Glossaire

Abus/mésusage de substances psychoactives	Se réfère à un usage abusif ou détourné de substances psychoactives ou d'alcool, dans un sens socialement préjudiciable et dangereux.
Anomalie congénitale	Une anomalie présente à la naissance.
ARS	Agence régionale de santé.
ASE	Aide sociale à l'enfance.
Assemblée des services de protection de l'enfance	Réunion multidisciplinaire menée par des travailleurs sociaux pour évaluer les risques auxquels sont exposés les enfants et décider d'une action à conduire, le cas échéant.
Benzodiazépines	Classe de médicaments psychotropes autrefois appelés « tranquillisants mineurs », qui diminuent l'anxiété et ont un effet sédatif.
Buprénorphine haut dosage (BHD)	Traitement de substitution aux opiacés qui s'administre en sublingual, se présentant sous forme de comprimés aux dosages suivants : 1 mg, 4 mg, 6 mg.
Binge drinking	Mode de consommation qui consiste à ingérer de l'alcool en une seule occasion en quantité excessive, deux fois plus que la quantité journalière recommandée (i.e. 6 unités ou plus pour une femme) – parfois utilisé comme anglicisme.
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie. Aujourd'hui, les CCAA et les CSST ont fusionné afin de former les CSAPA*, et de ne plus dissocier la prise en charge par produit.
Césarienne	Intervention chirurgicale pour accoucher le bébé par incision de l'abdomen et de la paroi utérine.
Charge virale	Quantité de virus en circulation dans le sang.
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.
Conception	Action de tomber enceinte.

Consultation	Rendez-vous au cours duquel la mère s'engage sur le parcours de soin de la maternité, caractérisé par la remise d'informations, le recueil d'historique détaillé, un examen prénatal et un calendrier des soins – généralement conduit par la sage-femme.
Continuité de soin	Situation dans laquelle les professionnels impliqués dans les soins adoptent une philosophie commune et mettent en commun leurs méthodes de travail afin que la femme ne soit pas troublée par des avis contradictoires ou des conflits de position pendant la période de son suivi.
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
CSST	Centre de soins spécialisés en toxicomanie. Aujourd'hui, les CCAA et les CSST ont fusionné afin de former les CSAPA, et de ne plus dissocier la prise en charge par produit.
DADD	Dispositif d'appui drogues et dépendances.
Date Prévue d'Accouchement (DPA)	Date prévue de l'accouchement, quand la grossesse arrive à terme.
Dépendance à l'alcool, Pharmacodépendance	Syndrome caractérisé par une association de signes et de symptômes, parmi lesquels la dépendance physique (tolérance, sevrage/manque) et la dépendance psychologique (compulsion, stratégies d'évitement, minimisation des dangers).
Dépendance	Perte de la maîtrise de la consommation, avec besoin de la poursuivre en dépit du retentissement. Elle peut se traduire par des signes de tolérance, un syndrome de sevrage lors de la réduction ou de l'arrêt de la substance, un comportement compulsif de consommation et une réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisir.
Dépistage	Examen étendu d'une population afin de détecter des pathologies spécifiques, des troubles ou des prédispositions.
Dépresseur du SNC	Substance qui agit sur le système nerveux central en diminuant l'activité neuronale. Ex. : opiacés, benzodiazépines.
DGS	Direction générale de la santé.
DIM	Département d'information médicale.
DIU	Diplôme inter-universitaire.
Doppler ombilical artériel	Examen médical de surveillance du bien-être fœtal.
DU	Diplôme universitaire.

Durée de la grossesse	Age du fœtus depuis la conception.
Échographie	Technique d'imagerie médicale utilisant des ultrasons, qui peut servir à confirmer la grossesse, déterminer la taille du fœtus et son bien-être général.
ECIMUD	Equipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogue (spécifique à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris).
(principe d') égalité/intégration sociale	Permettre que chaque personne aie l'opportunité de vivre une vie active épanouie, épargnée d'injustice, de discrimination et de pauvreté, indépendamment de son sexe, de ses ressources, de sa race, de sa religion, de son âge, de son style de vie, de sa localisation.
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie.
Entretien motivationnel	Méthode de communication et de préparation au changement de comportement qui vise à augmenter la motivation par un travail d'exploration et de résolution de l'ambivalence du patient.
Entretien thérapeutique	Consiste généralement en une rapide évaluation de l'usage de substances psychoactives, un exposé d'informations et de conseils sur les risques associés à l'usage de substances psychoactives et les moyens pour les réduire, des renseignements sur les structures locales d'aides et autres ressources utiles.
Épisiotomie	Incision chirurgicale du périnée (région située entre le vagin et l'anus) afin de laisser passer plus rapidement le bébé et de prévenir la déchirure des tissus cutanés.
Équipe de sages-femmes	Petite équipe de sages-femmes (située à proximité), qui se partagent la responsabilité des soins pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant la période postnatale.
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.
Évaluation du profil biophysique fœtal (PBF)	Utilisation de techniques d'imagerie médicale à ultrasons pour évaluer le bien-être du fœtus.
Fœtal	Relatif au fœtus, à l'enfant à naître.
Free-base	Autre appellation du crack ; peut également être appelée cocaïne-base.
Gravide	Enceinte.

Grossesse « à bas risque »	Grossesse au déroulement normal, pour laquelle peu de complications sont à prévoir, généralement suivie par une sage-femme.
Grossesse « à risque »	Grossesse présentant des probabilités élevées de complications, généralement suivie par un obstétricien.
Grossesse ectopique	Grossesse qui se développe en dehors de l'utérus, généralement dans une des trompes de Fallope. Ce type de complication nécessite une interruption de grossesse en raison du danger qu'elle entraîne pour la mère.
Hand held maternity records	Livret, dossier de suivi de grossesse.
Health visitors	Infirmières/assistantes/soignantes spécialisées dans la famille et la santé publique, qui font partie d'équipes de premiers soins. Elles travaillent aux côtés des sages-femmes pour fournir un soutien éducatif aux parents pendant et après la grossesse. Elles prennent le relais avec les sages-femmes quand les soins procurés par celles-ci s'achèvent (généralement 10 jours après la naissance) auprès de la femme, du nouveau-né et de la famille ; elles assurent des visites à domicile pendant la période qui suit la naissance, puis un suivi régulier de l'enfant jusqu'à son entrée à l'école. Les assistantes puéricultrices/maternelles jouent un rôle clé dans le soutien aux familles, en ce qui concerne l'allaitement, la dépression post-partum, la parentalité, l'encadrement des comportements, les difficultés sociales et émotionnelles. Les assistantes puéricultrices/maternelles rendent visite aux femmes enceintes avant l'accouchement, elles s'impliquent tôt dans leur soin.
Holistique	Dans la globalité des sphères bio-psycho-sociales de l'individu.
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État.
In utero	Dans l'utérus, non né.
Indice de privation sociale	L'index de Carstairs et Morris est composé de 4 indicateurs sociaux jugés caractéristiques d'un désavantage matériel dans la population. Parmi ceux-ci : surpopulation, chômage masculin, classe sociale 4 ou 5, ne pas posséder de voiture.
Inquiétude, préoccupation, crainte	Quelque chose qui affecte ou risque d'affecter la sécurité, le bien-être ou le potentiel d'un enfant. Cela peut être en relation avec une observation, un événement ou une série de ceux-ci, avec un trait de l'enfant ou de quelqu'un dans son entourage, ou avec un aspect de son environnement de soin.
Intervention précoce/anticipée	Agir en amont pour évaluer les besoins et/ou les risques pour les enfants et/ou les enfants à naître, fournir une assistance et un soutien anticipés à une famille afin de prévenir un engrenage et/ou une détérioration.

Intoxication	État dans lequel se trouve un individu après avoir bu ou consommé des drogues en quantités telles que ses capacités d'expression, de raisonnement, et ses capacités à se mouvoir ou à conduire sont significativement altérées.
IVG	Interruption volontaire de grossesse.
Liquide amniotique	Liquide qui entoure le bébé dans l'utérus (appelé aussi « les eaux »).
« Manque »/Sevrage	Réaction du corps au manque soudain d'alcool ou d'une substance psychoactive* auquel il s'était adapté.
MDMA	Méthylène-Dioxy-MéthylAmphétamine (ou Méthamphétamine) – principal composant de l'ecstasy.
Médecins traitants, médecins généralistes	Médecins qui assurent le suivi médical général de l'ensemble d'une famille, qui dans la plupart des cas confirmeront la grossesse. Ils sont expérimentés dans le soin des femmes enceintes et travaillent souvent en relation étroite avec les sages-femmes. Nombre d'entre eux gèrent conjointement les soins prénataux au sein de centres médicaux communautaires de premiers soins *(Primary Care Health Centers).* Ils travaillent également en relation étroite avec les obstétriciens et les sages-femmes pour fournir des soins particuliers aux femmes présentant des grossesses « à risques ». Ils procurent également des soins postnataux à la mère et l'enfant, et travaillent en coordination avec les infirmières, les assistantes maternelles, les auxiliaires de santé ou de puériculture, pour suivre et améliorer la santé et le développement des enfants. Dans de nombreuses localités, les usagers de drogues ayant adopté un traitement de substitution (ex. : méthadone*) sont suivis par des généralistes et se rendent dans les centres de premiers soins pour leurs ordonnances.
Méta-Analyse	Analyse statistique consistant à synthétiser les résultats issus d'un corpus d'études indépendantes explorant un même sujet, afin de produire une estimation unique de résultat.
Méthadone	Chlorhydrate de Méthadone. Traitement de substitution aux opiacés se présentant sous forme de sirop en flacon mono-dose aux dosages suivants : 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg et 60 mg pour 15 ml ; ou sous forme de gélules, aux dosages suivants : 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg.
Mort-né	Bébé né mort après 24 semaines complètes de grossesse. Les naissances sans vie doivent être enregistrées et la cause de mort doit être établie avant que ne soit rédigé un certificat médical d'accouchement d'enfant mort-né et que l'enterrement puisse avoir lieu.
Multi-gravide/ Multi-parturiente	Se dit d'une femme qui a déjà été enceinte / qui a mené à terme plus d'une grossesse.

Néonatologistes et pédiatres	Médecins en charge des besoins médicaux spécifiques des bébés, y compris les prématurés, les bébés atteints de pathologies (par exemple le Syndrome de Sevrage Néonatal), les bébés présentant des anomalies congénitales. Ils travaillent en coordination étroite avec les obstétriciens, les sages-femmes, les infirmières néonatales, les assistantes maternelles et les auxiliaires de puériculture, pour planifier et procurer les soins aux nouveau-nés en collaboration avec les parents. Les nouveau-nés souffrants de pathologies sont généralement traités au sein de l'unité de néonatologie / l'unité néonatale de soins intensifs.
Nouveau-né	Enfant qui vient de naître.
Nullipare	Se dit d'une femme qui n'a jamais accouché d'un enfant viable.
Obstétriciens et gynécologues	Médecins spécialistes de la grossesse et de l'accouchement. Les obstétriciens sont experts dans la prise en charge des complications au cours d'une grossesse, à même de proposer conseils spécialisés, dépistages et traitements. Ils assurent en personne le suivi des grossesses « à risque », généralement en coordination avec l'équipe de sages-femmes et la participation du médecin traitant.
Obstétrique	Branche de la médecine et de la chirurgie spécialisée dans les grossesses et les accouchements.
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies.
Opiacés	Drogues dérivées du pavot, par exemple héroïne, morphine, codéine.
Opioïdes	Incluent les opiacés et leurs analogues de synthèse, par exemple méthadone*, dihydrocodéine, péthidine.
Parcours de soins	Programme de soins structurés, multidisciplinaires, détaillant les principales étapes dans le soin et le traitement des patients atteints de pathologies spécifiques.
Peau à peau	Lorsque le bébé est placé directement au contact de la peau nue de la mère / des parents, généralement sur la poitrine.
Période néonatale	Premiers 28 jours de la vie de l'enfant.
Petit matériel d'injection	Tout l'équipement utilisé pour l'injection d'une drogue (ex. : cuillère, filtre, tasse, aiguille, seringue…).

Pharmaciens	Ils travaillent en collaboration avec les patients, les médecins et les autres professionnels de santé pour s'assurer que les posologies d'usage des médicaments sont respectées au mieux. De nombreux pharmaciens de quartier ont des contacts fréquents avec des femmes enceintes usagères de substances psychoactives, ils peuvent ainsi leur fournir soutien et conseils sanitaires. Les pharmaciens dispensent une variété étendue de services, parmi lesquels : arrêt du tabac, délivrance des substituts prescrits, supervision de l'auto-administration de méthadone*, protocoles d'échanges de seringues, conseil sanitaire général, etc.
Placenta prævia	Lorsque le placenta s'est formé dans la région basse de l'utérus, couvrant parfois le col utérin (cervix) et obstruant la sortie du bébé, nécessitant de recourir à une césarienne.
Plan de l'enfant	Plan d'action coordonné, structuré, qui fixe les objectifs souhaités pour l'enfant et les moyens à mettre en œuvre pour obtenir le changement désiré. Inclut des échelles temporelles, des responsabilités, les assistances à fournir pour répondre aux besoins de l'enfant, un plan d'urgence, la mention des partenaires et des fournisseurs de services impliqués dans le plan.
Plan de naissance	Consignation par écrit des souhaits et préférences de la femme enceinte en matière de soins, pour la grossesse, le travail et l'accouchement.
PMI	Protection maternelle et infantile.
Polytoxicomanie	Consommation/usage conjoint/associé de plusieurs substances psychoactives.
Postnatal	Après la naissance.
Prématuré	Un bébé né avant 37 semaines de grossesse (une grossesse « à terme » dure 40 semaines).
Prénatal	Avant la naissance.
Primipare	Une femme enceinte pour la première fois – parfois appelée « prim' ».
Problème associé à la consommation d'alcool ou de drogues	Se réfère à un large spectre de dommages (physiques, psychologiques, sociaux) associés à la consommation de la substance en question.
Problème de drogue et/ou d'alcool – usage problématique de drogues et/ou d'alcool	Se réfère généralement à une consommation d'alcool, tabac et autres drogues (avec dépendance ou récréative) à l'origine de problèmes sociaux, financiers, légaux ou de santé.
Professionnel cadre/référent	Un(e) professionnel(le) impliqué(e) auprès de la famille, à qui revient la responsabilité de s'assurer que celle-ci bénéficie des soins professionnels appropriés, dont il/elle procure souvent lui-même une part importante.

Professionnel(le) référent(e)	Praticien(ne) à qui revient la responsabilité de s'assurer que les besoins d'un adulte ou d'un enfant sont traités par les services médicaux et sociaux. Parfois appelé « travailleur clé ».
Protocole (PLAN) de soutien familial	Un Protocole de Soutien Familial est un outil de documentation et d'orientation dans le processus de planification des soins destinés aux enfants et aux familles. Il contient des informations sur les aides nécessaires pour favoriser le développement de l'enfant et accroître les capacités de la famille à favoriser le développement de l'enfant. A travers ce protocole, les membres de la famille et les organismes d'aide travaillent en équipe pour planifier, mettre en œuvre et évaluer des aides ajustées aux besoins spécifiques de cette famille, à ses préoccupations, ses priorités et ses ressources.
Rapprochement mère-enfant	Pratique qui consiste à permettre à la mère et son bébé de rester 24h ensemble au lendemain de l'accouchement – ceci facilite l'allaitement et l'attachement, et réduit les risques d'infection.
RCIU	Retard de croissance intra-utérin.
Réanimation	Action de réanimer une personne en état de choc ou d'arrêt respiratoire ou cardiaque.
Réduction des dommages/risques	Approche centrée sur le sujet et son expérience qui consiste à permettre à la personne en situation d'usage de limiter au maximum les complications liées à sa consommation.
Revue systématique	Revue de la littérature scientifique concernant un sujet, au sein de laquelle les résultats des études sont méthodiquement présentés, évalués et synthétisés, au regard d'un critère déterminé.
RPIB	Repérage précoce – intervention brève.
SA	Semaine d'aménorrhée.
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale.
Sages-femmes	Professionnelles formées aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Elles assurent généralement de manière autonome le suivi des grossesses à moindre risque. Elles mettent en œuvre une évaluation continue du risque tout au long de la grossesse, et font appel aux spécialistes médicaux adéquats en cas de repérage de situations à risque. Elles jouent également un rôle important dans l'éducation sanitaire et le soutien apporté aux parents dans leurs nouvelles fonctions. Toutes les femmes enceintes se voient attitrer une sage-femme référente au moment de leur inscription. Le plus souvent il s'agit d'une sage-femme rattachée au service du médecin traitant.

Santé reproductive	Santé de l'appareil reproducteur, des organes impliqués dans la conception, la grossesse et la naissance.
Score d'APGAR	Fiche de relevés établie à la naissance du bébé après observation d'indicateurs de santé tels que : teint, tonus, rythme cardiaque, etc.
Sevrage	Processus par lequel un usager se sèvre des effets de l'alcool ou d'autres drogues sur une période donnée relativement courte (de 1 à 3 semaines), généralement avec une aide médicamenteuse.
Skénan	Sulfate de morphine. Appartenant à la famille des antalgiques, se présente sous forme de gélules aux dosages suivants : 5 mg, 10 mg, 20 mg, 10 mg LP, 30 mg LP, 60 mg LP, 100 mg LP et 200 mg LP.
Soin partagé	Accord entre le médecin traitant et un obstétricien / une sage-femme / un pédiatre / ou un autre professionnel de santé à propos des soins d'une femme.
Soins intrapartum	Soins procurés pendant le travail et l'accouchement.
Soins postpartum	Soins procurés dans la période après l'accouchement.
Soins prénatals	Soins procurés par des professionnels au cours de la grossesse pour détecter, anticiper, prévenir et prendre en charge les problèmes chez la femme et/ou son enfant à naître.
SPA	Substance psychoactive.
SSR	Soins de suite et de réadaptation.
Stimulant du SNC	Substance qui agit sur le système nerveux central en augmentant l'activité neuronale. Ex. : amphétamines, cocaïne, nicotine.
Strabisme	Trouble dans lequel les deux yeux fixent des directions différentes.
Substance psychoactive	Tout produit ayant une action sur le cerveau.
Substances volatiles	Se réfère aux solvants et aux substances inhalées, y compris les aérosols.
Subutex	Buprénorphine haut-dosage (BHD). Traitement de substitution aux opiacés, se présentant sous forme de comprimés aux dosages suivants : 0,4 mg, 2 mg, 8 mg ; qui s'administre en sublingual.
Syndrome de Sevrage Néonatal (SSNN)	Ensemble de symptômes de sevrage affectant un nourrisson dont la mère a consommé certains produits au cours de la grossesse, généralement des opiacés et des benzodiazépines.

Syndrome de sevrage	Apparition de symptômes physiques à l'arrêt de la consommation.
Tératogène	Substance qui provoque des malformations du fœtus et/ou des anomalies congénitales.
Terme	Environ 40 semaines de grossesse, à compter du premier jour des dernières règles.
Tolérance	Signifie que des doses plus élevées de substances psychoactives sont nécessaires pour obtenir les mêmes effets.
Tout-petit	Enfant dans sa première année.
Transmission verticale	Transmission de mère à enfant, soit *in utero,* soit lors de la naissance ou à travers l'allaitement.
Trimestre	Chaque période de trois mois au cours de la grossesse (1er, 2e et 3e trimestre).
UK	Unité Kangourou.
Unité Kangourou	Unité d'hospitalisation post-natale mère-enfant.
Usage nocif	Consommation répétée induisant l'apparition de dommages sanitaires (somatiques, psychologiques ou psychiatriques), sociaux ou judiciaires (retentissement familial, scolaire ou professionnel, marginalisation) pour l'usager ou pour autrui.
Usage récréatif de drogues	Usage occasionnel de drogues.
Usage simple	Consommation de substances psychoactives qui n'entraîne pas de complication somatique, psychique ou sociale, ni de dommage. Cette consommation peut être une expérimentation ou un usage occasionnel.
VHB	Virus de l'hépatite B.
VHC	Virus de l'hépatite C.
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine.

Annexe 1/

Calendrier de prise en charge idéale

Usage problématique de substances psychoactives durant la grossesse

	Soins pré-conceptionnels	• Conseils sur la santé reproductive, la fertilité, la contraception, la santé sexuelle • Proposition de rencontrer le planning familial • Évaluation de la consommation de tabac, d'alcool et des autres drogues • Conseils pour une bonne grossesse : conseils diététiques, complémentation en acide folique et en vitamine D • Évaluation des risques de contamination par les virus transmissibles par le sang et proposition de tests de dépistage
	Confirmation de la grossesse / premier contact avec un professionnel de santé	• Organiser le premier rendez-vous avec une sage-femme en maternité • Consulter son médecin traitant : conseils sur un style de vie sain, sur la complémentation en acide folique, sur l'hygiène • Organiser la première échographie à 12 semaines
10 semaines	Premier rendez-vous (inscription) Partage d'information multi-disciplinaire/première évaluation des risques possibles pour le bébé	• Suivre le guide de soins anténatals • Remplir le formulaire de liaison de la maternité (si usage problématique de substances) • Conseils et soutien pour arrêter de fumer • Interventions brèves sur la consommation d'alcool • Orientation vers un spécialiste en addictologie si nécessaire • Orientation vers une maternité spécialisée dans l'usage problématique de substances psychoactives • Prise de rendez-vous avec un obstétricien • Distribution du fascicule « Enceinte… et consommatrice d'alcool ou de drogues ? » • Remise du fascicule « Prendre soin d'un bébé montrant des symptômes de sevrage » • Réalisation des tests de dépistage (VIH*, VHB*, VHC*). Si résultat positif, suivre la procédure indiquée • Remise du formulaire d'information sur « Comment nourrir le nourrisson » et conseils sur l'allaitement au sein

		• Évaluation du contexte social, discussion sur les bénéfices de la maternité • Évaluation des risques (concernant la protection de l'enfance) • Consentement pour le partage d'information et le travail transversal • Remise du livret de maternité
12 semaines		• Échographie et évaluation du premier trimestre (si consentement)
16 semaines…	Rendez-vous anténatal **Mise en place du plan de soin maternel**	• Discussion des besoins d'évaluation et de soins avec l'obstétricien • Discussion et accord sur le plan de soin maternel • Discussion et accord sur la prise en charge addictologique • Identification de la personne en charge d'organiser l'évaluation transversale et les rendez-vous de soutien à la famille
20 semaines		• Échographie d'anomalie fœtale
22 semaines	Rendez-vous anténatal	• Monitoring de l'évolution, incluant l'usage d'alcool, de tabac et/ou de drogues • Organisation d'une réunion transversale avec les parents/professionnels • Visite d'évaluation à domicile incluant une discussion sur le stockage sans risque des drogues
24 semaines	Réunion transversale et plan de soutien à la famille	• Réunion transversale avec les parents pour discuter l'évaluation et l'agrément à un plan de soutien à la famille • Évaluation de la consommation de drogues, de tabac et/ou d'alcool et des traitements éventuels • Discussion sur les capacités parentales de la mère et du père à élever l'enfant • Discussion sur la prise en charge du bébé présentant un SSNN ou SAF • Nomination d'un professionnel responsable de la coordination du plan de soutien à la famille
28 semaines	Rendez-vous anténatal	• Réunion d'information sur la protection de l'enfance (si nécessaire) et sur le plan de protection de l'enfance (si nécessaire) • Échographie de croissance et monitoring fœtal si nécessaire • Discussion du plan de naissance
32 semaines	Rendez-vous anténatal	• Évaluation de la croissance fœtale : 2e échographie de croissance

		• Discussion sur le travail et la mise au monde (incluant le protocole concernant les prescriptions) • Discussion et agrément sur la contraception postnatale • Surveillance de la consommation de drogues et/ou d'alcool • Mise à jour du formulaire de liaison avec la maternité
36 semaines	Rendez-vous anténatal	• Préparation à la parentalité • Évaluation de la croissance fœtale • Discussion sur la prise en charge du bébé présentant un SSNN ou SAF*
38 semaines	Rendez-vous anténatal	• Préparation à la parentalité • Surveillance de la consommation de drogues et/ou d'alcool
Terme (40 semaines)	**NAISSANCE**	• Si terme dépassé, rendez-vous avec la femme à 40 ou 41 semaines et mise en place d'un plan pour provoquer le travail • Si naissance survenue à terme, suivi du plan de soin postnatal • Conseils et soutien pour l'allaitement au sein • Prescription d'une contraception postnatale • Soutien sur la parentalité pour la mère et le père • Évaluation du Syndrome de sevrage néonatal (SSNN)* et soins si nécessaire • Évaluation du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF*) et soins si nécessaire • Rendez-vous de travail transversal de sortie (incluant les prescriptions requises par le plan de soin) • Révision et mise à jour du plan de soutien à la famille • Identification du professionnel en charge de la coordination pour le plan de soin postnatal • Kit de sortie - discussion sur les risques de mort subite du nourrisson et du partage de lit
10 jours	Soin postnatal **Réévaluation-révision du plan de soutien à la famille / plan de protection de l'enfance**	• Continuation du soutien inter-service/plan de soutien postnatal • Continuation de l'évaluation de SSNN/SAF* et soin (si nécessaire) • Réévaluation de la consommation de drogues/alcool après la sortie • Soutien de prévention à la rechute • Soutien parental pour la mère et le père • Fin de la prise en charge par la sage-femme (entre le jour 10 et le jour 28) • Remplissage du formulaire de liaison avec la maternité (lié à l'usage problématique de substances psychoactives) pour documenter les résultats de la grossesse • Visite à domicile par un *health visitor** à partir du jour 11 • Organisation d'un rendez-vous de travail transversal à 6-8 semaines

\Annexe 2

Protéger les enfants de l'alcool et des drogues à la maison

Il est essentiel de s'assurer que les nourrissons, les enfants et adolescents soient tenus à distance de l'alcool et des drogues que les parents consomment et conservent à la maison. Un certain nombre d'enfants au Royaume-Uni sont décédés ou ont été gravement intoxiqués suite à l'ingestion de drogues. Plus de la moitié des cas d'empoisonnement d'enfants sont dus à l'ingestion de médicaments ou drogues.

Lisez ce fascicule et discutez-en avec votre professionnel de santé.

Protéger les enfants

Les enfants sont naturellement curieux et ne comprennent pas le danger. L'alcool et les drogues pourraient paraître attirants pour de jeunes enfants. Ne comptez pas sur eux pour différencier les médicaments des bonbons ou boissons gazeuses.

Méthadone et autres produits

Même une toute petite quantité de méthadone* peut tuer un enfant. Si un enfant ingère de la méthadone, il peut tomber dans un état de somnolence, s'évanouir, avoir des troubles de la déglutition, s'arrêter de respirer et s'étouffer avec sa propre salive ou son vomi.

Suivez ces recommandations simples pour stocker EN SÉCURITÉ votre méthadone ou n'importe quel autre produit que vous pourriez avoir à la maison

- → Placez vos produits hors d'atteinte dès que vous les ramenez chez vous ou après chaque usage. Maintenez-les toujours hors de vue et inaccessibles. Rangez-les dans un placard en hauteur qui peut se fermer à clé ou dans une armoire fermée.
- → Si vous n'avez pas le mobilier qui convient, achetez-vous un cadenas ou un contenant incassable et que l'on peut fermer à clé, tel un tiroir-caisse.
- → Si vous n'avez pas un endroit où enfermer vos produits, alors assurez-vous qu'ils sont positionnés très en hauteur, et qu'ils ne peuvent pas être vus ou atteints en grimpant.

Médicaments prescrits comme la méthadone ou le diazépam

Assurez-vous que votre pharmacien vous fournit vos médicaments – qu'ils soient sous la forme de cachets, gélules ou liquide – dans un flacon avec bouchon qui ne peut être ouvert par les enfants. Ces bouchons peuvent sauver des vies, mais souvenez-vous qu'ils ne sont pas totalement inviolables, qu'ils peuvent être ouverts, même par des petits. Gardez les flacons hors de vue et hors d'atteinte.

Ne stockez jamais vos produits dans un contenant autre que celui que vous a donné le pharmacien. Retournez toujours les médicaments non utilisés à votre pharmacien. Ne les gardez jamais à la maison.

Ne laissez jamais vos produits – même pour un temps très court :

- sur le sol
- dans un sac, un sac à main ou une poche de manteau
- sous un lit
- dans la chambre d'un enfant
- dans la salle de bain
- derrière les coussins du canapé
- sur une table
- dans une boîte à gants
- dans le réfrigérateur
- sans surveillance lors de voyage avec des enfants

Prendre des médicaments ou d'autres produits à la maison

- Lorsque vous prenez votre méthadone* ou n'importe quel autre médicament, soyez certains de prendre exactement la bonne dose.
- Évitez de prendre les produits devant des enfants.
- Rangez les produits immédiatement après usage. Ne les laissez pas sur une table ou une surface de travail.
- Si vous renversez accidentellement votre méthadone (ou n'importe quel autre produit), nettoyez immédiatement. Lavez les chiffons ou débarrassez-vous des serviettes en papier que vous avez utilisées. Ne les jetez pas simplement dans la poubelle, les enfants pourraient facilement aller les rechercher !
- Lorsque vous avez terminé votre flacon de méthadone ou d'autre médicament, rappelez-vous de le rincer avec de l'eau avant de le jeter.

Si vous achetez de la méthadone ou d'autres produits dans la rue, souvenez-vous que :

- Vous ne pouvez être sûr de la concentration ou de la pureté – et cela même si l'on vous a dit qu'il s'agissait bien du médicament ou du produit que vous consommez !
- Ils pourraient ne pas être conservés dans des flacons avec des couvercles inviolables par les enfants.
- Si un enfant les avale, ni vous ni le médecin ne serez en mesure de dire le contenu du flacon.

Parler aux enfants des dangers des drogues

Si vous avez des enfants, ou gardez des enfants, parlez-leur des dangers de la consommation d'alcool, de drogues ou de n'importe quel médicament et que cela n'est en aucun cas pour eux. Conservez tous vos médicaments, drogues et alcool « hors de vue » et « hors d'atteinte » et dîtes à vos enfants de ne jamais toucher aucune des bouteilles d'alcool ou des flacons de médicaments qui se trouvent à la maison. Dîtes aux enfants que s'ils prennent n'importe quelle drogue ou alcool par erreur, il faut qu'ils vous le disent immédiatement pour pouvoir les aider.

Que faire si un enfant prend une drogue ?

Si vous suspectez qu'un enfant ou un adolescent a consommé de l'alcool ou pris de la drogue par accident, allongez-le sur le côté en **position latérale de sécurité** (*cf.* image ci-contre) et **appelez le 15 immédiatement.** Restez à côté de lui jusqu'à l'arrivée d'une ambulance qui le dirigera vers le service d'urgence le plus proche. Si possible, demandez à quelqu'un d'autre que vous d'appeler le 15 et restez près de l'enfant ou de l'adolescent.

© The British Red Cross

Dîtes au professionnel soignant ce que l'enfant a pris, quelle dose, quand, et à quelle vitesse (montrez-leur le flacon si possible).

N'essayez pas de faire vomir l'enfant, n'essayez pas de le faire boire si l'enfant somnole.

Pour placer quelqu'un en position latérale de sécurité, suivez ces étapes

- → Placez le bras le plus près de vous à angle droit du corps, le coude plié.
- → Amenez l'autre bras contre la poitrine et maintenez le dos de la main de la personne contre la joue la plus proche.
- → Prenez la jambe extérieure juste au-dessus du genou et remontez-la tout en maintenant le pied sur le sol.
- → En maintenant la main collée à la joue, tirez sur la jambe pour rouler la personne vers vous.
- → Ajustez la jambe extérieure de manière à ce que la hanche et le genou soient dans les bons angles.
- → Inclinez la tête en arrière et soulevez le menton vers l'avant, de manière à ce que les voies respiratoires de la personne (bouche et gorge) restent ouvertes. Si nécessaire, ajustez la main sous la joue de manière à garder la tête inclinée.
- → Vérifiez que la personne ne peut pas rouler en avant ou en arrière.
- → Si la personne reste plus de 30 minutes dans la position latérale de sécurité, tournez-la de l'autre côté.
- → Contrôlez le pouls et la respiration de la personne.

Position de sécurité pour les nourrissons (bébés de moins d'un an)

Si le nourrisson est inconscient mais respire, bercez-le dans vos bras, placez-le sur le côté avec la tête penchée vers le bas pour prévenir la possibilité qu'il s'étouffe avec sa langue ou qu'il inhale du vomi.

Appelez le 15 et contrôlez les signes vitaux – respiration, pouls et réflexivité jusqu'à ce que le médecin arrive.

© The British Red Cross

S'injecter des drogues – les risques pour les enfants

- Vous devez vous assurer que les autres ne soient pas exposés à des risques par un usage non-précautionneux du matériel d'injection.
- Les enfants ne devraient jamais être témoins de vos séances d'injection ou de celles d'autres personnes.
- Les enfants n'ont pas la même compréhension des dangers que les adultes. Ils pourraient ne pas être effrayés par la vision de seringues ou du matériel de préparation de l'injection et pourraient vouloir les saisir ou les toucher.
- Si vous (ou quelqu'un d'autre) êtes en train de vous injecter des drogues à domicile, conservez la boîte de seringues dans un lieu sécurisé et fermé, hors d'atteinte et hors de vue des enfants.
- Faîtes en sorte de cacher le matériel d'injection immédiatement en rentrant à la maison, et de vous en débarrasser immédiatement après usage. Rangez votre matériel dans un placard qui peut être fermé et en hauteur.
- Dîtes aux enfants de ne jamais toucher des seringues ou des aiguilles. Si vous en trouvez dans la rue ou dans le quartier – ne les ramassez pas. Appelez plutôt le service voirie de votre mairie pour demander un ramassage de seringues ou d'aiguilles usagées.

Comment se débarrasser proprement du matériel d'injection

Mettez tout le matériel utilisé dans une boîte rigide : aiguilles, filtres, cotons, tampons secs, cuillères, feuilles d'aluminium, pipes à crack, sachets d'acide citrique ou de vitamine C, eau PPI, etc. La boîte peut être ensuite déposée à votre point local d'échange de seringues.

Blessure due à l'aiguille

Il est important d'être conscient des risques causés par l'injection ou par une blessure avec une aiguille. Le VIH*, l'hépatite C, l'hépatite B et d'autres infections peuvent être transmises.

En cas d'urgence – blessure due à l'aiguille

Si vous pensez qu'un enfant s'est piqué avec une aiguille, vous devriez :

- favoriser le saignement en pressant le point de la blessure
- laver abondamment avec du savon et de l'eau
- couvrir avec un pansement pour empêcher des germes d'entrer dans la plaie
- demander un avis médical d'urgence. Ne paniquez pas, même s'il est tout de même urgent de demander un avis médical car un traitement pourrait s'avérer nécessaire.

→ LISTE DE SÛRETÉ

CHOSES IMPORTANTES À SE SOUVENIR

- Stockez les drogues en toute sécurité à la maison – enfermées, hors de vue, hors d'atteinte
- Évitez de consommer des drogues devant des enfants
- Ne mettez pas les médicaments dans des flacons ne disposant pas de couvercles inviolables par les enfants
- Enseignez aux enfants les dangers des médicaments/drogues/alcool et que cela n'est pas pour eux
- Ne donnez jamais aux enfants de produit comme la méthadone* – vous mettrez en danger leur vie
- Amenez vos médicaments périmés à la pharmacie pour les jeter en toute sécurité
- Stockez et débarrassez-vous du matériel d'injection en toute sécurité
- Conservez ce fascicule et lisez-le de temps en temps

N'hésitez pas à parler du stockage de vos médicaments/drogues/alcool avec votre médecin, infirmière ou pharmacien, auxiliaire maternelle, auxiliaire de puériculture, infirmière à domicile ou sage-femme. Ils vous aideront à organiser le stockage de vos produits en toute sécurité, et vous donneront des informations supplémentaires pour PROTÉGER LES ENFANTS.

Annexe 3/

Plan de soutien familial

Enfants concernés par un usage parental de substances psychoactives

Informations sur la MÈRE (nom, date de naissance, adresse, téléphone)

.....

.....

.....

.....

Informations sur le PÈRE (nom, date de naissance, adresse, téléphone)

.....

.....

.....

.....

Informations sur les autres membres de la famille ou tuteurs,
incluant les tuteurs membres de la famille (nom, date de naissance, adresse, téléphone)

.....

.....

.....

.....

Informations sur tous les ENFANTS

.....

.....

.....

.....

Bébé à naître ? ❑ Oui ❑ Non Si oui, date estimée de la naissance : .....

Plan rempli par : .....

Nom du professionnel de santé responsable de la remise de ce plan de soutien familial :

..... Date : .....

Plan de soutien familial

Enfants concernés par un usage parental de substances psychoactives

Nom de tous les professionnels ayant pris en charge les membres de la famille	Agence/Service	Informations de contact	Fréquence de contact exemple, hebdomadaire d'une heure

Plan de soutien familial

Enfants concernés par un usage parental de substances psychoactives

Besoins identifiés	Action / intervention décidée pour répondre aux besoins (incluant, quoi, où, qui, quand pourquoi et comment)	Résultat / objectif désiré	Durée

PLAN ALTERNATIF (Que se passera-t-il si le plan est refusé par la famille ou si les résultats recherchés ne sont pas obtenus ?)

.....

.....

.....

.....

Date du prochain rapport : .....

\Annexe 4

Enceinte… et consommatrice d'alcool ou de drogues ?

Information pour vous aider, aider votre bébé et votre famille

Il est important de connaître les effets de l'usage de tabac, d'alcool et de drogues pendant la grossesse. Ce fascicule vous propose de l'information et des conseils pour vous aider, vous et votre bébé, à rester en meilleure santé possible, et pour vous aider à préparer la naissance de votre enfant.

Usage de tabac, d'alcool et de drogues durant la grossesse

Il est normal de se sentir inquiète des conséquences que pourrait avoir votre consommation d'alcool ou de drogues sur votre grossesse et votre bébé. Il est important de rappeler que la plupart des femmes qui consomment de l'alcool ou des drogues suivent une grossesse normale et mettent au monde un bébé en parfaite santé. Cependant, il existe des risques associés à l'usage de tabac, d'alcool et de drogues. Réduire les risques ne peut que vous aider, vous et votre bébé.

Jusqu'à présent les preuves formelles des effets de l'usage d'alcool ou de drogues durant la grossesse sont malheureusement difficiles à établir. Ce que nous savons cependant est que **fumer durant la grossesse** (ou être exposée à la fumée de cigarette) est clairement dangereux pour votre bébé à naître et peut affecter votre grossesse de nombreuses manières. Nous conseillons à toutes les femmes enceintes (et à leurs partenaires) qui fument d'essayer d'arrêter et nous pouvons vous apporter beaucoup de soutien dans cette démarche ! N'hésitez pas à demander de l'aide à votre sage-femme, votre médecin traitant ou votre pharmacien.

Fumer du tabac, consommer des drogues de rue (comme l'héroïne, la cocaïne, le crack), s'injecter des drogues ou être dépendant de produits comme la méthadone* ou le valium, peuvent augmenter les risques d'accouchement prématuré ou d'accoucher d'un bébé qui a un poids faible. Cela peut entraîner par la suite d'autres problèmes. Le risque de *mort subite du nourrisson* (syndrome de Mort subite du nourrisson ou MSN) est également accru.

Il n'existe aucune preuve solide qui suggère que les drogues illicites (de rue) ou des drogues comme la méthadone puissent provoquer des malformations congénitales. Cependant, les bébés de **femmes qui boivent trop d'alcool** durant la grossesse peuvent naître avec des malformations congénitales ou des lésions cérébrales. Cela peut entraîner par la suite des problèmes sérieux à long terme pour les enfants. Même une consommation de doses faibles ou modérées d'alcool peut augmenter le risque de fausse couche ; aucune dose d'alcool consommée durant la grossesse n'ayant pu être établie comme « sans risque ». Nous conseillons à toutes les femmes enceintes d'éviter l'alcool durant les trois premiers mois de la grossesse et de manière générale jusqu'à la naissance du bébé. Si vous buvez de l'alcool pendant la grossesse, nous vous recommandons de ne pas boire plus d'une unité ou deux d'alcool, une ou deux fois par semaine. Parlez-en à votre sage-femme, votre médecin traitant, pour évaluer combien d'unités sont contenus dans les boissons alcoolisées.

Les usages intensifs de **tabac** ou de **crack/cocaïne** sont liés à un certain nombre de problèmes durant la grossesse car ces drogues réduisent les flux de sang et d'oxygène chez le bébé à naître. Ils peuvent affecter le placenta de nombreuses manières. **S'injecter des drogues** entraîne des risques bien plus graves pour vous et votre bébé, particulièrement des risques d'infection et d'accouchement prématuré.

On connaît très peu de choses sur la dangerosité des effets d'autres drogues comme le cannabis (le « shit »), les amphétamines (le « speed »), l'ecstasy, les solvants (aérosol ou colle), le LSD (« acide ») et d'autres drogues de synthèse ou des « euphorisants légaux ». Cependant, s'il existe un doute sur les effets d'une substance psychoactive*, il est préférable de les éviter pendant la grossesse. Les drogues de rue peuvent contenir des impuretés qui peuvent avoir des conséquences sur votre foie et vos reins. Il est donc préférable de **n'utiliser que les produits qui vous ont été prescrits pendant votre grossesse.**

Il est important de bien se souvenir que de nombreux facteurs peuvent affecter votre grossesse, pas uniquement le tabac, l'alcool et les drogues : par exemple, votre régime alimentaire (la nourriture que vous mangez), votre style de vie et le contexte social, et si vous suivez ou pas un bon programme anténatal (de maternité). L'usage d'alcool et de drogues peut affecter votre appétit, votre poids, votre santé dentaire, votre santé générale, votre humeur, vos relations et votre capacité à affronter la vie quotidienne.

Changer de drogue pendant la grossesse

Si vous êtes usagère de drogues opioïdes (méthadone*, dihydrocodéine, buprénorphine* ou héroïne) essayez de maintenir votre consommation aussi stable que possible durant la grossesse. Cela signifie prendre la même quantité de drogue chaque jour et éviter autant que possible de prendre des extras ou de chercher à être « défoncée ».
Souvenez-vous : continuer à consommer des drogues prescrites comme la méthadone est parfaitement possible, cela vous aide à rester stable et à être bien. Il est complètement inapproprié que quelqu'un vous dise que vous DEVEZ arrêter la méthadone* lorsque vous êtes enceinte.

Si vous vous injectez des drogues, vous recevrez de l'aide pour essayer d'arrêter ou de diminuer. Si vous êtes dépendante à l'héroïne, on vous proposera de prendre un traitement de substitution opiacé (comme la méthadone). Demandez de l'aide aux services spécialisés dans l'accompagnement et la prise en charge des usagers de drogues. Ils vous recevront prioritairement en tant que femme enceinte.

Si vous consommez des drogues prescrites comme la méthadone, et que vous ressentez des nausées le matin, nous vous recommandons en général de fractionner votre dose quotidienne en deux ou plusieurs prises (par exemple une dose le matin, une dose le soir). Fractionner vos doses quotidiennes vous permettra, ainsi qu'à votre bébé, d'être mieux équilibrée sur la durée de la grossesse.

→ Réduire

Si vous pensez que vous pourriez parvenir à réduire votre usage de drogues, vous pouvez bénéficier d'un soutien pour le faire. Parlez-en d'abord à votre médecin ou votre éducateur spécialisé en toxicomanie, pour être en mesure de le faire correctement. Il est important d'éviter la rechute, donc une réduction lente sur plusieurs semaines ou mois est normalement recommandée. Si vous prenez des benzodiazépines* (comme le Valium®) vous recevrez de l'aide pour d'abord réduire cet usage. Si vous réduisez vos prises de drogues, il est conseillé de rendre visite à votre éducateur spécialisé en toxicomanie chaque semaine de manière à ce qu'il puisse garder un œil attentif sur vos progrès.

→ Arrêter

Il est en général conseillé d'arrêter de consommer du cannabis (le « shit »), des amphétamines (le « speed »), de l'ecstasy, des solvants (aérosol ou colle), du LSD (« acide ») et d'autres drogues de synthèse. Nous conseillons d'arrêter toutes ces drogues durant la grossesse. Si vous ne pouvez pas arrêter de prendre des drogues stimulantes (comme la cocaïne, le « crack » ou le « speed »), demandez de l'aide aussi rapidement que possible car un usage important de ces produits pendant la grossesse peut mener à de nombreuses complications. Arrêter de fumer du tabac à n'importe quel moment de la grossesse est toujours profitable pour le bébé. N'hésitez donc pas à demander de l'aide ou des conseils dès que vous vous sentez capable d'arrêter.

→ Certaines femmes qui sont dépendantes aux opiacés ou aux benzodiazépines considèrent qu'elles peuvent arrêter leur usage de drogues d'un seul coup.

Si vous pensez agir de cette manière, il faut en parler à votre médecin ou à votre éducateur spécialisé. N'arrêtez pas soudainement de prendre des opioïdes (comme l'héroïne, la méthadone*, la dihydrocodéine ou la buprénorphine) ou des benzodiazépines* (comme le Valium®) car cela pourrait s'avérer risqué pour vous et votre bébé. Si vous voulez tout arrêter, il est mieux de le faire sous contrôle médical. Ainsi votre bébé à naître pourra être surveillé et vous pourrez bénéficier de soins. Si vous êtes dépendante à la fois aux opiacés et aux benzodiazépines, nous vous aiderons en général d'abord à arrêter les benzodiazépines, dans la mesure où ces produits peuvent causer plus de problèmes au bébé que les opiacés.

→ Alcool…

Une consommation excessive d'alcool durant la grossesse (ce qui inclut le « Binge drinking* », l'alcoolisation massive) peut être très dangereuse pour votre bébé. Si vous buvez plus de deux boissons standards (ou 3 unités) chaque jour et que vous ne pouvez pas arrêter ou réduire votre consommation, alors parlez-en à votre sage-femme ou votre médecin, qui peut vous orienter vers un spécialiste en addictologie. Si vous buvez excessivement (plus de 5 boissons standards par jour – ou 7,5 unités) vous devriez demandez de l'aide immédiatement. Les femmes enceintes qui sont dépendantes à l'alcool sont prises en charge très rapidement et se voient proposer un traitement pour les aider à arrêter de boire. Parlez de votre consommation d'alcool de manière détaillée à votre sage-femme, à votre médecin traitant ou à un professionnel de santé.

Effets de l'alcool et des drogues après la naissance du bébé

Si vous êtes dépendantes à certaines drogues, votre bébé en naîtra dépendant également et pourra développer ce que l'on nomme « syndrome de sevrage néonatal ». Il s'agit d'un état où le bébé présente des signes et des symptômes de sevrage (généralement dans les 3 jours après la naissance). Cela peut survenir avec l'alcool, les benzodiazépines* (comme le Valium®) et les opioïdes (comme la méthadone*, la dihydrocodéine, la buprénorphine et l'héroïne). À la naissance, le bébé ne reçoit plus de drogues et peut passer par une période de sevrage. Le sevrage des bébés dure en général de quelques jours à quelques semaines, mais cela peut aussi durer plusieurs mois.

Il est difficile de prédire comment un bébé va réagir. Cela dépend des produits que vous avez consommés, de la quantité et de la durée. Cela dépend également de la manière dont votre corps réagit aux produits que vous prenez (votre métabolisme durant la grossesse), de la durée de votre grossesse et de la capacité du bébé à évacuer les produits de son système.

Il est important de se souvenir qu'il n'existe aucun lien établi entre la quantité de produits que vous prenez et le fait que le bébé soit affecté à la naissance. Cela signifie que même si vous réduisez vos prises de drogues avant la naissance, votre bébé pourra développer des symptômes de sevrage. De la même

manière, certains bébés de mères qui prennent de hautes doses de produits comme la méthadone* ne développent pas toujours des symptômes sévères. C'est pourquoi nous voulons y préparer tous les parents avant la naissance.

Soins anténatals (avant la naissance)

Lorsque vous êtes enceinte, il est très important que vous soyez suivie régulièrement et que vous assistiez à tous les rendez-vous, échographies et autres tests. Les femmes (et leurs bébés) qui suivent des tests anténatals réguliers sont plus à même de suivre les recommandations en ce qui concerne les drogues qu'elles consomment.

Les sages-femmes et les obstétriciens (médecins de la maternité) sont là pour aider et essaieront de répondre à toutes vos questions. Lorsque vous voyez une sage-femme, parlez-lui de votre consommation de tabac, d'alcool et de drogues, de manière à ce qu'elle puisse vous orienter vers les spécialistes dont vous, votre bébé et votre famille, avez besoin.

Si vous êtes suivie par un addictologue, dîtes lui que vous êtes enceinte, de manière à ce qu'il puisse vous aider à gérer votre consommation pendant la grossesse. Vous aurez peut-être aussi besoin des services d'un travailleur social ou d'un spécialiste en droits sociaux pour vous aider dans vos démarches sociales et administratives (comme l'habitat, les dettes, les problèmes légaux, les questions d'emploi, etc.). Vous aurez peut-être également besoin des services de l'aide à l'enfance pour vous aider à prendre soin de votre enfant, particulièrement si vous avez déjà d'autres enfants à charge, ou si c'est votre premier enfant mais que vous ne bénéficiez pas d'aide de votre famille ou de vos amis.

Normalement, la sage-femme organise une réunion de synthèse avec l'ensemble des professionnels au 6e ou 7e mois de grossesse pour partager votre situation et pour planifier l'arrivée du bébé. Vous et votre partenaire serez invités à y participer. Idéalement, cette réunion devrait clarifier les rôles, les tâches et les connaissances de chacun, notamment concernant le type de soutien dont vous et votre famille avez besoin, les objectifs et les résultats que vous vous fixez, et les services qui peuvent vous être proposés. Un « référent » ou un « professionnel en charge » travaillera avec vous pour faire en sorte que tout se passe comme prévu.

Il peut parfois y avoir des inquiétudes sur la capacité d'un parent, ou des deux parents, à s'occuper d'un nouveau-né, ou sur les risques possibles pour le bien-être et la sécurité de l'enfant à naître. Dans ces circonstances, les services sociaux prennent l'initiative de planifier des soins pour la famille et peuvent organiser un rendez-vous avec les services de la protection de l'enfant. Ils peuvent prendre la décision d'établir un plan de protection de l'enfant **avant** sa naissance. Quoi qu'il en soit, vous serez clairement informée sur le type de soutien mis en place pour vous et votre famille bien avant la naissance.

VIH, hépatite B et hépatite C

Votre sage-femme vous proposera des tests de dépistage pour l'hépatite B et le VIH* lors de vos rendez-vous anténatals. Ces infections peuvent passer de la mère au bébé. Des traitements peuvent maintenant réduire considérablement les risques de contamination de votre bébé. Il est donc important de se faire dépister. Si vous vous injectez des drogues, ou si vous avez eu des relations sexuelles non-protégées (sans préservatif) avec quelqu'un qui s'injecte des drogues, vous avez pu être en contact avec le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C. Dans ce cas, votre sage-femme ou votre médecin traitant vous proposera normalement un test de dépistage de l'hépatite C. Nous vous recommandons également de vous faire vacciner contre l'hépatite B. Si vous (ou votre partenaire) vous injectez des drogues, nous vous recommandons que toute votre famille se fasse vacciner. Malheureusement, il n'existe pas de vaccin contre le VIH et l'hépatite C.

Travail et accouchement

La plupart des femmes consommatrices d'alcool ou de drogues présentent un travail et un accouchement normaux. L'obstétricien (médecin de la maternité) et le pédiatre (médecin de l'enfance) seront présents en cas de complications. Certaines femmes sont inquiètes de savoir si elles recevront suffisamment d'antalgiques... Vous ne devez pas vous inquiéter. Il faut continuer à prendre régulièrement vos médicaments à l'hôpital. Vous bénéficierez d'un traitement antalgique si besoin. Il est important que le personnel de l'hôpital ait connaissance des produits que vous prenez (même les drogues de rue) car cela aura une influence sur le choix des antalgiques à vous prescrire (par exemple certains antalgiques ne sont pas compatibles avec la méthadone*, l'héroïne et la dihydrocodéine).

Vous devez donner au personnel de la maternité les noms, les adresses et les numéros de téléphone de votre pharmacien et de votre médecin traitant. Cela fait partie du protocole hospitalier de vérifier les prescriptions avant de donner des produits (comme la méthadone) dans l'enceinte de la maternité. Vous devriez amener tous vos médicaments à l'hôpital et les confier au personnel. De cette manière, vous éviterez les problèmes ou les délais d'acheminement de vos médicaments dont vous avez besoin à l'hôpital.

Soins postnataux (après la naissance)

Les mères qui ont des problèmes de drogues ou d'alcool sont gardées à l'hôpital au moins 3 jours (72 heures) après la naissance de leur bébé ; cela de manière à vérifier l'état de santé du bébé. Vous aurez à surveiller attentivement votre bébé lorsque vous serez dans le service postnatal. Vous aurez la possibilité de vivre le lien mère-enfant et vous bénéficierez de conseils sur la parentalité et l'allaitement. Dans les jours suivant la naissance, les changements dans votre corps peuvent signifier que les substances prescrites vous affectent plus que d'habitude. Il faut être vigilant car vous pourriez vous retrouvez trop assoupie (et vous sentir « défoncée ») et pourriez accidentellement laisser tomber votre bébé ou ne pas l'entendre pleurer.

Avant que vous et votre bébé ne quittiez l'hôpital, le personnel voudra revoir le plan de soin de votre famille et y apporter des modifications si nécessaires. Cela dépendra de l'état de développement de votre bébé et de la façon dont vous et votre partenaire faîtes face à la situation. Les bébés ne quittent pas l'hôpital tant que tous les professionnels ne sont pas rassurés quant à sa bonne prise en charge par la suite.

Après votre départ du service postnatal, la sage-femme vous rendra visite à domicile. Lorsque votre bébé aura atteint 11 jours, votre *health visitor** vous rendra visite. Il saura vous informer précisément sur la parentalité et sur tous les aspects concernant votre santé et celle de votre bébé. Vous pourrez évaluer la croissance et le développement de votre bébé et rencontrer d'autres parents dans un des centres de PMI de votre quartier. Vous pourrez trouver des groupes de soutien à l'allaitement, des associations de massage pour bébés et des associations de soutien à la parentalité dans la plupart des quartiers. Il est important que vous et votre famille preniez connaissance des services disponibles.

Le temps qui suit la naissance peut être difficile pour les mères et les pères. La fatigue, le manque de sommeil, le « baby blues » et d'autres formes de stress (par exemple : si le bébé présente toujours des symptômes de sevrage) peut rendre plus difficile la prise en charge de votre enfant. C'est tout à fait normal et votre sage-femme, votre médecin, ou votre addictologue sont là pour vous offrir un soutien.

Allaitement

Allaiter est excellent pour la santé et le développement à long terme de l'enfant. Cela favorise le lien mère-enfant et calme les bébés qui présentent des syndromes de sevrage. Vous recevrez beaucoup d'encouragement à nourrir votre enfant au sein. La seule exception sera si vous êtes positive au VIH* car l'infection peut se transmettre aux bébés par l'allaitement.

Dans la plupart des cas, les bénéfices de l'allaitement sont tels qu'il n'est jamais remis en question comparativement aux problèmes relatifs à un usage continu de drogues. Cependant, la sage-femme et l'obstétricien discuteront avec vous des risques de l'allaitement si vous vous injectez des drogues, si vous consommez des drogues de rue, si vous vous alcoolisez de façon importante ou si vous prenez n'importe quelle autre substance qui pourrait poser un problème d'allaitement. Il n'y a aucune preuve que l'hépatite C se transmette au bébé par l'allaitement, donc même si vous êtes positive à l'hépatite C nous continuerons de vous encourager à allaiter.

Si vous avez une prescription de méthadone*, il est important de savoir qu'une très faible quantité passe au bébé par le lait maternel, même si vous prenez des doses importantes. Si vous avez réussi à nourrir votre enfant au sein, tout en continuant à prendre de la méthadone, votre *health visitor** pourra ensuite vous aider à faire passer le bébé à l'alimentation solide quand le temps sera venu.

Si vous fumez du tabac, buvez de l'alcool ou prenez des drogues, il y a une chose à se souvenir concernant l'allaitement – **ne partagez JAMAIS le lit avec votre bébé – et ne nourrissez JAMAIS votre bébé allongée dans un lit, un canapé, sur le sol ou dans une chaise longue, car vous pourriez vous endormir et étouffer ou blesser votre enfant.** Nous conseillons aux parents de toujours laisser leur bébé dormir tranquillement sur le dos dans un berceau. La sage-femme ou le *health visitor** vous expliquera les risques associés au partage de lit, ce qu'est la mort subite du nourrisson et comment en réduire les risques.

Aide professionnelle

En plus de votre médecin traitant, de nombreux professionnels de santé s'impliqueront dans les soins qui vous sont proposés, à vous ainsi qu'à votre bébé. Les sages-femmes sont spécialement formées pour la grossesse et l'accouchement. Les obstétriciens sont les médecins spécialistes des femmes enceintes et de l'accouchement. Les néonatalogistes sont les médecins spécialistes des soins pour nouveau-nés. Les pédiatres sont les médecins qui apportent des soins aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents. Les *health visitors** sont spécialement formés sur la santé des enfants et de la famille. Tous peuvent également impliquer les pères.

Les services spécialisés en addictologie peuvent proposer de l'aide durant votre grossesse ou après que votre bébé soit né. Demandez à votre médecin traitant ou à votre sage-femme comment les contacter. Les services spécialisés donnent la priorité aux femmes enceintes, ils vous recevront très rapidement. Les personnels des services spécialisés en addictologie savent également à quel point il est important d'aider les futurs pères ayant des problèmes de drogues/alcool et leur apporteront un service similaire. Si votre partenaire a des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues, vous pouvez lui conseiller de parler avec son propre médecin traitant ou avec votre sage-femme, qui pourront l'orienter correctement.

Obtenir de l'aide

Il est essentiel que vous receviez toute l'aide et l'assistance dont vous avez besoin durant votre grossesse et après. Montrez ce fascicule à votre partenaire et à toutes les personnes (famille et amis) qui vous aideront à prendre soin de votre enfant. Il existe de nombreux mythes au sujet de l'usage de drogues durant la grossesse et de nombreux préjugés sur les mères qui consomment de l'alcool ou des drogues. Il est donc important que vous en parliez et que vous vous engagiez positivement dans cette nouvelle situation.

Certains parents sont inquiets à l'idée que la garde de leur bébé leur soit retirée uniquement en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues. L'usage de drogues ou d'alcool n'est pas une raison suffisante pour faire un signalement aux services sociaux ou pour décider que vous ne pouvez pas prendre correctement soin de votre bébé. Cependant, si le bien-être ou la sécurité de votre bébé sont

considérés comme préoccupants, ou si les services sociaux peuvent vous apporter une aide supplémentaire, alors ils auront peut-être besoin d'établir une évaluation de la situation et de s'impliquer. La même politique est appliquée à tous, que la consommation d'alcool ou de drogues soit un enjeu ou pas.

Nous disposons au Royaume-Uni de bons systèmes sociaux et de santé qui travaillent bien avec les personnes consommatrices d'alcool ou de drogues. Tout le monde est concerné par votre bien-être, celui de votre bébé et de votre famille, et nous voulons faire de votre expérience de la grossesse et de la naissance une expérience positive.

Sentez-vous libre de parler à un professionnel de santé des informations contenues dans ce fascicule, particulièrement s'il y a des éléments que vous ne comprenez pas et dont vous aimeriez parler.

Numéros de téléphone utiles

- Ma maternité : .....
- Ma sage-femme : .....
- Mon obstétricien : .....
- Mon pharmacien : .....
- Mon *health visitor** : .....
- Mon éducateur toxicomanie/alcoologue : .....
- Mon interlocuteur social : .....
- Autre professionnel impliqué dans mes soins : .....

Annexe 5/

Questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool

T-ACE

T = Tolérance

Combien de verre(s) vous faut-il pour ressentir les effets de l'alcool ?

A = Agacement

Est-il arrivé que des proches, des professionnels de la santé s'inquiètent de votre consommation d'alcool ?

C = Cessation

Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation d'alcool ?

E = Eveil

Avez-vous déjà eu besoin de consommer de l'alcool le matin pour être en forme ?

T = 2 points s'il faut plus de 2 consommations ;
1 point s'il en faut 1 ou 2.

A, C et E = 1 point si la réponse est oui.

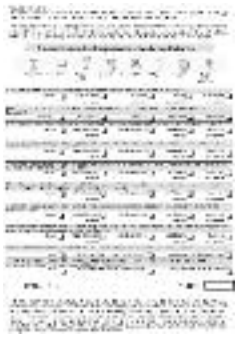
→ À risque à partir de 2 points (1 point pour certains auteurs).
→ Risques élevés au dessus de 2 points.

Questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool

TWEAK

1 ••	Combien de verres devez-vous consommer pour ressentir les premiers effets de l'alcool ?
2 ••	Combien de verres devez-vous consommer pour vous endormir ou tomber ivre ? Ou si vous ne buvez pas jusqu'à tomber ivre, quel est le nombre de verres le plus élevé que vous pouvez boire ?
3 ••	Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool dans l'année passée ?
4 ••	Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
5 ••	Vous est il déjà arrivé de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?
6 ••	Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

→ Les questions 1 et 2 interrogent sur la tolérance.
→ Les questions 3, 4 et 6 sont tirées du DETA.
→ La question 5 interroge sur les épisodes d'amnésie du lendemain *(black out)*.



\Annexe 6

Journal
Consommation d'alcool et de drogues

Jour	Heure	Type de drogue/ boisson consommée	Quantité consommée	Où ? Pourquoi ? Effets ?

Nom : ..... Date : .....

Annexe 7/

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

Information pour les professionnels des services sociaux et de santé

Introduction

Les services de protection de l'enfance demandent régulièrement aux services de santé de fournir des examens et des rapports toxicologiques concernant les mères et les pères (ainsi que les futurs parents) qui suscitent des inquiétudes quant à leurs capacités parentales, où relevant de la protection de l'enfance. Il faut faire attention à l'usage inapproprié, à l'interprétation faussée, aux manières de rendre compte ou à la gestion inadéquate de telles analyses.

Ce fascicule a pour objectif de fournir des informations et des conseils utiles pour les praticiens dans la santé ou le social qui se retrouvent confrontés à des parents consommateurs de substances psychoactives, et plus particulièrement concernant les points suivants :

- l'usage clinique de l'analyse toxicologique selon les objectifs des traitements anti-addiction
- ce que les analyses toxicologiques indiquent et comment elles devraient être interprétées
- ce que les analyses toxicologiques n'indiquent PAS
- les limites de l'analyse toxicologique
- les rapports et la gestion de l'interprétation des résultats d'analyses toxicologiques par les professionnels
- le rôle potentiel de l'analyse toxicologique, si pratiquée, dans les contextes de soin aux enfants ou de protection de l'enfance.

Attention : ce guide ne se réfère pas aux analyses toxicologiques des nourrissons et des enfants pour des objectifs de diagnostic ou médico-légaux.

L'usage clinique de l'analyse toxicologique selon les objectifs des traitements anti-addiction

Les drogues ou médicaments illicites, prescrits ou en vente libre peuvent être détectés dans certains échantillons biologiques (comme l'urine, la salive, le sang et les cheveux) en utilisant différentes méthodes d'analyse. De nombreuses substances licites ou illicites peuvent être mal utilisées, mais elles ne peuvent pas toutes être détectées par des dépistages de routine. Les analyses toxicologiques ciblent généralement les produits en usage commun ou des classes de produits. Les procédures d'analyses toxicologiques dépendent des conditions requises et des ressources des services d'analyse locaux.

L'analyse toxicologique est en général menée à partir d'urine ou de prélèvement salivaire. L'analyse de sang ou des cheveux n'est en général pas effectuée par les services NHS, bien qu'elle puisse l'être pour des objectifs médicaux-légaux.

Le *Department of Health* (2007) fournit des règles cliniques sur l'usage de l'analyse toxicologique dans l'objectif de traitement de l'addiction aux drogues.

L'analyse toxicologique est un outil clinique qui peut aider à la prise de décision en ce qui concerne le traitement de l'addiction aux drogues. Par exemple :

- Comme faisant partie du processus d'évaluation, pour confirmer que le patient prend des drogues
- Pour éclairer les décisions concernant le traitement, comme la prescription de substituts
- Pour permettre d'établir l'efficacité d'un traitement sur une période donnée
- Pour permettre d'établir la conformité avec un traitement sur une période donnée
- Comme élément du processus de révision, pour pouvoir confirmer que le patient prend le médicament prescrit
- Pour aider à surveiller la consommation de drogues illicites, ce qui inclut un objectif de traitement spécifique au produit (par exemple, comme élément d'une intervention psychosociale ou un programme de sevrage)
- Pour soutenir un dialogue honnête entre le clinicien et un patient concernant les progrès dans le traitement.

Les analyses toxicologiques peuvent également être utilisées pour des objectifs et exigences d'assurance de qualité.

Les décisions concernant un traitement de l'addiction aux drogues ne sont jamais prises uniquement sur la base d'une analyse toxicologique. Les résultats d'analyse toxicologique sont utilisés comme guide clinique et pour d'éventuelles mesures de traitement et ne sont pas utilisés de manière punitive. Les mesures coercitives pour obtenir des analyses toxicologiques et les réponses punitives faisant suite à des résultats d'une analyse toxicologique positifs pourraient dissuader les patients de se présenter aux rendez-vous de prise en charge sociale ou de santé, ce qui donnerait de plus faibles résultats. De la même manière, il est important de s'assurer que les besoins des patients, dont les résultats ne montrent pas de problèmes apparents, ne sont pas négligés.

L'analyse toxicologique est toujours réalisée après que le patient en ait pris connaissance et ait donné son consentement. Les directives du Department of Health (2007) indiquent que des analyses toxicologiques intermittentes et aléatoires constituent l'option la plus pratique et efficace pour fournir une information fiable concernant l'usage récent de drogue d'un individu. L'analyse toxicologique, pratiquée pour confirmer un usage illicite de drogue lorsque le patient l'a admis et est déjà en traitement, n'est, en général, PAS efficace.

Attention : Le raisonnement conduisant à l'analyse et l'usage fait des résultats sont importants et doivent être menés par ceux qui sont responsables de la prise en charge du patient pour être efficaces.

Ce que les résultats d'analyse toxicologique indiquent et comment ils devraient être interprétés

L'analyse toxicologique peut détecter la présence ou l'absence de certains types de drogues et leurs métabolites. Les résultats d'analyse d'urine et de prélèvements salivaires donnent simplement une réponse "positive" ou "négative" pour chaque type de drogue, ou "non déterminée" pour une raison spécifique.

Les produits ou classes de produits suivants sont généralement inclus dans les analyses toxicologiques :

- méthadone*
- cocaïne
- benzodiazépines*.
- autres opiacés
- amphétamines

Le cannabis n'est habituellement pas inclus et les analyses toxicologiques ne détectent pas l'alcool.

Attention : les directives du *Department of Health* (2007) insistent sur le fait que les résultats d'analyses toxicologiques devraient toujours être interprétés dans le contexte dans lequel elles ont été réalisées et à la lumière d'autres informations cliniques. Cela peut inclure la prescription en cours (s'il y en a), les informations données par le patient concernant son usage de drogues non-prescrites, l'étape dans le traitement, et les circonstances sociales et personnelles du patient.

Ce que les résultats d'analyses toxicologiques n'indiquent PAS (1)

- Les analyses ne mesurent pas les quantités de drogues prises
- Les analyses ne mesurent pas la fréquence d'usage (par exemple, sporadique ou continue)
- Les analyses ne mesurent pas les niveaux de tolérance
- Les analyses ne confirment ou ne mesurent pas la dépendance* ou la sévérité de la dépendance* au produit
- Les analyses ne peuvent identifier le moment exact où le produit a été consommé (seulement une "période fenêtre" – qui varie suivant le type de produit, la dose, le mode de consommation, la voie d'administration, et l'échantillon test)
- Encore plus important, les analyses n'indiquent pas si les produits ont eu un quelconque effet sur l'état mental ou le comportement de la personne.

(1) Résultats relatifs aux analyses toxicologiques d'urine ou de prélèvements salivaires.

Les analyses toxicologiques ne permettent pas de faire la distinction entre un usage de drogue et un *usage problématique de drogue (2)*. Des résultats positifs à des drogues illicites n'établissent pas que l'usage des drogues ait eu des conséquences négatives pour l'individu ou ceux qui l'entourent. Un résultat positif n'indique pas nécessairement qu'un traitement est nécessaire ou requis.

De la même manière, des résultats d'analyse négatifs à des drogues illicites n'indiquent pas nécessairement qu'un individu :

- consomme les médicaments prescrits comme indiqués ;
- n'est pas affecté dangereusement par un comportement de consommation de drogues ;
- n'est pas usager de drogues illicites ou d'alcool de manière intermittente ou peut-être permanente.

(2) Un usage problématique de drogues signifie que l'usage de drogues à des conséquences négatives sérieuses sur le physique, la psychologie, les relations sociales et interpersonnelles, sur les finances et le statut judiciaire des usagers ou de ceux qui l'entourent. Un tel usage de drogues est en général lourd, avec des symptômes de dépendance, et implique en général l'usage d'un ou plusieurs de ces produits : héroïne, autres opiacés, benzodiazépines*, cocaïne, amphétamines (ACMD 2003).*

Les limites de l'analyse toxicologique

Il y a un certain nombre de limites aux procédures d'analyse toxicologique qui doivent être prises en compte.

Les fenêtres de détection et la sensibilité des différentes analyses peuvent donner des résultats "faux positifs" et "faux négatifs".

Certains médicaments en vente libre peuvent donner des résultats positifs. Par exemple, les médicaments en vente libre qui contiennent de la codéine ou de la dihydrocodéine peuvent donner des résultats positifs aux opiacés. Des analyses pour différencier quel opiacé a été pris sont parfois requises.

Les échantillons peuvent être sujets à des problèmes de frelatage, de substitution, de non-conformité ou des problèmes de prélèvement, produisant des résultats faussés (*Department of Health* 2007). Par exemple, l'ingestion de drogues obtenues illicitement (par exemple la méthadone* de prescription, la dihydrocodéine ou le diazépam) pourrait masquer celles prises licitement.

Il est conseillé que des analyses de confirmation soient requises quand le résultat est inattendu ou contesté, ou si un doute substantiel pèse sur le résultat. Les analyses de confirmation sont essentielles pour les objectifs médicaux-légaux, comme les analyses qui pourraient impliquer des décisions de justice, et les résultats d'analyses qui pourraient avoir des conséquences sérieuses pour les patients et leurs familles – par exemple, dans la surveillance de l'usage de drogues ou la protection de l'enfance.

Rapporter et gérer les résultats d'analyse toxicologique par les professionnels

Les directives du *Department of Health* (2007) établissent qu'il devrait être de pratique courante d'établir des documents écrits pour l'analyse toxicologique, y compris pour la discussion et la gestion des résultats rapportés.

L'analyse toxicologique devrait être conduite quand elle est cliniquement indiquée et quand elle est considérée comme appropriée par le clinicien responsable du plan de gestion clinique de l'usage de substances psychoactives du patient, en accord avec les contraintes et les standards du service en charge des soins.

Les discussions sur les résultats d'analyses et les réponses aux résultats positifs ou négatifs aux analyses doivent être adaptés individuellement et en cohérence avec le plan clinique de gestion de l'usage. Il est conseillé aux praticiens responsables de la prise en charge du patient que les résultats d'analyse soient uniquement fournis à des services non-cliniques, de façon à prendre en compte de manière compréhensive l'histoire de l'usage de drogues du patient, le comportement rapporté dans la prise de drogues, les progrès dans le traitement et le plan de traitement de l'addiction.

Les motivations pour l'analyse et l'usage fait des résultats d'analyse doivent être clairement expliqués. Les professionnels impliqués dans les soins apportés à la famille doivent s'assurer que ces informations soient bien documentées.

Le rôle potentiel de l'analyse toxicologique, si pratiquée, dans le contexte de la prise en charge de l'enfant ou dans les pratiques de protection de l'enfance

Les résultats d'analyse toxicologique ne fournissent pas en eux-mêmes des "preuves" d'une capacité parentale adéquate ou inadéquate pour la prise en charge de l'enfant. La valeur de l'analyse toxicologique pour déterminer les effets d'un usage parental de drogues sur les capacités parentales est dès lors très limitée, particulièrement en cas d'absence de formes plus solides de procédures et de processus d'évaluation de la capacité parentale à prendre soin de l'enfant. Sortis de leur contexte, les résultats toxicologiques fournissent un indicateur de progrès relativement brut et potentiellement trompeur des progrès et ne devraient pas, par eux-mêmes, être utilisés pour justifier les évaluations et les prises de décisions concernant la capacité parentale à prendre soin de l'enfant. Au contraire, il est conseillé aux praticiens de se référer aux directives et procédures établies pour ce qui concerne la protection de l'enfance.

Tandis que les directives du *Department of Health* (2007:16) réfèrent à la possibilité d'utiliser les résultats d'analyses toxicologiques dans le contexte de la protection de l'enfance, il n'existe aucun accord sur des protocoles, des règles, des standards ou des cadres de compétence pour guider de telles

pratiques. Cela représente un défi en matière de gouvernance, de même qu'en matière de responsabilité professionnelle et organisationnelle. Dans ce contexte, les praticiens individuels devraient se sentir autorisés à expliquer, démontrer et défendre leurs pratiques lorsque cela s'avère nécessaire.

Attention : Les directives du *Department of Health* (2007) rappellent que tout membre du personnel qui réalise, interprète ou gère des analyses toxicologiques devrait être suffisamment formé et compétent pour le faire.

\Annexe 8

Tableau d'évaluation du Syndrome de sevrage néonatal

Tableau d'évaluation du Syndrome de sevrage néonatal

Unité n° : ....

Nom : ....

Date de naissance : ....

Poids à la naissance : ....

Âge gestationnel : ....

- Remplissez le tableau avec le score correspondant à chaque période de 4 heures.
- Remplissez le tableau avec le score correspondant pour chaque symptôme et faites ensuite l'addition pour obtenir le score total.
- S'il n'y a aucun symptôme entrez le score = 0
- Inscrire la date au début de chaque nouveau jour et l'heure au début de chaque période de 4 heures

23/06
14 h

SCORES

- Symptômes légers = 0-5 • Symptômes modérés = 6-13 • Symptômes sévères = 14-21

Information pour les parents...

Si le bébé présente des convulsions, appelez les urgences au 112.

Si le bébé présente des symptômes modérés à sévères, demandez un avis médical.

		Date																		
		Heure																		
SYMPTÔME	**SCORE**																			
Allaitement	Incapable d'allaiter du tout	4	gastrointestinal																	
	Demande de tétées chaque heure	2	gastrointestinal																	
	tète très lentement (plus de 30 mn)	2	gastrointestinal																	
Poids... depuis le jour 7	Perte	4	gastrointestinal																	
	Identique	2	gastrointestinal																	
	Gain	0	gastrointestinal																	
	Moins de 7 jours	0	gastrointestinal																	
Condition des fesses	Chair à vif ou abîmée	3																		
	Très rouges	2																		
	Moyennement rouges	1																		
Repos/sommeil après les tétées	Moins d'une heure	5																		
	1-2 heures	3																		
	2-3 heures	1																		
Pleurs/irritabilité	Tout le temps	5	irritabilité																	
	La plupart du temps	4	irritabilité																	
	Seulement de temps en temps	1	irritabilité																	
	SCORE TOTAL																			
		Traitement drogue	traitement																	
		Début ou changement de dose	traitement																	

Commentaires

Annexe 9/

Prendre soin d'un bébé présentant des symptômes de sevrage

Information pour les parents

Ce fascicule fournit de l'information et des conseils qui vous aideront à vous préparer pour l'arrivée de votre bébé. Nous espérons qu'après la lecture de celui-ci vous :

- vous sentirez mieux informés sur le sevrage du bébé
- comprendrez ce dont votre bébé pourrait avoir besoin
- vous sentirez en confiance pour prendre en charge votre bébé.

Les drogues et le nouveau-né

La plupart des drogues (ce qui inclut le tabac et l'alcool) que vous prenez lorsque vous êtes enceinte passe au travers du placenta, puis est absorbée par votre bébé.

Si une mère est dépendante ou « addict » à certaines drogues, le bébé aura été exposé à ces drogues durant la grossesse et pourrait développer des symptômes de sevrage après la naissance. Le nom médical pour les symptômes de sevrage du bébé est le « **syndrome de nevrage néonatal** ».

Malheureusement il est impossible de dire exactement si le bébé réagira, étant donné qu'il existe de nombreux facteurs qui affectent les symptômes de sevrage chez les bébés. C'est pourquoi nous tenons à préparer tous les parents, « au cas où ». Ce que nous pouvons dire est que le sevrage de drogue chez les bébés est assez connu maintenant, vous n'êtes donc pas seule.

Les symptômes de sevrage du bébé se constatent assez souvent avec :

- les drogues opioïdes (comme la méthadone*, l'héroïne, la dihydrocodéine, la buprénorphine),
- les benzodiazépines* (comme le diazépam ou le témazépam),
- la consommation massive d'alcool.

Si votre bébé développe des symptômes de sevrage, ils sont en général facilement maîtrisés et le bébé se remettra rapidement. La plupart des nourrissons affectés par des symptômes de sevrage parviennent à une croissance et un développement normaux à l'âge d'environ 6 mois et ne souffrent plus par la suite si l'on prend soin d'eux correctement.

Les sages-femmes, les autres professionnels de la maternité et les médecins traitants ont de l'expérience dans la prise en charge des bébés et peuvent fournir de bons conseils et de l'aide aux parents.

Comment les bébés sont affectés

Les symptômes de sevrage du bébé sont similaires à ceux que ressentent les adultes lorsqu'ils arrêtent soudainement de boire ou de consommer des drogues. Cependant, il existe des différences importantes entre les manières dont les adultes et les bébés sont affectés.

Les symptômes de sevrage varient beaucoup suivant les bébés. Vous pourriez constater certains ou tous les symptômes suivants :

- pleurs aigus
- pleurs excessifs (qui durent longtemps)
- irritabilité (facilement dérangé ou contrarié)
- difficultés de sommeil (le bébé ne peut pas se stabiliser ou dormir après une tétée)
- difficultés d'allaitement (le bébé est souvent enclin à téter mais ne peut pas prendre ou avaler correctement)
- vomissement (incapable de digérer le lait)
- diarrhées (selles molles ou liquides fréquentes)
- des fesses rouges et endolories (du fait de couches sales fréquentes)
- faible gain ou perte de poids
- agitation (incapable de rester allongé calmement quelle que soit la durée)
- tremblements et nervosité
- irritations de la peau (plaies dues aux mouvements trop répétés)
- nez bouché et éternuements
- respiration rapide
- fièvre (haute température).

Occasionnellement le bébé montre des convulsions, mais cet état est très rare.

La plupart des bébés qui ont été exposés aux drogues avant leur naissance développeront des symptômes après la naissance. Certains bébés ne développent que des symptômes légers et ne nécessitent que les soins habituels apportés aux nouveau-nés. D'autres bébés peuvent présenter des symptômes sévères tels que l'incapacité à téter ou à dormir correctement, ou alors de perdre du poids au lieu d'en gagner. Ces bébés ont généralement besoin de soins spéciaux à domicile ou à l'hôpital (en unité de néonatalogie) et peuvent éventuellement nécessiter des *calmants* pour les aider à se remettre. Certains bébés peuvent être irritables pendant des semaines ou des mois, mais les symptômes s'améliorent avec le temps.

Il est important de se souvenir que les bébés présentant des symptômes de sevrage peuvent présenter des difficultés à répondre normalement à ceux qui prennent soin d'eux. Cela est dû à la façon dont les symptômes de sevrage affectent l'équilibre du bébé. Certaines formes de contact parent-enfant (parentalité) et de mesures de soutien au confort ont montré leur efficacité dans l'aide aux bébés qui présentent des symptômes de sevrage. Si votre bébé développe des symptômes de sevrage, vous recevrez plus de conseils sur ces questions. Nous vous suggérons de suivre ces conseils pour que vous puissiez prendre soin de votre bébé en toute confiance.

Évaluer si le bébé présente des symptômes de sevrage

Les symptômes de sevrage du bébé peuvent commencer quelques heures après la naissance, ou au maximum 10 jours après, mais la plupart des bébés qui développent des symptômes de sevrage montrent des signes après 24 à 72 heures. Il est donc en général demandé aux mères qui sont dépendantes aux drogues ou à l'alcool de rester à l'hôpital (dans le service postnatal) avec leur bébé pour au moins 3 jours (72 heures).

Le service postnatal attend des mères qu'elles prennent soin de leur bébé en permanence ; celles-ci sont encouragées à se lier avec leur bébé et à allaiter. La mère et le bébé ne sont pas séparés, hormis absolue nécessité – par exemple si le bébé n'est vraiment pas bien. En général un tableau d'évaluation est utilisé pour suivre la condition du bébé et l'on montre aux parents comment l'utiliser. Les symptômes de sevrage du bébé peuvent être similaires à d'autres conditions ou problèmes médicaux, il est donc im-

portant d'effectuer une bonne évaluation, ce qui implique de garder un œil attentif sur le bébé, de noter certains signes et symptômes et de décrire la sévérité de chaque symptôme sur une période donnée de temps.

La plupart des bébés peuvent rentrer à la maison après 3 jours (même s'ils développent des symptômes), où ils seront pris en charge par leurs parents, avec le soutien de la sage-femme et du médecin traitant. La plupart des bébés ont besoin d'attention et de soins spécifiques pendant une bonne période, la sage-femme et le médecin traitant voudront vérifier comment le bébé se nourrit, dort, développe son poids, et comment il répond, à vous et à son environnement.

Certains bébés peuvent présenter une aggravation de leur condition après être rentrés à la maison. Cela est dû à certaines drogues (comme les benzodiazépines* – ex : Valium®) qui mettent plus de temps à quitter le système du bébé. Nous encourageons les parents à garder un œil attentif sur leur bébé et à continuer d'utiliser le tableau d'évaluation pendant au moins une semaine après avoir quitté l'hôpital.

Bébé admis dans l'unité de néonatalogie

Si un bébé développe des symptômes de sevrage sévères, il sera alors admis en unité de néonatalogie. Dans ces services, il pourra être alimenté par une sonde et se voir prescrire des *calmants* si nécessaire. Le traitement et le soin a pour objectif de réduire la douleur et l'inconfort du bébé, et de lui permettre de se nourrir et de dormir aussi normalement que possible. Le bébé reste en général en unité de néonatalogie environ 10 jours, mais parfois plus longtemps. La plupart des admissions en unité néonatale se font alors que le bébé est encore à l'hôpital, après la naissance, mais le bébé est également admis alors qu'ils est peut-être déjà rentré à la maison. Si les problèmes du bébé s'aggravent à la maison, il est préférable de l'admettre plus tôt que trop tard. C'est pour cette raison que nous sommes disposés à offrir de l'aide supplémentaire aux parents à la maison afin de voir comment le bébé se porte.

Conseils pour prendre soin de votre bébé

Si votre bébé développe des symptômes de sevrage, nous savons d'expérience, et grâce à la recherche, qu'il existe certaines choses qui tendent à aider le bébé à se remettre.
Voici quelques suggestions.

Pleurs et irritabilité

- Faîtes en sorte que votre bébé séjourne dans une pièce calme et que l'environnement le soit également – pas de lumières ou de sons forts qui pourraient le déranger et le rendre plus irritable.
- Portez votre bébé avec précaution et le moins souvent possible – cela réduira le niveau de stimulation et gardera votre bébé plus calme.
- Utilisez une tétine, à moins que vous n'allaitiez.
- Si votre bébé reçoit beaucoup de contact peau-à-peau, il pleurera moins.
- Essayez de faire des massages très doux à votre bébé.
- Fredonnez, chantez doucement ou bercez lentement votre bébé.

Problèmes d'allaitement

- Allaitez votre bébé dans un endroit calme avec le moins de perturbation possible.
- Allaitez votre bébé à la demande – de petites tétées fréquentes sont en général meilleures.
- Donnez du temps pour le repos entre chaque tétée.
- Faîtes roter votre bébé très précautionneusement lorsqu'il arrête de téter.
- Soutenez délicatement les joues et la mâchoire inférieure de votre bébé pour l'aider dans ses efforts à téter et à avaler.

- Si votre bébé connaît beaucoup de contact peau-à-peau, il tétera mieux.
- Essayez de faire des massages délicats du ventre à votre bébé.
- Prenez note de toutes les tétées de votre bébé, de manière à ce que la sage-femme ou la *Health Visitor** puisse vérifier qu'il se nourrit suffisamment, reçoit suffisamment de calories et prend suffisamment de poids.

Problèmes de sommeil

- Laissez votre bébé dormir dans une pièce calme, avec le minimum de perturbations. Faîtes en sorte que la pièce soit sombre (pas de lumières) et essayez de ne pas trop caresser ou toucher votre bébé.
- Assurez-vous que votre bébé porte une couche propre et sèche – vérifiez s'il présente un érythème fessier (irritation cutanée due au contact de la couche) et appliquez une crème apaisante si nécessaire.
- Assurez-vous que votre bébé a des draps et des vêtements propres, non souillés par du vomi. L'odeur du vomi pourra rendre votre bébé malade à nouveau et le vomi pourra irriter sa peau délicate.
- Une musique douce, fredonner ou bercer doucement votre bébé peut aider.
- Assurez-vous qu'il n'ait pas trop chaud.
- Ne fumez jamais dans la même pièce (ou logement) que votre bébé.

Problèmes de mouvement

- Emmaillotez votre bébé (en l'enveloppant parfaitement dans un tissu doux) – cela pourra aider le bébé à se sentir plus confortable et à arrêter les mouvements.
- Gardez votre bébé dans une pièce calme et à bonne température.
- Utilisez des pièces de tissu en flanelle ou une peau de mouton à poil court recouverte d'une pièce de coton pour assurer le plus de confort au bébé.
- Évitez de trop porter votre bébé s'il est agité, nerveux ou montre des tremblements – limitez les stimulations au maximum pour aider le bébé à se calmer.

Problèmes de peau

- Vérifiez et changez régulièrement les couches de votre bébé.
- Changez régulièrement les vêtements de votre bébé, particulièrement s'il transpire beaucoup.
- Couvrez les mains de votre bébé avec des gants ou des mitaines si sa peau s'abîme à force de sucer son poing.
- Assurez-vous que toutes les zones de peau abîmées soient propres et évitez les lotions pour bébé car il pourrait les sucer.
- Pour prévenir un érythème fessier (irritation cutanée due au contact de la couche), appliquez une crème au zinc ou celle fournie par l'hôpital sur les fesses du bébé.

Problèmes de respiration

- Assurez-vous que personne ne fume près de votre bébé, que l'air soit sain et que la pièce soit à bonne température.
- Assurez-vous que le nez et la bouche de votre bébé soient propres.
- Allaitez doucement votre bébé, accordez-lui des périodes de repos entre chaque prise.
- Évitez de trop habiller ou d'emmailloter trop serré votre bébé.
- Gardez votre bébé dans une position demi-assise et bien soutenue, évitez de positionner le bébé sur le ventre pour dormir.

- Gardez un œil attentif sur votre bébé. Si les difficultés à respirer continuent ou empirent, contactez votre médecin traitant, votre sage-femme ou votre *Health Visitor,* ou appelez les urgences.

Problèmes de température

- Réduisez les vêtements au minimum et évitez trop de draps – évitez que votre bébé ait trop chaud.
- Si vous apportez beaucoup de contact peau-contre-peau, cela aidera à contrôler la température du corps de votre bébé.
- Demandez un avis médical si votre bébé montre une forte température pendant plus de 4 heures. Appelez votre sage-femme ou votre médecin traitant.

Autres problèmes

- Si votre bébé présente des diarrhées ou des vomissements sévères et se déshydrate, contactez votre sage-femme, votre médecin traitant ou l'hôpital pour obtenir des conseils immédiatement.
- Si votre bébé présente des convulsions, composez le 15 et demandez une ambulance pour emmener votre bébé à l'hôpital.

Obtenir de l'aide

Il est très important que vous bénéficiez de tout le soutien dont vous avez besoin. Montrez ce fascicule à votre partenaire ou à n'importe quelle autre personne (famille ou amis) qui vous aidera à prendre soin de votre bébé. Il existe de nombreux mythes sur les symptômes de sevrage du bébé et de nombreux jugements négatifs sur les femmes usagères d'alcool ou de drogues. De nombreux parents disent qu'ils se sentent coupables et blâmables de la condition de leur bébé et trouvent difficiles de parler des symptômes de sevrage du bébé. C'est pour cela que nous souhaitons en parler assez tôt durant la grossesse. De cette manière vous pouvez recevoir de bonnes informations et ne pas vous sentir anxieuse en ce qui concerne votre bébé.

Nous savons qu'il peut s'avérer très difficile de prendre soin d'un bébé qui présente des symptômes de sevrage et que cela requiert de la patience et du temps. L'expérience nous a montré qu'il existe de nombreuses choses que vous pouvez faire pour calmer et assurer le confort de votre bébé et pour aider à améliorer sa condition. Malgré cela, si vous trouvez que prendre soin de votre bébé est trop stressant, n'ayez pas peur d'appeler des professionnels et services NHS. Souvenez-vous qu'ils sont toujours présents pour vous apporter du soutien et pour parler avec vous de toutes les inquiétudes ou questions que vous pourriez avoir.

Sentez-vous libre de parler avec votre sage-femme ou un autre professionnel de santé des informations contenues dans ce fascicule, particulièrement s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas ou dont vous voudriez parler plus en détails. Nous espérons que ce fascicule vous a fourni suffisamment d'informations pour vous aider à préparer l'arrivée de votre bébé.

Numéros utiles

Ma maternité ..... Ma sage-femme .....

Mon obstétricien ..... Mon pharmacien .....

Mon *health visitor**..... Mon éducateur toxicomanie .....

Mon assistant social .....

Autres travailleurs impliqués dans mes soins .....

\Annexe 10

Formulaire de liaison anténatal

(usage problématique de substances psychoactives)

FLA1

Nom de la mère : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Tél. : .....

Mother's Chi n° : .....

E.D.D : .....

Date de la première consultation : .....

Nombre de grossesses déjà menées à terme : .....

Obstétricien référent : ..... Tél. : .....

Sage-femme : ..... Tél. : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

*Health visitor** : ..... Tél. : .....

Éducateur spécialisé en toxicomanie : ..... Tél. : .....

Assistant social : ..... Tél. : .....

Autre professionnel impliqué : ..... Tél. : .....

Détails de l'usage de substances psychoactives

- **Consommateur de tabac ?** ❑ Oui ❑ Non Si oui, nombre de cigarettes par jour : .....
- **Consommateur d'alcool ?** (consommation hebdomadaire estimée sur le 1er trimestre)
  ❑ 0 unité ❑ 1-7 unités ❑ 8-21 unités ❑ 22-42 unités ❑ > 42 unités

Type de consommation d'alcool ?
Par exemple, > 3 unités par jour, alcoolisation massive (> 5 unités en une seule occasion)

.....

.....

Éléments de dépendance* à l'alcool ?
Par exemple, symptôme de sevrage, tolérance, intoxication quotidienne, etc.

.....

Suivi par des services spécialisés en addictologie ? ❑ Oui ❑ Non

Nom du spécialiste en addictologie
référent dans le service : ..... Tél. : .....

- **TRAITEMENT DE SUBSTITUTION PRESCRIT LORS DU PREMIER RENDEZ-VOUS (indiquer le produit et le dosage quotidien)**

.....

.....

Nom du prescripteur : ..... Tél. : .....

Pharmacie : ..... Tél. : .....

Protocole de délivrance du produit
(par exemple quotidienne, 2 fois par semaine / tous les 3 semaines / consommation supervisée)

.....

- **Antécédents de grossesse(s) affectée(s) par un usage <u>maternel</u> problématique de drogues ou d'alcool ?** ❑ Oui ❑ Non
- **Bébé(s) déjà affecté(s) par un Syndrome de sevrage néonatal / Syndrome d'alcoolisation fœtale ?** ❑ Oui ❑ Non
- **Orientation vers un service/sage-femme spécialisé ?** ❑ Oui ❑ Non
- **Usage de drogues illicites (de rue) depuis la conception ?**
  (indiquer toutes les drogues consommées durant la grossesse, en <u>excluant celles qui ont été prescrites</u>)

Répondre OUI ou NON

Drogue consommée	OUI/NON	Drogue consommée	OUI/NON
Héroïne	.....	Cannabis	.....
Méthadone* (achat de rue)	.....	Cocaïne/Crack	.....
Dihydrogène (achat de rue)	.....	Amphétamine (« speed »)	.....
Buprénorphine (Subutex* ou Suboxone) (achat de rue)	.....	Ecstasy	.....
Autres opiacés – *détailler svp*	.....	Autres stimulants – *détailler svp*	.....
Diazépam (achat de rue)	.....	Substances volatiles, colle	.....
Autre tranquillisant – *détailler svp*	.....	Drogues en vente libre – *détailler svp*	.....
Autre usage de drogues – *détailler svp*	.....		

• Usage de drogues par injection ?

Vous êtes-vous déjà injecté des drogues ? ❑ Oui ❑ Non

Vous êtes-vous déjà injecté des drogues durant la grossesse ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, date de la dernière injection ? .....

Si oui, fréquence d'injection ?
(ex. quotidienne/une fois par semaine, etc.) .....

Lister les drogues injectées pendant la grossesse, ex. héroïne, cocaïne, etc.

.....

.....

.....

• Orientation vers un service spécialisé en addictologie ? ❑ Oui ❑ Non

Nom du service : ..... Tél. : .....

• Virus véhiculé par voie sanguine – Test anténatal pour :

VIH*	❑ test accepté	❑ décliné	Résultat .....
Hépatite B	❑ test accepté	❑ décliné	Résultat .....
Vacciné VHB* ?	❑ Oui	❑ Non	
Hépatite C – test proposé ?	❑ Oui	❑ Non	
Si oui,	❑ test accepté	❑ décliné	Résultat .....

• Nom du père/partenaire :

Adresse : .....

.....

Date de naissance : ..... Tél. : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

• Usage de tabac et d'alcool du partenaire ?
Détailler la consommation svp

.....

.....

.....

Traitement de substitution prescrit ? .....

Statut VIH* / Hépatite B / Hépatite C ? (si connu) .....

Formulaire rempli par : .....

Le (date) : .....

Formulaire de liaison anténatal

(usage problématique de substances psychoactives)

MISE À JOUR FLA1 – À remplir au rendez-vous de la 32e semaine

Nom de la mère : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Tél. : .....

Numéro de service à l'hôpital : .....

Mother's Chi n° : ..... E.D.D : .....

• Changement de contacts professionnels ?

Obstétricien référent : ..... Tél. : .....

Sage-femme : ..... Tél. : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

*Health visitor** : ..... Tél. : .....

Éducateur spécialisé en toxicomanie : ..... Tél. : .....

Assistant social : ..... Tél. : .....

Autre professionnel impliqué : ..... Tél. : .....

• Changement des produits prescrits pendant la grossesse ?
(indiquez tous les changements de dose/produit et les dates de changement)

.....

.....

• Changement de pharmacie ?
(indiquer les nouvelles coordonnées (adresse et téléphone) et la date de changement)

.....

.....

• Changement dans l'usage de drogues illicites (de rue) ? Détaillez svp

.....

• Changement dans la consommation d'alcool ? Détaillez svp

.....

• Changement dans la consommation de tabac ? Détaillez svp

.....

• Informations additionnelles concernant le père ? Détaillez svp

.....

Formulaire de liaison postnatal

(usage problématique de substances psychoactives)

FLP1 – Complété au dixième jour. Envoyer une copie au médecin traitant et au *Health Visitor.*

Nom de la mère : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Nom du père : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Nom du bébé : .....

Adresse : .....

.....

Numéro du service de la mère : ..... Numéro SM du bébé : .....

• Détails sur la naissance

Date de la naissance : .....

Gestation : ..... Score d'APGAR* : .....

Poids à la naissance : ..... Cord pH : .....

Taille à la naissance : ..... Périmètre crânien : .....

• Précisions sur le travail et l'accouchement (détaillez, si rien indiquez « rien »)

Type d'accouchement (voie naturelle, Césarienne*, etc.) ? .....

Complications pendant le travail ? .....

Péridurale ? .....

Complications durant la mise au monde ? .....

Problèmes à la naissance ? .....

• Service postnatal

Le bébé est-il resté 72 heures en observation ? ❑ Oui ❑ Non

Symptômes de sevrage néonatal déclarés dans les 72 heures ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, sévérité ? ❑ légère ❑ modérée ❑ sévère

Traitement pharmacologique administré ? .....

Traitement pharmacologique à la sortie ? .....

Alimentation au sein ou biberon à la sortie ? .....

Autres commentaires ? .....

Date de sortie de service postnatal : .....

• Unité Néonatale

Date d'admission : .....

Raison de l'admission : .....

Symptômes de sevrage néonatal ? ❑ Aucun ❑ Légers ❑ Modérés ❑ Sévères

Traitement pharmacologique administré pour le SSNN ? .....

Traitement pharmacologique à la sortie ? .....

Alimentation au sein ou biberon à la sortie ? .....

Autres commentaires ? .....

Date de sortie de service néonatal : .....

• Domicile

Le bébé a développé des symptômes de SSNN <u>après</u> la sortie de l'hôpital ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, symptômes ❑ légers ❑ modérés ❑ sévères

Bébé réadmis ? ❑ Unité Néonatale ❑ Pédiatrie

Date d'admission : .....

Date de sortie : .....

• Alimentation de l'enfant au dixième jour ? ❑ Au sein ❑ Au biberon

Maintien de l'usage d'alcool/drogue durant l'allaitement ? (listez les produits et les quantités consommés)

.....

.....

• Suivi pédiatrique du bébé requis ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, dîtes pourquoi :

.....

Formulaire complété par : ..... **Le (date) :** .....

Nom de la sage-femme : .....

Équipe : ..... Tél. : .....

Nom du *Health visitor** : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

Nom du médecin traitant : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

\Annexe 11

Formulaire de nomination de médecin traitant

FAO : Services de Premiers Soins

Adresse : .....

Date : .....

Objet : **DEMANDE DE NOMINATION D'UN NOUVEAU MÉDECIN TRAITANT**

Par la présente, je demande que l'on m'oriente vers un nouveau médecin traitant.
Mes coordonnées sont :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Sexe : ❑ masculin ❑ Féminin

Numéro de la carte d'identité (si connu) : .....

Numéro de Sécurité sociale : .....

Adresse actuelle (avec le code postal) : .....

.....

Ancienne adresse (avec le code postal) : .....

.....

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre ancien médecin traitant (si vous n'en aviez pas, expliquez pourquoi) : .....

.....

Nom des médecins traitants qui ont refusé de vous accepter comme patient.

.....

Autres membres de la famille qui souhaitent rencontrer un nouveau médecin traitant (listez leur nom complet, leur date de naissance, leur sexe). Utilisez une feuille à part si nécessaire.

.....

.....

Je déclare que les informations communiquées dans ce document sont complètes et correctes.
Je comprends que je ne peux bénéficier que d'un seul médecin traitant afin de répondre aux services médicaux généraux dont j'ai besoin.

Signature : .....

Annexe 12/

Alcool et grossesse, parlons-en

Guide à l'usage des professionnels

Réalisé par la Direction générale de la santé.

L'alcool, parlez-en avec vos patientes, aidez-les à y renoncer.

La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant en France.

La méconnaissance de l'effet tératogène de l'alcool sur le fœtus, et donc du risque induit par l'alcoolisation pendant la grossesse, quel que soit le moment de cette dernière et la quantité d'alcool consommée, constitue un réel problème de santé publique. De plus, pour des professionnels, la question de la consommation d'alcool peut être difficile à aborder avec la femme enceinte.

L'objectif de ce guide est de prévenir l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF*) en intervenant auprès des femmes enceintes.

Pour cela, ce document s'efforce d'apporter aux professionnels des réponses aux deux questions les plus difficiles :

- Comment aborder la consommation d'alcool ?
- Comment, dans les situations les plus complexes, inscrire son avion dans une continuité et une cohérence des prises en charge de la mère et de l'enfant ?

Ce guide concerne au premier chef tous les professionnels en contact avec les femmes enceintes et celles qui sont en désir de grossesse (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes…).

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf

\Annexe 13

Propositions pour le futur plan Mildt

GEGA – Groupe d'études grossesse et addictions

En réponse à la lettre du 01/06/11 d'Étienne Apaire

1] **Agir auprès des ARS* pour favoriser la création de filières de soins régionales pour les femmes enceintes abusant de substances psycho-actives :**

- Sensibiliser les personnels des maternités, PMI*, CSAPA* et CAARUD*, équipes de liaison d'addictologie (ELSA* et ECIMUD*), médecine libérale, réseaux, … à cette problématique.
- Favoriser le financement et la collaboration entre les réseaux de santé périnatals et addictologiques en incluant dans leurs missions prioritaires cette problématique.
- Favoriser la prise en charge spécifique des femmes dans les structures d'addictologie.
- Soutenir les actions d'enseignement et d'information des professionnels : cursus initial et formation continue, DU* et DIU*,… entretien prénatal précoce, interventions brèves, entretiens motivationnels, … auprès de toutes les professions concernées médicales (généralistes, sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, pédo-psychiatres, psychiatres, addictologues,…) paramédicales (IDE*, puéricultrices, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, …).

2] Favoriser la création de **postes de sages-femmes référentes en addictologie** dans les maternités et/ou dans les ELSA*, pour favoriser le repérage et la prise en charge des femmes et sensibiliser l'ensemble du personnel de la maternité et de l'ELSA et améliorer l'accueil de ces grossesses à risques par des équipes pluri-disciplinaires.

3] Favoriser la création ou l'amélioration des **ELSA** dans les hôpitaux comportant une maternité et la création d'**équipe mobiles** pouvant intervenir dans les maternités publiques et privées du réseau qui en sont dépourvues et au domicile des familles.

4] Une étroite collaboration entre les sages-femmes référentes, les ELSA et les équipes locales de pédo-psychiatrie et de psychiatrie assurera le soutien des équipes de périnatalité.

5] Compte tenu des séjours en maternité de plus en plus courts, favoriser la création d'« **unités kangourou** » en maternité (1 lit de suites de couches et 1 lit de néonatologie dans la même chambre) ; ces structures ont aussi la vocation de prendre en charge d'autres problèmes néonataux (moyenne prématurité, retards de croissance intra-uterins, infections,…) sans séparer l'enfant de sa mère et permettent des séjours plus longs qu'en suites de couches. Pour ces dyades concernées par des problèmes d'addictions, ces soins en chambre kangourou ont pour effet d'améliorer très nettement la relation mère/enfant et de prévenir les séparations. Il serait souhaitable de réfléchir à créer des **actes valorisant** le travail médico-psycho-social très chronophage autour de ces familles. Il serait aussi souhaitable d'étudier la possibilité administrative de délocalisation de lits de sevrage complexe en maternité et en pédiatrie pour assurer la surveillance étroite de femmes enceintes et de leur fœtus et de nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage* sévère.

6] Remboursement intégral de toutes les formes de substituts nicotiniques pour les femmes enceintes et pendant l'allaitement.

7] **Améliorer l'aval** en augmentant la disponibilité :

- De structures d'accueil mère-père-enfant : SSR* périnataux, centres parentaux, unités mère-enfant psychiatriques, CHRS*, … par une analyse régionale des besoins par les réseaux ;
- De structures de prise en charge des enfants exposés *in utero* aux substances psychoactives et tout particulièrement à l'alcool : CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) +++.

13 septembre 2011
Claude Lejeune (président du GEGA)

\Annexe 14

Fédération Addiction :

Un projet sur l'accueil des femmes dans le secteur médico-social d'addictologie

Mieux accueillir les femmes dans les établissements

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

Depuis plusieurs années, la Fédération mène une réflexion pour améliorer l'accueil des femmes en situation d'addiction. La question, plus large que celle de la grossesse, mais incluant bien entendu cette situation spécifique, fait l'objet de sessions de formations. Par ailleurs, en 2010 et 2011, la Fédération a mené une enquête en Ile-de-France, dans les centres d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation d'addiction, qui a pointé la nécessité de sensibiliser les équipes aux spécificités de genre.

En 2012, la Fédération a donc réalisé un projet national sur la thématique *Femmes et addictions,* co-piloté par la DGS* et la MILDT*, avec deux objectifs :

- valoriser les actions spécifiques femmes dans le secteur de prise en charge médico-sociale des addictions ;
- proposer aux professionnels du secteur des principes et des repères sur la question.

Une base d'expériences, une revue de littérature et un document de repères

À l'aide d'un groupe de travail constitué d'experts du terrain et de chercheurs, elle a repéré des dizaines d'actions spécifiques pour les femmes en France métropolitaine et outre-mer. Ces actions ont été répertoriées et décrites dans une base d'expériences en ligne (voir au chapitre 3 de ce guide).

En parallèle, la Fédération a confié à l'Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse le soin de réaliser **une revue de littérature internationale** sur la thématique. A partir d'un corpus de 385 études, l'Institut a cherché à répondre plus particulièrement à deux questions :

- existe-t-il des spécificités féminines en matière d'addictions ?
- existe-t-il une spécificité de genre en matière de traitements ?

À contrepied de nombreuses idées reçues, l'examen de la littérature ne laisse aucun doute sur le fait qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes en termes de consommations de substances psychoactives, de facteurs de risques et de conséquences de l'usage. La physiologie, la surdétermination de certaines formes de souffrance psychiatrique et/ou certaines conditions de vie rendent les femmes plus vulnérables à l'usage ou l'usage problématique de psychotropes.

D'autre part, l'étude des traitements spécifiques montre que les femmes ont à gagner à pouvoir bénéficier de réponses adaptées, dans le cadre de dispositifs de première ligne ou d'accompagnement et de soins.

À partir des données objectivées par la recherche, des remontées des expériences de terrain et des connaissances des membres du groupe de travail, **un document de repères** a été élaboré par et pour les professionnels : nous le reproduisons dans les pages suivantes.

En savoir plus sur la Fédération : www.federationaddiction.fr

Annexe 15/

Rédaction de fiches techniques « grossesse et consommation de substances psychoactives » : une démarche régionale

CORINNE CHANAL, sage-femme référente « périnatalité et addictions »
du réseau périnatal régional « Naître et grandir en Languedoc-Roussillon »
EVELYNE MAZURIER, pédiatre, CHU Montpellier
PASCAL GALLAND, médecin addictologue, CH Béziers
ANNE STOEBNER, médecin de santé publique, ICM (Institut du cancer de Montpellier)

et le groupe régional « périnatalité et addictions » :
Michèle MISRAOUI, pédiatre libérale Montpellier
Anne ALAUZEN, médecin de PMI, Conseil General Hérault
Patricia PEREZ, sage-femme de PMI, Conseil général 66 et association des sages-femmes 66
Pascale COMMECIE, sage-femme, CH Carcassonne
Patricia ROHR, psychologue, ANPAA 34
Valérie PAIRIS, psychologue, CH Narbonne
Delphine MOULET, sage-femme, CH Béziers
Méissa NEKAA, médecin addictologue, CHU Nîmes
Jean-Louis BALMES, médecin addictologue, CHU Nîmes
Guy MASSON, gynécologue-obstétricien, CHU Nîmes
Anne-Marie CLAUZEL, tabacologue, Montpellier
Pascale MATHIEU-PEYRERON, infirmière, Béziers
Martine HINSINGER, sage-femme, Montpellier
Pierre BOULOT, gynécologue-obstétricien, CHU Montpellier
Hubert DAUDE, pédiatre, CAMPS Montpellier
Odile FORTAIN, cadre de santé, Béziers
Nathalie BOUSQUET-JACQ, pédopsychiatre, CAMSP Montpellier
Bénédicte DELMAS, médecin addictologue, CH Perpignan
Patrick VENTURINI, psychiatre, CH Perpignan
Elisabeth BOUISSET, sage-femme, clinique Notre-Dame d'Espérance, Perpignan
Catherine ESPIAND-MARÇAIS, sage-femme tabacologue, CHU Montpellier
Marie-Luce MERCIER, sage-femme, Perpignan
Guy MASSON, gynécologue-obstétricien, Nîmes
Hélène DONADIEU-RIGOLE, médecin alcoologue, Montpellier
Serge ABAUTRET, éducateur ANPAA 34

Introduction

Suite à la démarche innovante de l'équipe de périnatalité du CHU de Montpellier depuis 1997 qui a montré l'intérêt d'une prise en charge de femmes toxicodépendantes à partir d'une maternité et à la difficulté pour les équipes d'addictologie de coordonner des actions en périnatalité malgré leur motivation, la Commission régionale de la naissance du Languedoc-Roussillon a missionné le réseau périnatal régional « Naître en Languedoc-Roussillon » pour effectuer un état des lieux régional concernant la prise en charge des femmes enceintes dépendantes de substances psychoactives et de leurs enfants. Il s'agissait de recenser les expériences locales, les ressources et les besoins à l'échelle d'une région et de définir des axes de travail y répondant.

Une coordination régionale

Un comité de pilotage régional « périnatalité et addictions », issu du sous-groupe « périnatalité et addictions » de la Commission régionale de la naissance et coordonné par une sage-femme référente a été mis en place. Ce groupe de pilotage régional a été constitué par des professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes dans la région depuis plusieurs années : addictologues, sages-femmes, psychologues, pédiatres, pédopsychiatres, éducateurs, médecins de PMI, de plusieurs villes de la région.
Ce groupe permettait une réflexion pluridisciplinaire à l'échelle de la région et pouvait relayer la demande et les besoins des professionnels de tout le territoire.
Les objectifs suivants ont été définis :

- Impliquer les professionnels de périnatalité dans la prise en charge des femmes enceintes ayant des comportements addictifs
- Faciliter la collaboration pluridisciplinaire dans chaque bassin de naissance
- Rédiger des protocoles de conduites à tenir
- Soutenir la mise en place de réseaux de proximité pour un meilleur ajustement aux besoins des familles
- Organiser un meilleur suivi des enfants.

Une dynamique de proximité

Un recueil des ressources et des besoins des professionnels a été fait, faisant l'objet d'un rapport en 2009, orientant les actions à mener dans chaque bassin de naissance. Une des demandes exprimées était de mieux se connaitre pour mieux travailler ensemble. Le projet du comité de pilotage était une autonomisation de ces groupes de travail locaux afin qu'ils affinent leur pratique de travail en réseau. L'expérience a montré qu'une bonne dynamique locale nécessite :

- une mise en relations de professionnels de différents champs et de toutes les structures ayant un lien avec la problématique ;
- des référents locaux : idéalement un professionnel du champ de l'addictologie, un professionnel de la pédiatrie et un professionnel de l'obstétrique ;
- un projet commun (exemples : organisation d'une formation, élaboration de protocoles, réunion autour de cas clinique…).

Le réseau périnatal régional a donc organisé des rencontres de « réseau de proximités » en s'appuyant sur les maternités et les membres du groupe de pilotage régional qui se sont mis à disposition de leur propre bassin de naissance pour concourir à l'amélioration de cette dynamique.

Il s'agissait, dans chaque ville de la région comportant une ou plusieurs maternités, de faire se rencontrer des professionnels de tous les champs des secteurs public, privé, PMI, libéraux et associatifs. Chacun se présentait et donnait sa position face à la prise en charge de patientes enceintes présentant une ou plusieurs addictions. Un apport de connaissance y était prévu. À chacune de ces réunions de réseau de proximité, les participants ont été invités à laisser leurs coordonnées. L'ensemble d'entre eux a constitué un groupe dit « des correspondants locaux ». Au fil des actions de proximité, ils sont passés de 130 en 2008 à 491 en 2011.

Un travail de rédaction pluridisciplinaire

À la demande des professionnels de périnatalité et des addictologues en charge de formation sur la thématique, le comité régional de pilotage a réalisé six référentiels, textes de 4 à 6 pages, qui constituent un socle commun de connaissances, basés sur des revues de la littérature actualisées, à utiliser en formation pour des professionnels de périnatalité. Ces textes ont été rédigés par les membres du groupe de pilotage régional qui se sont entourés des professionnels de leur choix dans leur bassin de naissance. Ensuite ces textes ont été relus en réunion régionale, corrigés et envoyés par mail à un groupe plus grand de « correspondants locaux » pour critique et propositions, puis à nouveau corrigés et validé par le groupe de pilotage régional pluridisciplinaire. Ils sont au nombre de 6, validés en 2008 et actuellement réactualisés.

Voici les thèmes choisis :

- Le concept d'addiction
- Quelques repères pour les entretiens
- Alcool et périnatalité
- Tabac et périnatalité
- Cannabis et périnatalité
- Opiacés, cocaïne et autres substances psychoactives.

Les professionnels de périnatalité les moins demandeurs de formation sur les addictions étaient les gynécologues-obstétriciens. Pourtant leur place était cruciale dans le repérage des patientes consommatrices. Le groupe de pilotage a questionné les rédacteurs des protocoles d'obstétrique. Leur demande était très « pratico-pratique » : disposer de fiches pratiques de conduites à tenir, format A4 pour être jointes aux cahiers de protocoles. Elles devaient être concises, pratiques et immédiatement lisibles pour un consultant de la grossesse.

Ces fiches devaient donc être traitées à partir du déroulement d'une consultation de grossesse et suivre l'axe du suivi de grossesse. Il fallait aider le consultant à apporter des réponses aux patientes (aux couples). Exemple « j'ai bu plusieurs verres d'alcool en fêtant mon anniversaire avant de savoir que j'étais enceinte, que va-t-il arriver à mon bébé ? », « je fume des joints le soir pour dormir, que dois-je faire ? ». Le groupe de travail a donc établi ces fiches de conduites à tenir en fonction des consommations déclarées des femmes enceintes (de tabac, d'alcool, de cannabis, d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines..). La rédaction a été pluridisciplinaire afin que chacun des professionnels présents prenne conscience de la culture de l'autre et de ses priorités. Six fiches techniques de conduites à tenir ont donc été rédigées en 2009.

En voici la liste :

- **Aborder la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse**
- **Consommation de tabac pendant la grossesse**
- **Consommation d'alcool pendant la grossesse**
- **Consommation de cannabis pendant la grossesse (voir ci-joint)**
- **Consommation de cocaïne et d'amphétamines pendant la grossesse**
- **Consommation de médicaments psychotropes pendant la grossesse**

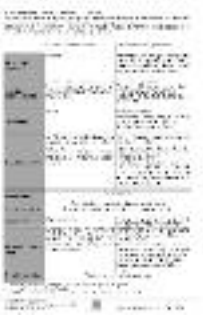
Depuis 2012, elles sont en cours de mise à jour. Le groupe y a adjoint 2 tableaux récapitulatif ; l'un sur les effets de chaque produit sur la grossesse, le fœtus, l'enfant, la lactation et l'autre sur les conduites à tenir en obstétrique, en addictologie, en pédiatrique, pour l'allaitement.

Tous ces documents ont été envoyés par mail aux 1450 adhérents du réseau périnatal régional et mis en ligne sur le portail professionnel d'un site de périnatalité où ils sont téléchargeables à l'adresse suivante : www.perinat-france.org/portail-professionnel/referentiels/protocoles-regionaux/languedoc-roussillon/referentiels-du-languedoc-roussillon-645.html

Conclusion

Les conduites à tenir proposées dans ces fiches techniques ne proviennent pas d'un consensus national mais sont le résultat d'une négociation pluridisciplinaire régionale. La démarche du réseau régional « Naître en Languedoc-Roussillon » a été d'impliquer le plus de professionnels possible dans des actions sur la thématique « périnatalité et addictions » afin de mieux les sensibiliser. Le travail de rédaction ne devait pas être circonscrit aux professionnels pouvant se déplacer pour des réunions régionales même si ceux qui l'ont fait ont été le pivot de la dynamique tant locale que régionale.

Annexe 16/



Annexe 17/

Fiche de conduite à tenir

Élaborée par la Maternité de l'hôpital Louis Mourier de Colombes
Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine, AP–HP

ADDICTIONS : FEMMES ENCEINTES ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SAUF TABAC)

Objectifs

Améliorer le pronostic périnatal et à plus long terme, celui de la mère et de l'enfant.
Favoriser l'établissement du lien parents-enfant.

Lors de la première consultation à la maternité

- Établir une relation de confiance avec la femme ou le couple, évaluer le contexte psychologique et social.
- Inventorier les différentes substances psycho-actives (illicites, médicaments, alcool,…) ; vérifier les résultats des sérologies (VIH, VHC, VH B) et informer la patiente des risques pour le fœtus (intervention brève).
- Noter les différents intervenants (médecin traitant, centre de soins spécialisés, psychiatre…) pour contacts et envoi d'informations si accord, avec présentation au staff de parentologie.
- Informer la patiente de l'existence de l'ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie) et prendre contact devant elle pour RDV rapide qui permettra une évaluation précise des conduites addictives, retracera l'histoire de la consommation ; évaluera la dépendance et proposera une prise en charge (avec possibilité d' hospitalisation pour sevrage en cas d' alcool ou de poly-addiction).
- Si absence de prise en charge des conduites addictives, informer de l'intérêt de la débuter rapidement.
- Expliquer le suivi de grossesse (consultations, échos mensuelles, …) et réunions d'information.

Si déjà traitée par substitution aux opiacés insister sur l'intérêt de la poursuite du traitement substitutif par méthadone* ou buprénorphine* sans réduire les posologies (prévoir une augmentation en fin de grossesse).

Considérer la grossesse comme étant à haut risque médical, psychologique +/- social
Suivi de la grossesse : avec médecin ou sage-femme référent(e)

- proposer consultation avec pédiatre référent
- contrôler la sérologie VIH au 8e mois

A l'entrée en salle de naissance ou le matin de la césarienne programmée à l'étage

- Recherche systématique de toxiques dans les urines de la mère, après information de la patiente.

En salle de naissance

- Prise en charge de la douleur +++.
- Surveillance ++ du nouveau-né : recherche syndrome de sevrage (score de Lipsitz).

En suites de couches

- Évaluer la relation parents-nouveau-né, soins adaptés (lumière tamisée, atmosphère calme, cocooning).
- Surveiller l'apparition du syndrome de sevrage (pédiatre, SF et équipe soignante) : score de Lipsitz.
- Informer l'ELSA* de la naissance.
- Soutenir l'allaitement maternel (pas de CI sauf si VIH+).
- Préparer la sortie en collaboration avec SF, pédiatre, obstétricien, ELSA, autres partenaires (PMI++).
- Pas de sortie précoce (délai apparition syndrome de sevrage parfois > 8 jours).

En cas d'urgence (en dehors de la présence d'un médecin de ELSA) :

• **Syndrome douloureux chez une patiente consommatrice non substituée : surveillance RCF** et traitement symptomatique du syndrome de manque par Paracétamol et Spasfon* + anxiolytique (Lexomil*)

• **Douleur chez une patiente substituée :**

- si buprénorphine : augmenter avec des interdoses la buprénorphine ou Acupan*
- si méthadone : donner un morphinique (Sevredol*) ou de l'Acupan*.

ADDICTION : TABAGISME « MATERNITÉ SANS TABAC »

Consultation

1/ L'infirmière mesure le CO expiré et note le résultat dans le dossier (à coté de la tension).

2/ Le médecin ou la sage-femme (pour la femme et son partenaire) :

- pose la question de la consommation du tabac (ATCD, consommation actuelle : combien, quand ?) et du cannabis (ATCD et consommation actuelle : combien et quand ?), ou autres drogues illicites, en même temps que des questions sur les habitudes alimentaires (coca cola, jus de fruits, apéritifs, vin, champagne, bière, cidre, café, thé, …) ainsi que sur la prise de médicaments ;
- commente le résultat de la mesure du taux CO : intoxication : > 5 (débutante tabagisme actif ou passif ou pollution), > 10, (importante t. actif, passif, intox CO domestique) > 20 ppm (très importante).

Si la femme fume (tabac ou cannabis), donner le « conseil minimal » :

- a-t-elle entendu parler des risques majeurs pour sa fertilité, pour la santé de son enfant, pendant la grossesse, dans les premiers mois, à l'adolescence ? et pour elle-même plus tard ?
- souhaite-t-elle s'arrêter, ou ralentir (en ne gardant que les cigarettes « plaisir ») ?
- sait-elle qu'il n'est jamais trop tard pour s'arrêter ? (l'hémoglobine se normalise en 72 h)
- sait-elle que nous pouvons lui proposer de l'aide ? que les substituts nicotiniques sont autorisés pendant la grossesse ? qu'elle peut venir avec son compagnon pour l'aider aussi ?

Informer de l'existence d'une consultation hebdomadaire de tabacologie en maternité = consultation « d'aide à l'arrêt » ou de « conseils ». Si souhaité, donner rdv dès que possible et donner la plaquette et le dossier tabacologie.

Hospitalisation

→ Femmes fumeuses enceintes ou accouchées

1) Mesurer le CO (à reporter sur la page bilan du dossier de tabacologie la mesure du CO et sur le dossier de maternité à la page des toxiques avec la date de la mesure).
2) Proposer une aide par substituts nicotiniques, à la patiente hospitalisée pour soulager le manque et éviter les déplacements (MAP) et la nervosité selon le protocole ci-dessous.
3) Informer l'équipe de tabacologie de la présence de la patiente.
4) Distribuer systématiquement un dossier de tabacologie à la patiente pour qu'elle le remplisse avant que le tabacologue ne passe.

→ Protocole de substitution nicotinique chez la femme enceinte

RÈGLES À RESPECTER :
Ordonnance à prescrire en mentionnant : produit prescrit dans un but thérapeutique en l'absence d'autre alternative.

1) Réévaluer la patiente les jours suivants : augmenter en cas de manque et baisser si surdosage.
2) Ne pas patcher la femme sur 24 heures (sauf exceptions voir avec les tabacologues), retirer le patch la nuit, et avant ou au moment des tétées lors de l'allaitement (selon bénéfices/risques).

- **Consommation < 5 cigarettes :** substituts oraux de 2 mg (gommes ou pastilles).
- **Entre 5 et 10 cigarettes :** 1/2 patch de 21 mg/24 h à retirer la nuit + des gommes ou pastilles.
- **Entre 11 et 15 cigarettes :** patch de 14 mg/24 h à retirer la nuit + gommes ou pastilles.
- **Consommation > 15 cigarettes :** patch de 21 mg/24 h à retirer la nuit + des gommes ou des pastilles.

Signes de surdosages (rares)	Signes de sous-dosages
• Nausées, anorexie • Céphalées • Tachycardie sinusale • Diarrhée • Insomnie	• Manque, envie de fumer • Anxiété, nervosité • Diminution de la satiété • Humeur triste

\Annexe 18

JEAN EBERT

Pédopsychiatre, directeur de l'association Horizons
Contact : direction@horizons.asso.fr

Le Centre Horizons

Le CSAPA Horizons a développé depuis 1989 une mission toute particulière : le soutien des parents ou futurs parents dans leur parcours de soins et dans leur relation avec leur(s) enfant(s) et le soutien de l'enfant dans ce contexte d'addiction de sa mère, et/ou de son père.

Ainsi le Centre Horizons est le seul CSAPA en France à recevoir spécifiquement des femmes enceintes et des jeunes mères dans un contexte d'addiction.

Depuis l'ouverture, l'équipe a ainsi l'expérience de l'accompagnement de près d'un millier de situations de grossesses et a développé un savoir-faire.

Créée le 23 août 1986, l'association Horizons avait pour objet de :

- entreprendre la prise en charge des parents toxicomanes avec leurs jeunes enfants, tant dans un but thérapeutique et de prévention que d'aide à leur réinsertion ;
- participer à une recherche sur les effets de la toxicomanie, sur la maternité et ses conséquences chez l'enfant ;
- créer à cet effet toutes structures d'accueil et de soins qui sont nécessaires.

L'association Horizons est née du constat de l'absence de centres spécialisés de soins aux toxicomanes proposant des prises en charge adaptées aux parents toxicomanes et plus particulièrement aux femmes enceintes, aux mères toxicomanes alors même que la maternité peut être un support fécond à une tentative de responsabilisation et de refus de dépendance à la drogue. Par « prise en charge adaptée », il faut entendre une réponse qui tienne compte de la mère et de l'enfant dans leurs interactions réciproques et non limitée à la dimension toxicomaniaque du parent.

L'association avait également pour objectif d'aller contre les représentations péjoratives de la toxicomanie dans les structures ou institutions des champs sanitaire, social ou de l'enfance, conduisant les parents toxicomanes à craindre l'intrusion des professionnels de ces champs et leur jugement d'emblée négatif sur leur capacité parentale.

Depuis l'ouverture en janvier 1989 du premier établissement géré par l'association, le Centre Horizons, l'histoire de l'association est étroitement liée à celle de cette structure. Certes, des services ont vu le jour sur cette période mais des services liés au Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) dans leurs missions et leur fonctionnement, un service d'appartements thérapeutiques, et un service d'accueil en chambre d'hôtel.

En 2005 est créé un réseau de santé, le Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions (DAPSA), autonomisant quelque peu les fonctions et le projet de l'association d'une part et les établissements et services gérés d'autre part. En effet, le DAPSA est, à compter de 2007 et à la demande des financeurs, géré par une association indépendante du même nom.

Depuis 2012, le Centre Horizons est géré par l'association Estrelia.

Les objectifs

Les objectifs du Centre Horizons se déclinent de la façon suivante :

- Créer les conditions d'un accueil chaleureux et sécurisant ouvert aux femmes enceintes et en particulier aux parents ayant une problématique d'addiction et à leurs enfants ainsi qu'à leur entourage, favorisant l'expression d'une demande d'aide
- Orienter, à partir d'une évaluation médico-psycho-sociale, les patients dont l'indication de prise en charge n'est pas au Centre Horizons
- Mettre en place un accompagnement adapté à la situation des patients parents et futurs parents dans le cadre d'une offre de services coordonnés par une équipe pluridisciplinaire et avec les partenaires extérieurs
- Proposer et soutenir un soin de la dépendance aux produits toxicomanogènes et à l'alcool
- Réduire la souffrance physique, psychique et sociale de chacun et de la famille
- Réduire les dommages liés à la consommation de produits et au mode de vie en particulier pendant la grossesse
- Soutenir le patient dans sa fonction de parent
- Accompagner le patient dans sa démarche d'autonomisation
- Garantir la cohérence interne de la prise en charge et assurer son évaluation continue

La population accueillie

Il s'agit là de présenter la population accueillie au Centre Horizons en la comparant à la population générale accueillie dans les CSAPA sur le territoire national. Ces données se basent pour le Centre Horizons sur les rapports d'activité des années 2004 à 2006 et sur les résultats de l'exploitation des données RECAP du Centre de 2005 et 2006. Pour les données nationales, les sources sont le rapport DGS *« Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004 – exploitation des rapports d'activité-type des CSST », OFDT, 77 p. Décembre 2006* ainsi que les résultats nationaux de l'exploitation des données de l'enquête RECAP de 2005 et 2006.

Descriptif général des patients accueillis

Alors que l'ensemble des CSAPA accueille en moyenne 440 patients par an, le Centre Horizons en accueille 248. Cet écart trouve son origine dans le projet lui-même, c'est-à-dire la prise en charge d'une population spécifique. L'accueil de parents avec leurs enfants, de femmes enceintes entraîne la mise en place de suivis plus intensifs : les parents venant au Centre avec une demande de soins et de projet de vie avec leur(s) enfant(s) s'investissent davantage dans la prise en charge mise en place, les risques d'intervention des services de protection de l'enfance incitant ces parents à s'engager dans le projet de soins. Pour soutenir cette hypothèse, on peut comparer le nombre de patients vus une seule fois, 22 % au niveau national et moins de 11 % pour le Centre Horizons (chiffre en nette diminution depuis 3 ans). La période de la périnatalité, la présence d'un enfant sont très favorables à l'établissement de soins durables. Hors il y a une corrélation significative de résultats favorables en fonction de la temporalité des soins.

Au niveau de la répartition par sexe, la répartition homme/femme est quasiment inversée au Centre Horizons comparativement à l'ensemble des CSST : 25 % de femmes et 75 % d'hommes en général dans les CSAPA contre 75 % de femmes et 25 % d'hommes au Centre Horizons, conséquence directe du projet du Centre.

Au niveau de l'âge, la population accueillie est plus âgée au Centre Horizons que dans l'ensemble des CSAPA avec la moitié de la population accueillie située dans la tranche d'âge 30-39 ans, tranche d'âge correspondant à la période de procréation pour les femmes notamment en Ile-de-France.

La prise en charge

La prise en charge se décompose schématiquement en cinq volets. Le premier concerne l'évaluation médicale, psychologique et sociale qui s'adresse à l'ensemble des personnes s'adressant au Centre, tout usager confronté à une addiction et son entourage. Le second concerne la réduction des risques et l'éducation pour la santé qui s'inscrit dans le travail de l'ensemble des professionnels du Centre, à toutes les étapes de la prise en charge, et de ce fait s'articule également avec le travail réalisé dans les autres pôles. Les autres volets présentés sont : le projet d'accompagnement médical, le projet d'accompagnement psychologique et psychothérapeutique et le projet d'accompagnement social et éducatif. Ce découpage utile à la compréhension du travail réalisé au Centre Horizons recouvre une réalité de prise en charge globale et individualisée pour chaque patient.

Le suivi de grossesse

Concernant les prises en charge des grossesses, 30 à 40 femmes enceintes sont suivies dans le centre annuellement. La poly toxicomanie associée aux pathologies infectieuses (hépatites, sida, etc.), dans un contexte complexe tant au niveau social (prostitution, actes de délinquance, malnutrition, etc.) que psychologique (dépression, solitude, mésestime de soi, etc.), sont autant de facteurs de risque pour l'organisme maternel et pour le bon développement du fœtus. Le passage dans une maternité est pour toutes les femmes enceintes toxicomanes ou alcooliques un passage obligé, parfois le premier contact avec une équipe soignante, d'où l'importance d'une étroite collaboration entre l'équipe médicale et infirmière d'Horizons et le service où ces femmes sont accueillies. Le premier objectif est donc l'inscription de la femme dans un suivi obstétrical si celui-ci n'a pas été débuté. Si la femme est déjà inscrite en maternité, un travail de partenariat est engagé avec le service concerné avec l'accord de la patiente.

L'accompagnement commence donc par le premier rendez-vous à la maternité que l'équipe médicale ou infirmière prend au téléphone avec la patiente. L'accompagnement au premier rendez-vous par un infirmier du Centre permet une première présentation de l'équipe de la maternité. Il faut savoir que la révélation d'une grossesse chez une patiente toxicomane se situe souvent au 3e ou 4e mois, ce qui complique l'inscription en maternité surtout en Ile-de-France. Ces femmes expriment des craintes qui retardent le premier contact avec le milieu hospitalier : peur du rejet, du jugement, de l'incompréhension, «que l'on place leur enfant», peur des réactions à l'annonce de leur problème de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Lorsque la patiente décide une interruption volontaire de grossesse, elle est de la même façon orientée et accompagnée si elle le souhaite vers un service spécialisé.

Le travail sur la parentalité

Tout au long du suivi médical, dès la période de la grossesse, un travail est réalisé avec les patients sur la fonction parentale et la nature des liens entre le(s) parent(s) et son (leurs) enfant(s). Il s'agit d'informer et d'accompagner les parents sur les conséquences physiologiques et psychoaffectives de la consommation de tabac, d'alcool et de drogue pendant la grossesse et les répercussions dans la relation avec son l'enfant. Il s'agit aussi de soutenir les compétences parentales et de les aider dans la découverte des aptitudes de l'enfant. Le professionnel s'informe également des difficultés rencontrées dans le quotidien des interactions avec l'enfant afin de diagnostiquer précocement d'éventuels troubles de la relation. Un travail est également réalisé sur la place subjective de l'enfant dans l'imaginaire du parent afin de lui restituer une place singulière dans une histoire transgénérationnelle souvent complexe et de permettre une différenciation-individuation de l'enfant. La question du père est posée ainsi que sa place auprès de l'enfant, qu'il soit physiquement présent ou absent. Le médecin s'informe également de la mise en place d'un suivi médical de l'enfant. Enfin, il favorise les relations avec le Pôle Enfant.

Les prestations du Pôle hébergement

Le Centre Horizons dispose d'une équipe pluridisciplinaire intervenant dans les chambres d'hôtel et les appartements thérapeutiques du Centre. Ces dispositifs, temporaires, s'adressent aux femmes enceintes, mères, pères ou couples avec de jeunes enfants. Ils visent à proposer à cette population un contexte favorable à la mise en place et à la poursuite de soins d'une part, et au développement de la relation parent-enfant d'autre part. Il s'agit aussi de faire recouvrer aux patients une autonomie à travers la construction ou la poursuite d'un projet individuel et familial.

La prise en charge des adultes et des enfants est formalisée avec l'équipe en lien avec les autres pôles du Centre Horizons et les partenaires extérieurs.

Ces deux dispositifs distincts que sont les prises en charge en hôtel, en appartement thérapeutique ont un dispositif commun : la visite à domicile (VAD). La visite à domicile permet de rencontrer les patients et leur(s) enfant(s) dans leur cadre de vie. La chambre d'hôtel, l'appartement réalisent un cadre d'accompagnement éducatif et soignant très différent de celui d'un bureau de consultation au Centre Horizons. La VAD permet d'ancrer les prises en charge dans le quotidien et le concret. Quand le patient réalise un séjour avec son ou ses enfant(s), les VAD s'orientent sur l'observation de l'interaction mère-enfant et/ou père-enfant. Le(s) parent(s) sont invités par les professionnels à observer et à réfléchir sur ce qu'il(s) met(tent) en place pour répondre aux besoins de leur (son) enfant.

Ces visites sont assurées par une équipe principalement d'éducateurs et de psychologues, encadrée par le responsable de ce pôle. Ces professionnels se rendent régulièrement « à domicile » et accompagnent le groupe familial dans son projet.

Le service d'appartements thérapeutiques

Le service d'appartements thérapeutiques gère 11 appartements thérapeutiques (2 et 3 pièces), avec une extension prévue à 15 appartements.

→ *Les objectifs des appartements thérapeutiques*

- Favoriser la stabilité de la consommation de drogues, leur réduction et leur abstinence.

- Accompagner la famille dans un processus d'autonomisation globale.
- Mettre à disposition des conditions permettant aux parents d'expérimenter une vie quotidienne avec leur(s) enfant(s) et favorisant leur accès aux soins.
- Mettre en place des soins psychosociaux fréquents et réguliers pour les adultes.
- Prévenir et repérer les situations de carence, de négligence et de maltraitance.

La population accueillie en appartement thérapeutique a nécessairement un ou des enfants, l'entrée étant conditionnée par le fait d'avoir au moins un enfant à charge de moins de trois ans.

- Développement psychologique et de troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence contre 7,5 % dans la population du Centre Horizons.

Le service d'hébergement et de soins en chambre d'hôtel

Le service d'hébergement et de soins en chambre d'hôtel a été rapidement créé pour permettre une réponse rapide aux situations de grande vulnérabilité en particulier pour les femmes enceintes pour qui la formule « prendre soin est le commencement du soin »prend tout son sens.

→ *Les objectifs*

- Garantir une présence régulière et un suivi continu psychologique et éducatif en coordination avec les soins du CSAPA.
- Favoriser un engagement des parents dans les soins somatiques et de leur dépendance en définissant avec eux les objectifs du séjour en hôtel.
- Proposer un espace et un temps intermédiaires comme passerelle vers des dispositifs adaptés tant pour les adultes que pour les enfants.
- Soutenir le processus de parentalisation dans un abri hors la rue par une réduction de la précarité.
- Favoriser une prise de confiance des adultes dans leurs capacités parentales.
- Travailler et évaluer les conséquences de leur consommation de drogues dans leur relation à leur(s) enfant(s) en coordination avec le Pôle enfant.
- Accompagner la famille dans la prise en compte des besoins spécifiques de l'enfant et sa reconnaissance en tant que sujet.
- Soutenir les parents dans la recherche de relais et de modalités de protection de leur(s) enfant(s).

L'accueil enfant-parent

Nous avons bien sûr pour objectifs prioritaires de réduire les désordres et les souffrances liées à la consommation de drogues et/ou d'alcool pour les usagers et pour leur entourage, mais également, dans le contexte de la parentalité, de lutter contre la discontinuité des liens affectifs source d'une part de troubles graves du développement des enfants et d'autre part d'une pérennisation des conduites de dépendance des adultes.

Au sein des locaux du CSAPA Horizons, a été créé un Espace d'accueil enfants parents dont la spécificité est de réaliser un travail d'accompagnement, de soutien à la parentalité et d'écoute avec les parents et/ou les enfants par une équipe spécialisée (Éducatrices de jeunes enfants).

C'est un espace d'accueil, de prévention et d'accompagnement psycho-éducatif du parent et de son enfant, un espace de rencontres, de paroles, de jeux et de découvertes entre enfants, parents et professionnels de la petite enfance.

Au sein de l'institution, ce lieu adapté dans sa configuration et son équipement aux enfants de la naissance à 6 ans, ouvert aux regards, vient inscrire dans la réalité la spécificité des besoins de l'enfant et symbolise la place que nous lui attribuons.
Cet accueil vient renforcer le suivi global et permet aux parents de s'affirmer en présence des autres dans leur rôle parental et de petit à petit prendre conscience de leurs capacités parentales.

L'approche spécifique de la parentalité amène l'équipe à soutenir chaque membre de la dyade, ou de la triade qui compose la famille pour que se réalise le projet de vivre, au mieux sans produit, avec leur(s) enfant(s).

L'intervention précoce, la prévention envers ces familles est nécessaire afin d'optimiser les chances de ces parents dans l'exercice de leur fonction sans que le développement de l'enfant n'en soit compromis, tout en évitant une rupture du lien par le placement.

Plusieurs actions sont menées avec l'enfant, avec le parent et autour de la relation parent-enfant.

Le suivi de l'enfant s'inscrit au niveau de la prévention, qu'il s'agisse de prévention sanitaire (satisfactions des besoins primaires, alimentation et sommeil, vaccinations, conseils diététiques et d'hygiène, prévention des accidents domestiques, etc.) ou de prévention au niveau du développement psychoaffectif et psychomoteur de l'enfant (interaction précoce du bébé, question de l'attachement, relation aux parents et interactions avec autrui, niveau d'apprentissage, langage, concentration, capacité à « se poser », à jouer, à se déplacer dans l'espace etc.). Notre travail nous permet d'évaluer la fragilité de la situation familiale dans la limite de la souffrance de l'enfant qui nous engage alors dans une logique de protection de l'enfance.

Le suivi du parent s'inscrit dans un soutien et un travail de « renarcissisation » de l'individu dans sa fonction parentale.
Nous constatons que ces familles toxicomanes, carencées, dans la précarité et l'exclusion, sont l'objet d'humiliations, de violences, souvent dans des sentiments d'impuissance et d'infériorité. Les parents sont toujours surpris que nous puissions reconnaître leurs difficultés sans les en blâmer voire les juger. Nous cherchons à repositionner le parent. Il ne s'agit pas de se substituer à lui, de le déresponsabiliser, au contraire, il s'agit de l'amener à se rendre compte de ses carences et de les travailler ensemble, de lui permettre de développer ses propres outils afin de faire évoluer la situation familiale.
Concernant la relation parent-enfant, la régularité des venues des familles permet d'échanger autour des observations de chacun, sur les attitudes et les interactions enfant-parent vécues à l'extérieur comme à l'intérieur du Centre Horizons.
Ce suivi vise à favoriser les interactions mère-enfant et/ou père-enfant, à consolider et renforcer les liens déjà existants dans ce contexte d'addiction et de précarité globale.

L'équipe d'Accueil enfant-parent s'attache aussi à accompagner les familles dans les démarches de soins pour l'enfant (rencontres avec les PMI, les hôpitaux, consultations spécialisées ophtalmologiste, ORL, dentiste, etc.).

Des temps de rencontres, d'échanges et de synthèses avec les partenaires sur les besoins et la nécessité de l'accueil des enfants suivis à Horizons dans des lieux d'accueil petite enfance (les haltes garderies, les crèches municipales et préventives, les services sociaux de secteur, les techniciens en intervention sociale et familiale, l'Aide sociale à l'enfance, les services d'Aide éducative à domicile et d'Aide éducative en milieu ouvert, les foyers ou pouponnières, la Protection maternelle infantile, les Centres maternels, Centre parental Aire de famille,…) sont organisés régulièrement. Dans l'intérêt de l'enfant, et pour garantir une action pertinente et cohérente auprès de lui, de ses parents et de sa famille, les professionnels du Centre Horizons travaillent dans la complémentarité, organisent les relais entre les différents intervenants et articulent leurs actions, partagent leurs informations dans le respect du secret professionnel, évaluent collégialement les situations avant, pendant et au terme de la mise en œuvre des actions de prévention.

Nous avons pu constater qu'une prise en charge médico-psycho-sociale mais aussi éducative et culturelle du groupe familial dès la grossesse permet de maximiser la qualité et la présence du parent dans la relation à l'enfant, mais aussi dans la relation thérapeutique.
Le cadre d'action, la place et le rôle de chaque intervenant professionnel clarifiés et expliqués, l'usager peut se saisir dans la confiance des propositions de soins et travailler de manière préventive l'arrivée de l'enfant.

L'évaluation proposée au Centre Horizons des nouvelles situations en lien avec les partenaires, si possible, permet de mieux appréhender la venue et l'accueil de l'enfant et donc de travailler en amont l'accueil et le suivi avec le ou les futurs parents.

Annexe 19/

Réseaux - Portails

ADLF – Association des lactariums de France
L'ADLF, fondée le 8 mai 1981 à Paris, à pour but de promouvoir l'allaitement maternel, d'améliorer les conditions de collecte et de distribution ainsi que la qualité du lait humain en France.
www.lactariums-de-france.fr

AMELI SANTÉ – Assurance maladie
Informez-vous sur vos droits et démarches. Accédez à vos services en ligne : consultez vos remboursements, choisissez un professionnel de santé ou un établissement de soins, téléchargez un formulaire...
www.ameli.fr

ARS – Agences régionales de santé
Les champs d'action des Agences régionales de santé sont :

- la prévention et santé publique,
- la veille et sécurité sanitaire,
- l'offre de soins,
- l'accompagnement médico-social.

ANECAMSP – Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce
Impulsée par madame Janine Lévy, alors directrice du Centre d'aide et d'assistance du tout petit, qu'elle avait créé en 1971, l'ANECAMSP fut fondée en septembre 1982.
Cette association avait et a toujours pour objectif d'être un lieu de ressources et de rassembler des personnes de professions diverses, venues de diverses régions pour échanger et partager leurs expériences concernant la petite enfance et améliorer leurs pratiques.
www.anecamsp.org

Association SAF France
Depuis sa création en 2008, l'association SAF France se propose de mettre en œuvre des projets importants, gages d'efficacité des actions à entreprendre mais aussi éléments de reconnaissance et d'identification par les différents acteurs des sociétés savantes et des institutions comme réseau complémentaire et partenaire de professionnels spécialisés.
http://saffrance.fr

CAF – Caisses d'allocations familiales
Depuis soixante ans, les allocations familiales accompagnent les familles dans leur vie quotidienne. Acteur majeur de la solidarité nationale, la branche famille est un réseau piloté par la CNAF – Caisse nationale des allocations familiales, présent sur tout le territoire grâce aux 102 CAF – Caisses d'allocations familiales. Mobilisées au service des allocataires, les CAF prennent en charge les prestations légales et développent une action sociale familiale sur leurs territoires.

CRAT – Centre de référence sur les agents tératogènes
www.lecrat.org

CRMIN – Centre régional de référence mort inattendue du nourrisson
Les Centres régionaux de référence pour la mort subite du nourrisson (CRMSN) sont chargés de l'animation des soins comprenant la prise en charge de l'enfant décédé, l'accueil et le suivi des parents, l'organisation de la recherche et de l'enseignement, la diffusion de l'information sur la MSN.

CRTAP – Centre régional de référence troubles des apprentissages
Les centres référents des troubles des apprentissages sont des lieux d'information, de diagnostic ou de prise en charge des troubles spécifiques du langage sont implantés dans les centres hospitaliers régionaux. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires.

CNRT – Centre national de référence toxoplasmose
Le Centre national de référence toxoplasmose, coordonné par le CHU de Reims, est composé de 4 pôles répartis sur des centres hospitaliers, chaque pôle étant référent pour des missions spécifiques.
http://cnrtoxoplasmose.chu-reims.fr

GEN – Groupe d'études en néonatalogie
Le GEN agit, forme et informe les professionnels de santé sur les problèmes liés à la mortalité et la morbidité de la période périnatale et de la 1ère enfance.
http://sdp.perinat-france.org/SFN/index.html

Guide : maternités, adresses utiles, sociétés savantes…
www.perinat-france.org/portail-grand-public/guide-maternites-adresses-utiles-societes-savantes-16.html

Objectifs :

- Créer, développer et animer une politique d'information et de communication en direction des professionnels et des familles, en tenant compte des orientations proposées par les Commissions régionales de la naissance.
- Donner une information validée, sourcée, actualisée, datée et référente pour et par les professionnels et pour les parents et les familles.
- Travailler en complémentarité avec le médecin traitant par rapport à l'information grand public diffusée sur le site

www.perinat-france.org

INPES – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Acteur de santé publique, il met en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement… En région, trouvez l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps).
www.inpes.sante.fr/default.asp

Maternités – Accouchement
Les maternités type I – II – III

Les 3 types de maternité
Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés.

• Maternité de type I

Elle dispose d'une unité d'obstétrique.
Prise en charge des grossesses normales. Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité.

• Maternité de type II

Elle dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
Prise en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation.
Dans certaines régions, vous trouverez une classification supplémentaire niveau IIa et IIb :

> Maternité de type IIa

Elle dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
Prise en charge dans une unité de néonatologie des nouveau-nés pouvant présenter des pathologies d'intensité modérée.

> Maternité de type IIb

Elle dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
Elle dispose en plus des lits de néonatologie, des lits de soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée et la prise en charge de pathologies plus lourdes.

• Maternité de type III

Elle dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.
Prise en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés présentant des détresses graves.

ORPHANET – Centre de référence maladies rares
Consultations des centres de référence et des centres de compétences : maladies rares.

Une équipe de professionnels répond à toutes vos questions sur les maladies rares ou orphelines. Cette équipe est composée de médecins et de scientifiques spécialisés dans les maladies rares.

Ils vous apportent une réponse claire, simple et fiable à vos interrogations concernant :

- la compréhension d'une maladie rare ou orpheline,
- les services médicaux spécialisés,
- la rencontre d'autres personnes concernées,
- la recherche,
- la prise en charge sociale et l'aide à la vie quotidienne,
- tout autre sujet que vous souhaitez évoquer.

www.maladiesraresinfo.org
www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR#

Les Plates-formes régionales de l'observation sanitaire et sociale mettent à votre disposition des informations et indicateurs sur l'état de santé de la population régionale et sur ses déterminants

PMI – Protection maternelle et infantile

Les Conseils généraux ont mis en place dans leur département respectif des actions de santé publique :

- consultations médicales gratuites,
- lieux d'accueil et d'information,
- actions collectives.

Réseau CHU de France

Le réseau des CHU vous informe sur toute l'actualité des CHU de France : chiffres-clés, missions, innovations. Nous avons sélectionné les actualités des CHU concernant la grossesse, les nouveau-nés, les enfants...

http://web.reseau-chu.org/accueil.do

Réseau bronchiolite

La bronchiolite

Source : Ameli-santé bronchiolite

Une consultation médicale est toujours indispensable avant toute kinésithérapie.

Votre médecin peut prescrire :

- des médicaments pour lutter contre la fièvre et la douleur, si nécessaire ;
- des séances de kinésithérapie si l'état de votre enfant le nécessite. La kinésithérapie a pour but de désobstruer le nez et les voies respiratoires encombrées par des bouchons muqueux (secrétions épaisses de la muqueuse bronchique qui peuvent obstruer les petites bronches). Après chaque séance, qui peut avoir lieu au cabinet du kinésithérapeute, l'enfant se sent généralement mieux. Le nombre de séances nécessaire dépend de la rapidité de l'amélioration ;
- la bronchiolite étant due à un virus, le traitement antibiotique n'a aucun effet. Les antibiotiques ne sont indiqués qu'en cas de surinfection bactérienne ;
- les médicaments bronchodilatateurs (médicament qui dilate les bronches et les bronchioles) et les mucolytiques (médicaments dont l'action consiste à fluidifier les secrétions bronchiques et faciliter leur élimination) n'ont également aucune utilité dans le traitement de la bronchiolite.

Réseau « DYS »

Dyslexie, dysphasie, dyscalculie, dyspraxie, dysorthographie, troubles de l'attention...

Les centres référents des troubles des apprentissages sont des lieux d'information, de diagnostic ou de prise en charge des troubles spécifiques du langage sont implantés dans les centres hospitaliers régionaux. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires.

Les réseaux de soins « DYS » sont constitués de professionnels libéraux et ont pour mission le diagnostic et la prise en charge des Troubles spécifiques d'apprentissage (TSA) et des Troubles de la communication (TC).

www.ffdys.com

RéPPOP – Réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie
Les réseaux RéPPOP réunissent des professionnels de santé, libéraux, hospitaliers, de santé scolaire et de protection maternelle et infantile autour de la prise en charge et de la prévention de l'obésité pédiatrique.
L'objectif est d'arriver, par la prévention et le dépistage, associés à une prise en charge adaptée, décloisonnée, concertée et multidisciplinaire, à stabiliser dans un premier temps la progression de la prévalence de l'obésité infantile.
A terme, les réseaux REPOP ont l'espoir de faire baisser la prévalence de l'obésité à l'âge adulte.
La Coordination nationale des RéPPOP a pour objectifs de :

- renforcer la politique d'implantation régionale, de mutualisation et d'évaluation des réseaux RéPPOP,
- développer des actions de prévention de l'obésité pédiatrique au niveau régional et national,
- offrir à chacun des réseaux RéPPOP une vision globale des actions en cours et un partage continu d'informations lui permettant une adaptation rapide des pratiques,
- faciliter la lisibilité des actions entreprises tant vis-à-vis des partenaires que du public,
- être au plan national le pôle de référence des réseaux RéPPOP auprès des institutionnels,
- constituer un observatoire national des spécificités régionales de l'épidémie d'obésité chez l'enfant, des pratiques professionnelles, de sa prévention à sa prise en charge, et de l'évaluation de l'impact à moyen terme de ces actions.

Réseau Périnatal

Les réseaux de santé régionaux périnatals
Le réseau de santé périnatal, c'est la mutualisation des compétences et l'harmonisation des collaborations qui permettent une organisation plus performante.

Qu'est-ce qu'un réseau de santé périnatal ?
C'est pour les professionnels une nouvelle façon de coordonner les actions à mener autour de leur patient afin d'optimiser sa prise en charge.
Le réseau ne se substitue pas au suivi exercé par votre praticien.

Le réseau et vous
Dans tous les cas les médecins spécialistes, généralistes, les sages-femmes qui suivent votre grossesse, vous accompagneront au mieux dans votre projet de naissance, pour vous permettre de mettre au monde votre enfant en toute sécurité et sérénité.

Les professionnels adhérents
Les professionnels adhérents à un réseau s'engagent :

- à vous assurer ainsi qu'à votre famille une information complète sur le fonctionnement du réseau,
- à recueillir votre consentement avant toute orientation à l'intérieur de celui-ci.

S'il y a nécessité, ils pourront :

- renforcer la surveillance,
- vous orienter vers d'autres professionnels spécialisés, voire
- proposer une hospitalisation pendant votre grossesse ou pour votre enfant après sa naissance.

Toutes les maternités ne disposant pas des mêmes plateaux techniques :

- **les centres de type I** assurent la prise en charge des grossesses à bas risque et des nouveaux nés sans problème ;
- **les centres de type II** (A et B) assurent la prise en charge de nouveau-nés nécessitant un service de pédiatrie néonatale, avec soins intensifs pour les types IIB ;
- **les centres de types III** ont une réanimation néo-natale, pour les grands prématurés et les enfants nécessitant les soins les plus lourds.

Ainsi, un transfert, soit de la future maman, soit du nouveau-né vers un autre établissement du réseau pourra parfois être indiqué. Pour cela, le réseau en collaboration avec un professionnel régulateur (sage-femme, urgentiste...) en étroite relation avec les médecins SAMU-SMUR de la région, prépare, oriente et organise les transports qui peuvent être terrestres (ambulances) ou aériens (avion ou hélicoptère).

Conscients des problèmes que peuvent représenter ces éloignements, les professionnels sont soucieux de vous rapprocher, vous et ou votre enfant de votre domicile dès que la situation médicale est stabilisée.

SAMU-SMUR – Urgences

Urgence appel au SAMU :

- composez le 15 depuis un téléphone fixe ou le 112 depuis un téléphone mobile ;
- parlez calmement ;
- donnez votre numéro de téléphone, votre nom et celui du malade ;
- indiquez l'adresse exacte (étage, code d'accès...) ;
- décrivez les signes qui vous ont alerté ;
- ne raccrochez pas avant que votre interlocuteur ne vous le demande.

www.samu-de-france.fr

Autres liens utiles

→ SITES FRANÇAIS

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
Site portail proposé par la MILDT proposant des informations sur :

- la loi
- l'action gouvernementale
- les produits psycho-actifs licites et illicites
- la prévention
- l'actualité (agenda des colloques, synthèse de presse quotidienne, les nouvelles parutions…)
- l'information presse destinée aux journalistes

www.drogues.gouv.fr

Direction générale de la santé
www.sante.gouv.fr

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
Organisme public chargé du recueil, de l'analyse et de la synthèse des données relatives aux drogues illicites, à l'alcool, au tabac et aux jeux de hasard et d'argent en France.
www.ofdt.fr

Drogues info service
Adalis, une mission de service public
Addictions drogues alcool info service est un groupement d'intérêt public dépendant du ministère de la Santé et placé sous l'autorité de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Il réunit au sein de son conseil d'administration différents ministères et associations nationales. Il est présidé et financé par l'INPES.
www.drogues-info-service.fr

ANPAA – Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
www.anpaa.asso.fr

ANSM – Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
http://ansm.sante.fr

CEIP – Association des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
www.centres-pharmacodependance.net

Dispositifs d'appui régionaux drogues et dépendances, ex CIRDD

- Alsace : association CIRDD Alsace
  www.cirddalsace.fr
- Aquitaine : CEID – DaAdd
  www.daadd.fr
- Bourgogne et Franche-Comté : SEDAP (ex CIRDD) – DARIDD
  www.addictions-sedap.fr
- Bretagne : AIRDDS (ex CIRDD)
  www.cirdd-bretagne.fr

- Champagne-Ardenne : IREPS Champagne-Ardenne (ex CIRDD)
  www.ireps.champagne-ardenne.fnes.fr
- Haute-Normandie : association CRES-IREPS
  www.cres-rouen.org
- Ile-de-France : CRIPS Ile-de-France (ex CIRDD)
  www.lecrips-idf.net
- Limousin : PRISM (ex CIRDD)
  www.cirddlimousin.fr
- Lorraine : ORSAS – IREPS – CMSA – CDPA
  www.orsas.fr
- Midi-Pyrénées : Graphiti – CIRDD Midi-Pyrénées
  www.graphiti-cirddmp.org
- Nord-Pas-de-Calais : GRSP
  www.santenpdc.org
- Poitou-Charentes : ADDICTEA
  www.cirdd-poitou-chatentes.org
- Provence-Alpes-Côte d'Azur : AMPTA (ex CIRDD) – DADD*
  www.cirdd-paca.org
- Rhône-Alpes : association Jean Bergeret (ex CIRDD)
  www.cirdd-ra.org

CNS – Conseil national du sida
www.cns.sante.fr

CNRS – Centre national de la recherche scientifique
www.cnrs.fr

DAPSA – Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires
www.dapsa.asso.fr

Fédération addiction – Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie
www.federationaddiction.fr

Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
www.ffrsp.fr

FFSU – Forum français pour la sécurité urbaine
www.ffsu.org

GEGA – Groupe d'étude grossesse et addictions

HAS – Haute autorité de santé
www.has-sante.fr

HCSP – Haut comité de la santé publique
www.hcsp.fr

IAC – Institut d'anthropologie clinique
www.i-ac.fr

INHESJ – Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice
www.inhesj.fr

INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques
www.insee.fr

INSERM – Institut national de la santé et de la recherche médicale
www.inserm.fr

INRETS – Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
www.inrets.fr

InVS – Institut de veille sanitaire
www.invs.sante.fr

IPPSA – Institut pour la promotion de la prévention secondaire en addictologie
www.ippsa.fr

IRDES – Institut de recherche et documentation en économie de la santé
www.irdes.fr

Réseau maternité addictions du Bas-Rhin
www.matadic.fr

Sécurité routière – Site dédié du ministère de l'Équipement
www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr

Sécurité routière – Site dédié du Pr. Claude Got, ancien président du collège scientifique de l'OFDT*
www.securite-routiere.org

Autres liens utiles

→ SITES INTERNATIONAUX ET/OU ÉTRANGERS

Site de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)
www.emcdda.europa.eu

Autres organismes sources de données en matière de drogues et de dépendances

CICAD - Commission inter-américaine pour le contrôle de l'abus de drogue – *Washington*
www.cicad.oas.org

Conseil de l'Europe – Groupe Pompidou, coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants – *Strasbourg*
www.coe.int/t/dg3/pompidou/default_fr.asp

Corrélation – Réseau européen sur l'inclusion sociale et la santé
www.correlation-net.org

Elisad – European association of libraries and information services on addictions
www.elisad.eu

Elisad Gateway – Portail européen Elisad sur l'alcool, les drogues et les addictions
(Répertoire de sites Internet européens)
www.addictionsinfo.eu

OMS – Organisation mondiale de la santé – *Genève*
www.who.int/fr/index.html

UNODC – Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime – *Vienne*
www.unodc.org