse jusqu'à la petite enfance. Chacun est ainsi invité à se mettre à la place de l'autre professionnel et l'élaboration progressive d'une culture « en réseau » a démontré ses effets étonnants. La suite du cas permet d'évaluer les hypothèses élaborées au début.

Références

- [1] Plan périnatalité 2005-2007 et circulaire du 5 juillet 2005, www.sante.gouv.fr
- [2] Référentiel de formation à l'entretien prénatal* précoce, www.afree.asso.fr
- [3] Référentiel pour l'analyse interdisciplinaire et prospective de situations complexes (formation en réseau), www.afree.asso.fr

► ACCOMPAGNEMENT SOCIO ÉDUCATIF DES FEMMES ENCEINTES USAGÈRES DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES* (SPA) EN SITUATION DE PRÉCARITÉ : ACCÈS AUX DROITS, RESSOURCES, HÉBERGEMENTS, PROTECTION DE L'ENFANCE

FRANÇOISE CORNEAU

Assistante de service social, ELSA*,
Groupe hospitalier Cochin Saint-Vincent-de-Paul

Contact : francoise.corneau@cch.aphp.fr

Il est coutumier de dire que la grossesse est un moment privilégié dans le parcours d'une femme et d'un couple. Pour la femme enceinte présentant une addiction à laquelle s'ajoute une situation de précarité sociale, il s'agit d'une période particulièrement délicate où des enjeux multiples peuvent faire basculer une trajectoire de vie.

Les futures mères arrivent souvent à la maternité en situation de grande souffrance et de culpabilité. Elles appréhendent le regard social, le jugement des soignants et ont peur d'être disqualifiées dans leur future fonction maternelle et à terme d'être séparées de leur enfant.

Cette représentation menaçante de l'hôpital rejoint souvent une histoire familiale, personnelle, chaotique, jalonnée de ruptures, parfois de placements en institutions pour elles mêmes ou pour leurs propres enfants. Un regard négatif, générateur de craintes majeures peut constituer un véritable frein à l'instauration d'une relation de confiance et il va sans dire que les résistances à l'accompagnement social vont également peser sur la prise en charge des intervenants médicaux compromettant parfois le suivi ultérieur de ces patientes.

Dans un tableau de situations complexes, de difficultés sociales accumulées parfois depuis de nombreuses années, le temps compté de la grossesse se révèle souvent bien court lorsque l'on sait qu'un nombre non négligeable de ces femmes se présentent à la maternité au-delà de 6 mois de grossesse. Dès lors, le premier entretien social, souhaitable dès la déclaration de grossesse, permet de proposer une évaluation globale visant la mise en place d'un accompagnement ajusté à chaque situation afin de préparer au mieux l'arrivée d'un enfant.

Ce premier entretien s'organise dans un cadre thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire et vise en premier lieu à faciliter l'accès aux soins. Cet accompagnement médical et social propre à chaque patiente pourra nécessiter des hospitalisations pour cures de sevrage ou complications obstétricales.... Après la naissance de l'enfant se pose parfois la question de l'admission en Unité mère enfant, en néonatalogie voire en hospitalisation à domicile pédiatrique.

L'accès aux soins suppose aussi des droits sociaux déjà en place pour certaines futures mères mais souvent inactivés ou inexistantes pour d'autres. Soutenir la femme dans l'accès aux droits est un axe essentiel du suivi social car les dispositifs sont multiples, en constante évolution, avec des organisations souvent différentes d'un département à l'autre, qui peuvent sembler complexes et entraver le bon déroulement de la prise en charge.

Initier ou ré-ouvrir des droits nécessitent beaucoup de formalités administratives et de documents (domiciliation pour les personnes sans résidence stable, pièce d'identité, déclaration de perte ou de vol, photos...) qui peuvent décourager les femmes les plus vulnérables. En effet, souvent en errance, fragilisées voire marginalisées, certaines ne sont pas en mesure de se conformer aux règles des institutions ; des accompagnements sont alors nécessaires pour activer les dossiers dans des délais souvent très courts.

Mon propos est de vous faire partager mon expérience de travail en tentant de condenser les dispositifs les plus usités et de permettre de mieux repérer les missions de l'assistante socio-éducative d'une ELSA* (Equipe de liaison et de soins en addictologie) au sein d'une maternité à Paris.

L'accès aux soins et la protection sociale

Une étude des droits est à faire en fonction de chaque situation au moment de la déclaration de grossesse qui devra être envoyée à la **Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)** dont dépend la patiente.

→ **L'Assurance maladie** permet pour les personnes salariées (ou au titre d'ayant droit) du régime général ou assimilées (ex. : chômage, allocation adulte handicapée) d'obtenir une prise en charge à 100 % pour la maternité : consultations et examens obligatoires dès la déclaration de grossesse ainsi que les frais afférant à la maternité à compter du 6^e mois de grossesse et ce jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.

→ **La Couverture maladie universelle (CMU)** s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions (loi du 27/07/1999).

→ **La Couverture maladie universelle de base** doit être mise en place pour les femmes non couvertes par un régime obligatoire d'assurance maladie qui résident en France de façon stable et régulière depuis au moins 3 mois ; elle est gratuite en dessous d'un certain revenu (ex. : 780 euros par mois pour une personne seule). La prise en charge des soins liés à la maternité sera identique à celle du régime général.

→ **La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)** sous conditions de ressources, est comparable à une mutuelle et permet ainsi une prise en charge à 100 % des dépenses de santé sans avoir à faire l'avance des frais (dans les hôpitaux publics).

→ **L'Aide pour une complémentaire santé (ACS)** permet un soutien pour l'accès à une mutuelle des personnes ayant des revenus modestes et ne relevant pas de la CMUC.

→ **L'Aide médicale d'état (AME)** s'adresse aux femmes étrangères en situation irrégulière résidant depuis plus de 3 mois en France ; ce dispositif permet de bénéficier d'un accès aux soins **sans avance de frais**.

→ **Les soins d'urgence vitale** peuvent être demandés pour les femmes ne pouvant prétendre à aucune autre couverture sociale.

Ils doivent être notifiés par certificat médical,

« *sont pris en charge les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ; sont pris en charge les soins dispensés à la future mère et au nouveau né, les frais de consultations et d'hospitalisation, les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG** ».

→ **L'Aide médicale à titre humanitaire** peut être envisagée dans certaines situations spécifiques

→ **Les permanences d'accès aux soins (PASS)** : dispositif dans les hôpitaux publics en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale (sans couverture sociale ou en attente de régularisation) qui permet une prise en charge des consultations, soins et dispensation des médicaments en ambulatoire.

Enfin, dans le cadre du **service de Protection maternelle et infantile (PMI)** et selon les départements, il y a une possibilité de prise en charge des consultations et examens en attente de régularisation des droits.

L'accès aux droits : ressources, hébergement

Poser les bases autour de la sécurité matérielle, c'est pour une mère savoir où aller à la sortie de la maternité, comment se nourrir, se vêtir, répondre à ses besoins primaires et lui permettre d'accéder à une sécurité psychique plus stable.

••• LES RESSOURCES FINANCIÈRES

L'envoi de la déclaration de grossesse à la **Caisse d'allocations familiales (CAF)**, va permettre l'obtention de prestations familiales après l'étude des droits de la femme ou de la famille (conditions de ressources, situation régulière, résidence permanente en France).

- **La Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)** avec :

La prime à la naissance au 7^e mois de grossesse (**923,08 euros**), l'allocation de base après la naissance jusqu'aux 3 ans de l'enfant, le complément de libre choix d'activité et le complément de libre choix de mode de garde.

D'autres allocations peuvent être versées en fonction de la situation (allocation de soutien familial, complément familial, aide au logement...).

- **Le Revenu de solidarité active (RSA)**

S'adresse aux femmes ou aux couples sans ressources financières, mais peut aussi être demandé dans certains cas pour compléter un salaire, une allocation chômage ou une allocation adulte handicapé ainsi que des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Il est à noter qu'il n'y a pas de conditions d'âge pour la femme enceinte, et le RSA est majoré si la femme est isolée (ex. : femme enceinte sans enfant : **620,54 euros**).

- **Les indemnités journalières de la Sécurité sociale** sont versées dans le cadre du congé de maternité aux femmes sous certaines conditions d'activité salariée ou d'indemnisation au titre du chômage, par la CPAM suite à l'envoi de la déclaration de grossesse.

En cas de ressources insuffisantes ou d'absence de ressources des **aides facultatives ponctuelles** peuvent être demandées auprès de différents organismes (**Aide sociale à l'enfance ASE**, CAF, CPAM.....), d'associations ou de fondations. Le plus souvent ces demandes doivent être motivées et accompagnées d'un rapport social (ex. : pour le vestiaire, le lait, les couches, le matériel de puériculture, la layette ...).

Pour la nourriture, des orientations sont proposées sur des accueils de jour ou des associations offrant des repas, colis alimentaires, tickets services. Par ailleurs, les **CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques* pour usagers de drogues)** mettent à disposition au-delà de l'offre de soins et d'accompagnement social proposé, un accueil hygiène et laverie.

Pour les femmes étrangères en situation irrégulière ce seront là les seules aides possibles.

Enfin, pour soutenir la mère ou le couple dans la vie quotidienne avec son ou ses enfants une prise en charge peut être demandée à la CAF, à la PMI ou à l'ASE pour l'intervention au domicile d'une **Technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF)**.

Par ailleurs, il est primordial de prévoir un lieu de vie sécurisant pendant la grossesse en proposant à une mère isolée un accueil adapté, en structure de soins ou d'hébergement, le logement étant rarement accessible d'emblée.

••• L'HÉBERGEMENT

Pour les femmes enceintes usagères de SPA, la spécificité du soin en addictologie est à prendre en compte. Il peut être envisagé une mise à l'abri des consommations et des risques liés à des conditions de vie précaires avec une orientation en prénatal et postnatal vers des **services de soins de suite médicalisés** (ex. : hôpital mère-enfant de l'Est Parisien, hôpital du Vésinet) sous couvert que la patiente ait une protection sociale.

- **Les Centres thérapeutiques résidentiels (CTR)** : depuis quelques temps certains acceptent les femmes enceintes, les soutiennent pour le maintien du sevrage et favorisent leur insertion. Selon les structures un accueil est aussi possible avec l'enfant en postnatal.
- **Les Appartements thérapeutique relais (ATR) gérés par les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)** : s'adressent aux personnes en difficulté avec les substances psychoactives ; certains ATR prennent en charge les femmes enceintes ou mères (couples) avec enfant à plus long terme et proposent un travail autour du soin et de l'insertion. Il en va de même pour certains **Appartements de coordination thérapeutiques (ACT)** qui s'adressent à un public présentant une pathologie lourde.
- **Le pôle hébergement du CSAPA Horizons** spécifique en Île-de-France accueille les femmes enceintes et couples, il propose :
 - **des appartements thérapeutiques** qui permettent dans la prise en charge médico-psycho-sociale des addictions, un travail autour de la parentalité et vise la prévention des situations de carence, de négligence et de maltraitance pour les enfants (jusqu'aux 3 ans de l'enfant) ;
 - **un accueil en hôtel** qui peut être mis en place avec un suivi psychologique et éducatif au domicile.

- **Les centres maternels** dans le cadre de la protection de l'enfance peuvent être sollicités pour les femmes isolées enceintes et ce jusqu'aux 3 ans de l'enfant, mais les places sont souvent difficiles à obtenir et ces structures ne sont pas toujours les plus adaptées en terme de soin.
- Enfin, **des prises en charge hôtel** peuvent être accordées financièrement par un CSAPA, une association, ou l'ASE...

Pour l'urgence, les femmes continuent de contacter le **115 (SAMU SOCIAL pôle famille)** ou SIAO urgences qui orientent les femmes enceintes soit en centre d'urgence ou en hôtel.

Actuellement, pour organiser un accueil plus pérenne type **CHRS** (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) ou résidences sociales, les professionnels envoient une demande au **Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO)** du département et constituent parallèlement un dossier **DAHO (Droit à l'hébergement opposable)**.

Cet accompagnement autour de l'hébergement tout au long de la grossesse permet de créer avec la future mère ou le couple une alliance autour de l'enfant à naître, d'évaluer sur quelles solidarités (conjugale, familiale, affective, institutionnelle, environnementale) il sera possible de compter mais aussi de repérer les manques et les impossibilités.

La protection de l'enfance

L'accompagnement des femmes usagères de SPA dans un contexte de précarité associé parfois à des troubles psychiques ou des pathologies mentales reste une mission toujours délicate et une situation à risque de ruptures toujours possibles. Dans un travail de pas à pas avec la mère durant le séjour à la maternité, l'objectif est de favoriser la qualité du lien précoce mère-enfant et d'entourer la nouvelle cellule familiale. Il s'agit d'une part d'anticiper les difficultés éducatives potentielles et d'autre part de repérer les véritables obstacles pour élever l'enfant.

Il est nécessaire de favoriser la mise en place concrète de conditions favorables à l'accueil du nouveau né, de pouvoir évaluer la capacité des parents à protéger et prendre soin de leur enfant.

Il faut organiser et/ou maintenir au retour à domicile le relais avec les partenaires chargés de la petite enfance (PMI, TISF), du soin (CSAPA, CMP...) et du social (ASE, service social polyvalent de secteur...).

Le travailleur social est au cœur de ces interactions entre l'hôpital et l'extérieur et impulse le travail en réseau.

Un travail de concertation (synthèses pluri-professionnelles ou réunion du CRPEF, Comité de prévention de protection enfance famille, avec le responsable de l'ASE et les partenaires) est souvent nécessaire surtout quand les conditions d'accueil de l'enfant à la sortie de la maternité ne sont pas favorables (errance, violence, instabilité,...) ou que la famille n'adhère pas aux propositions faites par les professionnels. Les conclusions et décisions collégiales sont alors expliquées aux parents ainsi que les implications diverses qui visent toujours le soutien à la parentalité et non à une sanction en tant que telle.

Quelles que soient les décisions à prendre, l'enfant est au cœur de toute démarche et les parents y sont impliqués même lorsqu'il s'agit d'une demande de **mesure de protection de l'enfance** faite à la **Cellule de recueil et d'information préoccupante** de l'Aide sociale à l'enfance. Ces mesures peuvent être soit une **Aide éducative à domicile (AED)**, un **accueil provisoire**, soit un **signalement judiciaire au parquet des mineurs**. Dans ce dernier cas, le juge des enfants pourra au vu des éléments ordonner un **mandat d'évaluation**, une **Aide éducative en milieu ouvert (AEMO)**, une **Mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE)** ou un **placement (OPP) à l'ASE** (pouponnière, famille d'accueil) ou à une personne désignée tiers digne de confiance.

EN CONCLUSION, l'accompagnement socio-éducatif proposé aux femmes enceintes usagères de SPA en situation de précarité au sein de la maternité, s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire (sage femme, obstétricien, psychiatre, addictologue, infirmière, pédiatre...) qui permet de créer un « lieu ressources », des rencontres essentielles dans cette période particulière de l'existence de ces femmes : la mise au monde de leur enfant.

Au-delà de la qualité des accompagnements proposés et des liens de confiance construits autour de la parentalité, dépendra la poursuite de la prise en charge de ces patientes devenues mères dans des relais satisfaisants dont elles seules pourront ou non se saisir.



ALLAITEMENT DU NOURRISSON

• 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

Augmenter la proportion de femmes allaitant au sein, en particulier dans les milieux défavorisés, est une priorité clé de santé publique, inscrite dans les *Infant Feeding Strategies*, Stratégies d'alimentation du nourrisson. L'allaitement maternel contribue de façon majeure à la santé du nourrisson sur le long terme ainsi qu'à sa croissance, réduisant l'incidence de troubles tels que la gastroentérite, l'eczéma et l'asthme. Il est aussi associé à de meilleurs pronostics de santé pour la mère, notamment par la réduction des risques* de cancer du sein et des ovaires, de l'ostéoporose et de l'obésité (OMS 2003, *Ministry of Health*).

Beaucoup de confusion règne autour de la question de savoir si une femme qui continue à prendre des drogues doit, ou non, allaiter son bébé au sein. Les parents devraient être informés que les bienfaits de l'allaitement au sein prévalent sur ses inconvénients, même en cas d'usage ininterrompu de substances psychoactives (*Ministry of Health 2007a*).

Le lait maternel est le meilleur type d'alimentation pour les nouveau-nés (ministère de la Santé 2003). L'Organisation mondiale de la santé (2003) recommande de nourrir exclusivement au sein les nourrissons les six premiers mois de leur vie, afin de favoriser une croissance, un développement et une santé optimale. À partir de 6 mois, les nouveau-nés devraient recevoir une alimentation adaptée et sûre, en complément de l'allaitement au sein, jusque dans leur deuxième année voire plus.

Toutes les mères usagères de substances psychoactives devraient être encouragées à allaiter au sein, sauf contre-indications médicales ou sociales expresses. Les décisions relatives à la sécurité sanitaire devraient être prises au cas par cas, après avoir pesé les bienfaits et les risques de l'allaitement au sein aux vues des données scientifiques (recherches publiées), et en prenant en compte les principes pharmacologiques, les stratégies de réduction des effets nocifs, et les questions relatives au bien-être de l'enfant. Dans la mesure du possible, l'allaitement au sein devrait toujours être mis en avant, et les souhaits de la mère respectés.

Remarque : il est essentiel que le personnel impliqué dans la discussion des bienfaits et des risques de l'allaitement au sein avec une usagère de substances psychoactives soit correctement et suffisamment formé. Tout conseil ou information incomplets, erronés, incohérents ou contradictoires risquent d'ébranler la confiance de la mère en elle-même, de perturber son processus décisionnel, et de lui causer une inquiétude et des préoccupations superflues.

L'ALLAITEMENT AU SEIN N'EST PAS RECOMMANDÉ LORSQUE LA MÈRE EST :
séropositive au VIH* en raison du risque de transmission du virus de la mère à l'enfant.

Les femmes devraient être informées des risques associés à l'allaitement au sein lorsqu'elles :

- s'injectent les drogues, à cause du risque de contamination virale par voie sanguine ;
- consomment des substances psychostimulantes telles que la cocaïne, le crack, les amphétamines, la méthamphétamine ou l'ecstasy, en raison du risque d'altération mentale de la mère et des effets possibles sur le nourrisson tels qu'insomnie, irritabilité et troubles alimentaires ;
- consomment régulièrement des substances illicites (de rue), telles que l'héroïne et/ou des benzodiazépines* (ex. : diazépam), en raison du risque d'état confus de la mère et des possibles effets sédatifs sur le nourrisson ;
- boivent de l'alcool conjointement à la prise d'autres déprimeurs du système nerveux central (SNC) tels que les opiacés et les benzodiazépines*, à cause du risque d'altération de la santé de la mère et des possibles effets sédatifs sur le nourrisson.

Conseils et soins relatifs à l'allaitement au sein

Bien que l'allaitement au sein soit généralement recommandé, toutes les femmes enceintes présentant un problème associé à la consommation d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives devraient discuter des bienfaits et des risques de l'allaitement au sein avec leur professionnel de santé – généralement la sage-femme, l'obstétricien, ou le médecin traitant en charge des soins prénataux*. Au moment de l'entretien de déclaration de grossesse (en temps normal aux environs de 8-12 semaines amé-norrhée), une discussion à propos de l'allaitement au sein devrait être amorcée (NICE 2008a).

Il est important de noter que la majorité des usagères de substances psychoactives sont polytoxicomanes. À savoir qu'elles consomment généralement conjointement plusieurs produits, en association, lors d'une même prise ou sur une même période. Nombreuses sont celles qui affirment fumer du tabac et du cannabis,

prendre de la méthadone* ou d'autres opiacés (ex. : héroïne ou dihydrocodéine), des benzodiazépines* (ex. : diazépam), et des substances stimulantes (ex. : cocaïne ou amphétamines). Il est important de déterminer quelles substances la femme consomme ou est susceptible de consommer, quelles sont ses habitudes de consommation, ses modes d'administration (ex. : orale ou intraveineuse), et son plan de traitement – ce afin d'évaluer les risques que sa consommation peut poser en cas d'allaitement au sein, et de pouvoir l'en informer au cours de la discussion, qui doit dans tous les cas s'attacher à encourager l'allaitement au sein et à en diminuer les risques.

En plus de rediriger les femmes dépendantes aux opiacés vers des traitements de substitution prescrits, comme par exemple la méthadone, et de leur offrir un soutien additionnel, un suivi spécialisé dans le domaine des drogues/alcool est conseillé pour toute la période prénatale* – voir le chapitre « Gestion de l'usage de substances psychoactives durant la grossesse », et les recommandations cliniques du ministère de la Santé, *Ministry of Health* (2007a). Un soutien complémentaire à destination des parents usagers ou faisant mésusage de substances psychoactives est également disponible à l'occasion des synthèses prénatales* transdisciplinaires, qui se tiennent habituellement vers la 28^e semaine de grossesse.

À la 32^e semaine de grossesse, ou plus tôt si possible, des informations sur l'allaitement au sein, y compris sur les bonnes pratiques, devraient être dispensées selon les lignes décrites dans le document *Baby Friendly Initiative* de l'UNICEF Royaume-Uni. Si la femme a décidé d'allaiter au sein, elle devrait recevoir des informations sur l'importance de :

- la complémentation en vitamine D et en acide folique pendant la grossesse et l'allaitement ;
- un régime alimentaire sain ;
- le contact peau à peau après l'accouchement ;
- le positionnement et l'attache du bébé sur le sein ;
- l'allaitement initié par le bébé et les indicateurs d'appétit ;
- le rapprochement mère-enfant ;
- la non-utilisation des biberons de complément (sauf indiqués cliniquement) ;
- la non-utilisation de tétines ;
- des horaires d'allaitement en fonction de la prise de substances ;
- des conseils sur le sevrage et l'importance de maintenir une alimentation au lait maternel lorsqu'un allaitement mixte (biberons et allaitement au sein) est entrepris ;
- du suivi et du soutien par la sage-femme, l'auxiliaire de puériculture, l'assistante maternelle et le médecin traitant ;
- la recommandation claire de NE PAS PARTAGER LE LIT avec le bébé doit être adressée à tous les parents fumeurs, consommateurs d'alcool et/ou usagers de substances psychoactives, prescrites ou illicites.

Bienfaits de l'allaitement au sein

- Bénéfique pour la mère et le bébé sur le plan psychologique (favorise et entretient l'attachement, le soin, l'interaction mère-enfant) ;
- Bénéfique pour le bébé sur le plan immunitaire (participe de la prévention des infections infantiles et améliore la santé de l'enfant sur le long terme) ;
- Bénéfique pour la santé de la mère sur le long terme ;
- L'allaitement au sein peut réduire le risque de mort subite du nourrisson ;
- L'allaitement au sein peut réduire la sévérité des symptômes de sevrage chez l'enfant (Syndrome de sevrage néonatal).

Les fascicules/kits d'information à destination du patient comprennent :

- « Vers un bon départ : tout ce que vous devez savoir sur l'allaitement de votre bébé », *Off to a good start: all you need to know about breastfeeding your baby*, NHS Health Scotland (2009)
- Toutes les femmes enceintes reçoivent un DVD gratuit *From bump to breastfeeding*, un exemplaire du *The Pregnancy Book* ou du *Ready Steady Baby* et peuvent obtenir de l'information sur le site www.breastfeeding.nhs.uk.

Remarque : une assistance individuelle sur mesure peut être nécessaire pour les femmes dont les ressources de langage sont limitées (problème d'alphabétisation et/ou handicap).

Les informations complémentaires à destination des professionnels comprennent : Hoddinott *et al.* (2008), et « Bonnes pratiques et innovation dans l'allaitement », *Good practice and innovation in breastfeeding* (Department of Health 2004).

Risques potentiels

Les décisions quant à l'allaitement au sein (ou à sa poursuite) ou non en cas de tabagisme, d'alcoolisme, ou d'usage de médicaments et/ou de substances psychoactives illicites ne se basent pas uniquement sur la question de savoir si la ou les substances se retrouvent dans le lait maternel.

Seuls quelques produits sont réellement contre indiqués pour les mères allaitant au sein. Presque tous passent dans le lait maternel, mais seulement en très faibles quantités – en général moins de 1 % de la dose maternelle (Hale 2008). Tandis que certains produits représentent vraiment un problème pour le nourrisson (même en faible quantité), ce n'est pas le cas pour la plus grande majorité d'entre eux. En cas de doute, ou bien s'ils ont des questions, les professionnels de santé devraient demander conseil aux associations locales de prévention et/ou à un pharmacien.

Idéalement, ces requêtes devraient être formulées pendant la grossesse pour permettre une planification en amont.

Les préoccupations concernant les effets des produits pendant la lactation peuvent survenir à cause de leurs effets potentiels sur la mère, de leurs effets potentiels à court et à long terme sur l'enfant, et/ou de leurs effets potentiels sur la production du lait maternel (Lee, 2007, Hale 2008).

- Les effets potentiels sur la mère dépendent de sa stabilité dans le mode d'usage du produit (si elle prend de la méthadone* par exemple), des types de substances qu'elle consomme, de son état psychologique et de son comportement, de sa capacité à gérer et à suivre un emploi du temps d'allaitement au sein, et de sa propre stabilité générale dans son environnement personnel et social.
- Les effets potentiels sur l'enfant dépendent du type de produit et de sa quantité présente dans le lait, de la biodisponibilité de celui-ci et de ses effets secondaires spécifiques, du volume de lait maternel ingéré par l'enfant et de sa capacité corporelle à éliminer la substance de son organisme.
- La santé et le bien-être général du nourrisson doivent être pris en compte – par exemple, un prématuré, un nourrisson de faible poids à la naissance et/ou un nourrisson malade peuvent nécessiter un degré de surveillance plus élevé, en raison d'un probable ralentissement de leurs fonctions d'élimination.
- Certaines substances peuvent accroître ou au contraire diminuer la production (et donc les ressources) de lait maternel et affecter sa concentration en lipides, donc sa valeur nutritionnelle pour le nourrisson.

Méthadone et autres substituts aux opiacés

(ex. : dihydrocodéine, buprénorphine)

La méthadone* n'est PAS contre-indiquée en cas d'allaitement au sein (*Ministry of Health 2007a, Hale 2008*). La méthadone prescrite est plus sûre que l'usage non prescrit de drogue, l'usage intermittent, ou le sevrage brutal. Les professionnels de santé devraient encourager les femmes dépendantes aux opiacés ayant entrepris un traitement de substitution à la méthadone à allaiter au sein, tout en prenant en compte les problématiques adressées dans ce guide.

Les mères sous méthadone qui choisissent d'allaiter au sein devraient veiller à maintenir une consommation la plus stable possible avec un dosage prescrit le plus bas possible (tout en conservant une stabilité), et devraient surveiller le nourrisson afin de repérer chez lui des signes éventuels de sur-sédation et de difficultés respiratoires (*Ministry of Health, 2007a*). Le succès dans la mise en place de l'allaitement au sein est en lui-même un indicateur d'une stabilité adéquate dans la consommation de la substance (*Scottish executive, 2003*).

Il est important de rassurer les mères (et leurs partenaires) sur le fait que la quantité de méthadone transmise au bébé par le lait maternel est minime et peu susceptible d'avoir des conséquences néfastes (neurocomportementales) sur l'enfant (*Jansson et al. 2008a, Jansson et al. 2008b, McCarthy et Posey 2000*). Des études sur les mères allaitant au sein engagées dans un traitement de substitution à la méthadone ont montré de faibles rapports lait/lymphe, et ont estimé les doses approximatives du nourrisson à < 0,2 g/jour en moyenne, quelle que soit la dose de méthadone de la mère (*Begg et al. 2001, Blinick et al. 1975, Geraghty et al. 1997, Jansson et al. 2004, Jansson et al. 2008a, McCarthy et Posey 2000, Pocock 2008, Wojnar-Horton et al. 1997*).

Des observations suggèrent que les pics de concentration en méthadone dans le lait maternel varient, et se produisent entre 1 à 6 heures après que la mère ait prit sa dose journalière (*Begg et al. 2001, Blinick et al. 1975, Jansson et al. 2004, McCarthy et Posey 2000*). Les mères peuvent éventuellement organiser leurs horaires d'allaitement de manière à éviter ces pics de concentration. Toutefois, cela est souvent difficile à mettre en place (en particulier lorsqu'elles allaitent à la demande toutes les 2-4 heures) et surtout, cela n'est PAS nécessaire, puisque les pics de concentration n'auront que très peu de conséquences sur le nourrisson (*Jansson et al. 2008a*).

La petite quantité de produit transmise à l'enfant via le lait maternel peut améliorer les symptômes de sevrage (SSNN) chez le nouveau-né (*Ministry of Health 2007a*). Une apparition retardée des symptômes, des symptômes moins sévères, une nécessité moindre de traitement pharmacologique, et des temps de séjours plus courts du nourrisson à l'hôpital ont été observés (*Abdel-Latif et al. 2006, Malpas et al. 1997*).

Ceci étant, les parents devraient être prévenus que l'allaitement au sein ne garantit pas de prévenir le Syndrome de sevrage néonatal (SSNN) chez leur enfant. Les parents dont les bébés présentent des risques de développer un SSNN devraient être correctement préparés – voir la partie sur le « SSNN ». Les mères sous méthadone, (ou benzodiazépines*) allaitant au sein, et dont les enfants développent un SSNN, peuvent avoir besoin de davantage de soutien, car les nourrissons qui ont un SSNN peuvent avoir des difficultés à s'alimenter et/ou avoir des besoins nutritionnels spéciaux (ex. : apport calorique plus important).

D'autres produits tels que la dihydrocodéine (DF118), la buprénorphine (Subutex*) et le combiné buprénorphine/naloxone (Suboxone*) sont parfois prescrits en cas de dépendance* aux opiacés. Les femmes enceintes dépendantes aux opiacés ne sont généralement PAS orientées vers ces traitements de substitution car la méthadone reste l'option privilégiée. Cependant, pour celles qui ont été stabilisées en adoptant l'un ou l'autre de ces traitements pendant leur grossesse et qui souhaiteraient allaiter au sein, une évaluation individuelle des bienfaits/risques de l'allaitement permettant de prendre une décision devrait

être conduite par le médecin prescripteur. Compte tenu du manque de données quant aux effets de ces substances sur les enfants allaités, il convient de ne pas se référer aux conseils des fabricants, bien qu'il existe un consensus parmi les experts, statuant sur l'innocuité du Subutex® et du Suboxone® pour l'enfant allaité, ne les rendant PAS contre-indiqués (*Center for Substance Abuse Treatment* 2004, Hale 2008). Des observations montrent que la buprénorphine, n'étant que peu absorbée par l'enfant par la voie orale, serait donc sans danger et efficace pendant la grossesse, et qu'elle pourrait aider à diminuer l'apparition et la sévérité du SSNN (*Center for Substance Abuse Treatment* 2004, Johnson *et al.* 2003a, Jones *et al.* 2010, Fischer *et al.* 2006). Il n'y a pas suffisamment de données sur la consommation à dose élevée de dihydrocodéine durant la lactation pour en retenir un conseil catégorique.

Le plus important pour ces femmes qui choisissent de poursuivre leur traitement avec ces médicaments de substitution est de comprendre que l'innocuité de ces substances, en particulier dans ces quantités consommées ici, n'a pas été parfaitement évaluée.

Benzodiazépines* prescrits sur ordonnance

Certaines femmes dépendantes se voient également prescrire des benzodiazépines* (en général du diazépam, à des dosages de 30 mg par jour ou moins). Le diazépam et les autres benzodiazépines* sont excrétés dans le lait maternel, cependant à des taux relativement faibles (McElhatton 1994). Les fabricants conseillent d'éviter si possible la consommation de diazépam en cas d'allaitement au sein. Les recherches manquent concernant les mères dépendantes aux benzodiazépines* allaitant au sein, mais lorsqu'une femme dans ce cas souhaite allaiter au sein, elle devrait être soutenue dans son initiative, dans la mesure où sa consommation de benzodiazépines* est stable et qu'une analyse des risques a été réalisée, estimant que ceux-ci sont moindres par rapport aux bienfaits. Les risques possibles incluent la léthargie, la sédation, et des difficultés à téter (Hale 2008). On conseillera à ces mères de maintenir leur dose de diazépam la plus basse possible et de surveiller chez leur nourrisson l'apparition de signes de sur-sédation et de sous-alimentation ou de sous-développement.

Alcool

L'alcool est libéré dans le lait maternel (Lee, 2007). Il peut diminuer les ressources en lait, en changer le goût et l'odeur, affecter les cycles de sommeil du nourrisson, sa digestion, et potentiellement réduire ses apports nutritionnels (Mennella et Beauchamp 1991, Mennella et Gerrish 1998, *NHS Health Scotland* 2009).

Si une femme décide de boire de l'alcool alors qu'elle allaite au sein, elle devrait être avisée de ne pas en consommer plus de une ou deux unités, une à deux fois par semaine (*NHS Health Scotland* 2009). Le *Binge drinking**/alcoolisation massive, la consommation régulière et/ou associée à d'autres substances sont DÉCONSEILLÉS.

Les taux d'alcool dans le lait maternel sont les plus élevés entre 30 et 60 minutes après la consommation. L'alcool passe du lait au plasma avec le temps, donc une seule boisson (unité) serait complètement éliminée du lait après 2 ou 3 heures (à condition que la femme n'aie pas continué à boire). Les mères peuvent tirer leur lait avant de boire de l'alcool, ou bien éviter d'allaiter au sein quelques heures après avoir consommé de l'alcool (1 ou 2 unités), afin de s'assurer que les taux d'alcool dans le lait seront réduits.

Tabac

L'allaitement au sein devrait être encouragé, que la femme soit fumeuse ou non. Bien qu'il soit couramment conseillé aux femmes allaitant au sein d'éviter autant que possible de fumer, le tabagisme n'est PAS une contre-indication pour l'allaitement au sein. La recherche montre que l'allaitement au sein reste une meilleure option que le lait infantile (biberon), tant pour la mère que l'enfant (Lee 2007, Hale 2008).

Les mères qui choisissent de fumer malgré tout devraient avoir conscience que le tabac peut diminuer la production de lait (la ressource) ainsi que sa concentration en lipides (Hale 2008). La nicotine est présente dans le lait maternel et peut causer des irritations gastriques au nourrisson (Shenessa et Brown 2004). Si possible, les mères devraient laisser un intervalle d'environ 20 minutes entre la dernière cigarette et l'allaitement, de manière à ce que le taux de nicotine dans le lait soit réduit. Il faut conseiller aux mères, aux pères et aux autres proches de l'enfant de ne pas fumer dans la maison, en particulier dans la pièce où celui-ci se trouve. Des conseils pour l'arrêt du tabac, des patchs de nicotine ou des gommes devraient être proposés, ainsi que des encouragements à suivre des programmes d'arrêt du tabac – voir le chapitre « Gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse ».

Cannabis

Malgré son usage répandu, les effets du cannabis (marijuana) sur les nourrissons allaités sont méconnus. Le cannabis est libéré dans le lait maternel, et son métabolite, le tétrahydrocannabinol (THC), peut s'y accumuler grâce à sa grande solubilité dans les graisses. En cas de consommation importante et régulière de la mère, le nourrisson peut devenir impatient et réclamer des tétées plus fréquentes. Une étude (Ashley et Little 1990) a trouvé des retards de développement moteur à 1 an chez des bébés ayant été exposés au cannabis via le lait maternel. Lorsque c'est possible, l'usage du cannabis devrait être évité lors de la période d'allaitement au sein. Toutefois, les mères qui en font l'usage ne devraient pas être découragées d'allaiter au sein.

Questions relatives à la consommation de substances supplémentaires pendant l'allaitement au sein

Si une femme allaitante a consommé des substances illicites (ou un excédent d'alcool) et s'inquiète des possibles conséquences sur le nourrisson, elle peut tirer et jeter son lait, demander conseil à un professionnel de santé, et reprendre l'allaitement une fois la substance éliminée de son organisme (environ 12 à 48 heures plus tard, selon la substance et les conditions de la prise). Compte tenu des bienfaits largement documentés du lait humain sur la santé du bébé, le risque associé à une interruption de l'allaitement doit être soigneusement estimé par rapport au risque que peut présenter la consommation de la substance en question. La prévention des rechutes devrait faire partie intégrante du programme de soin de la femme.

Si la mère allaitante s'engage dans un traitement de substitution à la méthadone* (ou autres substituts) pour la première fois, ou bien augmente sa dose, elle devrait être encouragée à surveiller chez le nourrisson l'apparition de changements de comportements, de signes de sédation ou de difficultés respiratoires. Les mères allaitantes qui remarqueraient de tels symptômes chez leur enfant doivent consulter un

médecin immédiatement. Tous les efforts devraient être faits pour s'assurer que la consommation en méthadone* de la mère soit stabilisée bien avant la naissance de l'enfant.

Syndrome de mort subite du nourrisson

Les bébés exposés au tabac, aux drogues et à l'alcool pendant la grossesse (et après leur naissance) présentent des risques accrus de mort subite du nourrisson (Kandall *et al.* 1993, Friend *et al.* 2004, *American Academy of Pediatrics* 2005). Les moyens de réduire le risque de mort subite doivent être discutés avec toutes les mères consommatrices de substances ainsi qu'avec les pères – voir Réduire le risque de mortalité au couffin, *Reducing the risk of cot death* (Department of Health 2007b).

Le partage du lit, combiné au tabagisme, à la consommation d'alcool et/ou de substances psychoactives est associé à un risque accru de mort subite du nourrisson (Blair *et al.* 1999, *American Academy of Paediatrics* 2005, McKenna et McDade 2005, Horsley *et al.* 2007). En plus de discuter ensemble des bienfaits et des risques de l'allaitement au sein, ainsi que des méthodes d'allaitement, il faudra conseiller aux parents usagers de substances de NE PAS partager le lit avec leur nourrisson, et de toujours le placer sur le dos pour dormir (*American Academy of Paediatrics* 2005).

Les mères sous l'influence de substances psychoactives ou de l'alcool risquent de se montrer moins réactives devant les besoins de leur nourrisson en raison d'une altération de leur vigilance. Les mères allaitant au sein ne devraient pas le faire en position allongée (sur un lit, un canapé ou au sol) car elles risqueraient de s'y assoupir et d'étouffer leur nourrisson.

Allaitement au sein et virus présents dans le sang

Les mères séropositives au VIH* ne devraient PAS allaiter au sein (De Ruiter *et al.* 2008). Le VIH* peut être transmis de la mère au bébé *in utero*, pendant l'accouchement, et via l'allaitement. L'allaitement au sein augmente le risque de transmission du VIH* de la mère à l'enfant jusqu'à 50% (De Ruiter *et al.* 2008, OMS 2008).

Les mères porteuses du virus de l'hépatite C avec infection chronique (i.e. PCR+ve/viraemic) peuvent être encouragées à allaiter au sein étant donné que rien n'indique que l'allaitement au sein augmente le risque de transmission de l'hépatite C de la mère à l'enfant (*Scottish Executive* 2003, SACDM 2008). Le risque de transmission de l'hépatite C de la mère à l'enfant *in utero* ou lors de l'accouchement est faible – environ 5 % (*Department of Health* 2007a, NICE 2008a). La séropositivité à l'hépatite C de la femme ne devrait pas avoir d'influence sur sa prise en charge obstétrique ni sur les conseils de routine en matière d'allaitement au sein (SIGN 2006).

Les femmes testées positives pour les antigènes de surface de l'hépatite B (porteuses contagieuses) peuvent allaiter au sein sans risque dès que leur nouveau-né a reçu sa première dose d'immunoglobuline et sa première vaccination contre l'hépatite B (administrées rapidement après la naissance).

Les nourrissons nés de consommatrices ayant pour habitude de s'injecter les drogues, ou partageant le foyer avec des usagers s'injectant des drogues devraient être vaccinés contre l'hépatite B.

Conseils pour le sevrage

Les femmes qui ont un problème d'usage de drogues devraient demander conseil à propos du sevrage auprès de leur assistante maternelle, auxiliaire de puériculture ou de leur médecin traitant. Les mères allaitant au sein sous méthadone* devraient être incitées à introduire progressivement des aliments solides dans l'alimentation du nourrisson, réduisant ainsi la fréquence des tétées au cours des semaines.

L'interruption brutale de l'allaitement au sein tandis que la mère est usagère de méthadone devrait être évitée le plus possible, car cela risquerait de provoquer chez le nourrisson l'apparition du syndrome de sevrage néonatal (Malpas et Darlow 1999). Les femmes qui décideraient d'interrompre l'allaitement au sein devraient le faire selon un plan de sevrage, établi en consultation avec leur équipe de soin (assistante maternelle, auxiliaire de puériculture, médecin traitant).

Le lait infantile en biberon ne fait pas partie du processus de sevrage. Toutefois, si une mère allaitant au sein désire combiner le lait infantile en biberon et le lait maternel dans l'alimentation de son nourrisson, ou bien changer pour un allaitement au lait infantile, elle devrait le faire progressivement, substituant un allaitement avec le lait infantile à un allaitement au lait maternel par jour pendant plusieurs jours, afin de permettre à son bébé et à son propre corps de s'adapter. Un deuxième allaitement au lait infantile dans la journée peut ensuite être introduit, pendant plusieurs jours, puis un troisième, puis un quatrième, etc. Idéalement, le sevrage s'étale sur plusieurs semaines, permettant une séparation en douceur avec le bébé.

Les professionnels peuvent demander des conseils complémentaires auprès des conseillers en allaitement des nourrissons, au sein des services de la maternité.

Allaitement au lait infantile (biberon)

Certaines femmes usagères de substances peuvent choisir d'allaiter au biberon, avec du lait infantile, plutôt que d'allaiter au sein. Les croyances et les normes socioculturelles ont beaucoup d'influence sur le processus décisionnel concernant l'allaitement au sein. Les parents devraient être encouragés à opter pour l'allaitement au sein autant que possible, et être soutenus afin de faire un choix informé quant à la meilleure façon d'alimenter leur nourrisson. Une fois leur décision prise, ils devraient être soutenus par tous les professionnels impliqués.

Les mères qui choisissent de donner le biberon devront être instruites sur la manière de le préparer correctement avant de quitter l'hôpital, une sage-femme devrait veiller à ce que ces conseils aient été assimilés.

Allaitement et placement en centre/ famille d'accueil

Certaines mères peuvent souhaiter allaiter au sein leur nourrisson (ou poursuivre l'allaitement au sein) alors même qu'une décision a été prise visant à placer celui-ci en famille/centre d'accueil. Ces mères devraient être soutenues dans leur décision d'allaiter au sein le plus possible.

