

LE FLYER

**Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et
structures de soins auprès des usagers de drogue**

JUIN/JUILLET 2003

Hors-série n°1

Pharmaco-dépendances aux opiacés,

Grossesse

& Parentalité

Sommaire

Editorial : P. 3

Evolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants

Pr Claude LEJEUNE Colombes

Grossesse et méthadone : en résumé P. 6

Dr Chantal JUBINEAU Montpellier

Méthadone et grossesse : revue récente de la littérature P. 9

Dr Olivier POUCKET Metz

Excrétion lactée de méthadone P. 15

J.J. Mac CARTHY Sacramento, U.S.A.

Toxicomanies et parentalité P. 17

Dr Christian JACQUES Liège, Belgique

Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère dépendante aux opiacés P. 25

Anne-Clotilde DEMAN Lille

Les mères toxicomanes et leurs enfants : un lien à soutenir P. 57

Myriam CASSEN Bordeaux

Enceinte et toxicomane P. 65

Corinne CHANAL Montpellier

Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et n'engagent que leurs auteurs.

Evolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants

Professeur Claude LEJEUNE, Colombes

L'accueil des femmes enceintes toxicomanes a été profondément humanisé ces dernières années dans de nombreuses équipes françaises. Les changements de pratiques portent sur plusieurs points.

1 - La prise en charge de ces grossesses en tant que grossesses à risque de complications périnatales, sans aucune référence au caractère illicite de l'usage de drogues. Une surveillance attentive et précoce de ces grossesses permet la prévention de la plupart des complications périnatales autrefois fréquentes, et tout particulièrement de la grande prématurité.

2 - La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire en maternité (obstétriciens et sages-femmes, pédiatres, psychologues, assistantes sociales et spécialistes de la toxicomanie), ayant pour objectif affiché l'établissement d'un lien mère (père) - enfant solide et la prévention, d'une part, de la séparation et, d'autre part, des conséquences sur le développement cognitif et affectif de l'enfant de situations familiales chaotiques.

3 - La prise en compte réelle de la dépendance aux produits consommés et de la réalité du risque fœtal majeur (souffrance fœtale aiguë voire mort in utero) induit par des sevrages brutaux lors des hospitalisations pour l'accouchement ou pour des complications de la grossesse. La prescription d'un traitement de substitution et le soutien médico-psycho-social qui doit l'accompagner, sont des outils qui se sont avérés très efficaces.

4 - Un fonctionnement en Réseau Ville-Hôpital. Le réseau ville-hôpital-toxicomanie permet de tisser des liens de confiance avec les médecins généralistes et avec les Centres spécialisés qui suivent ces femmes, et de modifier l'image négative qu'avaient ces intervenants de nos maternités. Le réseau ville-hôpital périnatal, avec surtout la Protection Maternelle et Infantile et les Intersecteurs de Pédopsychiatrie, permet la mise en place d'un soutien à domicile, avant et après l'accouchement.

Tous ces changements de pratiques, dont la substitution n'est qu'un élément, ont profondément modifié la prise en charge périnatale de ces femmes et de leurs enfants ; ils ont abouti à une participation beaucoup plus chaleureuse de ces mères aux soins de leur enfant en Maternité ou en Néonatalogie, y compris en cas de syndrome de sevrage néonatal, et ont beaucoup fait diminuer le taux de séparation mère-enfant.

Depuis juin 1998, a été mis en place par une Association loi de 1901, **Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA)**, une réflexion collective sur nos pratiques de terrain, pour faire bénéficier toutes les équipes (obstétriciens et sages-femmes, pédiatres et spécialistes de la prise en charge des usagers de drogues) des expériences acquises par tous.

La grossesse semble clairement un moment privilégié pour la mise en place, dans le long et douloureux parcours d'une femme dépendante de drogues, d'une action pluridisciplinaire, en réseau ville-hôpital, visant à améliorer le pronostic à long terme de l'enfant et de sa mère.

Le GEGA, en collaboration avec le Département des Sciences Sociales de la Sorbonne (Mme Laurence SIMMAT-DURAND) et avec un financement de l'OFDT, vient de terminer l'analyse

d'une cohorte prospective multicentrique des syndromes de sevrage de 260 nouveau-nés de 259 mères toxicomanes substituées dont 62 % sous buprénorphine haut dosage et 38 % sous méthadone.

Il en ressort principalement :

1. Que, grâce à une prise en charge par une équipe multidisciplinaire et en réseau ville-hôpital :
 - le pronostic périnatal est nettement amélioré par rapport aux études antérieures, en particulier pour la qualité du suivi de la grossesse, le taux de prématurité (10 %), la morbidité néonatale,
 - la mise en place du lien parents/enfants est améliorée avec 96 % des nouveau-nés sortis de Maternité ou de Néonatalogie avec leur mère et 60 % avec leur mère et leur père.
2. Il n'a été retrouvé aucune différence entre les conséquences périnatales des traitements de substitution par méthadone ou buprénorphine haut dosage, en dehors d'une tendance à un syndrome de sevrage un peu plus tardif et prolongé sous méthadone
3. Les difficultés médico-psycho-sociales pendant la grossesse et après l'accouchement sont plus corrélées à des marqueurs de précarité psychosociale qu'aux produits consommés.

Les 7 textes réunis dans ce numéro spécial du bulletin 'LE FLYER' illustrent bien l'évolution de cette offre de soins et les problèmes qui restent à résoudre.

La mise en place ou la poursuite d'un programme de substitution est un élément majeur de la prise en charge des femmes pharmaco-dépendantes aux opiacés.

Le texte de **Chantal JUBINEAU** contient un résumé clair et précis des données de la littérature sur les principes de la prescription et de la surveillance d'un traitement de substitution par la méthadone chez une femme enceinte, en insistant sur l'importance d'une prise en charge globale, par un réseau de professionnels et du suivi gynécologique de ces femmes.

Olivier POUCKET présente une revue de la littérature récente sur l'intérêt et les modalités de prescription d'un traitement de substitution par la méthadone pendant la grossesse et après l'accouchement.

Ce texte est complété par l'analyse d'un article récent de **J.J. Mc CARTHY** sur l'excrétion de la méthadone dans le lait maternel qui montre bien que l'allaitement par la mère est possible.

Christian JACQUES présente les résultats d'une enquête réalisée auprès des médecins généralistes belges francophones, qui met en lumière l'importance du rôle des généralistes dans la prise en charge des femmes toxicomanes ; il insiste par ailleurs sur la fréquente surévaluation des risques encourus par l'enfant, dûe à la stigmatisation de la consommation de drogues illicites, alors que l'exposition fœtale à l'alcool, beaucoup plus dangereuse, est regardée avec un œil moins agressif.

Anne-Clotilde DEMAN a rédigé une mise au point bibliographique très complète sur le syndrome de sevrage des nouveau-nés de mères pharmaco-dépendantes aux opiacés et ses modalités de prise en charge.

L'étude rétrospective de **Myriam CASSEN** rapportant le parcours et le devenir à moyen terme de 54 enfants et de leurs 41 mères montre bien les difficultés de prise en charge en l'absence de traitement de substitution, dans une population de femmes gravement dépendantes aux opiacés et suivies en CSST. Le taux de séparation mère/enfant est, dans cette population, particulièrement élevé (12 % d'emblée et 40 % secondairement).

Enfin **Corinne CHANAL** et toute l'équipe pluridisciplinaire de Montpellier, pionnière dans ce domaine, présente leurs modalités de fonctionnement et leurs résultats, très spectaculaires en matière de prévention des pathologies périnatales et de la séparation mère/enfant.

Beaucoup de chemin a été parcouru, grâce à un changement de notre regard sur ces femmes, mais il reste encore beaucoup à faire pour généraliser ces pratiques et pour toujours améliorer notre accueil.

Professeur Claude LEJEUNE

Président du GROUPE D'ETUDES GROSSESSE ET ADDICTIONS (GEGA)

Service de Néonatalogie – CHU Louis Mourier – 92701 COLOMBES

Tél : 01 47 60 63 74 – Fax : 01 47 60 61 31

e-mail : claude.lejeune@lmr.ap-hop-paris.fr

Grossesse et méthadone : en résumé

Dr Chantal JUBINEAU, Montpellier

1. Contraception

Le suivi d'une patiente dépendante aux opiacés illicites ou substituée par buprénorphine ou méthadone, doit faire poser la question de la contraception, en raison de l'aménorrhée fréquente liée à la prise d'opiacés, et du sentiment d'infertilité que suggère celle-ci. Toutes les méthodes contraceptives sont alors possibles en fonction du mode de vie et des préférences des patientes : stérilet, préservatifs masculins ou féminins, pilules contraceptives,...

2. Interruption volontaire de grossesse

Il peut être justifiée en cas de grossesse non désirée, y compris au-delà des délais légaux, d'accompagner une demande d'interruption médicale de grossesse, si les conditions de suivi de la grossesse et de la maternité semblent préjudiciables pour la mère et l'enfant. Il incombe à la patiente de mesurer avec l'aide de son médecin, et des professionnels de santé qui l'accompagnent, le bien-fondé de cette décision (1).

3. Constitution du réseau de professionnels

Pour une femme dépendante aux opiacés, substituée ou non, la grossesse est un moment particulier, qui peut représenter une étape importante, notamment si elle est engagée dans un processus de soins. Il semble important qu'elle soit accompagnée par une équipe pluridisciplinaire, formée aux problèmes de toxicomanie et ouverte sur la pratique en réseau (2). Dans de nombreux cas, l'équipe du C.S.S.T. qui a initié le traitement par la méthadone pourra être mobilisée elle aussi sur le projet de la patiente.

4. Généralités concernant la méthadone chez la femme enceinte

La méthadone est le seul médicament de substitution dont l'utilisation soit actuellement autorisée chez la femme enceinte. Elle ne présente aucun risque de tératogénicité, comme tous les opiacés, y compris l'héroïne.

L'allaitement maternel est possible, car le passage dans le lait maternel est très faible, notamment lorsque la méthadonémie se situe dans les fourchettes thérapeutiques habituelles (3).

La concentration en méthadone dans le lait maternel ne permettra pas une prise en charge du S.A.N. (Syndrome d'Abstinence Néonatale) (1).

La prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né est aujourd'hui parfaitement codifiée. Des outils permettent de le quantifier (score de Finnegan (2), et d'adapter une prise en charge adéquate : nursing, chlorhydrate de morphine, Valium®...

La fréquence du S.A.N. varie selon les études. Dans une étude récente (12), la fréquence de survenue de ce S.A.N. a été de 65 %, dans les 2 groupes d'enfants nés de mères substituées par méthadone ou BHD.

L'intérêt des traitements de substitution à dose constante, suivis médicalement, sans périodes de manque et de souffrance fœtale qui accompagnent celles-ci a été largement démontré chez les patientes dépendantes aux opiacés et traitées avec la méthadone (4), avec notamment des répercussions favorables sur le poids à la naissance et une diminution des naissances prématurées

par rapport à une population identique non substituée. L'abandon ou la limitation des pratiques d'injection, un suivi médico-psycho-social accru, sont des facteurs qui favoriseront un meilleur déroulement de la grossesse et de la maternité.

Si le sevrage des opiacés (méthadone, Subutex®, héroïne...) semble toujours possible au cours de la grossesse, celui-ci ne doit être entrepris que chez des femmes très motivées, avec un maximum de précautions incluant obligatoirement un monitoring fœtal, car le risque de souffrance fœtale existe, ainsi que le risque de rechutes ou de report sur des consommations peu souhaitables (alcool, benzodiazépines...) (5,6).

5. Suivi clinique : éléments à prendre en compte

Comme évoqué ci-avant, la découverte tardive de la grossesse est fréquente, en raison de l'aménorrhée quasi-constante liée à la prise d'opiacés.

Par ailleurs, la grossesse entraîne des modifications physiologiques et métaboliques induisant une baisse du taux sanguin de méthadone et une augmentation de la demi-vie d'élimination, qui peuvent nécessiter des adaptations de posologie. La mesure de la méthadonémie peut accompagner un suivi clinique plus intense. On peut conseiller dès le 1^{er} trimestre de fractionner la dose quotidienne en 2 prises (augmentation de l'activité fœtale lors d'une prise unique, diminution des nausées et vomissements). Il est important que les taux sanguins de méthadone subissent le moins de variation possible, notamment au cours du dernier trimestre, et tout signe clinique évocateur d'un manque en opiacés doit être pris en compte (7).

L'intérêt d'un suivi global plus intense auprès des femmes enceintes dépendantes aux opiacés est de permettre également de s'intéresser aux consommations associées plus fréquentes dans cette population ; la consommation d'alcool, de tabac, de drogues de synthèse, de cocaïne et crack, de benzodiazépines, doit faire l'objet d'une évaluation précise ; pour les substances tératogènes (alcool+++) et/ou dont la tératogenécité ne peut être écartée et/ou pour celles qui ont des effets péjoratifs sur le déroulement de la grossesse (ex : effet vasoconstricteur de la cocaïne), une information claire et précise doit être formulée vers la patiente et l'abstinence (ou à la plus grande tempérance) doit être encouragée.

Après l'accouchement, il est important de procéder à un ré-ajustement de la posologie quotidienne de la méthadone, surtout si elle a été modifiée au cours de la grossesse.

En cas d'infection VHC, les bénéfices de l'allaitement doivent être estimés en fonction de la charge virale de la mère. Les données cliniques laissent à penser que l'allaitement n'est pas contre-indiqué en cas d'infection VHC, hormis les patientes symptomatiques avec des charges virales élevées (8-9)

Le suivi des enfants doit être régulier pour surveiller la croissance et le développement psychomoteur, même si, a priori, il n'y a pas de différences significatives avec un groupe témoin sur le développement intellectuel à 1 an et à 2 ans (10).

L'ensemble des observations cliniques suggère que le nouveau-né de mères dépendantes aux opiacés ne présente pas de déficit physique, neurologique ou comportemental. Il est par contre indispensable de veiller à un investissement relationnel de qualité, dans des situations psychologiques, sociales ou médicales parfois difficiles pour les parents (11).

Bibliographie :

1. CAYOL *et al.*, *Grossesse et consommation de drogues psychoactives*, *Ann. Med. Interne*, 2000, 151, *supp B*, p 20 à 26.
2. BENOS, *Grossesse, héroïne et substitution*, *La Lettre du Gynécologue*, n° 241, avril 1999.
3. MAC CARTHY *et al.*, *Methadone levels in human milk*, *J Hum. Lact* 16(2), 2000.
4. FINNEGAN, *Women, Pregnancy and Methadone*, *Heroin Add & Rel Clin Probl* 2000, 2(1): 1-8.
5. ARCHIE, *Methadone in the management of narcotic addiction in pregnancy*, *Obstetrics and Gynecology*, 10, 1998, 435-444.
6. WANG, *Methadone treatment during pregnancy*, *J.O.G.N.N.*, 28 (6), 11&12/99, 615-622.
7. JARVIS, *Alterations in Methadone Metabolism During Late Pregnancy*, *Journal of Addictive Diseases*, Vol 18 (4) 1999.
8. KUMAR *et al.*, *Role of breast-feeding in transmission of hepatitis C virus to infants of HVC infected mothers*, *J.Hepatol.* 1998 Aug 29 (2), 191-7.
9. POLYWKA *et al.*, *Low risk of vertical transmission of hepatitis C virus by breast milk*, *Clin. Infect. Dis.* 1999 Nov, 29 (5): 1327-9.
10. KALTENBACH *et al.*, *Development of children born to women who received methadone during pregnancy*, *Pediatr. Res.* 1978, 12:372
11. BOUCHEZ *et al.*, « *Lorsque l'enfant paraît* », *les traitements de substitution pour les usagers de drogue*, Ed. Arnette, 133-146
12. LEJEUNE *et al.*, *Etude comparative des nouveau-nés de mères substituées par méthadone ou buprénorphine haut dosage (HD) pendant la grossesse*, *La Lettre du Pharmacologue-Volume 15-n° 3 – mars 2001*

Méthadone et grossesse : revue récente de la littérature

Dr Olivier POUCKET, Service de soins aux toxicomanes , CHS de Jury-les-Metz

Introduction

L'idée d'un traitement de substitution lors d'une grossesse chez une femme toxicomane est importante à plusieurs titres. Sur une population estimée en France à 150 000–300 000 usagers d'héroïne, un tiers sont des femmes dont une large majorité sont en âge de procréer.

Ces grossesses, considérées à risque, posent un problème de santé publique en raison d'un mode de vie marqué par l'exclusion, la marginalité et précarisé par ce nouveau statut de femme enceinte. Le diagnostic de grossesse, souvent posé tardivement, leur ôte la possibilité de choisir de mettre un terme à celle-ci.

Le faux sentiment de confiance résultant des cycles irréguliers ou des aménorrhées induites par l'héroïne, amène fréquemment à l'arrêt de toute contraception.

Les états de fatigue du premier trimestre de gestation sont facilement confondus avec des situations de manque et entraînent une surconsommation de produit, plutôt qu'un questionnement sur une symptomatologie de début de grossesse.

Ces femmes manifestent très fréquemment un désir de poursuivre celle-ci avec un investissement sur fond de tentative de réparation et de restauration narcissique.

L'alliance thérapeutique est primordiale et devrait faire l'économie de toute considération moralisatrice.

Les craintes de ces futures mères portent sur le risque de perte de l'autorité parentale et le placement de l'enfant. Elles ont donc tendance, soit à minimiser leur conduite toxicomaniaque, soit à disparaître du circuit de la prise en charge.

Pour des raisons éthiques, légales et médicales, la proposition d'un traitement de substitution au cours de la grossesse ne s'est pas faite sans heurt aux Etats Unis. La Food and Drug Administration, après avoir préconisé un sevrage de tous narcotiques durant la grossesse en 1970, revoit sa position en 1977 et accepte que la méthadone soit délivrée à la posologie la plus basse possible et quand il ne peut en être autrement.

Ce changement d'opinion doit beaucoup aux résultats encourageants des programmes comme celui du « Family Center » de Philadelphie ou du « Pregnant Addicts and Addicted Mothers Program » de New York, qui annoncent une réduction des risques et notamment obstétricaux.

Ce qui suit est une revue récente de la littérature au sujet de la méthadone au cours de la grossesse et, dans un souci de rendre cette lecture pratique, elle est scindée en six rubriques distinctes, reprenant les thèmes les plus fréquemment abordés.

1. Méthadone et prise en charge

La grossesse représente une indication privilégiée pour un traitement de substitution à la méthadone, en premier lieu pour prévenir et réduire une consommation d'héroïne.

Grâce à une demi-vie élevée, elle minimise l'incidence des décès in utero fréquents chez les héroïnomanes en raison d'une souffrance fœtale induite par des sevrages répétés liés aux aléas du deal. Elle réduit également les risques de contamination par le HIV ou les hépatites chez les injecteurs.

Le suivi médical régulier imposé par le renouvellement de la prescription permet de proposer plus facilement des consultations prénatales et de travailler sur la relation mère-enfant.

Cette accroche à un système de soins peut rapidement s'étendre à une prise en charge pluridisciplinaire prenant en compte également les conditions de vie. L'enjeu est important quand on considère les conséquences d'une absence de suivi en période prénatale chez les femmes héroïnomanes.

L'étude de C. Lejeune [2] montre que 5 % des enfants sont décédés avant un an, 36 % sont pris en charge par une institution, 8 % sont adoptés et 34 % des enfants sortis avec leur mère ont été secondairement placés.

Aux résultats controversés de certaines récentes études affichant un faible bénéfice d'une prescription de méthadone, on remarque qu'aucune d'elles ne s'intéresse à ce qui accompagne cette démarche.

Chang et coll. en 1992 [14] y apportent une réponse sur une étude comparant une prescription classique de méthadone avec l'inclusion dans un programme comportant une visite prénatale hebdomadaire, une prévention des rechutes, un contrôle urinaire hebdomadaire et une surveillance de l'enfant. Les résultats sont bien sûr favorables au programme avec une moins grande fréquence des prises de toxiques (59 % contre 76 %), des visites prénatales plus nombreuses (8,8 contre 2,7) et un poids de naissance moyen plus important (2,959 g contre 2,344 g).

En dehors de toutes considérations métaboliques, la prescription de méthadone apporte incontestablement une meilleure qualité du vécu de la grossesse, grâce au cadre instauré par le renouvellement des prescriptions.

2. Grossesse et posologie

Il n'existe pas, actuellement, de protocole bien défini. En 1992, le « Center for Substance Abuse Treatment National Consensus Panel » conclut que la dose efficace doit être déterminée individuellement et doit prendre en compte la symptomatologie de manque chez la mère.

Généralement, la posologie est comprise entre 60 et 150 mg /j pour éviter une prise concomitante de toxiques illicites induite par un sous-dosage en méthadone.

Il est reconnu qu'une augmentation des doses au troisième trimestre de la grossesse peut être nécessaire pour pallier une baisse de la méthadonémie occasionnée par l'augmentation du volume circulant et le stockage des graisses [11].

Alors que la clairance de la méthadone est biphasique avec une demi-vie de distribution de 14,3 heures et une demi-vie d'élimination de 54,8 heures, pendant la grossesse, cette clairance devient monophasique avec une demi-vie qui passe à 10 heures.

C'est pour ces raisons que l'on propose un ajustement de 10 à 30 mg, ou éventuellement, un fractionnement de la prise quotidienne en deux, pour une meilleure tolérance.

Ces chutes de méthadonémie sont un enjeu important durant le troisième trimestre, car elles peuvent devenir suffisamment basses pour entraîner une souffrance fœtale.

L'importance de maintenir un taux constant aurait, selon L. Finnegan [7], un rôle sur la croissance du fœtus et sur la durée de gestation.

M. Jarvis [9] préconise de réaliser des méthadonémies autant de fois qu'il peut y avoir une possibilité de sous-dosage. Elle rajoute aux hypothèses de baisse de taux de méthadone, celle d'une réduction de l'absorption intestinale due à un taux plus élevé de progestérone qui agit en ralentissant le transit.

Il faudra donc être particulièrement attentif lors du troisième trimestre de la grossesse, aux doléances pouvant être apparentées à une symptomatologie de manque et ne pas hésiter à demander une méthadonémie au moindre doute.

3. Sevrage méthadone et grossesse

Cette demande peut venir de la patiente, pour qui cette grossesse peut signifier une volonté de passer d'un statut de toxicomane à celui de mère, avec l'espérance d'une restauration narcissique. C'est également une question fréquemment posée dans les articles qui pointent la sévérité du syndrome de sevrage des nouveau-nés.

Il est possible de réaliser un sevrage méthadone à tout moment de la grossesse sous couvert d'une surveillance par une équipe expérimentée avec, dans l'idéal, un monitoring fœtal. [10]. Il est cependant préférable de le réaliser au deuxième trimestre de la grossesse car, avant la 14^e semaine, on s'expose au risque d'un avortement spontané et, au-delà de la 32^e semaine, à celui d'une prématurité et d'une induction d'un stress pour le fœtus.

C. Archie [1] préconise pour les femmes hospitalisées ayant fréquemment un monitoring fœtal, une décroissance de 1 mg/jour. En ambulatoire, elle conseille une décroissance de 5 mg/2 semaines en restant très vigilant sur une possible prise de tranquillisants ou d'alcool pour palier le manque.

Le « Center for Substance Abuse Treatment National Consensus Panel » est proche de cette pratique puisqu'il recommande une réduction des posologies de 2 à 2,5 mg tous les 7 à 10 jours. C'est loin d'être une décision facile si on considère un taux de récurrence à 50 % selon l'étude de M. Jarvis et Schnoll en 1994. [14].

La méthadone peut également être proposée dans un sevrage à l'héroïne en cours de grossesse. C'est ce qu'expose D.S. Jodi en 1998 [6] dans une étude comprenant 34 grossesses débutant un sevrage héroïne à la 24^e semaine de gestation (de la 6^e à la 36^e semaine de gestation).

La méthadone était prescrite en seconde intention après la clonidine. Sur les 20 femmes qui avaient réalisé avec succès leur sevrage, 14 avaient bénéficié d'un traitement par la méthadone. Il y eut en tout 21 femmes sous méthadone dont 4 en substitution durable. Il n'a été noté aucune souffrance fœtale, ni mort in utero, ni naissance prématurée pour ces sevrages.

Le sevrage de la méthadone est donc possible à tout moment sans conséquence fœto-maternelle préoccupante, mais il est plus confortable de le réaliser au cours du deuxième trimestre de la grossesse.

4. Méthadone et poids de naissance

Nous savons que les complications obstétricales, la mortalité et la morbidité infantile sont liées au petit poids de naissance.

De nombreuses études ont constaté une augmentation du poids de naissance chez les enfants des mères bénéficiant d'un traitement par méthadone par rapport à celles qui consomment de l'héroïne.

Dans son article de 1997, qui regroupe de nombreuses études sur ce sujet, G.K. Hulse [8] montre une baisse moyenne de 489 g pour les utilisatrices d'héroïne, de 279 g pour la méthadone et de 557 g pour celles qui avouent consommer les deux produits.

Le risque relatif d'un petit poids de naissance étant de 4,61 pour le groupe des héroïnomanes, de 1,36 pour les patientes sous méthadone et de 3,28 pour celui des consommatrices associant héroïne et méthadone. Il explique le mauvais résultat de ce dernier groupe par un échappement aux prises en charges proposées dans le cadre d'une substitution par la méthadone.

Pour cela, il s'appuie sur l'étude de Connaughton en 1977 qui oppose 8,2 visites anténatales chez les femmes prenant uniquement de la méthadone contre 1,8 pour celles qui consommaient également de l'héroïne.

G.K. Hulse en conclut que bien qu'il s'agisse d'une prise en charge à adapter à chaque parcours de vie, il convient de réévaluer l'indication d'une prescription de méthadone chez ces femmes qui continuent une intoxication par l'héroïne.

On peut toutefois relativiser ces données grâce à l'étude de H. L. Brown en 1998 [5] qui compare le poids de naissance et le périmètre crânien des enfants de trois groupes comprenant des grossesses sous méthadone, une population contrôlée positive à la cocaïne et un groupe témoin. Il conclut qu'il n'existe aucune différence significative mais nous n'avons malheureusement pas d'information sur la densité du suivi.

Les mauvais résultats des paramètres de naissance des enfants des femmes sous méthadone viennent du fait qu'elles continuent à consommer des produits illicites. Selon Edelin en 1998 [14], 90 % de ces femmes avouent consommer également des substances comme l'héroïne, la cocaïne, les barbituriques ou les tranquillisants.

C'est encore une fois sur la qualité du suivi qu'il faut se pencher si on espère solutionner la question de ces grossesses à risque.

5. Le syndrome de sevrage du nouveau-né

La relation entre la sévérité du sevrage néonatal et la posologie de méthadone n'a jamais été confirmée et les études à ce sujet apportent des résultats contradictoires. H. L. Brown [5] parle de 72 % de fréquence d'apparition du syndrome de sevrage néo-natal.

Dans une étude récente, C. Lejeune [16] établit la fréquence à 65 %, la même que pour un groupe d'enfants nés de mères substituées par BHD.

Il est généralement inapparent ou d'intensité modérée dans la moitié des cas et apparaît de manière indifférente par rapport à la posologie de méthadone reçue par les mères. [4].

Il survient en moyenne du 3^e au 5^e jour de vie mais il peut être retardé jusqu'à la deuxième semaine et même persister de façon atténuée pendant une période de six mois [3].

Il associe des signes d'irritabilité du système nerveux central à des troubles gastro-intestinaux, une tachypnée, des bâillements et des éternuements. Le signe le plus employé pour évaluer l'efficacité d'un traitement spécifique du sevrage est un réflexe de succion mal coordonné ou inefficace.

Ce syndrome de sevrage ne semble pas compromettre le développement de l'enfant mais il s'agit d'une période particulièrement sensible pour les relations précoces mère-enfant. Les difficultés résultant du sevrage peuvent entraîner une angoisse chez ces mères qui se trouvent déjà en questionnement sur leur capacité à assumer leur fonction maternelle.

On propose par exemple de les inclure dans la recherche d'une symptomatologie de manque avec l'aide de l'échelle de Finnegan, afin de limiter leur sentiment d'impuissance face à cette situation de sevrage chez leur enfant.

6. Allaitement et méthadone

Les recommandations sont une fois de plus en décalage avec la réalité puisqu'elles limitent les prescriptions à 20 à 30 mg /jour pour les femmes qui désirent allaiter.

Dans l'esprit d'un travail sur les liens mère-enfant, il semble intéressant d'encourager cette pratique surtout s'il s'agit d'une demande formulée par la patiente. Il n'existe pas de contre-indication en dehors d'une séropositivité pour le HIV et bien évidemment une prise concomitante de toxiques. L'hépatite C, très fréquente dans cette population, n'est donc pas un frein à l'allaitement.

Pour ce qui est de la posologie, un grand nombre d'études montre qu'il n'existe pas de corrélation linéaire entre celle-ci et le taux lacté.

Dans celle de Mc Carthy [13], ce taux obéit à une variation circadienne et à la composition lipidique du lait.

Sur l'inclusion de sept femmes ayant des posologies moyennes de méthadone à 102 +/- 42 mg/jour, aucun des enfants n'avait présenté d'effets secondaires et il conclut donc sur l'impossibilité d'en déduire le niveau d'exposition de chaque enfant.

On peut quand même dire que pour une posologie allant jusqu'à 80 mg/jour, le taux lacté est faible et même insuffisant pour croire qu'il peut éviter ou retarder un syndrome de sevrage chez l'enfant [15]. Le suivi doit être néanmoins très étroit, après avoir bien expliqué à la patiente les risques qu'elle ferait courir à son enfant si elle prenait des toxiques.

Conclusion

Bien que pratiquée depuis bientôt trente ans, la substitution par la méthadone au cours de la grossesse reste peu définie sur plusieurs points et apporte même des conclusions contradictoires. Au-delà de toutes considérations intéressant la mesure des paramètres de la grossesse, c'est une occasion privilégiée pour entamer une approche psychothérapeutique, surtout dans cette période de bouleversement et de questionnement narcissique.

Une prise en charge pluridisciplinaire permettant un suivi plus régulier sera, dans tous les cas, bénéfique, avec une réduction des risques gynéco-obstétricaux et une préparation à assumer le difficile rôle de mère, chez ces femmes qui ont souvent une difficulté à se positionner en temps que sujet.

Bibliographie :

- 1- Archie C. : *Methadone in the management of narcotic addiction in pregnancy. Obstetrics and gynecology, 10, 1998, pp : 435-440.*
- 2- Lejeune C. : *Grossesses et toxicomanie. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1997 ; 26 : 395-404.*
- 3- Bertschy G. : *Pratique des traitements à la méthadone. Eds Masson, 1995, pp : 92-96.*
- 4- Bouchez J. et Carlus C. : *Lorsque l'enfant paraît... dans Les traitements de substitution pour les usagers de drogues de Touzeau D. et Jacquot C. eds Arnette, 1997, pp : 133-147.*
- 5- Brown H.L. and al. : *Methadone maintenance in pregnancy : a reappraisal. Am. J. Obset. Gynecol., 179(2), 08/1998, pp : 459-463.*
- 6- Dashe J.S. and al. : *Opioid detoxification in pregnancy. Obstetrics and Gynecology, 92(5), 11/1998, pp : 854-858.*
- 7- Finnegan L.P. : *Women, pregnancy and methadone. Heroïn Add. and Rel. Clin. Probl. 2(1), 2000, pp : 1-8.*
- 8- Hulse G.K. and al. : *The relationship between maternal use of heroïn and methadone and infant birth weight. Addiction, 92(11), 1997, pp : 1571-1579.*
- 9- Jarvis M. and al. : *Alterations in methadone metabolism during late pregnancy. Journal of Addictive Diseases, 18(4), 1999, pp : 51-61.*
- 10- Kaltenbach K. and al. : *Opioid dependence during pregnancy. Obstetrics and gynecology Clinics of north America, 25(1), 03/1998, pp: 139-151.*
- 11- Kandall S.R. : *The methadone-maintained pregnancy. Clinics in perinatology, 26(1), 03/1999, pp: 173-183.*
- 12- Kyei-Aboagye K. and al. : *Birth outcome in incarcerated, high-risk pregnant women. The journal of reproductive medicine, 45(3), 03/2000, pp: 190-194.*
- 13- Mc Carthy J.J. and Posey B.L. : *Methadone levels in human milk. J. Hum. Lact., 16(2), 2000, pp: 115-120.*
- 14- Chang G. and al : *Improving treatment outcome in pregnant opiate-dependant women. Journal of substance abuse treatment, 9, 327-330.*
- 15- Wojnar-Horton R.E. and al. : *Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. Br. J. Clin. Pharmacol., 44, 1997, pp : 543-547.*
- 16- Lejeune and al. : *Etude comparative des nouveau-nés de mères substituées par méthadone ou buprénorphine haut dosage (HD) pendant la grossesse. La Lettre du Pharmacologue – Volume 15 –n° 3 - mars 2001.*

A large, multi-pointed starburst graphic with a light gray fill and a black outline. The text is centered within the starburst.

Excrétion lactée de méthadone

*Methadone levels in human milk. J.J. Mc Carthy, B.L. Posey. JHL 2000 ; 16 (2) : 115-120.
Mots-clés : lait humain, méthadone.*

La méthadone est le principal médicament utilisé pour la substitution des toxicomanes aux opiacés. Une femme enceinte traitée par méthadone pourra souhaiter allaiter, mais on la découragera souvent de le faire en raison du passage de la méthadone dans le lait. Six études ont été publiées sur l'excrétion lactée de la méthadone, et aucune ne concluait que l'allaitement devait être déconseillé aux mères prenant de la méthadone. Toutefois, les données existantes sont encore restreintes. Cette étude avait pour objectif de suivre l'excrétion lactée de la méthadone chez des mères suivies par un service médical d'aide aux toxicomanes.

Les femmes enceintes et allaitantes enrôlées dans ce programme de substitution doivent assister à des sessions d'information toutes les semaines pendant lesquelles l'allaitement est abordé. L'allaitement est conseillé aux mères qui suivent correctement leur traitement, ne consomment ni alcool ni autres drogues, sont séronégatives pour le VIH et ne prennent pas de médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement. L'hépatite C, très courante chez ces femmes, n'est pas considérée comme une contre-indication. Les femmes qui ont choisi d'allaiter (n = 8) ont été encouragées à donner des

échantillons de leur lait pour dosage de la méthadone. Quatorze échantillons de lait ont été recueillis, entre 3 jours et 6 mois post-partum, 1 à 8 heures après la prise de méthadone. Le taux sérique de méthadone des mères était régulièrement recherché dans le cadre du suivi assuré par le service. Ce suivi du taux sérique était particulièrement étroit chez les mères prenant plus de 100 mg/jour de méthadone.

Sept des 8 femmes suivies ont commencé le traitement par la méthadone entre 3 et 5 mois de grossesse, la dernière femme étant tombée enceinte alors qu'elle était déjà sous traitement. La posologie de méthadone était en moyenne de 102 ± 42 mg/jour (25 à 180 mg/jour). Le taux lacté de méthadone était en moyenne de 95 ± 60 $\mu\text{g/l}$ (27 à 260 $\mu\text{g/l}$) ; il n'était pas corrélé à la posologie maternelle. On sait toutefois que le taux lacté de méthadone est fonction du moment de la journée et du taux lacté de lipides. Il était donc impossible de déduire le niveau d'exposition de chaque enfant pris individuellement à partir des taux lactés retrouvés. Toutefois, en prenant le taux moyen retrouvé (95 $\mu\text{g/l}$), on pouvait estimer que le nourrisson absorbait 0,05 mg/jour de méthadone (pour une

consommation de 475 ml/jour de lait), cette absorption étant 2 fois plus élevée chez un enfant âgé de 4 à 6 mois. La durée totale d'allaitement chez ces mères a été de 2,5 à 21 mois. Aucun enfant n'a présenté d'effet secondaire de quelque ordre que ce soit.

Les posologies de méthadone des mères suivies dans cette étude étaient dans l'ensemble plus élevées que celles des mères suivies dans les études précédemment publiées, où la posologie la plus élevée était de 80 mg/jour. Les taux sériques de méthadone étaient dans la moyenne thérapeutique et les taux lactés de méthadone n'étaient pas significativement plus élevés que ceux qui ont été retrouvés dans les autres études. Le taux lacté de méthadone le plus élevé jamais constaté dans une étude sur le sujet était de 570 µg/l. En partant de ce taux, un nourrisson absorberait en moyenne 0,27 mg/jour, ce qui correspond à la posologie pédiatrique la plus basse, qui est peu susceptible de constituer un problème pour l'enfant. Encore faut-il noter que ce taux lacté très élevé a été constaté chez une mère dont le

taux sérique de méthadone était de 1 660 g/l, ce qui est très supérieur au taux thérapeutique et suggère un surdosage important. Dans cette étude, la mère qui avait la posologie la plus élevée (180 mg/jour) était aussi celle dont le taux lacté de méthadone était le plus bas (32 g/l) ; elle a allaité pendant 21 mois.

Les résultats de cette étude confirment ceux des études précédentes ; avec les posologies habituellement prescrites, les taux lactés de méthadone sont la plupart du temps trop faibles pour induire un taux sérique significatif de méthadone chez l'enfant allaité. De plus, lorsque l'enfant a été exposé à la méthadone in utero, il la tolère beaucoup mieux et l'élimine plus efficacement. Il n'y a aucune raison de déconseiller l'allaitement à une mère traitée par méthadone. La principale et plus efficace mesure de surveillance semble être de suivre régulièrement le taux sérique de méthadone chez la mère, afin de vérifier qu'il reste dans les limites thérapeutiques, ce qui élimine plus ou moins totalement le risque d'une excrétion lactée très importante.

Avec l'aimable autorisation de la LLL France (La Leche League France)

www.lllfrance.org

Bibliographie :

Neonatal abstinence syndrom following abrupt cessation of breastfeeding. Malpas TJ, Darlow BA. N Z Med Journal, 1999, jan 22; 112(1080): 12-3

Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. Wojnar-Horton RE, Kristensen JH, Yapp P, Ilett KF. Br J Clin Pharmacol 1997. Dec; 44(6): 543-7

Methadone level in breast milk. Geraghty B, Graham EA, Logan B, Weiss EL. J Hum Lact 1997; 13: 227-230

"Toxicomanies et Parentalité : enquête réalisée auprès de médecins généralistes belges francophones accompagnant des usagers de drogues"

Docteur Christian JACQUES, Liège, Belgique

A) INTRODUCTION

Tout d'abord, nous adressons nos vifs remerciements au Fond HOUTMAN (ONE), pour l'intérêt et le soutien accordés à notre enquête. Nous tenons aussi à remercier les Régions Wallonne et Bruxelloise, ainsi que la Communauté Française qui, depuis plusieurs années, aident notre mouvement.

Cette enquête a été réalisée auprès des médecins généralistes du réseau ALTO-SSMG. Ce réseau réunit quelques centaines de médecins généralistes belges francophones (Bruxelles et Wallonie) travaillant pour la plupart en cabinet privé et intéressés par la prise en charge et l'accompagnement des usagers de drogues. Le réseau propose des activités de sensibilisation, de formation, de réflexion et d'intervision (groupes se réunissant régulièrement, soirées de formation, bulletin de liaison, ...). Il a aussi pour mission de représenter les médecins généralistes de terrain auprès des institutions, pouvoirs politiques, ...

Il était demandé aux médecins généralistes de remplir un questionnaire pour tout patient consultant au moins pour la deuxième fois pour un problème de toxicomanie. La consigne était de remplir ce questionnaire que le patient soit ou non parent. L'objectif de cette enquête était de fournir une base chiffrée à nos réflexions sur la notion de parentalité dans le cadre de la toxicomanie. Elle a été présentée d'octobre à décembre 1995. Les questionnaires retournés jusqu'à fin juin 1996 ont été inclus dans l'enquête.

B) DONNEES GENERALES

Un total de 515 questionnaires a été recueilli, sur un total supposé de ± 2.000 patients toxicomanes suivis par les médecins généralistes du réseau.

84 médecins généralistes ont collaboré à l'enquête (6,1 questionnaires/médecin généraliste).

77 patients ont été reçus en centre, par 16 médecins différents.

Les médecins généralistes du RAT (Réseau d'Aide aux Toxicomanes, Bruxelles), déjà fortement sollicités à collaborer à diverses enquêtes, n'ont complété un questionnaire que pour chaque patient parent. Les 45 questionnaires ainsi complétés seront bien sûr retirés des calculs de fréquence* (* : pourcentage) quand nécessaire (par exemple considérations générales sur les toxicomanes suivis par le réseau ALTO, comparaisons population parent/non-parent, fréquence de toxicomanes parents...). Selon le cas, les fréquences seront calculées sur un échantillon de 515 ou 470 patients. La population totale du RAT est estimée à ± 350 patients. Les patients des médecins du RAT sont reçus au cabinet privé du médecin.

Nous n'avons pas la possibilité de repérer les doubles encodages de patients (patient changeant de médecin en cours d'enquête) ou d'enfants (enfant encodé via son père et sa mère, tous deux toxicomanes repris dans l'étude chez un ou deux médecins généralistes). Nous pensons que ces doubles encodages ne concernent qu'un nombre très réduit de sujets et ne peuvent influencer sensiblement les tendances révélées par l'enquête.

C) CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

NB: - pour faciliter la lecture de la discussion, les principaux chiffres seront repris dans le texte.
- ns = non significatif.

	Total	Homme	Femme	
sex-ratio		78 %	22 %	
âge moyen	27 ans	28 ans	26 ans	
médiane de l'âge de début de la toxicomanie	19½ ans	idem	idem	
durée médiane de traitement	11 mois			
niveau d'études				
- n'ont pas réussi les primaires	7 %	7 %	8 %	
- ont réussi les primaires	18 %	20 %	11 %	
- ont réussi les secondaires inférieurs	43 %	43 %	46 %	
- ont réussi le secondaire supérieur	25 %	25 %	25 %	
- ont réussi des études supérieures	6 %	4 %	11 %	
vie en couple	40 %	36 %	55 %	p > 0.999
envisage d'avoir un enfant dans l'année	10 %	8 %	18 %	p = 0.99
A un logis (à soi + parents + famille)	92 %	92 %	90 %	ns
A son propre logis	62 %	59 %	71 %	p = 0.97
élevés 0-18 ans par les parents ensemble	58 %	61 %	47 %	p = 0.99
ont été en institution avant 18 ans	6 %	5 %	9 %	p = 0.88
ont subi des violences avant 18 ans				
- physiques	21 %	18 %	29 %	P = 0.99
<i>pas de réponse à la question</i>	5 %	4 %	10 %	
- sexuelles	6 %	4 %	11 %	P = 0.99
<i>pas de réponse à la question</i>	6 %	6 %	9 %	
- physiques + sexuelles	22 %	19 %	31 %	p = 0.99
<i>pas de réponse à la question</i>	6 %	5 %	10 %	
affaires judiciaires				
- non	33 %	29 %	47 %	p > 0.99
- oui, actuellement	37 %	39 %	31 %	
- anciennes	31 %	33 %	22 %	
- séjourné en prison	46 %	50 %	30 %	
exclusion héritée	37 %	33 %	52 %	p > 0.999
- décrochage scolaire avant fin primaires	7 %	7 %	8 %	ns
- passage en institution (avant 18 ans)	6 %	5 %	9 %	ns
- éducation non exclusivement P+M, P, M	18 %	14 %	32 %	p > 0.999
- violence subie (physique et/ou sexuelle)	23 %	20 %	34 %	p = 0.95
Précarité (les patients RAT, tous parents, significativement moins précaires que les patients non RAT ont été exclus de la rubrique précarité)				

	Total	Homme	Femme	
précarité échantillon global	30 %	29 %	37 %	p = 0.91
- ressource = aucune, noir, illégale, cpas	24 %	22 %	32 %	p = 0.97
- sans logis (ni à soi, ni famille/parents)	7 %	7 %	10 %	10 %
précarité parents/non-parents	30 %	P 28 %	NP 32 %	ns
précarité des patients parents	28 %	25 %	35 %	ns
précarité des patients non parents	32 %	30 %	39 %	ns
Les patients subissant une exclusion héritée sont précaires dans 40 %, contre 25 %				p > 0.999
ont un/plusieurs enfant(s)	31 %	27 %	46 %	p > 0.999
Hors RAT :	197 enfants pour 470 patients			
RAT inclus (total de l'enquête)	275 enfants pour 182 patients parents			
avec qui vit l'enfant (RAT inclus)				
- un ou les parents ensemble	78 %	82 %	69 %	p=0.93
- patient(e)	41 %	47 %	27 %	
- l'autre parent	8 %	3 %	19 %	
- la famille	28 %	32 %	19 %	
- autres/institutions/inconnu	16 %	13 %	23 %	
	6 %	5 %	11 %	
Si le patient n'élève plus l'enfant, la décision a été prise par :				
- le patient et/ou l'autre parent	42 %			
- la famille	4 %			
- la justice	36 %			
- ???	18 %			
Le patient est d'accord avec la décision prise par :				
- lui-même et/ou l'autre parent	77 %			
- la justice	48 % (ns vu taille groupe)			
- la famille	0 % (2 désaccords sur 2 cas)			
Lieu de consultation : vu en privé 82 % - centre 15 % - ??? 3 %				
- a subi de la violence avant 18 ans	22 %	19 %	44 %	p > 0.999
- a dépassé le secondaire inférieur	31 %	33 %	17 %	p = 0.98
- a séjourné en institution avant 18 ans	6%	4 %	16 %	p > 0.999
- exclusion héritée	37 %	33 %	58 %	p > 0.999
- déjà séjourné en prison	46 %	43 %	61 %	p = 0.98
- précarité	30 %	27 %	47 %	p = 0.999
- durée de prise en charge > 1 an	44 %	47 %	33 %	p = 0.95
- durée toxicomanie avant ce traitement	58 mois	48 mois	84 mois	p > 0.999

D) DISCUSSION

1° Les patients

Sex-ratio (hommes 78 %, femmes 22 %).

On relève un âge de début de toxicomanie (médiane de début = 19½ ans) tardif, comparé à d'autres études. Un âge tardif de début est souvent considéré comme un indice de "moindre" gravité.

Une récente enquête relève un recul de l'âge d'entrée en toxicomanie dans certaines régions en Belgique francophone. Nous ne savons donc pas si l'âge tardif observé dans la présente étude est lié à une particularité des patients suivis par le réseau ALTO et/ou participe à une évolution des usages.

2° Spécificité du médecin généraliste

Tout d'abord, il nous paraît important de remercier les nombreux médecins généralistes qui ont accepté de collaborer à cette enquête, à titre entièrement bénévole (515 questionnaires remplis par 84 médecins généralistes, soit 515 patients dont 182 parents totalisant 275 enfants).

Nous avons été agréablement surpris par le nombre de questionnaires remplis et par la qualité de l'encodage.

Notons un allongement important de la durée des prises en charges. En effet, cette durée médiane, indice de la qualité de l'amarrage soignant-soigné, est passée de 5 ½ mois lors de l'enquête "Drogues & Sida" réalisée en 1994 dans le même réseau ALTO à 11 mois dans la présente étude.

Cela réfute la croyance que la relation thérapeutique se limiterait essentiellement à un "deal légal", tant dans le chef du médecin (prescription sans accompagnement relationnel) que du patient (shopping médical).

Il nous paraît important de signaler les médecins généralistes de réseaux comme des partenaires à part entière parmi les divers intervenants prenant les usagers de drogues en charge. Le médecin traitant peut être un élément de stabilité du système familial.

De toute évidence, la gravité de l'usage des toxiques et la désinsertion des patients consultant en cabinet privé sont significativement moindres que celles des patients suivis en centre.

L'UD est un patient en difficulté identificatoire. La rencontre, en salle d'attente par exemple, d'une population banale, intégrée, propose au toxicomane un modèle identificatoire a priori plus "normal" et varié. Au contraire, la fréquentation d'un centre spécialisé favorise les cohabitations extravagantes pour les patients pas (encore) aussi déstructurés.

L'importance du but premier du mouvement ALTO, à savoir apporter un espace de formation et de soutien aux médecins généralistes prenant en charge des usagers de drogues dans leur patientèle habituelle, nous paraît fortement soulignée par cette enquête.

3° Capacité d'accueil du réseau ALTO

En extrapolant à l'ensemble du réseau ALTO, nous pouvons estimer la population d'enfants d'usagers de drogues suivis par les médecins du réseau ALTO à environ 800 enfants. On considère qu'actuellement, il naît en Belgique ±1.000 enfants d'usagers de drogues (repérés) par an.

Nous pouvons estimer que le réseau ALTO accompagne 20 à 25 % des usagers de drogues parents en Belgique francophone (105 enfants de 0-5 ans dans l'enquête, soit \pm 450 pour le réseau ALTO soit 9 % des 5.000 enfants d'UD nés en Belgique sur ces 5 dernières années, ou encore 20 à 25 % des enfants d'UD en Belgique francophone).

Ce chiffre, bien sûr très approximatif, permet de supposer une capacité appréciable du réseau ALTO à accueillir ces parents usagers de drogues, souvent parents en difficulté.

4° Toxicomanie = indicateur de désinsertion psychosociale

Notre expérience de terrain nous amène à penser que, bien souvent, l'usage de drogues est avant tout un comportement résultant d'un échec d'intégration de l'individu au niveau familial et/ou social. C'est donc malheureusement sans surprise que nous avons pris connaissance de l'ampleur des situations de précarité sociale.

De même, les indices de souffrance pendant l'enfance (regroupés dans la variable "exclusion héritée") se révèlent bien souvent positifs et témoignent de situations dont la causalité échappe au sujet (est considéré comme présentant une exclusion héritée le patient victime d'une ou plusieurs des quatre caractéristiques reprises ci-après. Est considéré comme précaire tout patient sans ressource et/ou sans logis).

L'enquête ne permet pas de déterminer dans quelle mesure la toxicomanie est indicateur ou facteur de précarité, ou si le regard social jeté sur ce comportement n'est pas lui-même inducteur d'exclusion.

5° Surprises : présupposés non confirmés par l'étude

Les usagers de drogues qui ont été exclusivement élevés par leur père et/ou mère élèvent eux-mêmes (et/ou l'autre parent) leur enfant dans 83 % des cas (contre 80 % pour les usagers de drogues élevés hors père et/ou mère, différence statistiquement non significative).

Cette absence de corrélation est confirmée par l'absence de corrélation "patient victime d'exclusion héritée"/"perte de l'éducation de son enfant" (on tombe de 80 % à 76 %, ns).

Nous devons donc mettre en doute une croyance souvent rencontrée du genre "les personnes qui ont été maltraitées ou abandonnées vont probablement être eux-mêmes des parents abandonnants ou maltraitants."

On imagine sans peine les dégâts possibles d'une telle "conviction" (même et surtout cachée) chez le soignant.

De même, la variable "séjour en institution" ne semble pas corrélée aux autres indices de gravité.

E) AU-DELA DE L'ENQUETE

Préambule

Nous avons choisi, délibérément, de dépasser le cadre strict de cette enquête et de ses insuffisances.

Donc, nous prolongerons les indications fournies par l'enquête avec les observations issues de nos pratiques de médecins généralistes. En effet, nous avons un accès large à d'innombrables situations familiales, dans tous les milieux sociaux.

Nous nous rendons dans les familles pour des motifs divers et souvent banaux, avant même qu'une problématique lourde ne soit identifiée et qu'entrent en scène les premiers intervenants spécialisés (psychiatriques, sociaux, judiciaires, etc....).

1° Préjugé culturel

Il nous semble qu'il existe une croyance répandue selon laquelle les usagers de drogues seraient, a priori, des sujets faisant vivre un risque gravissime à leurs enfants. Certaines mesures sont, de ce fait, prises parfois de façon (quasi-)systématique lors de la découverte d'une toxicomanie : par exemple, signalement au SAJ de toute naissance d'un enfant de mère usagère de drogues, l'idée sous-jacente étant qu'il faut mettre systématiquement les enfants d'usagers de drogues sous surveillance et même, dans certains cas, leur enlever la garde de leurs enfants.

Il semble que l'on soit beaucoup plus inquiet face à ces comportements que face à des comportements socialement mieux "camouflés" (p. ex: pédophilie) ou socialement plus "classiques", comme les comportements d'alcoolisme.

Pendant ce temps, le dégât parfois aussi sévère lié à l'alcoolisme d'un parent ne suscite qu'une réaction du corps social (population générale et intervenants PMS) beaucoup plus mitigée, signe évident d'une tolérance aux conduites alcooliques, contrastant avec la dramatisation et le rejet violent encore souvent constatés en présence de toxicomanies aux drogues illégales.

De même, on laisse des enfants dans des situations à risque de violence physique et/ou d'abus sexuels alors que des interventions ont lieu dans des situations de toxicomanies qui nous paraissent comparativement banales.

Il nous paraît donc important de souligner que l'intensité de la réponse sociale paraît plus liée au côté "non-classique" d'une toxicomanie qu'à l'évaluation du risque qu'elle fait courir aux enfants.

L'enquête ne permet malheureusement pas de mettre en évidence si les usagers de drogues sont plus déstructurés que les autres précaires. Elle ne montre pas non plus si ils perdent aussi souvent la garde de leur enfant à cause de leur situation réelle ou par suite de ce préjugé culturel.

2° Regard pervers

En croquant le fruit défendu, le toxicomane attire sur lui le courroux... et le regard. Son regard à lui d'abord, qu'il détourne de sa souffrance existentielle et de l'ensemble de la situation, ainsi camouflée de surcroît, au regard du système familial et social.

L'usager de drogues est donc le "patient identifié" ou le "coupable" par excellence, face à l'enfant, paradigme de la victime innocente, vers laquelle convergent tous les regards.

3° Les glissements de parentalité

Les sauts générationnels (enfant élevé par les grands-parents) paraissent très fréquents dans les familles toxicomanes. De toute évidence, l'histoire familiale et le regard social se conjuguent pour instabiliser les usagers de drogues dans leur rôle de parents.

Devant ces situations de "rapt" intra-familial, souvent perpétré par des grands-parents qui, après avoir raté l'éducation de leur enfant devenu toxicomane, se prétendent bons parents pour l'enfant de leur enfant, marquons un temps de réflexion : "quelles sont les significations symboliques de cette prise de drogues (transgression...?), de cette "prise" d'enfant (soutien à la mère, nouvelle destruction de celle-ci, réparation d'un échec à travers ce nouvel enfant...?).

Dans quels enjeux, largement inconscients, sommes-nous, intervenants, parti-pris ? Quelles sont les significations pour nous de nos prises de pouvoir ...?"

Nous pensons que le médecin généraliste, comme les autres intervenants PMS, doit veiller à ne pas disqualifier a priori les parents dans l'éducation de leurs enfants. Les parents sont les racines de l'enfant. L'enfant se sent déstabilisé, dénigré par cette disqualification de ses parents.

Il nous faut donc, au contraire, avoir à l'esprit l'importance pour les enfants d'avoir des parents qui restent dans leur place de parents, et l'importance pour la survie de ces parents d'être reconnus et soutenus dans cette place, plutôt que d'aller se sacrifier en se jetant par la fenêtre ou dans la came ...

F) CONCLUSIONS

Cette étude éclaire tout d'abord la place spécifique du médecin généraliste dans la prise en charge des usagers de drogues et ce, dans le cadre de sa pratique habituelle. Elle montre aussi l'importance et la capacité d'accueil du réseau ALTO.

L'usager de drogues est d'abord une "victime" par exclusion et par précarité.

S'il est parent, il est en grand danger de perdre son enfant (la moitié des usagers de drogues n'élèvent pas leur enfant), peut-être parce qu'il est toxicomane, nonobstant le fait qu'il peut souvent être un parent acceptable.

Il existe probablement une dramatisation des représentations dominantes en matière de toxicomanies. Cette anxiété face à un phénomène largement inconnu fait penser que l'usager de drogues est toujours dangereux pour ses enfants.

On cherche parfois, de façon intrusive, à détecter tout signe minime de dysfonctionnement parental, en contraste avec d'autres comportements à risques beaucoup mieux camouflés.

En un mot, on maltraite souvent beaucoup plus la parentalité des usagers de drogues que celle des autres personnes à risques. Nous pensons qu'il convient de nuancer notre regard et d'examiner au cas par cas chaque situation à risques, qu'elle présente, ou non, une toxicomanie aux drogues légales ou illégales.

Il convient donc de se questionner sur certaines politiques de placement des enfants d'usagers de drogues et d'envisager de mettre en place des mesures d'accompagnement qui soutiennent les parents dans leur place de parents.

Ce point, qui nous paraît prometteur, mérite peut-être une nouvelle enquête ...

Responsable de l'enquête et rédacteur de l'étude :

Docteur Christian JACQUES, rue de Herve 203 à Grivegnée (Liège)
Tél: 04/343.84.78 – Fax : 04/344.27.77

Comité de réflexion :

Docteur Christian JACQUES
Docteur Claire REMY, Bruxelles
Docteur Myriam SWARTEBROECKX, Bruxelles
Mademoiselle Marie-France LAFONTAINE, statisticienne à l'IHE.

Cet article est reproduit ici avec l'autorisation du responsable du réseau ALTO ; il est extrait du site internet de la Société Scientifique de Médecine Générale :

<http://www.ssmg.be>

Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère dépendantes aux opiacés

Anne-Clotilde DEMAN, Lille

Dès lors qu'elle est en âge de procréer, une femme, qu'elle soit dépendante à l'héroïne, ou encore substituée avec la méthadone ou le Subutex®, est susceptible d'être enceinte. Tout au long de la grossesse, le fœtus est imprégné passivement par les opiacés consommés par la mère (héroïne, morphine, méthadone, ou même codéine, dextropropoxyphène, ...). Ces opiacés peuvent induire un syndrome de sevrage chez le nouveau-né.

Le syndrome de sevrage est l'ensemble des manifestations cliniques que risque de présenter le nouveau-né du fait de l'arrêt brutal des opiacés (le « manque » désignant les sensations ainsi engendrées). Il associe principalement des signes neurologiques, digestifs et respiratoires, les symptômes pouvant persister quelques jours à quelques mois (1, 2).

Ce syndrome apparaît dans des délais et à des degrés variables, de quelques heures à quelques jours après la naissance, avec une fréquence de 55 à 94 % (1, 3, 4).

On notera que ce syndrome est beaucoup plus rare (voire inexistant) quand il s'agit d'un usage médical et ponctuel d'opiacés en fin de grossesse pour traiter, par exemple, une douleur.

1. MECANISME

Bien que les drogues utilisées et les retentissements cliniques de la toxicomanie chez l'adulte sont bien connus, on sait peu de choses sur les processus biochimiques et physiologiques gouvernant le syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né (5). Les mécanismes en jeu font donc l'objet d'hypothèses discutées et restent, aujourd'hui encore, indéterminés (2).

Par exemple, chez l'adulte, le syndrome ne se définit pas par une caractéristique mais bien par une série de modifications comportementales et physiologiques et les mécanismes gouvernant chaque aspect du syndrome peuvent être différents.

Le système sympathique entre en jeu mais pour la plupart des symptômes, c'est le SNC (Système Nerveux Central) qui intervient en premier lieu (5).

En 1994, Barr et Jones ont réussi à faire le lien entre certaines structures cérébrales de l'adulte (SNC) et des signes spécifiques du syndrome de sevrage (et notamment implication du locus coeruleus dans les symptômes physiques). Mais il n'y a pas de données concernant l'implication de cette structure cérébrale dans le sevrage du nouveau-né (5).

Par ailleurs, chez le nouveau-né, la barrière hématoencéphalique est immature et le métabolisme de la morphine est vraisemblablement différent de chez l'adulte : cette immaturité empêcherait-elle l'expression de certains signes ? On constate, par exemple chez l'adulte, et peu ou pas chez l'enfant, une augmentation de la pression artérielle par stimulation sympathique (SNA : Système Nerveux Autonome) ou une mydriase. Ainsi, le syndrome de sevrage n'est pas le même chez l'enfant : certains signes n'apparaissent pas ou apparaissent moins chez le nouveau-né (5).

2. TABLEAU CLINIQUE

Lors de la prise en charge prénatale, une rencontre avec le pédiatre amené à suivre l'enfant paraît importante ; les symptômes attendus du syndrome de sevrage et leur prise en charge seront clairement expliqués pour faire de la mère un « partenaire » de soin de son enfant (6).

Les signes du syndrome de sevrage chez le nouveau-né sont classés en quatre catégories selon le système atteint : le système nerveux central (SNC), le tractus gastro-intestinal, le système respiratoire et le système nerveux autonome (SNA) (7, 8).

Les **signes neurologiques** sont au premier plan du tableau clinique et existent dans pratiquement 100 % des cas (6, 9).

Dès 1974, A. B. Soule a montré que les nouveau-nés de mère sous méthadone pleuraient beaucoup, présentaient une irritabilité neurologique, avec souvent des tremblements, de l'hypertonie. Il constatait une immaturité motrice et ces enfants semblaient répondre plus difficilement aux stimuli visuels qu'aux stimuli auditifs (certains bébés étaient incommodés pour fixer des yeux un élément, la taille de la pupille atteignant à peine la normale) (10).

Dans cette description, il y a effectivement des manifestations de sevrages, cette étude privilégiant l'analyse des différences d'état parmi des nouveau-nés exposés ou non à la méthadone.

En 1975, M. E. Strauss retrouvait, dès la 48^{ième} heure de vie, des nouveau-nés irritables mais ayant des capacités à se calmer ou à répondre aux stimulations peu différentes des autres nouveau-nés (11).

En 1987, A. Bourrillon, C. Lejeune et C. Olivier remarquent, par le biais d'études électrophysiologiques, que ces nouveau-nés ont une sensibilité auditive élevée mais qu'ils sont moins réactifs aux stimuli visuels (12).

Ainsi, les signes centraux du manque sont représentés notamment par une **hyperactivité**, une **hyperexcitabilité** (d'où l'**irritabilité**, l'agitation excessive avec **pleurs**), et des **cris** aigus voire incessants (11, 13, 14).

Francoval dit « ne jamais observer, contrairement à ce qu'on observe chez un nouveau-né normal, de périodes d'éveil calme pendant lesquelles on a l'impression de pouvoir communiquer avec l'enfant » (15).

Le nouveau-né présente des **troubles du sommeil** (insomnies, périodes de sommeil de plus en plus courtes) (8, 15, 16...). Des enregistrements électro-encéphalographiques montrent une réduction significative du temps de sommeil calme, mais une augmentation du sommeil à mouvements oculaires rapides (paradoxal) et du sommeil indéterminé par rapport à des nouveau-nés témoins (12).

Ce syndrome associe également des mouvements anormaux. Les nouveau-nés développent initialement, selon une fréquence moyenne à élevée, des **trémulations** bénignes qui progressent en sévérité (2). Au début, ces trémulations apparaissent seulement quand l'enfant est dérangé. Par la suite, elles surviennent spontanément sans aucune stimulation (13).

D'après Lipsitz, les trémulations peuvent être assez sévères jusqu'à les confondre avec des crises d'épilepsie mais peuvent être contrôlées en tenant le bébé et représentent plus des mouvements myocloniques excessifs que de l'épilepsie (17).

On peut constater une **hypertonie**, une **hyperréflexie** (réflexes tendineux augmentés). Le réflexe de Moro est parfois exagéré (2, 14).

Le nouveau-né peut présenter des **myoclonies**, voire des **convulsions**. La majorité de ces convulsions semblent apparaître en moyenne à 10 jours de vie. Elles peuvent néanmoins être très précoces ou plus tardives jusqu'à la fin du premier mois (18). L'électroencéphalogramme est anormal uniquement lors des crises (19).

On observe chez ces enfants des **signes digestifs** notamment des **troubles alimentaires** et un réflexe de succion anormal (ces deux derniers étant représentatifs de dysfonctionnements du SNC pour certains (11) ou du tractus gastro-intestinal pour d'autres (14)).

Les nouveau-nés sucent donc souvent et frénétiquement leurs poings ou pouces. Ils ont néanmoins des difficultés à se nourrir parce que leur **succion** est **excessive ou mal coordonnée et inefficace**. La tétée ou la prise du biberon devient alors malaisée et insatisfaisante, d'où perte de poids possible ou gain de poids non optimal (2, 8, 13, 20).

En outre, il a été remarqué que les nouveau-nés de mère toxicomane prenaient apparemment moins souvent de pauses lors de l'allaitement (la maman toxicomane retirant ou mettant elle-même le mamelon dans la bouche du bébé, et ceci plus souvent que les autres mères) (21). En effet, la mère peut interpréter comme un signe de faim la succion frénétique du nouveau-né et nourrir le bébé pour le calmer. Dans ce cas, la sur-alimentation qui en résulte peut aggraver les symptômes gastro-intestinaux (22).

Les **régurgitations** sont fréquentes. Des **vomissements** et des **diarrhées** liées à un hyperpéristaltisme intestinal peuvent survenir et entraîner éventuellement déshydratation et déséquilibre de la balance hydroélectrolytique (2, 13, 18).

A ces signes digestifs, on peut ajouter des **douleurs abdominales**, un gain de poids faible (16).

Certains ont observé une **hyperphagie** (20, 23).

A. Martinez a mené une étude sur 44 enfants nés de mères substituées par la méthadone afin d'en préciser l'importance clinique. L'hyperphagie est donc un symptôme possible, surtout lors de la deuxième semaine de vie, et peut persister chez un certain nombre. Elle n'est pas associée à un gain de poids du nouveau-né (la perte de poids étant plus importante chez les nouveau-nés hyperphagiques la première semaine de vie) et n'entraîne ni effets gastro-intestinaux néfastes, ni complications cliniques. Cet appétit vorace peut apparaître chez des enfants qui ont des demandes (ou des pertes) métaboliques élevées du fait de signes cliniques du syndrome de sevrage non contrôlés par un traitement médicamenteux (20).

Les **troubles respiratoires** sont représentés par une **tachypnée** ou polypnée (respiration trop rapide, > 60/min), une **hyperpnée** (respiration d'amplitude exagérée) pouvant amener une **alcalose respiratoire** (11, 12). Les désordres cardiaques se traduisent par des accès de **tachycardie** (18). Plus redoutable est la survenue d'arythmie respiratoire avec **apnées** entraînant des troubles d'hypoxie (18).

On constate des **cyanoses**, un **engorgement nasal** (8, 14, 16).

Les **perturbations du Système Nerveux Autonome** amènent à des **bâillements**, des **éternuements** (attribués à une excitabilité neurologique par l'AAP – American Academy of Pediatrics) (14). Une **transpiration excessive** est possible, ainsi qu'une température instable (**hypo ou hyperthermie : fièvre**). La peau de l'enfant pourra se couvrir de **marbrures** (1, 8, 11, 16...).

Enfin, la peau du nouveau-né pourra s'altérer du fait des diarrhées ou du frottement sur les draps (hyperactivité). Ces **excoriations cutanées** toucheront le nez, les pieds, les genoux (7, 15, 16). On pourra observer des accès de rougeur cutanée, des **hoquets**, des **larmolements** (1).

Lors du sevrage du nouveau-né à l'héroïne, les symptômes les plus communs apparaissent suivant la fréquence reportée dans le tableau ci-après (7, 24) :

Fréquence relative (%) des signes du sevrage à l'héroïne			
75-100 %	25-75 %	< 25 %	rare
Tremblements	Alimentation difficile	Fièvre	Convulsion
Irritabilité	Vomissements		
Hyperactivité	Diarrhée		
Hypertonie	Eternuements		
Sommeil perturbé	Tachypnée		
Cris aigus	Transpiration		
Succion excessive			
D'après Volpe JJ. 1987, Teratogenic effects of drugs and passive addiction. In Neurology of the Newborn, Volpe JJ, ed. Philadelphia : WB Saunders, 680.			

Ces différents signes constituent ainsi le syndrome de sevrage, syndrome qui peut être bénin et transitoire, d'apparition retardée, ou de sévérité croissante.

Remarque : Le syndrome peut même être intermittent ou biphasique : on constate alors dans un premier temps un syndrome de sevrage aigu suivi d'une amélioration et dans un second temps, une réaction subaiguë ou encore une exacerbation du syndrome (2, 13).

Les symptômes vont persister quelques jours à quelques mois, communément 8 semaines selon Franck et Vilardi, avec une irritabilité persistant pendant 3 à 4 mois (7).

3. DIAGNOSTIC ET EVALUATION

3.1. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il est important de savoir penser au syndrome de sevrage quand l'intoxication est méconnue, devant l'association des troubles neurologiques, des signes digestifs et généraux étudiés précédemment. Mais distinguer les symptômes d'un sevrage d'une irritabilité du SNC résultant de désordres infectieux ou métaboliques n'est pas si évident : aucun signe clinique ne peut être attribué spécifiquement au syndrome de sevrage aux opiacés sans évaluation appropriée, test ou diagnostic visant à écarter d'autres étiologies (1, 14, 25c).

Ainsi, un médecin ne connaissant pas la toxicomanie de la mère peut confondre les signes du syndrome de sevrage avec certaines pathologies néonatales. Il faudra différencier le syndrome de sevrage de troubles métaboliques (hypoglycémie), d'un déséquilibre électrolytique (hypocalcémie), d'infections, de septicémie ou encore de troubles digestifs banaux (coliques, reflux).

De même, il est essentiel d'écarter des causes possibles telles que hyperthyroïdie, hémorragie ou ischémie du SNC, anoxie (1, 8, 11, 14).

D'après B. Roques, l'augmentation du taux plasmatique de magnésium, associé à des signes végétatifs et neuronaux, semble caractériser le syndrome de sevrage aux opiacés (26). Et selon Francoual, la façon la plus facile pour un observateur de faire le diagnostic de début de syndrome de sevrage est d'observer l'enfant et de s'apercevoir que, contrairement à un nouveau-né normal, ces enfants sont, soit en train de dormir, soit en train de pleurer (15).

Dans ce contexte, l'identification des enfants à risques est primordiale (un syndrome de sevrage est possible pour des drogues non opiacées).

La présence de certaines caractéristiques maternelles ou néonatales peut indiquer une analyse d'échantillons d'urine afin de vérifier l'exposition in utero aux opiacés (absence de soins prénataux, mort inexpliquée du fœtus, travail précipité, changements importants d'humeur, avortements spontanés à répétition...).

Notons que l'analyse toxicologique précoce des premières urines reste une méthode facilement réalisable et les toxiques et leurs métabolites y sont souvent retrouvés en concentration supérieure à celle du plasma (27, 28).

D'autre part, n'oublions pas que, chez le nouveau-né, peuvent être associés à une toxicomanie maternelle une prématurité, un RCIU (Retard de Croissance Intra-Utérin) inexpliqué, etc.

On essayera donc, dans la mesure du possible, de connaître l'histoire maternelle (drogues licites et illicites, habitudes des parents...), tout en sachant que la maman sous-estimera souvent sa consommation de drogues (polytoxicomanie possible), qu'un screening des urines maternelles lors de la grossesse ne parvient pas à identifier toutes les consommations de drogues et que les analyses d'urine ne permettent de détecter que les expositions récentes (14, 28).

NB : Rappelons que l'héroïne est rapidement hydrolysée en 6-monoacétylmorphine, puis en morphine ou en glucuronides de la morphine, éliminés dans l'urine. La codéine est partiellement métabolisée en morphine, retrouvée dans l'urine avec notamment des glucuronides de morphine.

Ainsi, l'analyse des premières urines, bien qu'ayant un certain intérêt « pratique », est une technique limitée car trop souvent négative, d'où l'utilisation d'autres méthodes de détection pour confirmer une imprégnation anté-natale.

3.2. ANALYSES COMPLEMENTAIRES

Comme on l'a déjà vu, les recherches toxicologiques dans les urines des nouveau-nés exposés in utero à une quelconque drogue se révèlent parfois infructueuses si la toxicomanie de la mère a été arrêtée plusieurs jours avant l'accouchement, ou bien lorsque les urines sont prélevées plusieurs jours après la naissance (27, 28).

L'analyse du méconium est, quant à elle, un meilleur reflet de l'exposition fœtale. Ceci est basé sur le fait que les drogues sont métabolisées par le foie du fœtus et éliminées par voies biliaire et urinaire.

Or, le méconium, qui représente les premières matières fécales excrétées par le nouveau-né, est composé entre autres, de bile et n'est expulsé dans le liquide amniotique qu'en cas de souffrance fœtale (les médicaments ou autres produits et leurs métabolites sont donc accumulés dans le méconium tout au long de la gestation) (8). Cette analyse est intéressante si on suspecte rapidement, dans les deux à trois premiers jours de vie, une éventuelle toxicomanie maternelle. Sur le plan pratique, la technique biologique de l'analyse du méconium reste assez complexe par rapport à l'analyse urinaire, mais plus fiable (27, 28).

Plus récemment, des essais réalisés sur des échantillons de cheveux de la mère et de l'enfant ont élargi la possibilité de détecter les expositions intra-utérines (8). Les toxiques et leurs métabolites présents dans le secteur plasmatique sont incorporés dans la matrice du cheveu au cours de sa croissance et y demeurent jusqu'à sa chute. Les cheveux restent donc le seul milieu utilisable lorsque les enfants ne sont vus qu'après 3 ou 4 jours de vie, lorsque les selles ne sont plus méconiales, rendant même possible le diagnostic de l'intoxication fœtale chez des enfants âgés de plusieurs semaines au moment de leur hospitalisation (28).

En pratique, chaque type de prélèvement possède ses avantages et ses inconvénients :

- Le prélèvement des premières urines permet une analyse rapide et à moindre coût, mais les faux négatifs sont fréquents.
- Les dosages dans le méconium et les cheveux permettent de déceler l'intoxication du dernier trimestre de la grossesse, même s'il y a eu un arrêt quelques jours ou quelques semaines avant la naissance.
- Ainsi, le prélèvement méconial, offrant a priori une plus grande sensibilité que les urines, peut être réalisé pour compléter les analyses (mais il n'est praticable que les premiers jours de vie).

L'étude des cheveux peut être faite en dernier recours et même après plusieurs semaines de vie, mais peut poser problème quant à la quantité prélevable, parfois trop faible pour autoriser une grande sensibilité (27, 28).

Ainsi, chez les enfants à risque, les analyses toxicologiques complètent la recherche, dès la naissance, de la séméiologie du syndrome de sevrage aux opiacés, ceci afin de poser le diagnostic.

De plus, cet ensemble de symptômes aspécifiques sera codifié afin de distinguer précisément l'absence et la présence d'un syndrome de sevrage (7).

3.3. SCORES

Les scores, qui sont en fait des systèmes de codification, ont été développés pour contrôler le nouveau-né exposé aux opiacés et estimer ainsi objectivement l'apparition, la progression et la diminution des symptômes du sevrage, ainsi que leur sévérité. Certains permettent d'adapter le traitement du syndrome de sevrage aux opiacés.

Pour examiner les adaptations neurocomportementales des nouveau-nés de mères pharmacodépendantes, l'échelle de **Brazelton** a été très employée. Celle-ci évalue les réponses à des stimuli, les éléments comportementaux (sommeil, réveil, pleurs...), l'état neurologique (irritabilité, « consolabilité »,...), et le développement moteur.

Par exemple, sont étudiées l'adaptation aux stimuli tels que lumière et sonnerie ainsi que la réponse à des stimuli animés et inanimés (visage, voix, hochet...). Trente-trois points sont évalués sur une échelle de 1 à 9.

Le caractère « consolabilité » donnera un score faible quand le nouveau-né est inconsolable et un score élevé quand la seule présence d'un visage suffit à rassurer l'enfant. L'avantage de ce score réside surtout dans le large éventail d'attitudes étudiées.

En 1974, A. B. Soule a testé ce score sur des nouveau-nés de mère sous méthadone et y a trouvé de l'intérêt pour le diagnostic précoce d'une addiction, également pour le suivi des enfants atteints, et les soins qui leur sont prodigués. Par exemple, cette étude a montré une réponse pauvre des nouveau-nés aux stimuli visuels.

Néanmoins, l'intérêt du score de Brazelton, dans le cas du syndrome de sevrage du nourrisson, est modéré du fait de son objectivité relative et de son imprécision quant aux données de causalité, certaines variables n'étant pas isolées (conditions pré et postnatales, complications de l'accouchement, poids de naissance...) (10, 11).

L. Franck et J. Vilardi citent le **NNWI** (Neonatal Narcotic Withdrawal Index) qui évalue 7 indicateurs notés de 0 à 2. Sa validité a été déterminée en comparant les scores de 40 enfants non exposés avec 50 nouveau-nés exposés aux opiacés, lors de leur deuxième jour de vie (les scores des enfants exposés étaient significativement supérieurs) (7).

Ostrea classe le syndrome de sevrage en trois catégories : sévère, modéré, faible (**Annexe 1**).

Ainsi, un tableau à double entrées reprend 6 critères (vomissements, diarrhée, perte de poids, irritabilité, trémulations et/ou myoclonies, tachypnée) selon leur intensité (faible, modéré, sévère) (29).

Le score de **Lipsitz** (1975) mesure 11 symptômes cliniques. Ils sont notés selon leur intensité de 0 à 3 (7, 14, 17) (**Annexe 2**). Les trémulations, l'irritabilité, l'hyperréflexie, l'hypertonie et la tachypnée (fréquence respiratoire supérieure à 55/min) sont les signes les plus impressionnants et donc les plus notés (0 à 2 ou 3).

Les autres signes moins frappants sont l'importance des selles, les éraflures de la peau (0 à 2), les étternuements et bâillements répétitifs, les vomissements, la fièvre (0 ou 1).

Le score total va de 0 à 20 (des symptômes significatifs donneront un score supérieur à 4). Il peut être utilisé 2 fois par jour, une heure après un repas (7, 17).

En 1975, **Finnegan** et ses collègues notent chacun des 20 symptômes les plus communs, sur une échelle de 0 à 5, en fonction de leur absence ou présence, de leur durée et intensité (**Annexe 3**).

On y retrouve par catégorie les troubles du SNC, les troubles métaboliques et respiratoires, les troubles gastro-intestinaux.

Par exemple, on notera la sévérité des trémulations (quand elles existent) de 1 à 4 selon qu'elles sont faibles ou sévères, et provoquées ou non. Ou encore, des selles normales donneront un score de 0, des selles molles un score de 2, des selles liquides un score de 3.

Si l'enfant éternue plus de 3 ou 4 fois de suite ou éternue une ou deux fois mais fréquemment dans l'intervalle séparant deux scores, les éternuements ont la note de 1. Les scores sont ensuite additionnés (7).

D'une façon générale, le score de Finnegan est régulièrement évalué toutes les 4 à 6 heures dans la journée. Il permet l'adaptation des traitements du nouveau-né en fonction de la symptomatologie (1, 6).

Par exemple, L. Franck et J. Vilardi évaluent les enfants 2 heures après la naissance, ensuite, toutes les 4 heures dans les 5 premiers jours de vie ou jusqu'à ce que les symptômes diminuent. Si le score de 8 est atteint, on note des périodes de 2 heures. Les observations cliniques sont également reportées (le score de chacun des critères indique la présence des symptômes dans la période précédant l'établissement du nouveau score total) (7, 8).

P. Benos établit également le score toutes les 4 heures les premiers jours, et ce, jusqu'à l'expression du syndrome de sevrage. Lorsque la symptomatologie est bien contrôlée, le score est établi toutes les 8 heures ; après quelques jours de stabilité clinique, le traitement est diminué progressivement, le contrôle devant être maintenu au moins 48 h après son arrêt (6).

Le syndrome de sevrage est dit minime ou moyen tant que le score de Finnegan reste inférieur à 11 (C. Lejeune, (1)).

Parmi les méthodes reconnues, on compte celles d'Ostrea, Lipsitz et Finnegan :

- Les 6 points d'Ostrea sont très abordables, mais cette méthode est limitée par l'usage d'un simple classement plutôt qu'une échelle numérique, empêchant ainsi d'additionner les sévérités des divers symptômes d'un syndrome de sevrage.
- Le score de Lipsitz, avec 11 symptômes pris en compte, présente l'avantage d'être un système numérique relativement simple.
- Plus complet, le score de Finnegan comprend non moins de 31 critères, ce qui peut être lourd au quotidien dans un service clinique bien occupé.

NB : notons que ces scores peuvent parfois manquer de précision pour des symptômes d'importance moyenne (L. Franck et J. Vilardi, (7)).

En conclusion, ces scores permettent de distinguer précisément l'absence et la présence d'un syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né ainsi que sa sévérité.

En outre, ils vont guider l'action thérapeutique. En effet, indépendamment du système choisi, l'utilisation de scores permet une meilleure objectivité quant aux modes de prise en charge de l'enfant (notamment instauration et modifications d'un traitement) (14).

4. PRISE EN CHARGE

Le syndrome de sevrage est un moment difficile à vivre pour l'enfant et pour la mère car il perturbe les relations mère-enfant. Les enfants apparaissent difficiles, peu valorisants pour des mères elles-mêmes en souffrance... (1).

En maternité, des structures type « unité Kangourou » ou « secteur mère-enfant » doivent être privilégiées pour l'accueil de ces patientes, afin de maintenir autant que possible le nouveau-né auprès de sa mère et favoriser leur attachement. Pour une bonne prise en charge de l'enfant, la maman doit être préparée et accompagnée par le personnel soignant, y compris les pédiatres (1, 6). En effet, les jeunes mamans sont souvent décrites comme « perdues, dépassées par les événements » ; certaines d'entre elles sont irritables, voire agressives, ou même incohérentes, refusant de se laisser examiner par exemple (30).

Selon J. P. Aubert, dans la majorité des cas, aucun traitement médicamenteux n'est nécessaire pour l'enfant si la mère est prévenue de la symptomatologie et peut « faire face » par un « nursing » très attentif de son bébé, pendant les quelques heures ou jours d'un syndrome de manque léger (16).

4.1. LE NURSING

Ce « nursing » montre l'aspect psychologique du traitement du sevrage : pour un syndrome d'intensité faible à modérée (score de Finnegan < 7), le simple fait de s'occuper du nouveau-né, de le bercer (contacts maternels), améliore son état. Le traitement initial consiste donc à ce que la mère berce son enfant pour diminuer son irritabilité.

A cela, on ajoutera des conditions de repos et de calme (ambiance tamisée) pour la mère et son enfant, afin de réduire les stimuli sonores et lumineux (l'emballotement y contribuerait (14)) (11). Cet « aménagement de l'environnement » est jugé inefficace par certains (23).

Le nouveau-né doit être encouragé à manger (en petites quantités et fréquemment) ; si nécessaire, on utilisera des laits épaissis anti-régurgitations (1, 6).

NB : Aux dépenses caloriques dues aux activités du bébé, il faut ajouter les pertes consécutives aux vomissements et diarrhées. La ration de calories peut être évaluée quotidiennement afin de fournir les 150 à 250 cal/kg/jour nécessaire à la bonne croissance du nouveau-né souffrant de syndrome de sevrage (14).

Si la ration alimentaire, hydrique et calorique, ne peut être prise de façon satisfaisante ou en présence de troubles digestifs, il faut recourir à l'alimentation entérale par sonde ou aux perfusions (sérum glucosé à 10 %, 100 ml/kg/jour enrichi de 2 mEq/kg/jour de sodium et potassium) (18).

Une tétine sera utilisée en dehors des prises de nourriture pour les suctions excessives. On préviendra ou minimisera les complications telles que les excoriations cutanées par des draps doux (7, 13).

Ce nursing doit être complété par une surveillance des rythmes de sommeil, de la température, du poids, ou de toute modification clinique que pourrait occasionner une autre pathologie (14).

Bien sûr, le nouveau-né sera transféré en Néonatalogie si le syndrome de sevrage est grave, à risque de déshydratation ou de convulsions et naturellement s'il y a prématurité ou RCIU (1).

4.2. L'ALLAITEMENT

La méthadone, comme l'héroïne, passe dans le lait maternel, mais de faibles quantités sont détectées. Les doses ingérées par le nouveau-né sont donc faibles (11, 16). Ainsi, l'allaitement n'est pas contre-indiqué chez la femme sous méthadone, mais certaines recommandations de prudence s'imposent. Plusieurs paramètres sont à prendre en compte :

- les sérologies maternelles et le risque de transmission (notamment pour le Sida) doivent être évalués pendant et après la grossesse car cette infection contre-indique l'allaitement ;
- la mère consomme-t-elle d'autres produits ? Peut-on évaluer son risque de rechute ? Par exemple, la cocaïne passe dans le lait et on peut craindre des intoxications avec notamment des troubles respiratoires chez le nouveau-né (1, 2, 13, 31) ;
- l'allaitement peut être plus facilement proposé si la dose journalière de méthadone est inférieure ou égale à 30 mg, car au-delà, il y a risque de syndrome retardé, alors sans suivi médical. Ce risque existe aussi si l'allaitement est prolongé (11, 32).

Remarque : certains auteurs ont trouvés de faibles taux dans le lait de mamans maintenues à 50 mg et aucun effet secondaire ne semble avoir été constaté chez des enfants dont les mères recevaient de 50 à 80 mg de méthadone par jour (31). Mais de plus amples recherches sont nécessaires pour conclure.

On notera que la méthadone atteint sa concentration maximale dans le lait maternel 4 heures environ après son ingestion. Afin d'éviter d'allaiter le nouveau-né lors du pic de concentration, certains suggèrent de donner la dose quotidienne de méthadone après une tétée et de nourrir l'enfant avec un lait pour nourrisson au repas suivant. Ceci réduirait alors la quantité totale de méthadone reçue par le nouveau-né (31).

Ainsi, en cas de sérologies négatives et de toxicomanie bien contrôlée, certains conseillent l'allaitement. En effet, ses bénéfices immunologiques et relationnels sont essentiels.

Il semble que l'allaitement peut limiter (voire même traiter) les conséquences du sevrage chez le nouveau-né (1, 11, 32). Les avis diffèrent néanmoins, les quantités de méthadone dans le lait ne permettant pas de maintenir les concentrations auxquelles le fœtus était exposés in utero (2, 33).

NB : Le Subutex®, d'usage plus récent que la méthadone et donc moins étudié dans ce cadre, est contre-indiqué lors de l'allaitement, « du fait de son passage dans le lait maternel et de ses propriétés morphiniques » (34).

Mais par exemple, Jernite a dosé la buprénorphine et son métabolite, la norbuprénorphine, dans le lait de 4 mamans sous Subutex® (0.4 mg, 2 mg, 4 mg et 6 mg respectivement) (35). La quantité de buprénorphine absorbée par l'enfant restait faible pour les doses maternelles les plus élevées, ne contre-indiquant pas l'allaitement (36). Néanmoins, cela ne suffit pas à prévenir le syndrome de sevrage observé chez les deux nouveau-nés des mères sous 4 et 6 mg.

5. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Actuellement, il n'existe pas de consensus concernant le traitement médicamenteux du syndrome de sevrage néonatal (9).

Notons que 50 à 70 % des nouveau nés exposés aux opiacés en ont besoin pour contrôler les signes (7).

Selon certains auteurs, le syndrome peut même mettre en jeu le pronostic vital s'il est sévère et non traité (1, 11).

La technique apparemment logique pour atténuer le syndrome de sevrage est l'utilisation de médicaments de la même classe que la molécule responsable du syndrome, à savoir les opiacés.

Par exemple, aux Etats-Unis, la seule thérapie approuvée en 1998 par la Food and Drug Administration (US FDA) pour le traitement d'un sevrage aux opiacés est la méthadone. Néanmoins, en pratique, de bons résultats ont été rapportés avec d'autres médicaments, opiacés ou non : morphine, Elixir parégorique, ou encore diazépam, chlorpromazine... (8, 14, 23).

Remarque : Selon l'AAP, des solutés intraveineux et des électrolytes peuvent être nécessaires pour stabiliser l'enfant dans la phase aiguë sans avoir recours forcément au traitement pharmacologique (14).

5.1. CONDUITE DU TRAITEMENT

La décision d'instaurer une médicalisation est individualisée en fonction de la sévérité des symptômes :

- les enfants, dont l'exposition à une drogue a été confirmée, mais qui ne présentent pas de signes de sevrage, n'ont pas besoin de traitement (13, 14) ;
- on traite le nouveau-né si les symptômes tels que la perte de poids due aux diarrhées, aux vomissements, à la fièvre ou encore à la tachypnée sont assez importants pour menacer l'équilibre physiologique de l'enfant (la sévérité du syndrome étant évaluée grâce aux observations cliniques et aux scores) (7, 14).

Remarque : F. Hervé propose un traitement préventif chez tout nouveau-né de mère substituée (1).

Pour initier le traitement selon les scores, les avis diffèrent. J. Bouchez et C. Carlus considèrent que l'évaluation faite à partir du score de Finnegan et par des mesures répétées implique un traitement par des opiacés à partir d'un score général supérieur à 11, ou à 2 reprises supérieur ou égal à 8 et un avis clinique (11).

D'autres préconiseront un traitement sédatif pour des scores de Finnegan supérieurs à 7 (à au moins 3 reprises selon F. Ferraro) ou pour des syndromes de sevrage sévères (par exemple, 2 scores supérieurs à 12 (7)) (27, 29).

La majorité semble néanmoins initier un traitement médicamenteux lorsque le score de Finnegan est supérieur (ou égal) à 8 au moins à 2 reprises (pour S. R. Kandall, 3 scores consécutifs de 8 ou plus chacun) (1, 7, 8, 37).

Le score est ensuite évalué (toutes les 3 à 4 heures selon les possibilités) pour adapter le traitement en fonction de l'évolution, et ceci de la façon suivante la plupart du temps :

- si le score augmente, le traitement l'est aussi (le traitement est ainsi progressif jusqu'à l'extinction des signes de manque) ;
- lorsque le score est stable, on ne change rien (c'est-à-dire qu'une fois les symptômes contrôlés, le traitement est maintenu 3 à 5 jours) ;
- les symptômes disparaissant, le score diminue. Les médicaments (et en particulier les opiacés) sont alors administrés à dose dégressive (1).

La réponse clinique de l'enfant au traitement médicamenteux est suivie grâce aux scores. Ceux-ci aident à choisir le moment approprié pour diminuer les doses de la molécule, de manière progressive et avec une observation rigoureuse (1, 11, 13, 14).

NB : Quand les dérivés morphiniques sont diminués progressivement, des signes de manque modérés peuvent réapparaître. Selon J. Bouchez et C. Carlus, la reprise des opiacés peut alors être évitée par les soins environnementaux et le nursing évoqués précédemment (11).

Dans tous les cas, seront estimés comme des critères d'efficacité thérapeutique (et ceci, en plus du contrôle des symptômes) :

- la bonne prise des biberons,
- la qualité du sommeil,
- une courbe pondérale ascendante pendant 3 à 5 jours autorisant la réduction progressive des doses par paliers successifs.

A. Bourrillon signale qu'en aucun cas, l'irritabilité, les trémulations ou les troubles du sommeil susceptibles d'être observés jusqu'à l'âge de 6 mois, ne sauraient à eux seuls prolonger la durée du traitement (12).

Concernant la durée du traitement, celui-ci peut se prolonger jusqu'à 4 à 6 semaines, selon F. Hervé (1). Pour la majorité des auteurs, l'idéal est d'arrêter le traitement médicamenteux avant la sortie de la maternité.

Remarque : Les médicaments, quels qu'ils soient, seront administrés au moment des biberons afin de respecter les phases de sommeil de l'enfant (il faut éviter de réveiller le nouveau-né pour leur administration) (9, 11).

5.2. LES MORPHINIQUES

En France, le nouveau-né est traité de façon symptomatique par de la morphine le plus souvent, sous des formes diverses.

5.2.1. La morphine

En première intention, on utilise souvent le chlorhydrate de morphine, analgésique en solution buvable.

Les différentes publications sont assez disparates. En effet, les recommandations se font soit en gouttes (ce qui est plutôt aléatoire), soit en mg de morphine base, en mg de chlorhydrate de morphine, ou encore en ml de la solution en question (ces données étant plus précises). De plus, les posologies peuvent différer.

NB : N'oublions pas que la prescription des morphiniques doit être individuelle et nominative et que la conservation du produit doit se faire dans un endroit sous clef (régime des stupéfiants) (11).

La solution orale de morphine peut avoir la formule suivante :

- 10 ml de morphine à 0.1 % (chlorhydrate de morphine trihydraté à 10 mg/10 ml, soit en base anhydre 7.6 mg/10 ml),
- 90 ml d'eau stérile.

ce qui fait une solution buvable aqueuse à 0,01 % de chlorhydrate de morphine soit 0,076 mg/ml de morphine base.

NB : Il existe des solutions buvables en ampoules de 10 ml à 10 mg/10 ml, ou 20 mg/10 ml, composées de chlorhydrate de morphine trihydraté, avec comme seul excipient de l'eau ppi (soit en base anhydre 7,6 mg/amp ou 15,2 mg/amp) (Cooper, Vidal 2000 ®).

J. Bouchez et C. Carlus recommandent la solution buvable de morphine base à **0.02 à 0.04 mg/kg toutes les 4 à 6 heures**, soit environ 0,26 ml à 0,52 ml/kg/prise de la solution citée précédemment en exemple.

La posologie peut être augmentée par paliers de 0,02 mg/prise (soit 0,26 ml/prise), et ce, jusqu'à la dose adéquate (qui est maintenue 3 à 5 jours) (11).

D'après M. Vibert (et selon l'AAP), le traitement repose sur une solution aqueuse à 0,02 % (1 ml = 0,2 mg de chlorhydrate de morphine), à la dose de 0,02 à 0,04 mg/kg de chlorhydrate de morphine toutes les 4 heures sans dépasser 0,12 mg/prise. On adapte la posologie en fonction du score de Finnegan : si le score augmente, on ajoute 0,01 mg/prise/jour ; s'il diminue, on enlève progressivement 0,01 mg/prise tous les 2 jours (1).

D'autres préconiseront des doses plus élevées : par exemple, la solution de chlorhydrate de morphine peut être utilisée à la dose de **0,056 à 0,075 mg/kg toutes les 4 à 6 heures** (9). Ou encore la solution orale de chlorhydrate de morphine à 10 mg/10 ml est prescrite à la dose initiale de **0,5 mg/kg/jour en 4 prises**, éventuellement augmentée à 0,75 ou 1 mg/kg/jour. La posologie est ensuite diminuée progressivement par paliers de 2 à 4 jours selon le suivi du score (37, 38).

On recommande de **ne pas dépasser la dose de 1 mg/kg/jour** (risque de détresse respiratoire).

Remarque :

Certains ont suggéré d'utiliser la morphine par voie IV pour traiter le syndrome de sevrage. Ceci semble peu pratique et les formulations peuvent contenir des sulfites, éventuellement responsables de réactions allergiques de type anaphylactique. Il ne faut pas oublier qu'une dose parentérale a plus d'effet qu'une dose identique per os (14, 31).

5.2.2. Les dérivés morphiniques

D'autres morphiniques existent pour traiter les nouveau-nés.

Ainsi, **l'Elixir parégorique** fut l'un des premiers traitements du syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né (14).

NB : Il est aussi appelé Teinture d'opium benzoïque camphrée, dénomination usitée mais impropre (39). Là aussi, les posologies énoncées dans les différentes publications diffèrent quelque peu. En effet, elles sont faites, soit en gouttes (mais alors par quel compte-gouttes ?), soit en ml, et les concentrations citées, bien que voisines, ne sont pas forcément identiques.

L'Elixir parégorique contient de la poudre d'opium, de l'acide benzoïque, de l'essence d'anis, du camphre et de l'alcool à 60° (11).

En France (Codex 1965), les proportions sont les suivantes (en grammes) (39, 40) :

- poudre d'opium	5
- acide benzoïque	5
- essence d'anis	5
- camphre (naturel ou synthétique)	2
- alcool à 60 °	985

(macération 8 jours puis filtration).

NB : 10 g de ce produit contiennent 0.05 g de poudre d'opium, soit 5 mg de morphine (la poudre d'opium renfermant 10 % ± 0,2 % de morphine) (39).

Ainsi, l'Elixir parégorique a une concentration d'environ 0.45 mg/ml de morphine base pour certains (11) ou 0,05 % (soit 0,5 mg/ml) pour d'autres, 10 gouttes représentant 0,1 mg de morphine selon A. Bourrillon, C. Lejeune, et C. Olivier (12).

En France, on recommande l'Elixir parégorique à raison de **2 à 4 gouttes/kg toutes les 3 à 4 heures** (en fait, 4 à 6 prises régulièrement réparties sur 24 heures), sans dépasser 12 gouttes/prise (soit 0,12 mg selon l'équivalence citée par Bourrillon) (6, 15).

NB : on remarquera que ces doses correspondent à celles de la solution buvable de morphine (0,02 à 0,04 mg/kg toutes les 4 à 6 heures).

L'American Academy of Pediatrics (AAP) cite un Elixir parégorique avec une concentration de 0.4 mg/ml (l'Elixir parégorique de la pharmacopée des Etats-Unis n'a pas tout à fait les mêmes proportions que celui du Codex, (39)).

Pour un bébé né à terme, la posologie initiale alors recommandée est de **0.1 ml/kg lors des repas toutes les 4 heures**. Ce qui fait 0.04 mg/kg/prise (soit 2 gouttes/kg/prise selon l'article américain

en question : on ne peut alors pas utiliser l'équivalence en gouttes citée (14). Ceci souligne l'importance de raisonner en termes de concentration et volume (et non en gouttes) pour éviter les erreurs).

On peut augmenter la dose de 0,1 ml/kg toutes les 3 à 4 heures jusqu'au contrôle des signes. Une fois les signes maîtrisés pendant 3 à 5 jours, les doses doivent être diminuées graduellement (mais sans modifier l'intervalle des prises) (14, 23).

D'autres publications américaines recommandent de débiter par des doses de 0,2 ml (soit 0.08 mg) *toutes les 3 heures*. Cette dose peut être augmentée de 0.05 ml (0,02 mg) à chaque prise jusqu'à une dose maximale de 0,4 ml (0,16 mg) si le syndrome ne s'atténue pas. Une fois le nouveau-né stabilisé, la dose est maintenue 3 à 5 jours puis diminuée par paliers de 0,05 ml chaque jour. Le traitement peut être arrêté une fois le sevrage contrôlé pour une dose de 0,05 ml toutes les 3 heures, mais le nouveau-né doit être surveillé pendant un à deux jours à l'hôpital (S. R. Kandall, (8)).

L. P. Finnegan et K. Kaltenbach proposent une administration *toutes les 4 heures*, avec un dosage basé sur la sévérité du score et sur le poids de l'enfant (doses globalement plus importantes que précédemment).

Les nouveau-nés avec des scores de Finnegan de 8 à 10 sont traités avec une dose totale de 0,8 ml/kg/jour (0,32 mg/kg/jour) ; quand le score est de 11 à 13, on utilise 1,2 ml/kg/jour (0,48 mg/kg/jour), de 14 à 16 : 1,6 ml/kg/jour (0,64 mg/kg/jour) et pour 17 et plus : 2 ml/kg/jour (0,8 mg/kg/jour). Une fois l'enfant stabilisé, on réduit chaque jour les doses de 10 % par rapport à la dose quotidienne totale, en suivant la sévérité des scores. On arrête de traiter une fois la dose de 0,5 ml/kg/jour atteinte (0,2 mg/kg/jour) avec stabilité de l'enfant (8).

L'Elixir parégorique semble traiter à la fois les troubles centraux et gastro-intestinaux : il est particulièrement actif pour prévenir les convulsions, calmer l'agitation (18, 23) et améliorer le comportement digestif en cas de diarrhée (l'effet antidiarrhéique est obtenu plus aisément avec l'opium qu'avec la morphine) (24, 39).

En comparaison avec les nouveau-nés sous diazépam ou phénobarbital (que l'on verra plus loin) et selon l'AAP, les enfants traités avec l'Elixir parégorique présentent une assimilation améliorée des éléments nutritifs et un gain de poids supérieur. Les troubles de la succion semblent être corrigés plus vite qu'avec les autres médicaments (traitement plus « physiologique » avec un temps de succion et une pression meilleurs) (14, 24).

Une étude sur 176 enfants a démontré que, comparativement au phénobarbital et au diazépam, l'Elixir parégorique diminuait la durée du traitement (7, 8). Mais sur ce propos, on ne peut tirer de conclusion car les résultats des différentes études ne concordent pas.

M. Jernite évoque une amélioration moins rapide et une durée de traitement plus longue avec l'Elixir parégorique qu'avec le chlorhydrate de morphine (9).

Actuellement, les pédiatres utilisent moins cet Elixir parégorique en raison des effets toxiques potentiels et connus de ses composants (14, 39) :

- En plus de la morphine, la poudre d'opium contient des dérivés isoquinoléiques et notamment la thébaïne ou la noscapine, qui peuvent s'avérer convulsivantes.
- Le camphre, stimulant du SNC, peut entraîner à doses excessives des accidents à type de convulsions chez le nourrisson (de plus, il est éliminé lentement du fait de sa grande liposolubilité et de la glucuroconjugaison nécessaire à son excrétion urinaire).

- L'Elixir parégorique contient de fortes proportions d'éthanol (la poudre d'opium y est très soluble), mais celui-ci est déprimeur du SNC et responsable d'accoutumance.

On citera pour mémoire **la Teinture d'opium**, solution alcoolique d'extrait d'opium, beaucoup plus dosée que l'Elixir parégorique, et qui, de ce fait, est difficilement utilisable chez le nouveau-né (à moins qu'elle ne soit très diluée) (14, 15).

La méthadone a été utilisée pour traiter le syndrome de sevrage aux opiacés chez un petit nombre d'enfants aux Etats-Unis (la formule américaine contient de l'éthanol).

Les doses initiales étaient de **0,05 à 0,1 mg/kg toutes les 6 heures**, avec des augmentations de 0,05 mg/kg/prise jusqu'au contrôle des signes (A. Bongain, M. Huss et J. Y. Gillet citent une dose moyenne de 0,25 mg toutes les 6 heures, avec au maximum 0,5 mg par dose).

Une fois les symptômes contrôlés, la méthadone peut être administrée toutes les 12 à 24 heures puis cessée après un sevrage de 0,05 mg/kg par jour.

Une fois le traitement interrompu, on constate une baisse régulière des concentrations plasmatiques du fait de la longue demi-vie de la méthadone (7, 14, 23, 29).

Selon C. Martin, la méthadone a été employée avec de bons résultats mais moins constants que ceux obtenus avec l'Elixir parégorique, surtout en ce qui concerne la prévention des convulsions (18).

On constate ainsi que les avis diffèrent selon les morphiniques, avec néanmoins une certaine cohérence. On retiendra que les schémas thérapeutiques comportent 4 à 6 prises par jour, avec des doses pouvant être augmentées en fonction des scores (et donc de la symptomatologie), puis diminuées progressivement par paliers jusqu'à l'arrêt.

On retiendra également que les morphiniques utilisés permettent de réduire le syndrome de manque, de poursuivre l'alimentation régulière et préviennent des crises convulsives (11). Si nécessaire, on pourra utiliser d'autres traitements en fonction de la clinique.

5.3. ALTERNATIVES

D'autres médicaments peuvent être utilisés pour traiter le syndrome de sevrage, mais ceux-ci sont plus ou moins controversés (1, 37). Comme précédemment pour la morphine, les traitements seront adaptés en fonction de l'évolution du nouveau-né, évaluée toutes les 4 à 6 heures (1).

NB : Certains seront des traitements adjuvants selon la clinique (11).

5.3.1. Le diazépam (Valium®)

C'est une benzodiazépine (deuxième famille de médicaments utilisés après les solutions de morphine (15)), qui a l'avantage d'agir très rapidement (23).

Les benzodiazépines agissent en potentialisant l'action du GABA (neurotransmetteur inhibiteur principal dans le SNC) au niveau des récepteurs benzodiazépiniques. L'ouverture du canal chlore est alors favorisée. D'où les actions myorelaxante, anxiolytique, sédative, hypnotique, anticonvulsivante et amnésiante (41, 42).

NB : Les benzodiazépines ont tendance à entraîner une dépendance en cas d'usage prolongé et/ou à doses élevées.

Le diazépam peut être utilisé au cours de la diminution des doses de morphiniques. Il peut traiter les trémulations, et surtout, calmer les convulsions (11). L'AAP constate une rapide suppression des signes du syndrome chez les enfants traités par diazépam (notamment, effet favorable sur l'irritabilité et l'insomnie) (1, 14).

En France, il existe une solution buvable à 1 % (3 gouttes représentent 1 mg). On utilise des doses de **0,5 mg à 2 mg trois fois par jour** (soit toutes les 8 heures) (ou 0,5 mg/kg/jour en 2 prises selon J. Bouchez et C. Carlus), ceci en fonction du poids de l'enfant et de la gravité des signes (6, 11, 18, 29).

Cependant, certains problèmes relatifs à cette benzodiazépine sont soulevés (14, 23, 24) :

- La capacité du nouveau-né à métaboliser le diazépam est limitée et l'élimination totale du diazépam et de ses métabolites peut prendre plus d'un mois (demi-vie d'élimination longue de 32 à 47 heures). Le diazépam a donc une action très prolongée chez le nouveau-né.
- Des succions faibles lors des tétées et une sédation importante ont été rapportées.
- Certains ont observé des convulsions d'apparition tardive chez les enfants traités par diazépam (14).

Ce traitement, qui met l'enfant en état de sédation, demande une surveillance particulière de la respiration (effet dépresseur respiratoire du diazépam), surveillance qui ne doit pas être relâchée avant une quinzaine à une vingtaine de jours (18). C. Francoual recommande une alimentation artificielle par gavage ou perfusion (les enfants sous Valium® étant le plus souvent incapables de s'alimenter) (15).

Remarque :

L'American Academy of Pediatrics considère que le diazépam utilisé seul n'est pas efficace (réalisation d'essais comparatifs). De plus, elle formule quelques remarques concernant l'usage parentéral, s'il est pratiqué, et les additifs alors présents dans la formulation :

- *Le benzoate de sodium déplace la bilirubine de l'albumine et certains ont démontré que la capacité de liaison de l'albumine serait diminuée lors du traitement par diazépam. Ainsi, l'AAP considère l'ictère ou la prématurité comme une contre-indication à l'usage du diazépam.*
- *La présence d'éthanol et de propylène glycol incite à la prudence (suspicion de risque de dysfonctionnements cérébraux ou hépatiques, d'hyperosmolarité) (14).*

5.3.2. Le phénobarbital

Bien que n'étant pas une thérapie de premier choix pour le syndrome de sevrage aux opiacés, le phénobarbital (Gardéнал®) sera essentiellement utilisé en tant qu'antiépileptique pour traiter les crises convulsives avérées (11, 14).

Ce barbiturique est un agoniste des récepteurs allostériques du complexe gabaergique et favorise l'ouverture du canal chlore en sensibilisant le récepteur au GABA, d'où ses effets anticonvulsivant et sédatif (41).

D. Unal recommande le phénobarbital quand les phénomènes centraux ne sont pas contrôlés par l'Elixir parégorique (24). C. Martin le propose à **titre préventif (2 à 5 mg/kg/jour)** ou **curatif (5 à 8 mg/kg/jour)** (18).

Lorsque la mère consomme d'autres substances que les opiacés, le phénobarbital (associé à l'Elixir parégorique par exemple) pourrait soulager la souffrance du nourrisson (14, 18, 23, 43).

L'administration de phénobarbital modifie l'hyperactivité du nourrisson (effet sédatif du barbiturique). Il a une action favorable sur l'irritabilité et l'insomnie, tout comme le diazépam. Mais ce médicament n'atténue pas les signes gastro-intestinaux (1, 6, 14).

Les convulsions associées au syndrome de sevrage peuvent être initialement traitées avec **une dose de charge de 10 à 20 mg/kg en une prise** (voie **IM** et exceptionnellement IV).

Si c'est la dose la plus basse qui est utilisée, une seconde administration de 10 mg/kg est possible 10 minutes plus tard si les convulsions persistent.

Le relais se fait à 48 heures en général avec **une dose de maintien de 3 à 5 mg/kg/jour** en une ou deux prises (voire 5 à 8 mg/kg/jour en deux ou trois prises pour certains (1, 6, 29)) (8, 11). On conseillera d'ajuster la dose d'entretien en fonction de la clinique du bébé et du score (signes contrôlés ? sommeil excessif du nouveau-né ?...).

D'ailleurs, si les autres pathologies neurologiques ont été exclues, ces convulsions seront limitées et la médication sera réduite progressivement sous observation (normalité des EEG).

NB : Certains proposent un relevé fréquent des taux plasmatiques de phénobarbital.

Par exemple, une dose de charge de 16 mg/kg/jour, qui engendre des concentrations sanguines de 20 à 30 µg/ml, semble contrôler efficacement les signes du sevrage ; elle sera donc suivie de la dose d'entretien.

L. P. Finnegan et K. Kaltenbach proposent alors de maintenir la dose 72 heures (pour un taux optimal de 20 µg/ml environ et un score inférieur à 8). Sinon, si le score est supérieur à 8, le phénobarbital sera administré toutes les 12 heures à 10 mg/kg jusqu'au contrôle des symptômes, ou un taux sanguin de 70 µg/ml, ou même jusqu'à la limite de la toxicité.

S'ensuit la période stable de 72 heures puis la diminution progressive (de façon à entraîner une baisse des concentrations de 10 à 20 % par jour), et l'arrêt (taux plasmatiques en dessous de 10 µg/ml et score inférieur à 8) (8, 14).

Tout comme le diazépam, le phénobarbital semble supprimer significativement le réflexe normal de succion de l'enfant, et ceci contrairement aux opiacés (7, 8, 11).

Il a, lui aussi, une demi-vie longue, de 40 à 70 heures (et par conséquent une élimination lente). Il a un effet inducteur (attention à l'augmentation du métabolisme des médicaments co-administrés !).

A doses élevées, il peut entraîner une dépression centrale ou respiratoire (1, 18, 23). L'AAP signale l'établissement rapide d'une tolérance quant aux effets sédatifs (14). Une dépendance peut s'installer (ce qui impose l'arrêt progressif).

Remarque :

En 2001, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a suspendu l'AMM des médicaments contenant du phénobarbital dans les indications autres que l'épilepsie.

En effet, le phénobarbital pouvait être utilisé comme sédatif léger dans différentes affections.

Or, une enquête de pharmacovigilance a mis en évidence des cas de réactions cutanées, extrêmement rares, mais graves (à type de syndrome de Lyell et de syndrome de Stevens-Johnson). Celles-ci ont été observées au cours des 10 dernières années avec des médicaments contenant du phénobarbital et se manifestaient dans les deux premiers mois de traitement, indépendamment de la dose administrée. Ainsi, l'utilisation du phénobarbital comme sédatif léger est remis en cause (et non pas en tant que traitement de l'épilepsie).

5.3.3. La chlorpromazine (Largactil®)

La chlorpromazine est un neuroleptique, de la famille des phénothiazines. Elle a donc des propriétés antidopaminergiques auxquelles est imputé son effet antipsychotique.

La molécule possède également des propriétés antihistaminiques (à l'origine d'une sédation), adrénolytiques et anticholinergiques marquées.

NB : Chez l'enfant, elle est généralement utilisée pour traiter les troubles graves du comportement avec agitation et agressivité (l'usage sera réservé à des situations exceptionnelles, en milieu spécialisé).

Dans le cas du syndrome de sevrage aux opiacés, la chlorpromazine semble contrôler les signes neurologiques et gastro-intestinaux (14, 24).

La chlorpromazine peut être utilisée par voie orale aux doses de **1 à 3 mg/kg/jour en 3 ou 4 prises**, avec une posologie maximale de 5 mg/kg/jour selon P. Benos (par exemple, 2 mg/kg/jour pendant 3 à 4 jours puis dose dégressive pendant 8 à 20 jours) (1, 6, 18).

Remarque :

La voie IM est théoriquement réservée à l'adulte ; les sulfite et disulfite de sodium présents peuvent entraîner une réaction allergique.

Une surveillance particulière s'impose : tension artérielle, comportement neurologique (et notamment, somnolence), fonctions digestives (effets anticholinergiques à type de constipation ou même d'iléus paralytique), problèmes hématologiques, ... (1, 6, 14, 24).

Ses multiples effets indésirables (abaissement du seuil épileptogène, effets extra-pyramidaux, etc) et son élimination lente chez le nouveau-né en limitent l'usage (14, 23, 24).

5.3.4. La clonidine

Dans le cadre d'une cure de sevrage aux opiacés chez l'adulte, le produit le plus utilisé est la clonidine (Catapressan®). C'est un agoniste α_2 adrénergique qui agit sur les centres bulbaires et entraîne une baisse du tonus sympathique périphérique et de la tension artérielle, avec bradycardie modérée (41, 42).

Cet antihypertenseur d'action centrale s'oppose à l'hyperfonctionnement adrénergique, considéré comme responsable des symptômes du manque.

La clonidine agit sur l'agitation, l'instabilité, la lacrymation, la rhinorrhée et la transpiration. L'administration est uniquement orale, en prises espacées et en augmentant progressivement la dose (surveillance de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque). La posologie est réduite progressivement jusqu'à l'arrêt (44).

L'expérience de la clonidine chez le nouveau-né présentant un syndrome de sevrage aux opiacés est très limitée.

L. Franck et J. Vilardi rappellent qu'elle n'a pas d'effet sur les signes gastro-intestinaux, qu'elle n'est pas la plus efficace sur les troubles du sommeil et qu'elle peut produire hypotension et somnolence.

Dans un rapport de 1981, la clonidine semblait néanmoins diminuer les symptômes du sevrage, sans effet secondaire, chez deux nouveau-nés exposés in utero à la méthadone (7).

Dans une étude de 1984, 6 de 7 enfants présentant les signes d'un syndrome de sevrage aux opiacés furent traités efficacement avec de la clonidine par voie orale (0.5 à 1 mg/kg en une dose, suivi de doses de maintien de 3 à 5 mg/kg/jour, administrées en 4 à 6 prises dans la journée). Certains des nouveau-nés furent soulagés dès la première dose. Les taux plasmatiques étaient de 0.1 à 0.3 ng/ml.

Les enfants restés symptomatiques lors du traitement par clonidine étaient issus de mère traitée non seulement par méthadone, mais aussi par halopéridol (antipsychotique neuroleptique), désipramine (antidépresseur), et théophylline (traitement continu de l'asthme). Le seul symptôme qui semblait réfractaire à la clonidine était le sommeil de mauvaise qualité. Une acidose métabolique moyenne, résolue spontanément ou par un changement du traitement, est apparue chez 2 enfants.

Il n'y eu pas d'autres effets indésirables. La durée du traitement par clonidine était significativement plus courte en comparaison avec le phénobarbital (13 jours versus 27 jours) (14).

De plus amples études sont nécessaires pour préconiser la clonidine dans le traitement du syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né.

6. APPARITION, INTENSITE ET DUREE DU SYNDROME DE SEVRAGE : LES DIFFERENTS FACTEURS

Les nouveau-nés exposés avant la naissance aux **opiacés** présentent un taux élevé de syndrome. Ainsi, la fréquence du syndrome de sevrage varie de 55 à 94 %, selon les articles.

De nombreux facteurs influencent le syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né, que ce soit pour son apparition, sa durée ou sa sévérité. Des éléments sont confondus (polytoxicomanie par exemple) et il est difficile d'apprécier chacun des facteurs de façon indépendante. De plus, les avis sont parfois disparates.

Dans un premier temps, nous verrons donc l'importance du sevrage en fonction des opiacés consommés par la mère, et dans un second temps, nous essaierons d'apprécier les autres facteurs pouvant être mis en cause.

6.1. LES OPIACES EN QUESTION

Pour l'**héroïne** et autres opiacés à courte durée d'action, la majorité des signes surviennent en moyenne dans les 3 premiers jours, mais leur délai d'apparition est variable (parfois 2 semaines après la naissance) (1, 6, 8, 13, 37).

Le syndrome de sevrage semblerait d'installation plus progressive et plus tardive avec la **méthadone** : il surviendrait alors vers le 2^{ème} ou 3^{ème} jour, jusqu'au 10^{ème} jour. Il peut même apparaître 2 à 3 semaines après la naissance et persister sous une forme atténuée jusqu'à 6 mois (11, 18, 19, 25, 38). Dans une revue de la littérature, J. J. Volpe compare ainsi les dates de survenue du syndrome de sevrage entre méthadone et héroïne ; il constate également une survenue plus tardive avec la méthadone (38) :

Date de survenue du syndrome de sevrage	% de mère recevant de la méthadone	% de mère prenant de l'héroïne
Entre la 1 ^{ère} et la 12 ^{ème} heure	0	29
Entre la 12 ^{ème} et la 24 ^{ème} h.	27	34
Entre la 24 ^{ème} et la 48 ^{ème} h.	33	21
Au-delà de la 48 ^{ème} h.	20	15

D'après Volpe JJ. Teratogenic effects of drugs and passive addiction. *In* : Volpe J.J. Ed. Neurology of the newborn. 2nd edition, 1 vol. Philadelphia : W. B. Saunders, 1987 : 664-97.

Le syndrome de sevrage retardé pourrait s'expliquer par la pharmacocinétique de la méthadone : stockage dans les tissus du fœtus (et notamment au niveau du SNC) et clairance faible (12, 19). Mais les prévisions sont difficiles (variation de la clairance et de l'excrétion de la méthadone en période post-natale) (8, 11).

Avec la méthadone, on remarquera que pour certains, le syndrome reste inapparent ou d'intensité modérée chez 50 % des nouveau-nés (11) ; ou alors, la méthadone ne modifie ni la fréquence ni même la sévérité du syndrome de sevrage (25, 27).

Néanmoins, beaucoup considèrent que fréquence et sévérité sont plus importantes avec la méthadone qu'avec l'héroïne et la durée du syndrome prolongée (2, 4, 9, 13, 45, 46). Une aggravation de la symptomatologie digestive et neurologique est parfois décrite avec la méthadone (38).

Une étude dans un hôpital new-yorkais observait principalement des différences pour l'hypertonie, l'irritabilité, les vomissements, la fièvre et les convulsions (47). Et les convulsions associées au syndrome semblent apparaître chez environ 1 à 3 % des nouveau-nés exposés à l'héroïne contre 5 à 10 % quand il y a eu exposition à la méthadone (8, 11, 19).

De même, le syndrome de sevrage néonatal est au moins aussi fréquent, parfois plus intense, plus retardé et plus durable avec la méthadone qu'avec la morphine (6, 18).

Le syndrome de sevrage du nouveau-né à la **buprénorphine** est moins bien documenté et des investigations supplémentaires sont nécessaires. Néanmoins, le syndrome semble moins grave et moins long avec le Subutex®, ceci en comparaison avec la méthadone et en excluant les intoxications associées (1, 16, 36, 48).

P. Marquet suggère d'ailleurs de considérer la buprénorphine pour le traitement des femmes enceintes dépendantes à l'héroïne, comme une alternative à la méthadone, connue pour induire des sevrages modérés à sévères chez le nouveau-né (49).

Par exemple, G. Fischer a mené une étude sur 15 patientes (prenant 1 à 10 mg/jour de Subutex®) : le syndrome fut absent chez 8 nouveau-nés, bénin (sans traitement) chez 4, et modéré (avec traitement) chez 3 des nouveau-nés (3). Néanmoins, certains exemples font penser qu'il existe une susceptibilité individuelle vis-à-vis de la buprénorphine, comme pour la méthadone (thèse de 1998 avec des exemples de sevrage sévère - scores de Finnegan jusqu'à 15 - et durant jusqu'à 8 jours, pour des nouveau-nés de mère recevant plus de 4 mg de Subutex ®) (30).

Avec la buprénorphine, le syndrome de sevrage serait d'apparition plus précoce qu'avec la méthadone (9).

NB : Concernant la durée ou l'intensité du syndrome de sevrage, reprenons ici les aspects pharmacodynamiques et pharmacocinétiques des molécules citées :

- *Le syndrome de sevrage chez l'enfant né de mère sous buprénorphine, de 1 à 8 jours, semble plus court que le syndrome de sevrage à la méthadone (7 à 10 jours, voire plus). Le syndrome de sevrage à l'héroïne se manifesterait 1 à 4 jours. Ceci s'expliquerait par la demi-vie des molécules : 2 heures pour l'héroïne, 24 à 36 heures pour la méthadone. Il est à noter que la méthadone se lie de façon importante à l'albumine et aux autres protéines plasmatiques et tissulaires, d'où effets cumulatifs et vitesse lente d'élimination (les urines ne seront exemptes de drogue qu'à 7 à 21 jours). Pour la buprénorphine, le schéma est plus compliqué : sa demi-vie est de 2 à 5 heures mais son élimination se fait sur 20 à 25 heures. Cette durée d'élimination est intermédiaire entre celle de l'héroïne et celle de la méthadone, ce qui expliquerait une durée de sevrage également intermédiaire (3, 4, 18, 19, 30).*
- *G. Fischer souligne la forte affinité de la buprénorphine pour certains récepteurs opiacés, et il faut y ajouter le caractère très lipophile de la molécule. En découlent une très faible vitesse de dissociation, et par conséquent, un sevrage moins marqué que la méthadone. Elle souligne également la faible activité intrinsèque de cet agoniste **partiel**, comparativement aux agonistes purs comme la méthadone (d'où certains effets plus faibles) (3, 34).*

Probablement du fait de pharmacocinétiques différentes, Kandall cite généralement plus souvent, pour les enfants exposés à la méthadone, des traitements à des doses supérieures et pour des durées plus longues que les nouveau-nés exposés à l'héroïne (8).

La **codéine** entre dans la composition de nombreuses spécialités pharmaceutiques prescrites ponctuellement, particulièrement à visée antitussive ou prises dans le cadre d'une toxicomanie maternelle.

Giroux a étudié quelques nouveau-nés de mères intoxiquées à la codéine (5 à 38 cp par jour de Néo-Codion® soit 75 à 570 mg de codéine) (50). L'un des bébés a présenté une symptomatologie importante et durable.

Remarques :

Le syndrome de sevrage aux opiacés chez un nouveau-né de mère non toxicomane est rare, mais quelques cas sont décrits après prescription de dérivés opiacés en fin de grossesse.

Par exemple, la *codéine* a parfois été mise en cause. Khan et Chang décrivent un syndrome de sevrage chez un nouveau-né dont la mère (diabétique insulino-dépendante) avait pris, lors des deux derniers mois de grossesse et ce, de façon régulière, un analgésique à base de paracétamol et de codéine pour des maux de tête et douleurs de dos. La dose de codéine a été estimée à 90 mg/jour. Les symptômes constatés étaient caractéristiques du syndrome de sevrage (trémulations, agitation, irritabilité, pleurs, tachypnée, fièvre, hypertonie, diarrhées...), bien que tous les signes ne se manifestaient pas (molécule et dosage en cause ?) (51).

Des rapports anecdotiques sur un syndrome de sevrage au *propoxyphène* décrivent une irritabilité, des trémulations, des cris aigus, des selles liquides et dans un exemple, des convulsions tonico-cloniques généralisées à l'âge de 36 heures (l'apparition précoce de convulsions étant peu habituelle du syndrome) (8, 51).

On rencontre une courte durée de la pathologie avec la *codéine* et le *propoxyphène* (Antalvic® aujourd'hui supprimé et Diantalvic®) (51). Des symptomatologies similaires au syndrome de sevrage ont été décrites suite à une exposition intra-utérine prolongée à la *pentazocine* (Fortal®) (8, 18, 29).

6.2. AUTRES ELEMENTS INTERVENANT SUR L'APPARITION, L'INTENSITE OU LA DUREE DU SYNDROME

Différents facteurs se confondent et sont diversement appréciés, du fait notamment des consommations erratiques de drogues, d'histoires maternelles imprécises, de méthodes diverses d'analyse pour détecter une exposition prénatale... (2).

Pour beaucoup des auteurs, interviennent, en plus de la nature du toxique :

- **l'ancienneté de la toxicomanie,**
- **la durée d'exposition à l'opiacé, les doses utilisées,**
- **la date de la dernière prise par rapport à l'accouchement,**
- **les associations de toxiques et/ou de médicaments** (7, 9, 14, 18, 25c, 27, 29, 50).

Des symptômes sévères semblent apparaître chez des nouveau-nés dont la mère a consommé de grandes quantités de drogues depuis longtemps (2). Ainsi, plus la toxicomanie est ancienne, supérieure à 5 ans, plus la dernière prise est proche de l'accouchement, plus le syndrome de sevrage serait grave et sévère, nécessitant le recours au traitement (Ostrea cependant, réfute ces facteurs de risque) (25c).

Pour la date de survenue, leavis divergent. L. Finnegan considère que plus le délai entre la dernière prise de drogue et l'accouchement est court, plus le syndrome apparaît tardivement (2). Alors que pour C. Lejeune, il est d'autant plus précoce que la dernière prise est récente (45).

Certains préconisent une dose maternelle de méthadone inférieure à 20 mg afin d'éviter ou de réduire le syndrome de sevrage néo-natal (4). Et les femmes elles-mêmes réclament souvent une diminution de posologie dans l'espoir d'atténuer le syndrome.

Or, la corrélation entre la dose de méthadone reçue par la mère au moment de l'accouchement et l'intensité du syndrome de sevrage du nouveau-né est difficile à établir : certaines études montrent un rapport important entre dose et sévérité (34, 40, 50), tandis que d'autres ne trouvent

pas de différence (7, 11, 52, 53). Ce qui remet en cause le fait d'essayer de diminuer la posologie au 3^{ème} trimestre de grossesse (38).

Pour J. Dashe, la dose maternelle de méthadone à l'accouchement est corrélée avec la probabilité d'apparition du syndrome. Ainsi, il lui semble être un avantage que de sevrer la mère avant l'accouchement (54).

A. Bourrillon considère que le syndrome de sevrage sévère serait la traduction possible d'une élimination rapide de la drogue (12). T. S. Rosen précise que l'excrétion urinaire de la méthadone et de ses métabolites serait à son maximum les premiers jours de vie (elle diminuerait ensuite progressivement) (12).

Pour Doberczak, la sévérité des signes centraux du syndrome est corrélée à la vitesse de diminution des taux plasmatiques de méthadone durant les 4 premiers jours de vie. En fait, des taux initialement élevés de méthadone provoqueraient cette diminution rapide, probablement par un mécanisme d'induction enzymatique et d'augmentation de la N-déméthylation et de la cyclisation de la méthadone dans le foie (13, 52). Et les pics sanguins seraient d'autant plus élevés que la posologie est forte lors de l'accouchement.

Dans une étude de Malpas, les symptômes semblaient s'aggraver avec la dose maternelle de méthadone mais cela n'était pas statistiquement significatif (se posait aussi la question de l'influence de l'allaitement et de la polytoxicomanie, ces deux paramètres étant fréquents dans l'étude) (52).

Mack, quant à lui, n'a pas trouvé de lien entre les niveaux plasmatiques chez le nouveau-né et l'intensité du sevrage, tout comme K. Kaltenbach (52, 38). Brown ne constate pas de différence de fréquence, que la mère reçoive moins de 50 mg de méthadone par jour ou plus de 50 mg (53). Pour la buprénorphine, M. Jernite, après une analyse de 24 cas, ne trouve pas non plus de corrélation entre la dose prise par la mère et la sévérité du syndrome (9).

De fait, aucune relation n'a pu être établie entre les doses de drogue, les taux sanguins, urinaires, amniotiques et le syndrome de sevrage (8). Des investigations nouvelles sont donc nécessaires pour conclure.

En cas de **polytoxicomanie** impliquant des benzodiazépines et des barbituriques, le syndrome sera retardé (16).

Par exemple, M. Jernite rapporte dans l'une de ses études un délai long de 10 jours pour un enfant dont la mère prenait 24 mg de buprénorphine associé à une benzodiazépine ; le nouveau-né en question a eu une somnolence et une hypotonie pendant 8 jours dues à une imprégnation par les benzodiazépines avant de débiter son syndrome de sevrage néonatal (9).

Comme on l'a déjà vu, la prise simultanée de benzodiazépines peut entraîner des troubles de succion chez le nouveau-né, parfois de façon prolongée et un syndrome de sevrage en 2 vagues, avec une augmentation du risque de convulsions (38).

La prise de cocaïne peut provoquer des lésions d'ischémie chez le fœtus par vasoconstriction (38). Le tabagisme, quant à lui, aggrave le retard de croissance intra-utérin et le risque de souffrance anoxique fœtale tardive (d'ailleurs, Fischer pose la question du rôle du tabac dans le syndrome de sevrage aux opiacés, car, dans l'une de ses études, les mères dont les enfants n'ont pas présenté de syndrome – ou alors un syndrome bénin – fumaient moins que les mères de nouveau-nés ayant présenté un syndrome (3)).

L'alcoolisme fœtal, en raison de son action délétère sur la morphogénèse cérébrale, augmente la tendance convulsivante, et peut entraîner une foetopathie (18, 38).

Outre la nature du ou des toxiques déjà évoquée précédemment (méthadone, héroïne, alcool,...), les **facteurs métaboliques** favorisant les convulsions (hypoglycémie, hypocalcémie, ...) doivent être envisagés (on pratiquera des examens approfondis à type de ponction lombaire, d'EEG, etc).

On prendra éventuellement en compte la **conduite du sevrage** (4 % de convulsions en cas de traitement par l'Elixir parégorique, 42 % avec le diazépam selon C. Martin) (18).

On considérera les **disparités possibles** concernant le métabolisme et l'excrétion des drogues chez la maman et le nouveau-né. L'adaptation et l'expression des récepteurs opiacés au niveau du SNC du fœtus puis du nouveau-né peuvent également jouer un rôle dans la manifestation du syndrome (3, 7, 14).

Pour Doberczak, le syndrome de sevrage serait d'autant plus grave que d'apparition plus précoce, nécessitant plus fréquemment un recours au traitement chez le bébé né à terme (25). Les symptômes seraient donc plus sévères chez les enfants nés à terme.

Par exemple, dans une étude américaine, les enfants nés à moins de 35 SA dont les mères recevaient de la méthadone ont des scores significativement plus bas que les enfants nés à terme de mamans recevant des doses similaires de méthadone (7, 14). Trémulations, cris aigus, tachypnée, et alimentation difficile sont plus probables en cas de **prématurité** alors que les scores des troubles du sommeil, du tonus, des réflexes, de l'hyperthermie et des troubles du transit sont moins élevés.

D'après L. Finnegan, la maturité des fonctions métaboliques et excrétoires notamment joue un rôle important (2). Les prématurés excrètent généralement plus lentement les drogues : l'apparition du syndrome semble alors moins brutale (50).

En outre, le métabolisme est retardé, l'adaptation neurologique altérée, le SNC immature, l'exposition totale moins importante du fait du temps de gestation raccourci, d'où des signes moindres à la naissance des prématurés (7, 11, 14, 25).

Giroux a observé 3 nouveau-nés de mère intoxiquées à la codéine. Les 2 prématurés (des jumeaux) n'ont obtenu des taux urinaires nuls qu'au 8^{ème} jour alors que le nouveau-né à terme montrait une négativité dès 48 heures de vie. Les prématurés semblent donc immatures pour le système enzymatique de biotransformation et d'élimination de la codéine en morphine. Or, la présence d'un syndrome de sevrage a été surtout constaté pour le bébé né à terme. Le syndrome de sevrage apparaîtrait alors lorsque l'élimination du toxique est rapide (nouveau-né à terme) (50).

Remarque :

Le système des scores ayant été développé chez des enfants nés à terme ou quasiment à terme, l'évaluation de la sévérité des symptômes semble être plus difficile chez les prématurés (les scores étant moins sensibles et alors inadéquats) (7, 14).

Un syndrome de sevrage chez des jumelles d'une mère sous méthadone a été étudié récemment (38). Les caractéristiques du syndrome étaient très différentes : une jumelle a présenté un syndrome retardé, au 10^{ème} jour et moins sévère que l'autre jumelle hypotrophe, qui a eu un syndrome de sevrage précoce au 1^{er} jour et prolongé pendant 6 semaines. Le seul paramètre différenciant les jumelles semblant l'hypotrophie de la 2^{ème}, se pose non seulement la question

d'une pharmacocinétique de la méthadone différente entre ces jumelles, mais aussi celle d'un **passage trans-placentaire différent** et le rôle éventuellement aggravant, de l'**hypotrophie**.

Cet exemple rappelle également la variabilité de l'expression clinique et les difficultés de prévisions quant au syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né.

Enfin, certains citent comme autres facteurs le **mode d'accouchement**, le **protocole d'anesthésie ou d'analgésie** alors employé, la **nutrition** et la présence de **pathologies** intrinsèques à l'enfant (13, 50). Ces facteurs peuvent donc intervenir sur la séméiologie du syndrome de sevrage lors des premières semaines de vie.

En guise de conclusion

Il est extrêmement difficile de fournir une synthèse précise à l'issue d'une analyse aussi large de la littérature internationale traitant de ce sujet. Cette analyse s'est volontairement voulue la plus exhaustive possible. Par ailleurs, il n'existe pas de consensus en matière de prise en charge du syndrome d'abstinence néo-natale de l'enfant né de mère pharmaco-dépendante aux opiacés. Toutefois les pratiques des services de néo-natalogie se sont affinées par l'expérience de ces prises en charge au cours des dernières années.

On peut retenir les éléments suivants :

Chez le nourrisson, différents symptômes orientent le pédiatre vers le diagnostic de syndrome de sevrage aux opiacés. Les scores permettent d'en évaluer la gravité. Aujourd'hui, le plus fréquemment utilisé est le score de FINNEGAN.

Le nouveau-né est généralement traité par de la morphine per os, qui pour des raisons de simplicité d'emploi et de maniabilité a été globalement préféré aux autres traitements médicamenteux ; les posologies sont adaptées en fonction de l'expression des signes cliniques et par le biais des scores.

Le rôle des parents est essentiel à la prise en charge du nouveau-né lors du sevrage (« nursing »), mais aussi une fois le syndrome résolu.

L'intervention d'un réseau de soignants informés et motivés reste un des facteurs prépondérants de la réussite de la prise en charge du syndrome d'abstinence néo-natale du nouveau-né.

Evaluation de la gravité du syndrome de sevrage selon Ostrea et al.			
Symptômes	Faible	Modéré	Sévère
Vomissements	Régurgitations	Vomissements à 3 repas consécutifs	Vomissements et troubles électrolytiques
Diarrhée	Moins de 4 selles liquides par jour	Plus de 5 selles liquides par jour pendant 3 jours	Diarrhée et troubles électrolytiques
Perte de poids	< à 10 % du poids de naissance	Entre 11 et 15 % du poids de naissance	> à 15 % du poids de naissance
Irritabilité	Minime	Importante mais calmée par l'alimentation ou le bercement	Importante et non calmée
Trémulations Myoclonies	Faibles à la stimulation	Importantes à la stimulation	Convulsions
Tachypnée	60 à 80/min	80 à 100/min	> 100/min et alcalose respiratoire

Annexe 1 : Evaluation du syndrome selon Ostrea.

D'après A. Bongain, M. Huss, J. Y. Gillet : Toxicomanie et Grossesse. Rev. Prat (Paris), 1992, 42, 8, 1004-1009 (29).

Signes	Score			
	0	1	2	3
Trémulations	Normal	Faible augmentation quand a faim ou est dérangé	Augmentation modérée ou marquée quand est au calme ; diminution quand nourri ou bercé confortablement	Augmentation marquée ou continue même au calme, allant même jusqu'à des mouvements de crise d'épilepsie
Irritabilité (cris excessifs)	Aucune	Augmente faiblement	Modérée à sévère quand est dérangé ou a faim	Marquée même si au calme
Réflexes	Normaux	Augmentés	Augmentés considérablement	
Selles	Normales	Diarrhée, mais fréquence normale	Diarrhée, plus de 8/jour	
Tonus musculaire	Normal	Augmenté	Rigidité	
Lésions cutanées	Aucune	Rougeur des genoux et coudes	Erosions	
Fréquence respiratoire/minute	< 55	55-75	76-95	
Eternuements répétés	Aucun	Oui		
Bâillements répétés	Aucun	Oui		
Vomissements	Aucun	Oui		
Fièvre	Aucune	Oui		

Annexe 2 : Score de Lipsitz.

D'après Lipsitz P. J., Clin Pediatr. 1975, 14, 6, 592-594 (17).

Date :/...../..... Poids :

FINNEGAN	Signes et symptômes	Score h
Troubles du SNC	Cri aigu-excessif	2			
	Cri aigu-excessif-continu	3			
	Sommeil entre repas < 1 h	3			
	Sommeil entre repas < 2 h	2			
	Sommeil entre repas < 3 h	1			
	Réflexe de Moro hyperactif	2			
	Réflexe de Moro très hyperactif	3			
	Trémulations faibles provoquées	1			
	Trémulations sévères provoquées	2			
	Trémulations légères non provoquées	3			
	Trémulations sévères non provoquées	4			
	Hypertonie	2			
	Excoriations (1 par localisation : nez, genou, orteils, talons)	1			
	Mouvements mycloniques	3			
Convulsions généralisées	5				
Troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires	Transpiration	1			
	37°2 C < Température < 38°2 C	1			
	Température > 38°3 C	2			
	Bâillement fréquent	1			
	Marbrures	1			
	Encombrement nasal (renflements)	1			
	Eternuements (> 3 – 4 / intervalle)	1			
	Battement des ailes du nez	2			
	Rythme respiratoire > 60/min	1			
	Rythme respiratoire > 60/min + tirage	2			
Troubles gastro-intestinaux	Succion excessive	1			
	Difficultés d'alimentation	2			
	Régurgitations	2			
	Vomissements en jet	3			
	Diarrhée + (selles molles)	2			
	Diarrhée ++ (selles liquides)	3			
SCORE TOTAL					

Annexe 3 : Syndrome de sevrage néonatal : Score de Finnegan.

D'après Finnegan L. P . Neonatal Abstinence Syndrome : Assessment and Pharmacotherapy. *Neonatal Therapy : An Update*. Rubaltelli FF and Granati B. (Eds) Experta Medica, Amsterdam, New-York, Oxford 1986. (23) et (38).

Bibliographie :

- (1) M. VIBERT : *Femme et Toxicomanie : Syndrome de sevrage du nouveau-né. Maternité-Hôpital Ste Croix*, 16 octobre 1999, 5 p.
- (2) Loretta P. FINNEGAN : *Women, pregnancy and methadone. Heroin Add & Rel Clin Probl*, 2000, 2 (1), 1-8.
- (3) G. FISCHER, R. E. JOHNSON, H. EDER, R. JAGSCH, A. PETERNELL, M. WENINGER, M. LANGER, H. N. ASCHAUER : *Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. Addiction*, 2000, 95, 2, 239-244.
- (4) E. C. WANG : *Methadone Treatment During Pregnancy. J. Obst. Gyn. Neonatal Nurs. (JOGNN)*, 1999, 28, 6, 615-622.
- (5) G. A. BARR, K. JONES : *Opiate Withdrawal in the Infant. Neurotoxicol Teratol*, 1994, 16, 2, 219-225.
- (6) P. BENOS : *Grossesse, héroïne et substitution. La Lettre du Gynécologue*, 1999, 241, 15-21.
- (7) L. FRANCK, J. VILARDI : *Assessment and Management of Opioid Withdrawal in Ill Neonates. Neonatal Network*, 1995, 14, 2, 39-48.
- (8) S. R. KANDALL : *Treatment strategies for drug-exposed neonates. Prenatal drug exposure and child outcome, in Clinics in Perinatology*, 1999, 26, 1, 231-243.
- (9) M. JERNITE, B. VIVILLE, B. ESCANDE, J. P. BRETTE, J. MESSER : *Grossesse et buprénorphine. A propos de 24 cas. Arch Pédiatr*, 1999, 6, 1179-1185.
- (10) A. BRADLEY SOULE, K. STANDLEY, S. A. COPANS, M. DAVIS : *Clinical uses of the Brazelton Neonatal Scale. Pediatrics*, 1974, 54, 5, 583-586.
- (11) J. BOUCHEZ, C. CARLUS : « Lorsque l'enfant paraît... ». *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues (D. Touzeau, C. Jacquot), éd Arnette (Pharmacoscopia : soins et thérapies)*, 1997, chp 3, 133-147.
- (12) A. BOURRILLON, C. LEJEUNE, C. OLIVIER : *Les nouveau-nés de mères héroïnomanes. Flammarion Médecine-Sciences, Journées Parisiennes de pédiatrie*, 1987, 251-259.
- (13) K. KALTENBACH, V. BERGHELLA, L. FINNEGAN : *Opioid dependence during pregnancy : effects and management. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 1998, 25, 1, 139-151.
- (14) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (Committee on Drugs) : *Neonatal Drug Withdrawal. Pediatrics*, 1998, 101, 6, 1079-1088.
- (15) C. FRANCOUAL : *Les problèmes périnataux : enfants nés de mères toxicomanes. Revue Internationale de Pédiatrie*, 1986, 165, 35-37.
- (16) J. P. AUBERT, C. LEJEUNE : *Grossesse et consommation de drogues : comment contrôler les risques ? La Revue du Praticien (Médecine générale)*, 2000, Tome 14, N° 485, 121-123.
- (17) P. J. LIPSITZ : *A proposed Narcotic Withdrawal Score for Use with Newborn Infants. Clinical pediatrics*, 1975, 14, 6, 592-594.
- (18) C. MARTIN : *Enfants de mère droguée. Rev de Pédi*, 1985, 21, 3, 125-134.
- (19) T. S. ROSEN, H. L. JOHNSON : *Prenatal methadone maintenance : its effects on fetus, neonate, and child. Dev Brain Dysfunct*, 1993, 6, 6, 317-323.
- (20) A. MARTINEZ, B. KASTNER, H. W. TAEUSCH : *Hyperphagia in neonates withdrawing from methadone. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 1999, 80, 3, 178-182.
- (21) A. L. VAN BAAR, S. SOEPTAMI, W. B. GUNNING, G. W. AKKERHUIS : *Development after prenatal exposure to cocaine, heroin and methadone. Acta Paediatr*, 1994, Suppl 404, 40-46.
- (22) T. ESQUIVEL : *Les enfants de parents toxicomanes. Toxibase 4, 4^{ème} trimestre 1994*, p 1-15.

- (23) Les drogues et la grossesse. *Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française (GBPF)*, 39^{ème} réunion, samedi 24 avril 1999, Lessive :
- (a) Syndrome de sevrage néonatal. Dr J. M. Dubru, *Neuropédiatre, Ulg*, p 123-128.
 - (b) Suivi neurologique au cours de la première année de nourrissons ayant nécessité un sevrage à la méthadone. Dr B. Dan, *Neuropédiatre, ULB*, p 141-144.
 - (c) Suivi des enfants de mère toxicomane. Dr F. Ferraro, *Pédiatre, CH Cambrai*, p 133-137.
- (24) D. UNAL, P. BRANDT, M. R. DULGUERIAN : *Effets des drogues sur le fœtus et le nouveau-né. Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 1993, 5, 259-264.
- (25) C. LEJEUNE, J. C. PONS, sous la présidence de R. HENRION : *TOXICOMANIE ET GROSSESSE. Troisième Journée Parisienne Obstétrico-pédiatrique (JPOP) 1995, Les cahiers de l'AP-HP, Doin Editeurs :*
- (a) Introduction et classification des drogues. R. Henrion, p 5.
 - (b) Femmes toxicomanes et mères toxicomanes : repères épidémiologiques. F. Facy, p 9-13.
 - (c) Conséquences de la dépendance à l'héroïne chez la mère, le fœtus et le nouveau-né. M. Blazy, C. Mignot, p 16-23.
 - (d) Cocaïne et crack : effets sur la grossesse et sur le nouveau-né. F. Lebrun, J. C. Pons, p 24-34.
 - (e) Devenir des nouveau-nés de mère toxicomane : étude multicentrique. C. Lejeune, N. Ciraru-Vigneron, J. C. Ropert, C. Floch-Tudal, H. Froment, N. Wijkhuisen, J. Maillet, p 35-46.
 - (f) Quelle place pour les femmes toxicomanes en maternité ? D. Boubilley, p 47-50.
 - (g) Indications et techniques de sevrage et de substitution en cours de grossesse et après l'accouchement. S. Wiewiorka, A. Boissonnas, p 52-58.
 - (h) Prise en charge sociale du nouveau-né de mère héroïnomanie. P. Boutté, C. Dageville, E. Bérard, R. Mariani, E. Joly, p 59-62.
- (26) B. ROQUES : *Effets des substances psychotropes chez la femme enceinte et le nouveau-né. Rapport au Secrétariat d'Etat à la Santé : La dangerosité des drogues. Editions Odile Jacob, chp 14, 252-254.*
- (27) F. FERRARO : *La grossesse et les drogues. Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, 1998, n ° 3411.*
- (28) S. SAMPERIZ, V. MILLET, J. ARDITTI, V. LACROZE, D. MASSET, H. BOURDON, J. JOUGLARD, D. UNAL : *Intérêt des recherches toxicologiques chez les nouveau-nés de mères toxicomanes par l'étude de plusieurs échantillons (urines, méconium, cheveux). Arch Pédiatr*, 1996, 3, 440-444.
- (29) A. BONGAIN, M. HUSS, J. Y. GILLET : *Toxicomanie et Grossesse. La Revue du Praticien*, 1992, 42, 8, 1004-1009.
- (30) P. CAMBIER : *Pharmacodépendance chez la femme enceinte : traitement de substitution par le Subutex ®. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, Année universitaire 1998-1999, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université de Lille II.*
- (31) K. D'APOLITO : *Methadone maintenance and breast feeding : do they mix ? Neonatal Network*, 1994, 13, 8, 64-65.
- (32) M. C. FRANCHITTO, E. PEYREFORT, G. TELLIER : *Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. Toxibase, revue documentaire 2, 2^{ème} trimestre 2000, p 1-12.*
- (33) R. E. WOJNAR-HORTON, J. H. KRISTENSEN, P. YAPP, K. F. ILETT, L. J. DUSCI, L. P. HACKETT : *Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. Br J Clin Pharmacol*, 1997, 44, 543-547.
- (34) *Subutex ® (buprénorphine) : monographie. Schering-Plough, 2000, 79 p.*
- (35) M. JERNITE, P. DIEMUNSCH, P. KINTZ, J. MESSER, J. P. BRETTE : *Passage de la buprénorphine dans le lait maternel. Ann Fr Anest Réanim*, 1999, 18, suppl 1, R142.
- (36) P. MARQUET, J. CHEVREL, P. LAVIGNASSE, L. MERLE, G. LACHATRE : *Buprenorphine withdrawal syndrome in a newborn. Clin Pharmacol Ther*, 1997, 62, 5, 569-571.
- (37) *Hôpital St Philibert, Lomme :*
- Toxicomanie maternelle, syndrome de sevrage. *Pédiatrie*, mars 1996.
 - Nouveau-né de mère toxicomane, prise en charge du syndrome de sevrage. *Maternité*, mai 1999.
 - Maternité et Toxicomanie : le point de vue du pédiatre. *Puériculture*, juin 1999.

- (38) C. FLOCH-TUDAL, A. M. SIMONPOLI, S. MONTAMAT, M. P. COUETTOUX, C. CRENN-HEBERT, C. LEJEUNE : Syndrome de sevrage néonatal chez des jumeaux d'une mère sous traitement de substitution par méthadone. *Ann. Med. Interne, Masson, Paris, 2000, 151, suppl. B, pp. B30-B33.*
- (39) DORVAULT : *L'Officine. Ed Vigot, Paris, XXI^{ème} édition, 1982.*
- (40) G. LEGRAND : *Teinture d'opium benzoïque camphrée (Elixir Parégorique). Manuel du préparateur en pharmacie, Masson, 1977, 8^{ème} édition, p 340.*
- (41) PAGE, CURTIS, SUTTER, WALKER, HOFFMAN : *Pharmacologie intégrée. Traduction de la 1^{ère} édition anglaise par G. Cheymol, De Boeck Université, Paris, Bruxelles, 1999.*
- (42) P. ALLAIN : *Les médicaments. Pharmacologie, Ed Estem, Paris, 1996.*
- (43) A. DEWAILLY : *Dans quelle mesure les traitements de substitution peuvent-ils améliorer la qualité de vie des héroïnomanes ? Mémoire de recherche de DESS de psychologie clinique et pathologique dirigé par M. Daniel Beaune, Université de Lille III, 1998-1999.*
- (44) *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés. Conférence de consensus des 23 et 24 avril 1998, texte long des recommandations. Pour la recherche (bulletin de la fédération française de psychiatrie), mars 1999, n° 20.*
- (45) C. LEJEUNE, C. FLOCH-TUDAL, S. MONTAMAT, C. CRENN-HEBERT, A. M. SIMONPOLI : *Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. Arch Pédiatr, 1997, 4, 263-270.*
- (46) A. PAYOT, M. BERNER : *Enfants nés de mères toxico-dépendantes à la maternité de Genève : hospitalisation néonatale et suivi médico-social. Méd et Hyg, 1998, 56, 326-329.*
- (47) S. BAGLIN, S. AVENEL, C. RENAUD, F. BAVOUX, C. FRANCOUAL, J. BADOUAL : *Syndrome de sevrage chez un nouveau-né de mère toxicomane recevant de la méthadone. Arch Pédiatr, 1995, 2, 702-703.*
- (48) R. E. JOHNSON, D. S. SVIKIS, W. B. KISSIN, G. ALPAN, J. BIENSTOCK, E. J. CONE, A. S. GOLDEN, N. A. HAUG, G. R. HUGGINS, L. JANSSON, M. E. LANTZ, D. WILKINS, D. R. JASINSKI, J. HOPKINS : *Pilot open-label safety study of buprenorphine during pregnancy. CPDD, 1998, Annual Meeting, Scottsdale, AZ, p 68.*
- (49) P. MARQUET, P. LAVIGNASSE, J. CHEVREL, G. LACHÂTRE, L. MERLE : *In utero exposure to Subutex® induces no or mild withdrawal syndromes in the newborn. Thérapie, 1998, 53, p 178 (résumé 36).*
- (50) J. D. GIROUD, D. PICART, J. SIZUN, D. SOUPRE, D. CARLHANT, D. ALIX, L. DE PARSCAU : *Toxicomanie maternelle à la codéine : Aspects cliniques et pharmacocinétiques chez le nouveau-né, A propos de trois observations. Annales de Pédiatrie, 1995, 42, 1, 37-40.*
- (51) K. KHAN, J. CHANG : *Neonatal abstinence syndrome due to codeine. Archives of Disease in Childhood, 1997, 76, 59-60.*
- (52) T. J. MALPAS, B. A. DARLOW, R. LENNOX, L. J. HORWOOD : *Maternal methadone dosage and neonatal withdrawal. Aust NZ Obstet Gynaecol, 1995, 35, 2, 175-177.*
- (53) H. L. BROWN, K. A. BRITTON, D. MAHAFFEY, E. BRIZENDINE, A. K. HIETT, M. A. TURNQUEST : *Methadone maintenance in pregnancy : a reappraisal. Am J Obstet Gynecol, 1998, 179, 459-463.*
- (54) J. S. DASHE, G. L. JACKSON, D. A. OLSCHER, E. H. ZANE, G. D. WENDEL : *Opioid Detoxification in Pregnancy. Obstet Gynecol, 1998, 92, 5, 854-858.*

Les mères toxicomanes et leurs enfants : un lien à soutenir

Myriam CASSEN, Psychologue, Thérapeute familiale , CEID, Bordeaux

Résumé : *Cinq centres de soins (CSST) de la région Aquitaine sous l'égide du Groupe de Recherche et de Réflexion des Intervenants en Toxicomanie d'Aquitaine (GRRITA) (liste des centres en annexe) ont participé à une enquête portant sur 128 femmes et 54 enfants. Cette enquête repose sur un auto-questionnaire portant sur les conditions de grossesse et d'accouchement et sur le devenir de la relation mère-enfant.*

Résultats : *L'analyse des données met en valeur un contexte familial, social et relationnel extrêmement fragile. La plupart des mères sont polytoxicomanes (l'héroïne est le premier produit d'intoxication, associé à d'autres produits dans 50 % des cas et à des consommations de médicaments dans 25 % des cas), la moitié d'entre elles ont poursuivi la toxicomanie pendant la grossesse. 25 % d'entre elles ont eu des problèmes au cours de la grossesse et les taux de prématurité sont extrêmement élevés (82 %).*

Les questions rétrospectives sur l'accouchement montrent qu'à la sortie de la maternité 88 % des enfants étaient assumés par leur mère. Au moment de l'enquête (où l'âge moyen des enfants est de 6 ans), 40 % des enfants sont placés contre 12 % à la naissance. Sur 54 enfants, 1 est décédé à la naissance. Les questions sur le passé familial des mères révèlent une grande fragilité des relations. Alors que 60 % des mères ont moins de 35 ans, 31 % d'entre elles ont perdu leur père et 3 % leurs deux parents, 26 % ont des parents divorcés.

Conclusion : *L'analyse de ces résultats et de la littérature actuelle pose un certain nombre de questions concernant le développement psychologique, affectif et cognitif de ces enfants. Des consultations et des prises en charge spécifiques portant sur la relation mère-enfant ainsi qu'un suivi préventif de ces enfants devraient être développés et multipliés. L'attachement mère-enfant doit être soutenu.*

En l'absence de ces prises en charge spécifiques, les plus grandes craintes peuvent être formulées quant au devenir de ces enfants, la question de la répétition des pathologies maternelles et familiales restant entière.

Cette enquête en Aquitaine est la première partie d'une vaste enquête nationale menée en 2001 dans 18 CSST et dont les résultats sont sur le point de paraître, elle s'est déroulée en 1997.

Les femmes toxicomanes, qui représentent 25 % (Enquête DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques 1996) de la population suivie dans les CSST (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes), sont mères dans un tiers des cas.

Le nombre d'enfants nés dans ces conditions ne cesse donc de croître, à l'image des problèmes de toxicomanie dans notre pays. Or, la littérature internationale indique que la fréquence des problèmes dans la relation mère toxicomane-enfant est extrêmement élevée.

La dimension de la maternité, apparaît peu prise en compte de façon spécifique dans les prises en charge. Pourtant, le devenir de ces enfants soulève un certain nombre de questions, en particulier celle de la transmission d'une histoire difficile, chaotique et traumatisante : perturbation des interactions mère-enfant, placements, séparations...

Or, nous n'avons que de rares études françaises sur les relations mères toxicomanes-enfants. Il nous a donc semblé nécessaire sur l'ensemble d'une région, en l'occurrence l'Aquitaine, et dans le cadre de Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST), de préciser le devenir de ces enfants et l'évolution de la relation mère-enfant entre la sortie de la maternité et le moment de l'enquête (séparations, placements...).

Méthode :

Il a été réalisé une analyse de l'évolution de la relation mère-enfant grâce à une enquête rétrospective portant sur les enfants de mères toxicomanes suivies dans cinq Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie d'Aquitaine (CSST) fédérés sous l'égide du Groupe de Recherche et de Réflexion des Intervenants en Toxicomanie d'Aquitaine (GRRITA).

Cette enquête, sous forme d'auto-questionnaire, s'est déroulée durant 2 mois (novembre et décembre 1997) et incluait systématiquement toutes les femmes reçues dans les CSST pendant cette période, soit 128 femmes dont 41 avec des enfants pour un total de 54 enfants. Les femmes qui étaient mères devaient remplir une fiche par enfant. L'auto questionnaire était distribué en 3 grandes parties :

- A) - Typologie de la population étudiée
- B) - Grossesse, accouchement et santé de l'enfant
- C) - Devenir de l'enfant.

Résultats de l'enquête :

A) Typologie de la population étudiée :

128 femmes toxicomanes ont répondu à cette enquête, parmi elles 41 étaient mères (environ 30 %) avec 54 enfants.

- Age : 61 % des mères sont âgées de 26 à 35 ans, près de 24 % d'entre elles ont entre 36 et 40 ans et 13 % ont plus de 41 ans.

- Logement : Si 80 % d'entre elles ont un domicile personnel, 20 % présentent des conditions de vie non autonomes (parents, chez un tiers, en institution, voire SDF : 3 %).

- Ressources matérielles : elles sont fragiles et témoignent d'une grande précarité sociale : 53 % vivent du RMI (Revenu Minimum d'Insertion) ou de l'API (Allocation Parent Isolé). 10 % seulement d'entre elles perçoivent un salaire. Il est à noter que 11 % perçoivent l'AAH (Allocation Adulte Handicapé), ce qui souligne la fragilité psychologique ou les troubles psychiatriques de ces mères, facteurs a-priori péjoratifs pour un développement harmonieux des enfants.

A titre de comparaison, les données de l'enquête de CHOQUET ET LEDOUX (Enquête Nationale INSERM 1997) pour l'Académie de Bordeaux concernant la population générale sont les suivants :

- * 61 % des mères travaillent
- * 30 % sont mères au foyer
- * 5 % sont au chômage
- * 1 % sont en invalidité.

Ces valeurs confirment donc que les mères toxicomanes présentent une bien plus grande précarité sociale que les mères en population générale.

- Statut familial et famille d'origine :

- Statut familial : Le statut familial de ces femmes fait apparaître une très grande précarité dans leurs relations. En effet près de 49 % d'entre elles vivent seules et un tiers seulement vivent maritalement (mariage et concubinage).

En comparaison, les chiffres pour l'Académie de Bordeaux dans l'enquête nationale INSERM 1997 de CHOQUET / LEDOUX sont les suivants pour la population générale :

- 77 % sont mariées ou vivent en couple
- 18 % sont séparées ou divorcées
- 4 % ont un père et/ou une mère décédé(e)

Les facteurs de fragilité psychologique et de l'environnement familial sont liés à de fréquentes perturbations de la structure de la famille d'origine de ces femmes : des éléments inattendus dans leur ampleur ont été mis en valeur par l'enquête, en particulier 31 % d'entre-elles ont perdu leur père et 3 % leurs deux parents. 26 % des parents sont séparés ; dans 3 % des cas, le père est inconnu (pourcentages différant très significativement de ceux de la population générale pour l'Académie de Bordeaux).

Le tissu des relations familiales d'origine apparaît très fréquemment déchiré : 89 % d'entre elles ont quitté le domicile familial avant 21 ans, 11 % avant l'âge de 12 ans, ce qui suppose placements, retraits, foyer ou famille d'accueil, et 34 % à l'âge de l'adolescence (entre 14 et 17 ans) à une période où la personnalité, fragile, a besoin d'être soutenue et encadrée.

Cette forte fréquence de ruptures précoces permet de faire des hypothèses de maltraitances, rejets, violences ou à tout le moins d'incapacité, d'absence de désintérêt ou de problèmes multiples dans les familles d'origine.

Nous devons alors garder à l'esprit l'importance des répétitions morbides dans les familles à problèmes si nous voulons évaluer les difficultés qu'auront beaucoup de ces jeunes femmes à jouer leur rôle maternel.

- Antécédents d'hospitalisation : une partie de l'enquête a porté sur les hospitalisations et les psychotropes consommés. Il apparaît un taux d'hospitalisation très élevé : 65 % d'entre elles ont été hospitalisées et pour des durées fort longues, en moyenne 8,8 semaines ; pour des motifs psychiatriques (6 fois pour 6 personnes différentes), de SIDA (4 fois pour 2 personnes), de tentatives de suicide (3 fois pour 2 personnes), de sevrage (21 fois pour 16 personnes différentes).

Ces éléments soulignent la multiplicité des problèmes rencontrés par ces femmes : troubles somatiques, psychologiques et psychiatriques compliqués de problèmes de dépendance. 60% des hospitalisations ont eu lieu au cours des 4 dernières années, soit pour la majorité d'entre elles, alors qu'elles étaient déjà mères d'un ou plusieurs enfants.

B) Grossesse, accouchement et santé de l'enfant :

Les questionnaires ont porté sur 53 enfants, l'un étant décédé à la naissance.

Un quart des femmes signalent avoir présenté des problèmes au cours de la grossesse. Elle disent en effet avoir présenté des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme et des tentatives d'interruption volontaire de grossesse alors que la grossesse était à un stade avancé.

Les mères déclarent aussi avoir continué des prises de toxiques pendant leur grossesse (environ 50 % d'entre elles prenaient de l'héroïne plus un autre psychotrope : cocaïne, Temgésic®, amphétamines ou associaient haschich et alcool).

Il est à noter dans cette enquête l'absence de grossesse sous méthadone, ce traitement n'étant couramment accessible que depuis peu d'années et encore très insuffisant dans la région. (Bordeaux et Bayonne uniquement au moment de l'enquête).

Les accouchements ont été difficiles dans un quart des situations et l'on a constaté un décès à la naissance sur 54 enfants.

Les taux de prématurité sévère ou légère sont très élevés (82 %). 20 % des enfants ont dû être hospitalisés après leur naissance pour les motifs suivants dans l'ordre de fréquence : sevrage - déshydratation - colibacillose - pas de réflexe de succion...

C) Devenir des enfants :

Au moment de l'enquête, l'âge moyen des enfants est de 5,9 ans.

Si à la sortie de la maternité, 88 % des enfants sont assumés par leur mère, ces chiffres involuent au fur et à mesure des années.

Notons tout de même le fort pourcentage d'enfants placés d'emblée : 12 %.

Si les mères ont un logement indépendant dans leur grande majorité, 83 % d'entre elles ont besoin d'une ou plusieurs aides sociales : services sociaux et familles apparaissent d'importance égale dans l'enquête.

Ce pourcentage très élevé caractérise la très grande précarité sociale et financière de ces mères. Très vite ces dernières vont confier leur enfant à une institution ou à une tierce personne dans les mois qui suivent l'accouchement : ainsi 40 % des enfants qui ont quitté la maternité avec leur mère seront placés dans les années qui suivent : 11 % dans la famille d'origine de la mère, 11 % en foyer d'accueil, 5 % en foyer et 4 % chez le père. Pour 9 % des enfants, les mères n'ont pas répondu sur le type de placement.

De plus, notons qu'à la question "Avez vous confié votre enfant à une tierce personne ?", nous n'avons pas obtenu de réponse pour 21 enfants (38 %).

Si nous ne pouvons rien conclure de précis à propos de ces non-réponses, nous pouvons faire néanmoins l'hypothèse qu'elles signifient une réponse positive à cette question délicate.

Au moment de l'enquête, 17 enfants étaient retirés et placés sur 47 enfants, soit 36 % (il est à noter que nous n'avons pas de réponse à cette question pour 6 enfants).

Cette dernière question montre que 38 % des enfants vivent avec leur mère et seulement 9,5 % avec leurs deux parents.

DISCUSSION

Notre enquête souffre bien sûr des limites tenant à un biais de recrutement :

- Les femmes ont été rencontrées dans les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, or, ceux-ci reçoivent essentiellement des toxicomanes présentant une dépendance sévère associée à des troubles psychologiques et une certaine dérive sociale. Autant de facteurs qui, en eux-mêmes, sont à risque dans le domaine de la périnatalité. La population étudiée ne peut donc prétendre être représentative de la population globale des mères toxicomanes.

Une critique est à formuler quant aux modalités de passation du questionnaire :

- Il s'agissait d'un auto-questionnaire, ce qui a produit un taux parfois élevé de non-réponses pour certaines questions culpabilisantes, en particulier celles qui concernent la vie de l'enfant et son placement éventuel (NR = 21/54 enfants).
- Par ailleurs, notre groupe de mères toxicomanes n'a pas pu être comparé à un groupe témoin de mères non toxicomanes mais de statut psychosocial comparable.

Néanmoins, ce travail qui avait pour but de mesurer les difficultés de relation mère/enfant et les diverses séparations ou placements est cohérent avec les résultats habituellement retrouvés dans la littérature.

De nombreuses études sont consacrées au devenir des enfants de mère toxicomane mais posent un certain nombre de problèmes méthodologiques liés en particulier aux difficultés de suivi de cette population très mouvante et fréquentant de façon très irrégulière les différents services de soins. Beaucoup d'enquêtes américaines insistent néanmoins sur l'importance des difficultés psychologiques et sociales des mères, ainsi que sur leur passé (expériences de séparation, traumatismes...).

L'enquête de Hagan (3) (1987) montre que 80 % des femmes toxicomanes sont issues de familles où des problèmes d'abus de psychotropes chez les parents existent, 67 % disent avoir été agressées physiquement et près de 100 % déclarent qu'elles auraient voulu être quelqu'un d'autre en grandissant.

Les travaux de Regan (7) et Coll font état de 19 % de maltraitance active dans l'enfance et 70 % de maltraitance à l'âge adulte le plus souvent par le partenaire. Cette corrélation enfants battus-adultes toxicomanes pose la question de la répétition de la violence et du devenir de ces enfants.

Une partie de nos résultats montre une très grande fréquence de familles d'origine désunies (seuls 37 % des parents vivent ensemble) et un taux extrêmement élevé de pères décédés (32 %).

Notre enquête n'a pas pu aborder cette dimension mais met en valeur le nombre élevé de séparations et de placements : 11 % des enfants placés à la naissance puis 40 % dans les six années qui suivent. Il apparaît néanmoins que certaines modalités thérapeutiques peuvent améliorer cette situation.

L'enquête de Kolar et Coll (1994) (4) concernant des parents suivis dans un centre de prescription de méthadone et donc plus stabilisés et ayant recours à un certain nombre de soutiens possibles (médical, psychologique, social) montre que 14 % des enfants sont séparés de leurs parents (4 % sont adoptés, 9 % sont en famille d'accueil et 1 % en foyer).

L'enquête de Gabel et Coll (1992) (2) souligne la relation entre la consommation abusive de psychotropes par les parents et le comportement antisocial et agressif des enfants. Les drogues autres que l'alcool semblent majorer l'agressivité et l'associabilité des enfants. D'autres facteurs influencent le devenir psychologique et affectif de ces enfants.

Beaucoup d'articles, surtout américains en font état et insistent sur :

- Le climat de violence intra familiale majorée par les prises de toxiques (Cf. les différents travaux de Blau et Coll) (1).
- La psychopathologie ou les troubles psychiatriques chez les pères et les mères (Tarter et Coll) (8).
- Les conditions de vie précaires, etc...

Les travaux de Luthar et Coll (1993) (6) soulignent la vulnérabilité et la fragilité des enfants de parents toxicomanes. Ils sont susceptibles plus que les autres de développer à leur tour une toxicomanie, un alcoolisme, des comportements antisociaux.

Néanmoins, les travaux de Lejeune (5) en France montrent qu'un suivi attentif de la grossesse plus un soutien médical et psychosocial comportant éventuellement une substitution, diminuent les complications péri-natales, la prématurité et surtout améliorent la relation mère-enfant en soutenant les premières interactions. Cette même évolution est notée avec le développement des traitements de substitution comme le Subutex® ou la méthadone.

Conclusion

Le devenir des enfants de mère toxicomane dépend dans une large mesure du contexte affectif, psychologique, social et médical dans lequel ils grandissent. La consommation de toxiques n'est pas seule en cause dans le pronostic défavorable concernant le développement des enfants. Bien souvent elle ne fait que révéler ou aggraver des difficultés antérieures, psychologiques ou sociales, mais elle est, de toute évidence, un facteur péjoratif.

Les troubles psychiatriques, la co morbidité associée à la toxicomanie, les conditions de vie socialement précaires ainsi que le manque d'appui de l'entourage des mères (mari, parents, grands-parents,...) majorent les handicaps de ces enfants. Il s'agit donc très fréquemment de grossesses à haut risque.

Notre étude confirme donc la gravité des problèmes de périnatalité et l'importance des facteurs de risque qui pèsent sur l'évolution psychologique des enfants nés de mères toxicomanes.

Il serait donc souhaitable :

- de faciliter l'accès aux traitements de substitution dans un cadre de prise en charge globale ;
- de développer l'aide et le soutien auprès de ces femmes pendant la grossesse ;
- de poursuivre ce suivi médical, psychologique et social après l'accouchement ;
- de proposer des consultations spécifiques centrées sur la relation mère-enfant, dans le but d'accompagner ces mères dans les premiers mois de la vie de l'enfant et ainsi de renforcer le lien mère-enfant, un travail similaire est à envisager auprès des pères quand cela est possible ;
- de mettre en place un suivi préventif de ces enfant
- et des suivis familiaux visant à soutenir les mères dans leur fonction maternelle tout en leur permettant d'aborder leurs problèmes de toxicomanie ;
- de réaliser des études complémentaires sur le rôle des pères, des familles d'origine et des réseaux psycho-sociaux entourant ces mères.

Bibliographie :

- 1) *BLAU, WHEWELL, GULLOTTA & BLOOM. " The Prevention and Treatment of Child Abuse in House holds of Substance Abusers : A Research Demonstration Progress Report ". 1994. Child Welfare League of America. 73 (1)*
- 2) *GABEL & SHINDLEDECKER. " Parental Substance Abuse and Its Relationship to Severe Agression and Antisocial Behavior in Youth " American Journal of Addictions. 1993. Vol 2. N°1.*
- 3) *HAGAN "A restrospective search for the ethiology of drug abuse : a background comparison of a drug addicted population of women " NIDA research Monograph Series (Rockville, Maryland, 1987).*
- 4) *KOLAR, BROWN, HAERTZEN & MICHAELSON " Children of substance abusers : The life experiences of children of opiate addicts in Methadone maintenance " American Journal - Drug Alcohol Alouse, 1994, 20 (2) p159-171.*
- 5) *LEJEUNE, FLOCH - TUDAL, MONTAMAT, CRENN - HEBERT, SIMONPOLI. " Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants " Archives Pédiatriques 1997, 4 : 263-270.*
- 6) *LUTHAR & ROUNSAVILLE
"Substance Misuse and Comorbid Psychopathology in a Righ. Risk Group : A study of siblings of Cocaine Misusers ". International Journal of the Addictions, 28 (5), 415-434, 1993.*
- 7) *REGAN, EHRLICH, FINNEGAN. Infant of Drug Addicts : at risk for child abuse, neglect, and placement in foster care. Neurotoxicol Teratol, 1987 ; 9 : 315 - 9.*
- 8) *TARTER, BLACKSON and COLL. " Characteristics and Correlates of Child Discipline Practices in Substance Abuse and Normal Families " American Journal of Addictions - Vol 2. N° 1 - 1993.*

CENTRES DE SOINS SPÉCIALISÉS EN TOXICOMANIE AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE

C.E.I.D (Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue) : 24, Rue du Parlement Saint Pierre
33000 Bordeaux Tél : 05.56.44.84.86 Fax : 05.56.44.78.21

Centre Montesquieu : 22, Rue Vergniaud
33000 Bordeaux Tél : 05.56.51.12.22 Fax : 05.56.01.26.63

ARIT (Association Recherche et Information sur les Toxicomanies) : 21, bis Rue des Frères - BP
24 -64201 BIARRITZ Tél : 05.59.24.82.60 Fax : 05.59.24.61.28

Béarn Toxicomanies : 23, Rue du Maréchal Joffre
64000 Pau Tél : 05.59.27.77.14 Fax : 05.59.27.74.67

La Source : 1 Place Pitrac
40000 Mont-de-Marsan Tél : 05.58.75.92.04 Fax : 05.58.75.22.67

ENCEINTE ET TOXICOMANE

Une expérience de suivi et d'accompagnement pluridisciplinaire

*Corinne Chanal**, *Rose Marie Toubin***, *Evelyne Mazurier*****, *Michèle Misraoui*****, *Jocelyne Clutier**, *Pierre Boulot****, *Françoise Molénat***.

*Sage-femme, Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Arnaud de Villeneuve, CHU Montpellier

** Pédopsychiatres, Unité petite-enfance, Service MPEA, CHU Montpellier

***Gynécologue-obstétricien, Services de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Arnaud de Villeneuve, CHU Montpellier

**** Pédiatres, Service de Pédiatrie II, Hôpital Arnaud de Villeneuve, CHU Montpellier

INTRODUCTION

La grossesse chez une femme toxicomane était jusqu'à ces dernières années une situation redoutée des services de gynécologie-obstétrique : absence de suivi, taux élevé de prématurité, troubles du comportement et de la communication, incertitude quant aux effets des drogues sur le fœtus, délaissement des nouveau-nés, inquiétude pour leur devenir, fréquence des placements judiciaires précoces, malaise des professionnels [1, 2, 3, 4].

Les pédopsychiatres étaient concernés par les troubles relationnels et leur incidence sur le développement des enfants. Tous ces problèmes étaient majorés par les conditions de vie souvent précaires des femmes enceintes toxicomanes et le manque de coordination entre les professionnels.

Enfin, l'identification de la toxicomanie pendant la grossesse restait rare (moins de 3 cas/an jusqu'en 1994 au CHU de Montpellier).

HISTORIQUE

En 1993, à Montpellier, on assiste à l'émergence de la réduction des risques avec la création de l'association Réduire les Risques, au début des prescriptions de traitements de substitution à l'héroïne en médecine de ville, aux débuts d'un réseau de médecins généralistes et en 1994, à l'ouverture d'un centre méthadone à l'hôpital.

A la maternité du CHU nous bénéficions de conditions particulières :

- un service de gynécologie-obstétrique attentif à la prise en charge globale des grossesses à risque sous la direction du Pr Pierre Boulot,
- de nombreuses années de collaboration entre les services d'obstétrique, de pédiatrie et de pédopsychiatrie autour des situations de vulnérabilité sous l'impulsion du Dr Françoise Molénat, pédopsychiatre,
- en 1994, la création de l'unité de soins en berceau permettant d'hospitaliser des nouveau-nés dans la chambre de leur mère en maternité.

Début 1995, nous avons essayé d'aborder différemment les patientes toxicomanes se présentant au CHU avec une prise en charge centrée sur la grossesse à partir du service de gynécologie-obstétrique, incluant des intervenants extérieurs. L'objectif était la naissance à terme d'un enfant en bonne santé qui soit pris en charge de façon adaptée sans être séparé de sa mère.

Il s'agissait donc de :

- **faciliter l'accès aux soins des femmes enceintes toxicomanes,**
- **respecter leur réseau personnel de professionnels,**
- **réduire les risques médico-psycho-sociaux de la toxicomanie sur la grossesse,**
- **créer les conditions favorables à l'épanouissement du lien mère-enfant, sans oublier le père,**
- **former et soutenir les équipes.**

Après 2 années de prises en charges informelles (22 patientes), une première évaluation et l'écriture d'un projet, nous avons obtenu, en 1997, un financement de la DDASS pour un mi-temps de coordination (sage-femme) et 3 vacations médicales (2 de pédopsychiatre et une de pédiatre).

FONCTIONNEMENT DE NOTRE EQUIPE DE COORDINATION « PARENTALITE ET USAGE DE DROGUES » (C.P.U.D.)

Le **premier rendez-vous** est donné avec la **sage-femme coordinatrice** dans un délai très court (< 8 jours). C'est une rencontre réciproque soignant-patient où chacun se présente et définit ses objectifs.

Au cours des premières consultations, tous les axes (médicaux, sociaux, environnementaux, toxicomanie...) sont abordés. Le point est fait avec les parents afin d'envisager ce qui est possible et ce qui ne l'est pas en précisant au fur et à mesure les avantages et les inconvénients de chaque choix (sevrage ou traitement de substitution, le shoot peut-il être arrêté ou pas, logement personnel ou foyer, quels produits pour quels risques...).

Puis les axes de travail sont définis : les personnes et les structures les mieux adaptées à chaque cas sont recherchées, en respectant les professionnels déjà en place et les résistances des patientes. La sage-femme oriente les patientes en fonction de leurs besoins et assure ensuite une consultation sur deux en alternance avec le gynécologue-obstétricien choisi par la patiente (libéral ou hospitalier). Elle prépare et accompagne toutes les hospitalisations jusqu'à la sortie de la mère et de l'enfant.

Le **pédiatre** rencontre tous les parents en anténatal entre 28 et 34 semaines d'aménorrhée.

Nous avons choisi de reprendre avec le pédopsychiatre sur un temps de supervision clinique et institutionnelle toutes les situations rencontrées. Cela permet d'analyser les succès et les échecs des prises en charge en temps réel, d'ajuster notre attitude à chaque patiente, sans oublier les pères et de pouvoir en tirer un enseignement transmissible, aux autres situations à haut risque (interruption médicales de grossesse, grande précarité, autres dépendances...), à d'autres équipes.

La patiente ne rencontre pas systématiquement le pédopsychiatre au cours de la grossesse.

Une intense **activité de liaison** avec les autres structures de soins et de soutien (mobilisation des représentations négatives, désamorçage des conflits) est indispensable. Cette activité de liaison est assurée principalement par la sage-femme coordinatrice avec :

- tous les secteurs du service de gynécologie-obstétrique du CHU (unité de grossesses à risque, consultation, hospitalisation de jour, préparation à l'accouchement, salle d'accouchement, suites de couches...),
- les services de pédiatrie du CHU (unités de soins en berceaux en suites de couches, unité de soins intensifs néonataux, secteur de chambre mère-enfant, service de réanimation néonatale, consultation),
- les services de pédopsychiatrie du CHU,
- les spécialistes de la prise en charge de la toxicomanie qu'ils soient hospitaliers (Unité de Traitement de la Toxicodépendance) ou appartenant au secteur libéral (centre spécialisé de ville ou médecins généralistes),
- les pharmaciens de ville et à l'hôpital,
- les professionnels de la protection maternelle et infantile (PMI),
- les services sociaux (assistantes sociales, professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)...),
- les associations,
- tous les autres services hospitaliers.

LE SUIVI DE GROSSESSE

C'est un suivi de **grossesse à haut risque à planifier** avec la patiente dès le début avec :

- une consultation par mois au premier trimestre,
- une consultation tous les quinze jours à partir de 20 SA,
- des échographies avec doppler ombilical et cérébral au moindre doute,
- un enregistrement du rythme cardiaque fœtal par semaine à partir de 28 SA,
- une préparation éventuelle à une hospitalisation en secteur de grossesses à haut risque si une surveillance particulière était nécessaire (risque d'accouchement prématuré, mise en place ou équilibrage d'un traitement de substitution, angoisse maternelle majeure...)

Il s'agit également de créer un lien de confiance entre les futurs parents et la maternité simultanément au repérage des risques liés à la grossesse, puis de réaliser un travail de médiation entre le CHU et ces patientes afin de **réduire les peurs réciproques**.

L'examen somatique est toujours attentif et extrêmement respectueux de la pudeur des femmes (beaucoup ont été blessées dans leur corps).

Il est important d'expliquer les examens effectués, de parler des sensations éprouvées généralement pendant la grossesse. Une **préparation à l'accouchement** est particulièrement indiquée, si possible en piscine ou avec une orientation 'haptonomie', individuelle ou collective selon le choix des patientes, avec ouverture à la place du père.

L'adhésion aux consultations programmées fait l'objet d'une vigilance particulière. Il ne faut pas hésiter à rappeler la patiente. Les rendez-vous non respectés sont repris avec elle en recherchant ensemble les solutions pour améliorer sa compliance au suivi (choix des horaires, appel téléphonique avant le prochain rendez-vous, accompagnement social...)

LES ORIENTATIONS

Elles sont faites au fur et à mesure, en fonction des besoins, par ordre de priorité exprimé par les futurs parents. Les professionnels déjà en place sont gardés dès lors que les parents ont leur confiance.

On peut aider à reprendre contact avec des professionnels perdus de vue ou avec lesquels il y a eu des heurts.

Chaque proposition d'orientation est expliquée aux futurs parents, ils doivent la comprendre, l'accepter et intégrer son utilité. Toutes les orientations sont le plus personnalisées possible.

Les transmissions faites aux autres professionnels sont discutées avec les futurs parents. Chaque résistance, chaque peur est explorée afin de tenter de la réduire. Entrer en contact avec un autre professionnel permet d'ouvrir la relation de confiance établie avec la patiente, de ne pas rester dans une relation duelle trop exclusive à risque pour l'avenir.

La **prise en charge de la toxicomanie** est capitale pour une bonne réduction des risques. Il faut un référent (médecin généraliste, psychiatre, centre de soins...) pour que l'ensemble de la prise en charge ne soit pas focalisée sur les prises de produits. Ce professionnel est contacté par téléphone (si la patiente est d'accord) pour expliquer la prise en charge de la grossesse et préciser les rôles de chacun.

Bien que le traitement de substitution recommandé actuellement pendant la grossesse soit la méthadone, les patientes sous buprénorphine avant la grossesse peuvent continuer leur traitement, si elles le souhaitent. Si elles sont mal équilibrées, si elles l'injectent ou bien si elles sont toujours consommatrices d'héroïne, nous leur proposons d'organiser avec leur médecin une hospitalisation dans le service des grossesses à risque avec un relais méthadone. La prise en charge de la toxicomanie sera alors relayée par un centre de soins de préférence.

Si des problèmes sociaux sont identifiés, l'assistante sociale de secteur est contactée avec les parents pour faire le point. L'assistante sociale de la maternité est un bon relais en cas de « blocage » des parents vers le secteur.

A partir de 26-28 SA, un monitoring cardiaque fœtal par semaine est programmé. La visite à domicile d'une sage-femme de PMI est toujours proposée pour faciliter les liens ultérieurs avec un réseau de soutien de proximité, notamment la puéricultrice du quartier. Si la peur du placement des enfants est encore très vive, ne pas hésiter à l'aborder et à expliquer :

- l'évolution de la politique de la PMI depuis 10 ans (aider les parents à garder leur enfant...),
- les différentes possibilités d'aide,
- les réelles raisons du placement d'un enfant.

Pour la préparation à l'accouchement ou si la patiente refuse l'orientation vers la PMI, on fait appel à une sage-femme libérale.

La **consultation anténatale pédiatrique** est réalisée par un pédiatre accoutumé à cet exercice.

Cette consultation vise à répondre aux inquiétudes des futurs parents formulées progressivement dans les consultations prénatales.

La liberté du choix du lieu de rendez-vous (hôpital ou cabinet), semble influencer sur la compliance future au suivi pédiatrique de l'enfant. Au cours de la consultation anténatale, le pédiatre aborde le retentissement des différents toxiques sur le fœtus et le nouveau-né et valide la surveillance de la grossesse.

Il explique en détail les modalités de la prise en charge de l'enfant à la naissance et lors du séjour en maternité ou en pédiatrie. Le pédiatre informe les mères (et les pères si la mère est d'accord) du syndrome de sevrage, de son inconstance, de ses risques, de ses difficultés, mais aussi de toute l'aide que ces parents entourés de professionnels qualifiés et à l'écoute pourront apporter à leur enfant [5].

Les parents évoquent leur crainte de la souffrance que pourrait connaître leur enfant lors d'un sevrage néonatal ; ceci permet d'introduire l'éventualité du traitement médicamenteux. Le pédiatre décrit les possibilités d'allaitement en fonction des prises de produit et des sérologies virales de la mère en tenant compte de l'évolution récente des connaissances à ce sujet [6, 7].

Il accompagne les parents vers une des puéricultrices du secteur de soins pédiatriques. Il insiste sur l'importance de leur présence pendant l'hospitalisation et les aide à en anticiper l'organisation (fratrie, confidentialité avec les familles, cadre de l'hospitalisation, organisation des visites en cas de sortie de la mère avant son enfant...).

Il propose enfin de rencontrer les frères et sœurs et évoque la possibilité de revoir l'enfant et ses parents après la sortie de la maternité.

La rencontre avec un pédopsychiatre n'est pas systématique, mais proposée quand émerge un malaise relationnel au cours du suivi, sur des motifs précis, argumentés et explicités :

- angoisse majeure,
- antécédent obstétrical lourd,
- peur irraisonnée de l'accouchement,
- problèmes familiaux,
- difficultés avec les enfants aînés,
- débordement émotionnel autour du syndrome de sevrage du bébé.

Si la consultation de pédopsychiatrie doit souvent être réalisée en urgence (- de 48 heures), elle s'organise le plus souvent dans un délai de moins de 8 jours avec possibilité de poursuite du suivi après la sortie de la maternité et pendant les premières années de vie de l'enfant. [9].

L'intervention d'un psychiatre adulte se fait si la patiente présente des troubles du comportement et en accepte la prise en charge.

ANTICIPATION DE L'ACCOUCHEMENT

Elle se fait vers 34 SA avec :

- une consultation pré-anesthésie,
- la visite des salles d'accouchement avec présentation de l'équipe,
- la visite de l'équipe de l'unité pédiatrique du service de suites de couches avec présentation de l'équipe,
- la visite du service de soins intensifs de pédiatrie dans le cas d'un éventuel transfert de l'enfant,

- la discussion du contenu des transmissions aux équipes en respectant la confidentialité. Nous l'avons formalisé par une feuille intitulée « pour les équipes d'accueil » remplie avec les futurs parents.
- l'appel téléphonique au médecin référent de la toxicomanie (psychiatre ou généraliste) pour qu'il adresse un courrier ou un fax précisant l'intégralité des traitements prescrits à la patiente. Les patientes apporteront 48 h de traitement avec elle lors de l'admission pour éviter les commandes de toxiques en urgence, toujours lourdes pour les services d'hospitalisation.

L'ACCOUCHEMENT

C'est un accouchement comme les autres, souvent un peu plus rapide.

Il s'agit de :

- rassurer en évitant les situations angoissantes, en expliquant ce qui se passe,
- accueillir rapidement à l'entrée ou expliquer la raison de l'attente,
- faire attention à la confidentialité et à la pudeur,
- expliquer au père que son rôle est de soutenir sa femme, de rester plus calme qu'elle. Lui préciser qu'il peut sans problème sortir momentanément de la salle s'il ne se sent pas bien,
- analgésier si nécessaire (Nubain si parturiente sous buprénorphine, Dolosal si parturiente sous morphine, méthadone ou héroïne, anesthésie péridurale quelque soit l'opiacé).
- leur dire de prendre leur traitement de substitution aux heures habituelles même en salle de naissance ; cela évite le manque chez la mère et chez l'enfant en cours d'accouchement.
- laisser le bébé sur le ventre de la maman puis dans le berceau à côté pendant les 2 heures qui suivent la naissance comme toute mère (sauf accident de naissance).
- commander le traitement de substitution dès l'entrée de la patiente ou aux heures ouvrables.

SUITES DE COUCHES

Dans la continuité de la prise en charge en salle de naissance, il est important de :

- demander aux parents si leurs familles respectives sont au courant de la toxicomanie et du risque de syndrome de sevrage du bébé. Dans le cas contraire s'entendre avec eux pour ce qui sera dit à la famille,
- essayer de ne pas séparer la mère et l'enfant ou proposer d'accompagner les parents en pédiatrie les premiers jours. "*Surtout si quelque chose est dur pour vous ou si vous ne comprenez pas quelque chose, venez nous en parler* " est une phase clef de la pérennité du dialogue dans ce moment à risque de rupture,
- rappeler le cadre de l'hôpital en cas de débordement dans le service en restant souple sur ce qui est tolérable. Au besoin faire appel à l'autorité de la surveillante ou du chef de service.

Les grandes lignes de ce cadre intériorisées par l'ensemble de l'équipe vont permettre que :

- le vécu de l'accouchement, les sentiments envers l'enfant et l'entourage soient repris avec la mère (par la sage-femme ou l'obstétricien). Les **non-dits** et les **quiproquos** sont sources de blocages dans la communication. Ils doivent être repérés et rectifiés en

donnant beaucoup de détails sur les modalités de travail en commun au sein des équipes. Cette étape primordiale nécessite une présence importante auprès des parents (grands-parents si besoin),

- que s'exerce une vigilance particulièrement soutenante lors de **l'apparition du syndrome de sevrage du bébé**. Le premier jour la mère est souvent euphorique : « *mon bébé est normal, tout va bien aller maintenant* ». La puéricultrice reprend avec les parents le score d'évaluation du syndrome de sevrage et s'assure que le point est fait tous les jours avec le pédiatre. L'apparition progressive des signes de syndrome de sevrage est vécue de façon différente par les mamans. On retrouve trois types de réaction :
 - la fuite,
 - le déni,
 - les pleurs.

Le travail de l'équipe sera d'aider la mère à exprimer ses émotions. Elle pourra alors proposer le soutien d'un pédopsychiatre si l'angoisse est exprimée.

ORGANISATION DE LA SORTIE

C'est l'aboutissement de toute la prise en charge depuis la première consultation.

L'hospitalisation mère-enfant en maternité ou en pédiatrie permet au jour le jour de souligner les capacités parentales et de proposer aux parents en difficulté une aide plus active de l'équipe ou du dispositif médico-social.

Ces propositions s'appuieront alors sur des faits concrets dans l'espace sécurisé de l'hospitalisation et non pas sur des risques hypothétiques.

L'équipe pédiatrique prépare la **sortie de l'enfant**, dans le respect de la liberté de choix des parents, en lien avec les professionnels concernés afin d'obtenir une sécurité optimale pour les uns et les autres.

L'équipe obstétricale organise la **sortie de la mère** en coordination avec l'équipe pédiatrique, le médecin référent toxicomanie et l'ensemble du réseau nécessaire pour un retour au domicile. Il ne faut pas oublier d'aborder la contraception, la visite post-natale, la rééducation périnéale, voire même de programmer les rendez-vous, tout cela avec un maximum de tact.

NOTRE EXPERIENCE EN CHIFFRES

En 2001, nous avons voulu mesurer l'impact de cette prise en charge sur les résultats périnataux et psychosociaux [10,11].

Il s'agissait d'une étude monocentrique, descriptive, prospective. Elle a concerné 82 mères dépendantes d'un opiacé (héroïne, méthadone, buprénorphine, sulfate de morphine), prises en charge au moins 15 jours avant la naissance et ayant accouché dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Montpellier entre mars 1997 et avril 2001.

La moitié des patientes a été adressée par des professionnels de la grossesse et un tiers par les référents toxicomanie. 12 % sont arrivées uniquement par le bouche à oreille entre usagers de drogues.

Ces patientes ont eu une bonne compliance au suivi proposé. 73 % des patientes ont consulté plus d'une fois par mois. Nous avons retenu comme critère de bon suivi de grossesse un nombre de consultations supérieur à 1 par mois associé à l'existence d'une première consultation avant 15 SA. On obtient un taux de très bon suivi de 62 %.

Pourtant 50 % des patientes ont manqué au moins un rendez-vous et 16 % plusieurs rendez-vous malgré un taux de relance important. Seulement 9 % des suivis n'ont pas nécessité de communication téléphonique avec les patientes.

86 % des patientes ont fait plus de 3 échographies.

83 % ont bénéficié d'une surveillance par monitoring au 3e trimestre (72 % par une sage-femme de PMI).

66 % des patientes ont bénéficié d'une surveillance en hospitalisation de jour dont :

- 30 % pour bilan d'une pathologie obstétricale,
- 12 % pour la prise en charge d'un problème lié à la toxicomanie (ex : méthadonémie sur 12 heures...),
- 18 % sans pathologie avérée mais dans le but de faciliter l'adhésion au suivi et de globaliser la prise en charge : limiter les déplacements en cas d'éloignement géographique ou de difficultés à la compliance.

46 % des patientes ont été hospitalisées dans le secteur des grossesses à risques. La durée moyenne de séjour est de 8,6 jours. Deux tiers d'entre elles l'ont été de façon programmée :

- 14 pour une raison liée à la toxicomanie (mise en place ou modification d'un traitement de substitution à l'héroïne, arrêt de l'injection,...),
- 12 pour sécurisation et procuration d'un cadre relationnel dans le but de renforcer les liens de confiance avec les professionnels à court et moyen terme.
-

Les autres (9 femmes) ont été hospitalisées en urgence ou semi-urgence pour raison obstétricale.

80 % des futures mères ont rencontré un pédiatre en anténatal, au CHU ou en cabinet libéral. Le choix ayant été laissé aux patientes.

On remarque une très bonne compliance à la consultation d'anesthésie (93 %).

Le psychiatre et l'assistante sociale ne sont intervenus qu'en fonction des besoins exprimés par la patiente et non sur la crainte des professionnels.

La rencontre avec un pédopsychiatre a été proposée en anténatal à 31 % des femmes et en postnatal à 48 % des patientes, l'ensemble des patientes l'ayant favorablement accueillie [9].

76 % des patientes étaient sous traitement de substitution avant la grossesse, 94 % à l'accouchement.

La majorité était suivie par un médecin généraliste.

Pour 18 % des femmes, la grossesse a été l'occasion d'une prise en charge de leur toxicomanie. L'orientation la plus confortable pour les soignants était alors un centre de soins spécialisé, mais les patientes avaient le choix.

Sur 82 grossesses (dont 2 gémellaires), 82 enfants sont nés vivants :

- 1 femme a avorté spontanément à 18 SA,
- 1 enfant est décédé in utero à 35 SA.

Le taux de grande prématurité a été réduit à 2,4 %.

Les retards de croissance restent plus importants que dans la population générale. On retrouve 2 fois plus de bébés dont le poids est inférieur au 10e percentile et 3 fois plus inférieur au 3e percentile. Ce sont essentiellement des retards de croissance intra utérin dysharmonieux. 90 % des mères sont restées hospitalisées avec leurs enfants, pendant 7 à 35 jours dans l'unité de soins en berceau.

Ce temps d'hospitalisation permet de traiter le syndrome de sevrage de l'enfant mais aussi et surtout de soutenir et d'accompagner les mamans dans la rencontre avec leur enfant.

Seulement 8 enfants ont été séparés de leur mère de façon précoce et prolongée : 5 pour raison pédiatrique, et 3 pour raison maternelle (plus 2 décès néonataux : 1 à 24 SA et 1 par hématome rétro-placentaire sur un diabète insulino-dépendant à 36 SA).

Lors de ces hospitalisations mère-enfant en maternité, les équipes se sont senties en sécurité.

Seulement 2 interventions médicales spécialisées ont été nécessaires en 4 ans. Toutes les autres réévaluations du traitement de la toxicomanie ont été gérées par téléphone avec le médecin référent de chaque patiente. Globalement les pères ont été très présents (84 %) et à toutes les étapes du suivi. 42 % d'entre eux étaient toxicomanes.

Aucune mère n'est sortie contre avis médical.

Dans 89 % des cas les mères ont accepté un suivi avec une puéricultrice de PMI, dès la sortie de la maternité.

Dans 80 % des cas, cette liaison a été facilitée par la sage femme de PMI, grâce au suivi monitoring pendant la grossesse.

Nous avons eu recours aux mesures judiciaires pour 4 enfants en 4 ans mais dans un seul cas il y eut une rupture totale mère-enfant.

CONCLUSION

La prise en charge que nous avons mise en place permet aux femmes enceintes toxicomanes d'être intégrées rapidement et durablement dans le circuit habituel de toutes les grossesses à risques, en gardant tous les intervenants déjà en place et en utilisant, sans les remplacer, toutes les structures existantes nécessaires.

Nous avons augmenté la visibilité de ces patientes et pu travailler avec elles (et leur conjoint). Nous suivons actuellement entre 30 et 50 femmes toxico-dépendantes par an sans avoir augmenté le recrutement géographique.

En effet l'équipe de coordination s'est attachée dès le début de sa mise en place à soutenir les équipes locales, régionales et à répondre aux demandes de formation.

Les femmes enceintes ont pu adhérer à un lourd programme de soins quel que soit le niveau de leur toxicomanie et sans artifices très sophistiqués dans nos prises en charge. Cela nécessite du temps mais qui peut être réparti entre les différents intervenants avec une bonne coordination.

De nombreux appels téléphoniques entre professionnels et avec la patiente sont de précieux relais dans ce tissage de liens.

Nous avons obtenu :

- une diminution de certains risques obstétricaux,
- une diminution des placements d'enfant,
- un effondrement des ruptures mère-enfant.

Nous avons observé une modification radicale du regard des soignants. La toxicomanie est devenue une pathologie obstétricale comme la toxémie gravidique, les menaces d'accouchement prématuré, les retards de croissance intra-utérin.

Les options que nous avons choisies sont fonction des ressources et des manques du réseau existant à Montpellier mais peuvent être adaptées.

Cet accompagnement pluridisciplinaire de suivi de grossesse a pu être appliqué à la prise en charge de patientes présentant d'autres problématiques (alcoolo-dépendance, interruption médicale de grossesse, grande précarité, pathologies psychiatriques...).

Une évaluation du devenir des familles à 4 ans est en cours. Les parents en sont les plus fidèles partenaires. En effet, la difficulté d'obtenir des moyens financiers et humains vient parfois démobiliser notre enthousiasme mais le retour d'information spontané des parents sur leur devenir et nos liens interprofessionnels nous préservent d'un trop grand découragement.

Bibliographie :

1 - LAWSON M.S., WILSON G.S. Parenting among woman addicted to narcotics. *Child Welcare* 1990; 59: 67 - 79.

2 - SWODER B.J., BURT M.R. *Children of heroin addicts: an assessment of health, learning, behavioral and adjustment problems* New York. Praeger, 1980.

3 - BONGAIN A., HUSS M., GILLET J.Y. Toxicomanie et grossesse. *Rev. Prat.* 1992; 42 (8): 1004 - 9.

4 - LEJEUNE C., ROPER J.C., MONTANAT S., FLOCH-TUDAL C., MAZY F., WIJKHUISEN N., FROMENT H. Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1997; 26: 395 - 404/

5 - American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics* 1998 101: 1079-1088.

6 - American Academy of Pediatrics. Report of the committee on infections diseases. *Red Book.* Elk Grove Village :1997: 263.

7 - MARQUET P, CHEVREL I., LAVIGNASSE P., LACHATRE G. Buprenorphine with drawal syndrom in a newborn. *Chir. Pharmacol. Ther.* 1997;

8 - MAZURIER E. , CHANAL C., MISRAOUI M., TOUBIN R.M. De la femme à l'enfant ; les liens interprofessionnels autour de la femme enceinte sous opiacés. *Arch Fr Pediatr* 2000 ; 7 (suppl. 2) : S281-2.

9 - MOLENAT F. *Grossesse et toxicomanie.* Eres 2000 (coll Prévention en maternité).

10 - CHANAL C., TOUBIN R.M., BENOS P., MAZURIER E., MISRAOUI M., CLUTIER J., BOULOT P., MOLENAT F. *Cellule Parentalité et Usage de Drogues, résultats périnataux et psychosociaux.* Arnette 2001.

11 - CHANAL C., TOUBIN R.M., BENOS P., MAZURIER E., MISRAOUI M., CLUTIER J., BOULOT P., MOLENAT F. *Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes au CHU de Montpellier : résultats périnataux et psychosociaux.* La lettre du gynécologue. 2001.

