



**HAL**  
open science

# Vécu de la grossesse des femmes dépendantes aux opiacés

Marie Bachelet

► **To cite this version:**

Marie Bachelet. Vécu de la grossesse des femmes dépendantes aux opiacés. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01214617

**HAL Id: dumas-01214617**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01214617>**

Submitted on 12 Oct 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

ANNEE 2015

N°

**THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Septembre 2015

Par

**BACHELET Marie**

Née le 20 Novembre 1985 à Bois-Guillaume

**VECU DE LA GROSSESSE DES FEMMES  
DEPENDANTES AUX OPIACES**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Éric VERSPYCK

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean THIBERVILLE

Membres du Jury : Madame le Professeur Priscille GERARDIN

Monsieur le Professeur Hervé LEVESQUE

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015**  
**U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Pascal JOLY**  
**Professeur Stéphane MARRET**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

M. Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
M. Bruno <b>BACHY</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
M. Guy <b>BONMARCHAND</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
M. Jean-François <b>CAILLARD</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Médecine et santé au travail
M. François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
M. Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
M. Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
M. Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de

		communication
M. Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Danièle <b>DEHESDIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Oto-rhino-laryngologie
M. Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB	Cancérologie
M. Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
M. Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
M. Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. Éric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
M. Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
M. Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
M. Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
M. Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
M. Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel <b>GODIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Néphrologie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
M. Philippe <b>GRISE</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Urologie
M. Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
M. Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
M. Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
M. Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Xavier <b>LE LOET</b>	HCN	Rhumatologie
M. Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
M. Éric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
M. Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
M. Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique

M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
M. Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
M. Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
M. Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
M. Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Bruno <b>MIHOUT</b> ( <i>sumombre</i> )	HCN	Neurologie
M. Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
M. Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc <b>PERON</b> ( <i>sumombre</i> )	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
M. François <b>PROUST</b>	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
M. Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
M. Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
M. Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
M. Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
M. Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
M. Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
M. Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Éric <b>VERIN</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Éric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
M. Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
M. Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
M. Stéphanie <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
M. Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
M. Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
M. Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Bactériologie
M. Jean-François <b>MENARD</b>	HCN	Biophysique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
M. Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
M. Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
M. Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
M. Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
M. Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEUIS</b>	Pharmacologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
M. Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Biomathématiques
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
M. Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
M. Abdelhakim <b>ELOM.I</b>	Pharmacognosie
M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
M. Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
M. Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
M. Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
M. Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

M. Jérémie <b>MARTINET</b>	Immunologie
----------------------------	-------------

### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Romy <b>RAZAKANDRAINIBE</b>	Parasitologie
M. François <b>HALLOUARD</b>	Galénique

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
M. Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR

M. Jean-Loup <b>HERMIL</b>	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

M. Emmanuel <b>LEFEBVRE</b>	UFR	Médecine générale
M. Alain <b>MERCIER</b>	UFR	Médecine générale
M. Philippe <b>NGUYEN THANH</b>	UFR	Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Pascal <b>BOULET</b>	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth <b>MAUVIARD</b>	UFR	Médecine générale
Mme Yveline <b>SEVRIN</b>	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse <b>THUEUX</b>	UFR	Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

M. Serguei <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
M. Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UM. 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (phar)	Génétique moléculaire humaine (UM. 1079)
M. Nicolas <b>GUEROUT</b> (phar)	Neurophysiologie
M. Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
M. Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (phar)	Biochimie (UM. 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## Remerciements

A Monsieur le Professeur Éric VERSPYCK, pour avoir accepté de me faire l'honneur de présider mon jury.

Veillez trouver en ces mots, l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Priscille GERARDIN, pour avoir accepté de me faire l'honneur de juger mon travail.

Veillez trouver en ces mots, l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Hervé LEVESQUE, pour avoir accepté de me faire l'honneur de juger mon travail.

Veillez trouver en ces mots, l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean THIBERVILLE, un de mes maître de stage pour mon dernier semestre en SASPAS. Tes compétences, ton goût pour la clinique, ton humanité auprès de tes patients m'inspirent le plus profond respect. Merci Jean d'avoir accepté de me faire confiance en dirigeant ce travail. Malgré ton emploi du temps déjà bien chargé, tu as encore trouvé du temps pour moi et je mesure pleinement la chance que j'ai eu de profiter de tes conseils. J'espère que ces quelques mots sauront te signifier toute ma reconnaissance et tout mon respect pour toi.

A Monsieur le Docteur Christian ROUILLE, pour avoir accepté de participer à ce travail et permettant sa réalisation.

Au Docteur Laurence BRENET, au Docteur Emmanuel HAZARD et au Docteur Bruno VEYRON, mes premiers maîtres de stage en médecine générale, qui m'ont fait découvrir ce métier et appris à en percevoir toutes ses richesses. Veillez recevoir par ces quelques mots tous mes remerciements pour votre accueil et votre enseignement.

Au Docteur Marie-Françoise COTTIN et au Docteur Daniel RAULIN, tous deux maîtres de stage pour mon dernier semestre en SASPAS. Votre encadrement m'a aidé à progresser et à comprendre quel médecin je voulais devenir. Veuillez trouver en ces quelques mots toute ma reconnaissance pour vos précieux conseils et votre appui tout au long de ces six mois.

A tous les médecins qui ont contribué à ma formation médicale au cours de mes stages.

A tous les patients qui ont accepté et accepteront de me faire confiance.

Au Docteur Cécile RYCKEWAERT et au Docteur Emmanuelle GOURVIL, deux remarquables collègues. Merci pour votre soutien et vos précieux conseils. Merci à Cécile pour le prêt gracieux de son dictaphone numérique.

A Annick et Christine, deux adorables secrétaires. Votre aide m'a été précieuse pour l'organisation de ce travail. Veuillez trouver en ces quelques mots tous mes remerciements.

A Nathalie et Charlotte, merci de m'avoir aidé dans ce travail, que ce soit par vos conseils, vos corrections ou votre soutien.

A Pauline, Marion, et Laureline, mes amies depuis la P1, mes compagnes durant les moments agréables comme difficiles.

A mes co-internes, notamment Florine, Aliénor, Anne-Laure, Klara, Charlotte, Virginie,... et tous ceux avec qui on a travaillé dur.

A tous mes amis, vous êtes tous uniques et formidables.

A mon mari Nicolas et mon fils Gabriel, les deux plus grandes fiertés de ma vie. Merci pour tout l'amour que vous m'apportez.

A ma sœur Anne, mon frère Olivier et mon beau-frère Florent, qui n'ont jamais cessé de croire en moi. Merci pour votre soutien et vos encouragements.

A mes parents qui ont toujours subvenu à mes besoins, me permettant de me consacrer pleinement à mes études, qui ont toujours été là en toutes circonstances. Je ne pourrais jamais assez vous remercier.

A l'ensemble de ma famille et de ma belle-famille.

A tous ceux qui ne sont plus là mais qui ont partagé un bout de mon chemin.

# SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	15
ABREVIATIONS.....	19
INTRODUCTION.....	20
AVANT - PROPOS.....	21
I- DEFINITIONS ET GENERALITES.....	21
1. La toxicomanie .....	21
2. Les comportements de consommation .....	21
3. Les opiacés .....	22
a) Description .....	22
b) Mode d'utilisation.....	22
c) Pharmacologie.....	23
d) Effets recherchés de la consommation .....	23
e) Syndrome de sevrage, de manque .....	24
f) Les traitements de substitution .....	24
II- SPECIFICITES DE LA TOXICOMANIE FEMININE .....	25
1. Données démographiques .....	25
2. Situation sociale .....	25
3. Contexte psychologique .....	26
4. Contexte familial.....	26
III- GROSSESSE ET OPIACES .....	27
1. Conséquences de la consommation sur la grossesse .....	27
2. Le suivi de la grossesse .....	28
a) Evaluation de la poly consommation.....	28
b) Dépistage des maladies infectieuses.....	28
c) Suivi obstétrical.....	28
d) Soutien psychologique et social.....	29
METHODOLOGIE .....	30
I- Objectif .....	30
II- Choix de la méthode : étude qualitative .....	30
III- Approbation de l'étude par le Comité de Protection des Personnes (CPP) .....	31
IV- Population étudiée.....	31
1. Constitution de la population de l'étude .....	31
2. Prise de contact.....	31

V- Recueil des données.....	32
1. Entretiens semi-dirigés individuels.....	32
2. Réalisation du guide d'entretien .....	32
3. Paramètres recueillis .....	32
VI- Déroulement des entretiens .....	33
VII- Analyse des données .....	34
RESULTATS .....	35
I- Analyse de l'échantillon .....	35
1. Généralités .....	35
2. Caractéristiques de la population étudiée .....	36
II- La découverte de la grossesse .....	39
1. Le désir de grossesse .....	39
2. L'annonce.....	39
3. Les réactions à l'annonce .....	40
III- Le déroulement de la grossesse .....	40
1. Sur le plan médical.....	40
2. Le suivi de la grossesse .....	40
3. Les sentiments vécus .....	41
a) La culpabilité.....	41
b) L'angoisse / La peur .....	42
c) La joie / La tristesse .....	42
4. L'accouchement .....	43
IV- Le post-partum .....	43
1. Le syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN) .....	43
2. Séparation mère-enfant.....	44
3. L'allaitement .....	44
V- La place des opiacés.....	45
1. La grossesse sous héroïne.....	45
a) L'évolution de la consommation pendant la grossesse .....	45
b) Le post-Partum .....	46
2. La grossesse sous traitement de substitution .....	46
a) L'évolution des posologies des traitements de substitution .....	46
b) Le post-partum .....	48
c) Les informations reçues par les professionnels de santé.....	48
VI- La place de l'entourage .....	49
1. Le père .....	49

a) La présence du père.....	49
b) Un père consommateur .....	50
c) La séparation avec le père.....	51
2. La famille.....	51
3. Les amis.....	53
4. La solitude.....	54
VII- Les relations avec les professionnels de santé.....	54
1. Un ressenti des femmes souvent négatif .....	54
2. La réassurance par les professionnels de santé.....	56
VIII- Les suggestions des femmes pour une meilleure prise en charge.....	58
1. Le jugement .....	58
2. Le dialogue, le soutien.....	58
3. La prise en charge de la dépendance aux opiacés.....	59
IX- Ce que cela a changé .....	61
1. L'enfant, élément moteur du sevrage .....	61
2. Les relations avec l'entourage .....	62
3. Nouvelles personnalités et nouveaux objectifs .....	62
X- Le devenir .....	64
1. Le devenir des femmes .....	64
a) Les sentiments actuels .....	64
b) Les femmes et les opiacés .....	64
c) Une future grossesse ? .....	65
2. Le devenir des enfants .....	66
a) Vécu et souvenirs des enfants.....	66
b) En parler avec les enfants ? .....	67
c) Craintes des mères.....	68
XI- La grossesse en trois mots.....	68
DISCUSSION.....	70
I- Avantages et limites de notre étude.....	70
1. Avantages .....	70
2. Limites.....	70
a) Echantillonnage .....	70
b) La méthode.....	71
II- Analyse des principaux résultats.....	71
1. Caractéristiques de l'échantillon .....	71
2. La grossesse .....	72

a) Des grossesses non prévues pour la plupart .....	72
b) Un suivi de grossesse plutôt satisfaisant .....	72
c) Un vécu de la grossesse souvent difficile.....	73
d) La grossesse : de l'enfant imaginaire à l'enfant réel.....	74
3. Le syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN) : un souvenir éprouvant et des interrogations qui persistent .....	75
4. Allaitement et retour à domicile .....	77
5. La grossesse : voie vers le changement.....	77
a) Les relations avec son entourage .....	78
b) La maternité, facteur de régression de la consommation ? .....	80
6. Méthadone ou Subutex pendant la grossesse ? .....	81
7. Vers un changement de regard du corps médical.....	81
a) Impact des représentations à l'égard des femmes dépendantes.....	81
b) Le médecin généraliste, un rôle pivot.....	82
III- Freins et suggestions.....	83
1. Les freins à la prise en charge.....	83
a) Freins à l'accès aux soins.....	83
b) Freins sociaux, culturels et personnels .....	84
2. Suggestions pour une meilleure prise en charge .....	84
IV- La question du devenir des enfants.....	87
CONCLUSION .....	90
BIBLIOGRAPHIE.....	91
ANNEXE 1 : Critères de la dépendance .....	99
ANNEXE 2 : Score de Finnegan.....	100
ANNEXE 3 : Score de Lipsitz .....	101
ANNEXE 4 : Accord du CPP .....	102
ANNEXE 5 : Guide d'entretien.....	103
ANNEXE 6 : Formulaire de consentement.....	105
ANNEXE 7 : CD gravé de la retranscription des entretiens semi-dirigés et de l'analyse des données .....	107

## **ABREVIATIONS**

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPUD : Cellule "Parentalité-Usage de Drogues"

CSAPA : Centres de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

DSM IV: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

GEGA : Groupe d'Etudes Grossesse et Addiction

HAS: Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IREFREA : Institut de Recherche Européen sur les Facteurs de Risques dans l'Enfance et dans l'Adolescence

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaines d'Aménorrhées

SPA : Substance Psycho Active

SSNN : Syndrome de Sevrage du Nouveau-Né

## **INTRODUCTION**

La dépendance aux opiacés est un problème majeur de santé publique qui peut atteindre toutes les classes socio-économiques de la société, et aussi bien les hommes que les femmes. Les études actuelles constatent que la consommation des opiacés dans la population féminine tend à rejoindre celle des hommes, notamment pour les 15-35 ans [1]. Cette consommation pendant la grossesse est de plus en plus fréquente, malgré la difficulté à en établir précisément une réalité épidémiologique et statistique.

La toxicomanie féminine est marquée d'une forte stigmatisation et il est important d'adopter des approches propres aux femmes. La discrimination et les stéréotypes relatifs à la consommation de substances chez celles ayant des responsabilités familiales, peut compromettre leur accès aux soins.

La grossesse est une période de la vie importante chez une femme, mêlant changements physiques et psychologiques. La prise en charge d'une grossesse dans un contexte de toxicomanie nécessite de répondre aux préoccupations médico-psycho-sociales des futures mères et de leur enfant.

La plupart des travaux de recherche se sont axés sur les risques néonataux liés à la consommation d'opiacés maternelle et principalement le syndrome de sevrage du nouveau-né. Peu d'auteurs se sont intéressés aux conditions de vie des mères dépendantes et à leur vécu de la grossesse.

L'élaboration de notre travail est partie du désir de contribuer à l'amélioration des connaissances sur la toxicomanie des femmes ayant à charge des enfants. Ceci dans le but d'apporter des informations utiles aux personnes qui interviennent auprès de ces mères, notamment les médecins généralistes. Comprendre leur expérience maternelle permet une meilleure appréhension de leurs comportements et une organisation efficace de leur suivi.

Après quelques définitions et généralités, nous ferons un point sur la spécificité de la toxicomanie féminine et de la grossesse sous opiacés.

Notre étude est une enquête qualitative par « récit de vie » qui va nous amener à revoir leur prise en charge avec humanisme et empathie et à proposer des pistes d'amélioration de leur prise en charge.

# AVANT - PROPOS

## I- DEFINITIONS ET GENERALITES

### 1. La toxicomanie

Dans le langage courant, la toxicomanie désigne la consommation de substances psychoactives (SPA) quand elle est devenue habituelle et considérée comme plus ou moins problématique. En addictologie, la toxicomanie est un terme qui désigne l'ensemble des comportements de consommation de drogues ou substances psychoactives illicites, détournées de leur usage licite entraînant un usage à risque, un usage nocif ou une dépendance avérée. Il renvoie aux pratiques des usagers de drogues illicites. En raison de ses acceptations multiples et équivoques, ce terme devrait être évité, notamment pour désigner la dépendance aux opiacés [2].

Une personne dépendante aux opiacés est définie selon la Haute Autorité de Santé (HAS) comme une personne dont le comportement de consommation de substances opiacées relève de la catégorie de :

- l'usage avec dépendance
- et/ou du diagnostic de dépendance à une substance du DSM-IV [ANNEXE 1 - Figure 1]
- et/ou qui répond entièrement aux critères d'A. Goodman [ANNEXE 1 - Figure 2].

### 2. Les comportements de consommation

On distingue actuellement trois catégories de comportement de consommation de SPA [1] :

- **Non-usage** : toute conduite à l'égard d'une substance psychoactive caractérisée par une absence de consommation.
- **Usage** : consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'absence de risque, de dommage et de dépendance.

- **Mésusage** : consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendances. Cette catégorie se décline en 3 sous-catégories :
  - l'usage à risque : consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'existence de risques et l'absence de dépendance et de dommage.
  - l'usage nocif : consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'existence de dommages et l'absence de dépendance.
  - l'usage avec dépendance : consommation d'une substance psychoactive caractérisée par l'existence d'une dépendance : perte de la maîtrise de la consommation, quelle que soit la fréquence et le niveau de la consommation, et qu'il existe ou non des dommages.

### 3. Les opiacés

#### **a) Description**

Les opiacés constituent une famille de produits dérivés de l'opium, substance provenant de la culture du pavot. La morphine (ou sulfate de morphine) est le produit de référence de cette famille. De même, la codéine est un alcaloïde de l'opium. Le terme opiacé désigne aujourd'hui l'ensemble des substances ayant un effet de type morphinique.

Certains opiacés sont produits de façon semi-synthétique, comme l'héroïne (diacétylmorphine) et la buprénorphine haut dosage (BHD), ou totalement synthétique comme la méthadone. Tous les opiacés présentent un très fort potentiel de dépendance physique qui se traduit par un syndrome de sevrage (état de manque) à l'arrêt, limité dans le temps (une semaine environ), mais aussi de dépendance psychique qui peut persister des années [3].

#### **b) Mode d'utilisation**

L'opium peut être fumé, consommé par voie orale ou par voie intraveineuse.

L'héroïne peut être blanche ou brune. Elle est fumée, ou consommée par voie veineuse (le « shoot »), par voie sous cutanée ou par voie nasale (« le sniff »).

La morphine peut être administrée par voie orale, sous cutanée, intraveineuse ou intramusculaire.

La codéine peut être administrée par voie orale, intramusculaire ou intraveineuse.

### **c) Pharmacologie**

Les opiacés sont des analgésiques et des dépresseurs du système nerveux central, qui agissent au niveau de trois principaux récepteurs aux opiacés [4] :

- *Le récepteur « mu »* : effet analgésique par action au niveau du tronc cérébral, effet euphorisant, régulateur du volume courant respiratoire, responsable du myosis et de la constipation. La dépendance physique est associée aux agonistes « mu ».
- *Le récepteur « delta »* : effet euphorisant et régulateur du système respiratoire.
- *Le récepteur « kappa »* : effet analgésique par action au niveau médullaire, effet sédatif, responsable des phénomènes de dysphorie, d'hallucinations et du myosis.

Les récepteurs « kappa » inhibent la libération dopaminergique.

Il existe également des récepteurs au morphine-6-glucuronide, « ORL 1 et 2 » (Opioid Receptor Like). L'activation de ces récepteurs stimule la libération dopaminergique au niveau du noyau accubens.

### **d) Effets recherchés de la consommation**

Le premier effet est défini comme le flash, qui se traduit par une sensation brutale et immédiate de plaisir intense avec euphorie, réchauffement cutané, hypotension et bradycardie. Ensuite, apparaît un ralentissement psychomoteur avec sensation de bien-être, rêverie.

#### *A court terme :*

Les premières doses peuvent provoquer de l'agitation, des nausées et des vomissements. A dose modérée, l'usager vient à ressentir un sentiment d'euphorie, d'exaltation et une intense sensation de bien-être. Le corps devient plus chaud, les extrémités sont lourdes et la bouche sèche. Plus on augmente la dose, plus la respiration ralentit. A très forte dose, l'usager reste dans un état de torpeur permanent, les pupilles sont en myosis, la peau est froide, humide et bleuâtre. L'opium peut alors causer de la stupeur et une dépression respiratoire pouvant ainsi entraîner le coma et la mort.

#### *A long terme :*

Les opiacés sont responsables d'une dépendance physique et psychique très importante avec une grande tolérance. Les signes d'intoxication chronique sont principalement représentés par cette dépendance, une marginalisation, des complications somatiques nombreuses (risques infectieux, dénutrition...) et des complications psychiatriques [4,5].

### **e) Syndrome de sevrage, de manque**

Le syndrome de sevrage ne met pas en jeu le pronostic vital. Il débute par :

- des bâillements, une mydriase, des rhinorrhées, des sueurs, un larmoiement

Puis se traduit par :

- de l'agitation, de l'insomnie, des tremblements, des myoclonies, des douleurs musculaires et articulaires, une alternance de bouffées de chaleur avec vasodilatation et des frissons avec piloérection, une anorexie, des vomissements, des diarrhées, une tachycardie, une hypertension, et parfois un syndrome confuso-onirique.

La sévérité dépend de la dose journalière, de la fréquence des prises. Il dure 5 à 10 jours sans traitement.

### **f) Les traitements de substitution**

Parmi toutes les substances psycho actives, les opiacés sont les seuls à bénéficier de médicaments de substitution. Historiquement, la pandémie du sida et les autres risques infectieux, comme celui de l'hépatite C, sont venus à partir des années 1980 bouleverser la prise en charge des consommateurs d'héroïne. Les acteurs de terrain se sont mobilisés pour promouvoir le développement d'une politique de prévention des risques et de réduction des dommages. Cette mobilisation a constitué le déterminant historique principal de l'élargissement, au milieu des années 90, de l'accès à deux médicaments de substitution disponibles sur le marché : **la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD) ou Subutex [2]**.

Dans notre travail, nous ne détaillerons pas, volontairement, la prise en charge médicale de la dépendance aux opiacés via ces deux traitements de substitution. Cette stratégie de prise en charge fait l'objet de recommandations précises par la HAS, à savoir :

*Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Conférence de consensus. Lyon : HAS. 2004 [2].*

## II- SPECIFICITES DE LA TOXICOMANIE FEMININE

### 1. Données démographiques

Les chiffres exposés ci-après sont issus des données de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Il faut toutefois garder à l'esprit que la population des toxicomanes est une population difficile à sonder, car :

- difficulté à interroger la population toxicomane : réseaux illégaux, précarité des toxicomanes
- difficulté à discerner les personnes en substitution, les mésusages ou le trafic de médicaments substitutifs aux opiacés
- difficulté à mesurer objectivement l'efficacité du traitement substitutif : peu d'instruments et d'outils d'évaluation
- biais dans le recueil des informations avec des données issues majoritairement des usagers des CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et des CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie; il regroupe les anciens CSST (Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes) et CCAA (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie)). Elles ne sont donc pas le reflet exact de la population rencontrée en médecine générale. De plus, les méthodes utilisées sont souvent des questionnaires ou auto-questionnaires. Ce qui peut entraîner une sous-estimation des consommations [6].

Actuellement, il n'est donc pas possible de donner une estimation fiable du nombre de grossesses dans cette population. En France, 25 à 30% des personnes toxicomanes sont des femmes [7]. Une expertise de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) a estimé entre 1 000 et 2 500 le nombre de femmes enceintes prenant du Subutex et 160 à 320 de la méthadone, sur une année [8]. En 1998, le conseil de l'Europe a évalué une moyenne annuelle de 2 500 à 14 000 naissances d'enfant dont les mères étaient « usagères de drogue par intraveineuse » [9].

### 2. Situation sociale

Les cohortes décrivant les femmes héroïnomanes font état de conditions socio-économiques extrêmement dégradées, associées à un capital social aboutissant à des situations de grande précarité.

Le GEGA (Groupe d'Etude Grossesse et Addictions) s'est intéressé aux femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine [8]. Les caractéristiques socio-économiques de cette cohorte étaient les suivantes :

- Age moyen de 28.71 ans
- 75% avaient un logement personnel
- 61% vivaient en couple
- <5% avaient un niveau baccalauréat ou supérieur
- 80% ne travaillaient pas.

### 3. Contexte psychologique

D'autres études ont également permis de constater que, comparativement aux hommes, les femmes qui ont des problèmes d'usage de substances présentent des taux plus élevés de symptômes psychiatriques ou des troubles psychiatriques diagnostiqués, se manifestant le plus généralement par de l'anxiété, de la dépression, des troubles de personnalité limite et des troubles de l'alimentation. [10]

De plus, on estime que 50 à 80% des femmes toxicomanes subissent des violences : un pourcentage trois fois supérieur à celui de la population générale, que les services de traitement ne devraient pas sous-estimer, même si la femme n'en fait pas état.

Les femmes toxicomanes vivent souvent dans des contextes problématiques et ont un passé fait de violences subies durant leur enfance et leur adolescence : 69% des femmes interviewées ont déclaré avoir subi des violences physiques et 66% des cas concernaient des violences psychologiques. Plus de la moitié des femmes ont avoué avoir été victimes d'abus sexuels [11].

### 4. Contexte familial

Les recherches de l'IREFREA (Institut de Recherche Européen sur les Facteurs de Risques dans l'Enfance et dans l'Adolescence) rapportent que dans la plupart des cas, le père de la femme dépendante faisait usage d'alcool ou d'autres substances psychoactives (soit une consommation problématique d'alcool de l'ordre de 92% et une consommation de drogues d'environ 10%). Des abus de drogues ont également été constatés chez les frères et sœurs de la femme toxicomane (47%). Au niveau des mères, un pourcentage élevé – 21 % des cas – de traumatismes psychopathologiques a été observé ainsi qu'un pourcentage semblable de dépendance à l'alcool et aux drogues. [11]

### III- GROSSESSE ET OPIACES

#### 1. Conséquences de la consommation sur la grossesse

Les femmes dépendantes aux opiacés présentent souvent des troubles du cycle à type d'aménorrhée ou d'oligoménorrhée. Ces troubles du cycle, volontiers associés à un déni psychologique, se traduisent souvent par un retard de diagnostic rendant l'interruption volontaire de grossesse difficile ou impossible, et retardant le suivi obstétrical.

Concernant les complications obstétricales, une grande partie est induite par le manque de suivi de ces femmes enceintes et du mode de vie lié à la consommation :

- Avortement spontané : 20 à 30%
- Accouchement prématuré : 15 à 35%
- Retard de croissance intra-utérin : lié aux conditions de vie, au tabagisme, à la malnutrition et aux effets propres de l'héroïne
- Mort fœtale in utéro : par sevrage aigu
- Petit poids de naissance

Les opiacés ne sont pas tératogènes. La fréquence des malformations est identique à celle de la population générale [12,13,14].

L'une des complications majeures est le syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN). En effet, tout au long de la grossesse, le fœtus est imprégné passivement par les opiacés consommés par la mère.

Le syndrome de sevrage comprend l'ensemble des manifestations que risque de présenter le nouveau-né du fait de l'arrêt brutal des opiacés. Il associe principalement des signes neurologiques (tremblements, hypertonie, trémulations, hyperactivité, hyperexcitabilité, cris aigus, troubles du sommeil...), digestifs (réflexe de succion excessif, vomissements, diarrhées...) et respiratoires (tachypnée). Il apparaît dans des délais et à des degrés variables, avec une fréquence de 55 à 94%. Les effets cumulés permettent d'établir un score à l'aide de grilles de recueil appelées scores de Finnegan (ANNEXE 2) ou de Lipsitz [ANNEXE 3]. Dans les cas les plus sévères, les enfants doivent recevoir un traitement médicamenteux, souvent du chlorhydrate de morphine, pendant quelques jours à quelques semaines. Les syndromes modérés sont traités par des techniques de nursing et le contact prolongé avec la mère, au mieux par l'allaitement [15].

Ce syndrome de sevrage est un moment difficile à vivre pour l'enfant et pour la mère perturbant les relations mère-enfant.

## 2. Le suivi de la grossesse

### **a) Evaluation de la poly consommation**

La recherche d'éventuelles consommations d'autres SPA est essentielle. En effet, la majorité des femmes toxicomanes sont poly consommatrices. Un tabagisme est associé dans 96% des cas, ainsi que des consommations plus ou moins importantes de cannabis (33%), benzodiazépine (33%), cocaïne (21%), alcool (17%). Toutes ces SPA peuvent avoir des effets néfastes sur la mère ou son fœtus [11].

### **b) Dépistage des maladies infectieuses**

Il convient de réaliser le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont les sérologies virales du VIH, hépatites B et C, pour lesquels un résultat positif doit conduire à une prise en charge adaptée.

L'infection par le VIH est plus fréquente chez ces patientes, mais depuis l'instauration de la politique de réduction des risques, l'incidence de cette pathologie est passée de 27% à la fin des années 80 à 6% à la fin des années 90. L'hépatite C est une infection dont la prévalence reste élevée dans cette population. Elle est estimée à 66% [16].

### **c) Suivi obstétrical**

Il n'existe pas de protocole standardisé de prise en charge concernant ces grossesses à risques. C'est l'adhésion au suivi qui semble le critère le plus important d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge de ces femmes, cette population étant difficile à fidéliser [11].

Il est recommandé :

- Une visite par mois au premier trimestre
- Une visite tous les quinze jours à partir du deuxième trimestre
- Un enregistrement du rythme cardio fœtal par semaine à partir de 28 Semaines d'Aménorrhées (SA)
- Une préparation à la naissance et à la parentalité est particulièrement indiquée avec ouverture sur la place du père de l'enfant
- Vers 28 SA : rencontre avec le pédiatre afin de discuter du SSNN et de la question de l'allaitement maternel. Explications de la prise en charge des nouveau-nés pour faire de la mère un partenaire de soin à l'égard de son enfant

- Vers 36 SA : consultation pré-anesthésique
- Préparation éventuelle à une hospitalisation en secteur de grossesse à haut-risque si une surveillance particulière est nécessaire

#### **d) Soutien psychologique et social**

Compte tenu de la complexité des situations et du lien entre les conduites addictives, le style de vie et le fonctionnement psychique du sujet, l'action des professionnels ne peut se limiter à la toxicomanie. Il est donc essentiel de réaliser des actions de prévention des troubles de parentalité en incluant si besoin des psychologues, psychiatres et pédopsychiatres.

L'assistante sociale joue aussi un rôle primordial dans cette prise en charge, les femmes étant souvent en situation de grande précarité. Elle fait en sorte de pouvoir obtenir les aides indispensables à l'amélioration des conditions de vie des futures mères.



Finalement, la toxicomanie au féminin a peu retenu l'attention des chercheurs, encore moins du grand public. La littérature médicale nous a montré que les femmes ont été peu ou mal prises en charge jusqu'aux années 80, où le Sida et sa transmission materno-fœtale va entraîner un remaniement des pratiques [17].

Actuellement, la santé gynécologique des femmes toxicomanes est toujours peu prise en compte. Les centres de soins spécialisés proposent souvent des soins somatiques ou dentaires et une prise en charge psycho-sociale, mais pas de consultation de gynécologie, ni de planning familial. La difficulté pour les médecins prescrivant des traitements de substitution à prendre en compte la vie sexuelle de leurs patientes a par exemple été relevée au cours de l'étude sur « grossesse et substitution », de Claude Lejeune et Laurence Simmat-Durand [8]. De même, la majorité des études qui abordent la question de la toxicomanie au féminin se polarise sur la famille, surtout sur le devenir des enfants et les conséquences sur le fœtus, en ne percevant ces femmes que dans leur fonction reproductrice [18].

C'est la raison pour laquelle nous avons voulu donner la parole aux femmes elles-mêmes afin de pouvoir se représenter leur vécu et de comprendre leur trajectoire.

# **METHODOLOGIE**

## **I- Objectif**

L'objectif principal de notre travail est de documenter le vécu de la grossesse des femmes dépendantes aux opiacés. Il s'agit ainsi de décrire les points essentiels de leur trajectoire et de leurs stratégies psycho-sociales afin d'améliorer la compréhension de leur expérience de la maternité à partir de leur propre point de vue.

## **II- Choix de la méthode : étude qualitative**

Notre travail s'appuie une étude de type qualitatif, qui consiste à recueillir des données verbales à partir d'un entretien et de les interpréter afin d'évoquer des hypothèses de travail. La recherche qualitative étudie des phénomènes complexes, verbaux, en s'efforçant de leur donner un sens. Le raisonnement est alors inductif, à l'opposé du raisonnement déductif où l'on vérifie statistiquement une hypothèse.

Les soins primaires et leur complexité sont un domaine où la recherche qualitative trouve toute sa place car elle permet un abord plus élargi de la santé et des déterminants des soins.

Notre travail étant une étude basée sur le vécu de la grossesse des femmes dépendantes aux opiacés, la méthode qualitative semble la plus adaptée car nous nous intéressons aux patientes dans leur environnement. Nous recherchons les déterminants de leur vécu. Cette méthode d'étude est adaptée au recueil des sentiments et des expériences personnelles [19].

Pour réaliser notre étude, nous avons employé la méthode du « récit de vie », ou biographie. Ces mères dépendantes aux opiacés ont en commun une situation particulière qui engendre des contraintes et des logiques d'action présentant bien des points communs. Elles peuvent donc être traitées par une même institution [20]. Le recours au récit de vie s'avère particulièrement efficace. Cette forme de recueil de données permet de saisir par quels mécanismes et processus des sujets en sont venus à se retrouver dans une situation donnée et comment ils s'efforcent de la gérer, voire même d'en sortir [21].

### **III- Approbation de l'étude par le Comité de Protection des Personnes (CPP)**

Une demande auprès du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I a été réalisée afin d'obtenir son accord pour la réalisation de notre étude.

Pour cela, nous avons fourni au Comité notre protocole de recherche, le formulaire de consentement destiné aux femmes et notre guide d'entretien.

Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I a donné son accord lors de la réunion du 12 Juin 2014 [ANNEXE 4].

### **IV- Population étudiée**

#### **1. Constitution de la population de l'étude**

Notre étude a été réalisée dans deux cabinets de groupe de médecins généralistes en Seine Maritime (76), où sont suivies des patientes dépendantes aux opiacés ou aux antécédents de dépendance aux opiacés pendant leur grossesse.

Nous avons choisi d'inclure toutes les patientes dépendantes aux opiacés ayant fait, au moins une fois, l'expérience de la maternité en cours de traitement de substitution ou sous héroïne, au moment de la découverte de leur grossesse.

Les critères d'exclusion comprenaient :

- des femmes souffrant de troubles psychiatriques majeurs
- un âge <18 ans
- un obstacle linguistique

#### **2. Prise de contact**

Les femmes ont été informées, par leur médecin, de notre étude au détour d'une consultation. Notre étude leur a été présentée afin d'obtenir un accord éclairé. Par la suite, nous les avons recontactées afin de fixer la date et l'horaire du rendez-vous, avec un temps suffisant, dédié exclusivement à l'interview.

Ce mode de fonctionnement a permis de réunir les conditions adaptées pour un bon déroulement de chaque entretien (temps dédié, calme du lieu, recueil facilité par l'entretien « de visu », mise en place d'une relation de confiance,...) [22]

## **V- Recueil des données**

### **1. Entretiens semi-dirigés individuels**

Le concept méthodologique choisi étant biographique, la technique de recueil de données par entretiens semi-dirigés s'est rapidement imposée. L'entretien semi-dirigé (ou semi-structuré) a une structure souple, constituée de questions ouvertes définissant des champs à explorer, desquels l'interviewer ou l'interviewé peuvent diverger pour étudier une idée plus en détail. Ils sont réalisés individuellement, permettant d'aborder des sujets plus délicats et/ou des expériences plus personnelles [19,23].

### **2. Réalisation du guide d'entretien**

La réalisation du guide d'entretien s'est déroulée en plusieurs étapes. Tout d'abord, un travail initial de bibliographie a permis de mettre en évidence l'état actuel des connaissances sur ce sujet grâce à des moteurs de recherches (Medline, Sudoc, Pascal, Science Direct) et via la base de données de la bibliothèque Toxibase.

Puis, nous avons élaboré une liste de questions ouvertes permettant un discours narratif de l'interviewé, tout en l'orientant sur les thèmes que nous avons choisis d'étudier [ANNEXE 5].

Son but est de faire parler les mères autour du sujet et de recentrer, si cela s'avère nécessaire, la discussion sur les thèmes de notre étude. Dans l'idéal, il permet également de déclencher une dynamique de conversation [24].

### **3. Paramètres recueillis**

Une première partie permet un recueil de données factuelles concernant l'interviewée :

- Les données épidémiologiques (âge, statut, logement, profession, niveau scolaire)
- L'année de la ou des grossesse(s) et le type d'opiacé(s) consommé(s) durant cette période
- La prise ou non d'un traitement de substitution en cours

La suite de l'entretien comprend sept questions ouvertes. La première question, très large, amène les femmes à raconter le fragment de vie qu'est leur grossesse. Puis nous nous sommes intéressés :

- à leur entourage
- à leurs relations avec les professionnels de santé
- à leurs difficultés rencontrées au cours de cette période
- à leurs sentiments, leurs craintes

Et, finalement, nous leur avons demandé quelles suggestions elles pouvaient apporter pour la prise en charge des futures femmes enceintes dépendantes aux opiacés.

A noter que notre guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude avec l'ajout d'une question à la fin de chaque entretien. En effet, les femmes interviewées lors des premiers entretiens ont spontanément fait part de la question de l'avenir de leurs enfants. Il nous a donc paru judicieux d'aborder ce thème lors des interviews suivantes.

## **VI- Déroulement des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés entre Juillet et Novembre 2014. Les femmes ont été rencontrées dans le cabinet de médecine générale où elles ont l'habitude d'être suivies.

Après un rappel rapide du sujet de l'étude, un formulaire de consentement éclairé leur a été remis et signé [ANNEXE 6]. La discussion était ensuite initiée par les questions sur leur statut socio-économique, leurs antécédents, puis, naturellement, les mères entraient dans le rôle de narrateur. Avec une écoute empathique, les entretiens se sont déroulés en suivant le guide, de manière à encadrer le sujet, mais sans restreindre le discours, permettant ainsi l'émergence éventuelle de thèmes non anticipés, tel que cela est permis par la méthode.

L'intégralité des entretiens a été enregistrée sur un dictaphone Sony ICD-BX800, posé entre l'interviewer et l'interviewée.

## VII- Analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits sur un fichier Word par une seule et même personne, l'interviewer, au fur et à mesure de leur réalisation, afin d'y faire figurer les éventuelles émotions ressenties.

Pour chaque entretien, le nom des mères a été remplacé par des lettres, afin de respecter l'anonymat pour des raisons évidentes de confidentialité et de respect du secret professionnel.

Le vécu des femmes obtenu lors de l'entretien a été analysé selon le modèle classique des études qualitatives : les données retranscrites, appelées le Verbatim, sont analysées selon une méthode catégorielle thématique [19]. Un codage qualitatif des données est réalisé, en classant chaque idée dégagée par thème. Les thèmes évoluent au fur et à mesure des entretiens, s'enrichissant de nouvelles données recueillies. L'objectif est d'en voir apparaître une grande variété, reflet du vécu des patientes, et permettant de faire émerger le plus grand nombre d'hypothèses possibles.

Une première analyse de type longitudinale, entretien par entretien, a permis de dégager les idées et thèmes propres à chaque patiente.

Une deuxième lecture, transversale, a permis de recroiser les thèmes afin d'obtenir une approche globale et permettre une analyse complète [23].

Un tableau Excel à 4 colonnes a été complété au fur et à mesure. Il comprend le thème général, les idées émergentes au sein du thème, la ligne du verbatim correspondant et le Verbatim lui-même.

Au final, le tableau a été réorganisé afin de faire apparaître une vision globale et synthétique des résultats.

# **RESULTATS**

## **I- Analyse de l'échantillon**

### **1. Généralités**

Nous avons réalisé onze entretiens semi-dirigés sur la base de notre guide d'entretien [ANNEXE 5].

Treize femmes ont été incluses dans notre étude. Une femme a refusé de participer car cela représentait un souvenir trop douloureux qu'elle ne souhaitait plus évoquer. Deux femmes ont été perdues de vue : elles ne se sont pas présentées à leur rendez-vous fixé au préalable et n'ont jamais répondu aux tentatives de reprise de contact.

L'obtention de la saturation des données, c'est-à-dire lorsque la lecture du matériel n'apporte plus d'éléments nouveaux [19], a été atteinte au dixième entretien.

La durée des entretiens, arrondie à la minute, varie entre 17 et 51 minutes, et est détaillée dans la figure 1. La durée moyenne des entretiens est de 25 minutes.

Les entretiens se sont déroulés de façon directe et individuelle, en face à face, en présence uniquement de l'interviewer et de l'interviewée, exceptée une fois (présence d'un enfant de 18 mois au cours d'un entretien).

Pour chacun des entretiens, une relation interpersonnelle s'est rapidement établie. Les mères ont toutes exprimé un sentiment de satisfaction à l'égard de notre étude, comme si « enfin » quelqu'un s'intéressait à leur histoire. Nous leur demandions de l'aide pour réaliser notre étude et leur conférions ainsi une « reconnaissance sociale » qui souvent leur était peu accordée.

Chacun des entretiens s'est révélé riche d'informations, d'humanité et d'émotions.

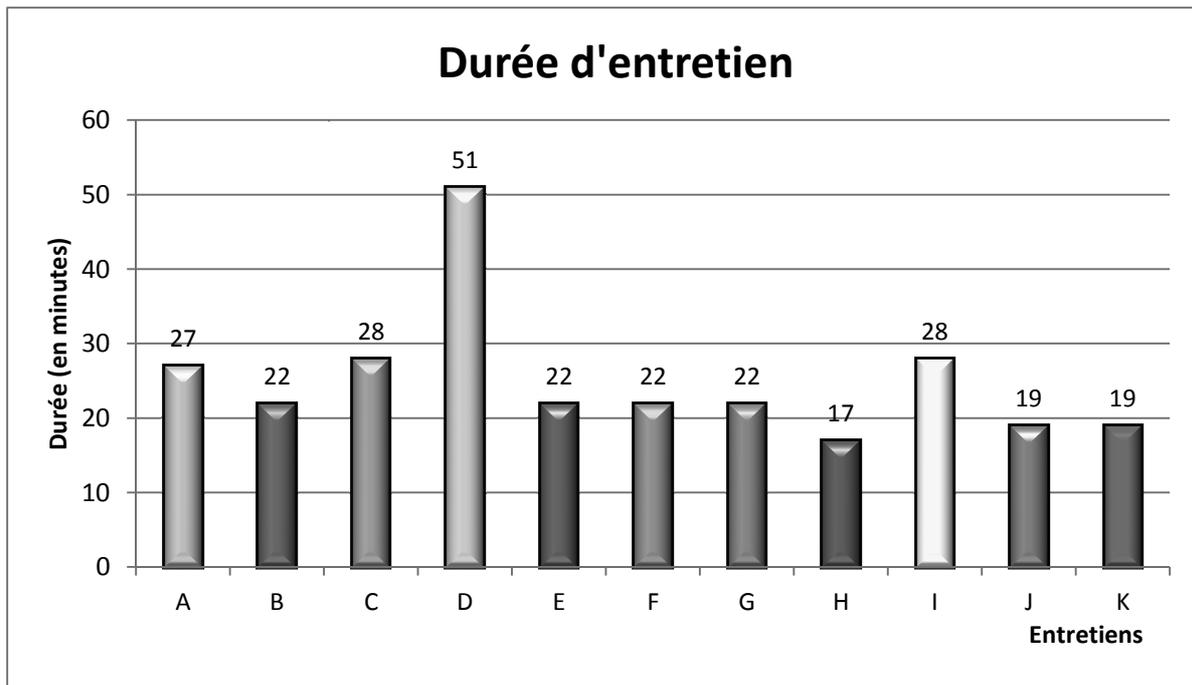


Figure 1 : Durée des entretiens

## 2. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons interviewé 11 femmes au total. L'âge minimum est de 28 ans et l'âge maximum est de 52 ans (figure 2). La moyenne d'âge de notre échantillon est de 43 ans.

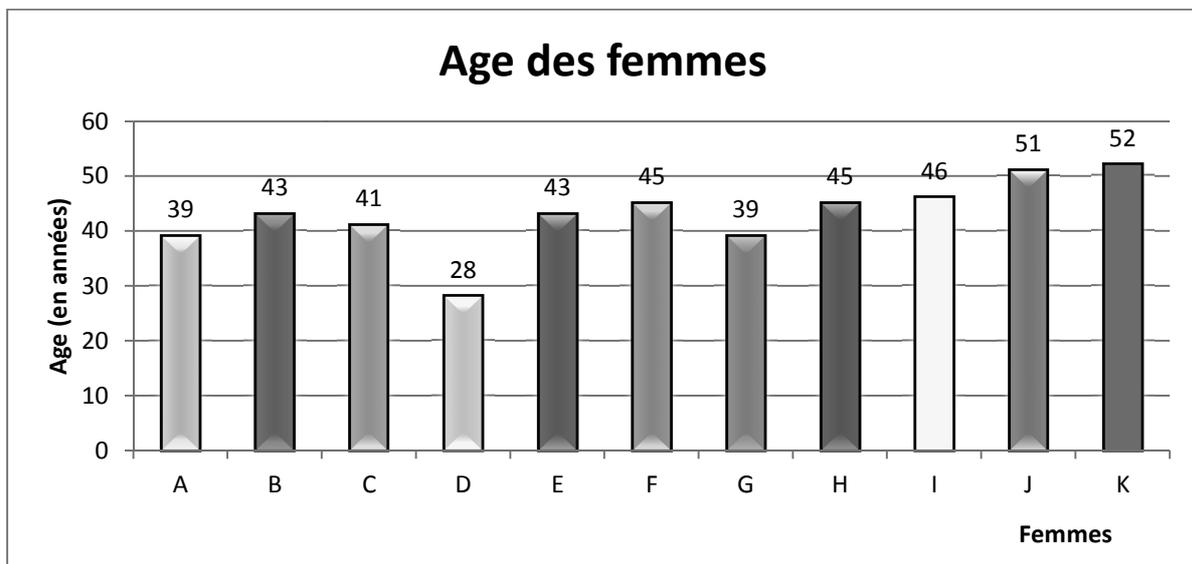


Figure 2 : Age des femmes interrogées

La majorité des femmes interrogées sont célibataires, comme illustré dans la figure 3.

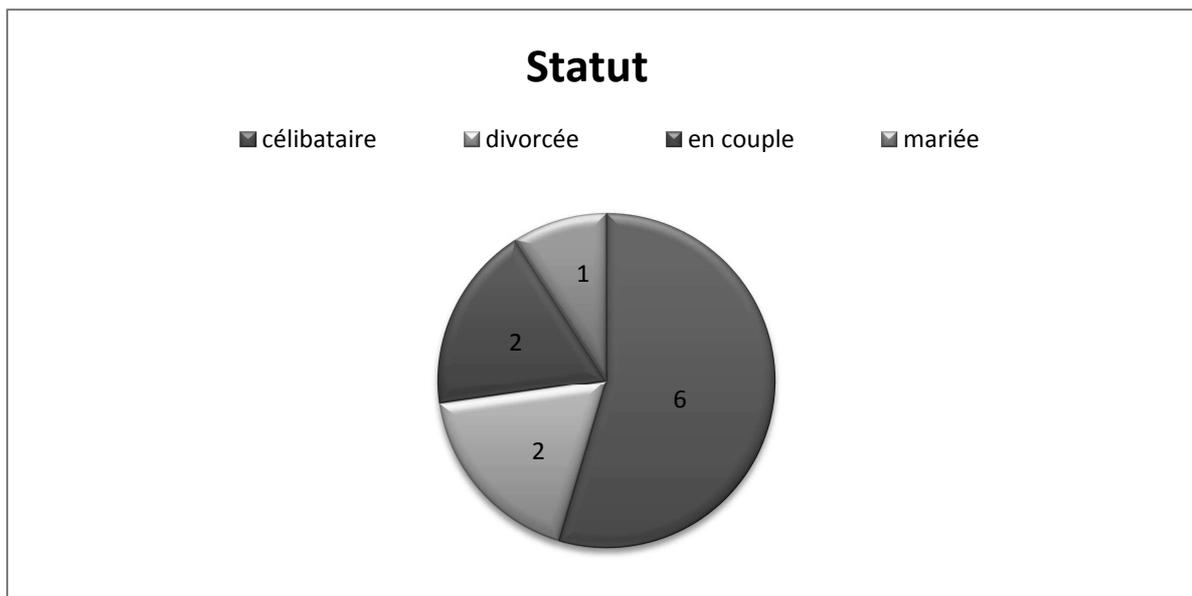


Figure 3 : Statut des femmes interrogées

La grande majorité des femmes (n=9) est actuellement sans emploi. Les deux autres sont salariées (assistante convivialité et agent d'entretien). De même, 9 femmes sont locataire de leur logement, une est propriétaire d'une maison et une est sans domicile.

Leur niveau d'étude est résumé dans le tableau ci-dessous (figure 4) :

Patiente	niveau scolaire
<b>A</b>	Bac STT (Science Technologique et Tertiaire)
<b>B</b>	CAP collectivité
<b>C</b>	Certificat d'étude
<b>D</b>	Bac professionnel comptabilité
<b>E</b>	Brevet des collèges
<b>F</b>	CAP sténodactylographie
<b>G</b>	CAP-BEP restauration
<b>H</b>	DEUG allemand
<b>I</b>	CAP-BEP employé de bureau
<b>J</b>	Licence d'histoire
<b>K</b>	CAP employé de bureau

Figure 4 : Niveau d'étude des mères interrogées

Les femmes ont chacune eu entre 1 et 3 enfants, avec une moyenne de 2 enfants par femme (figure 5).

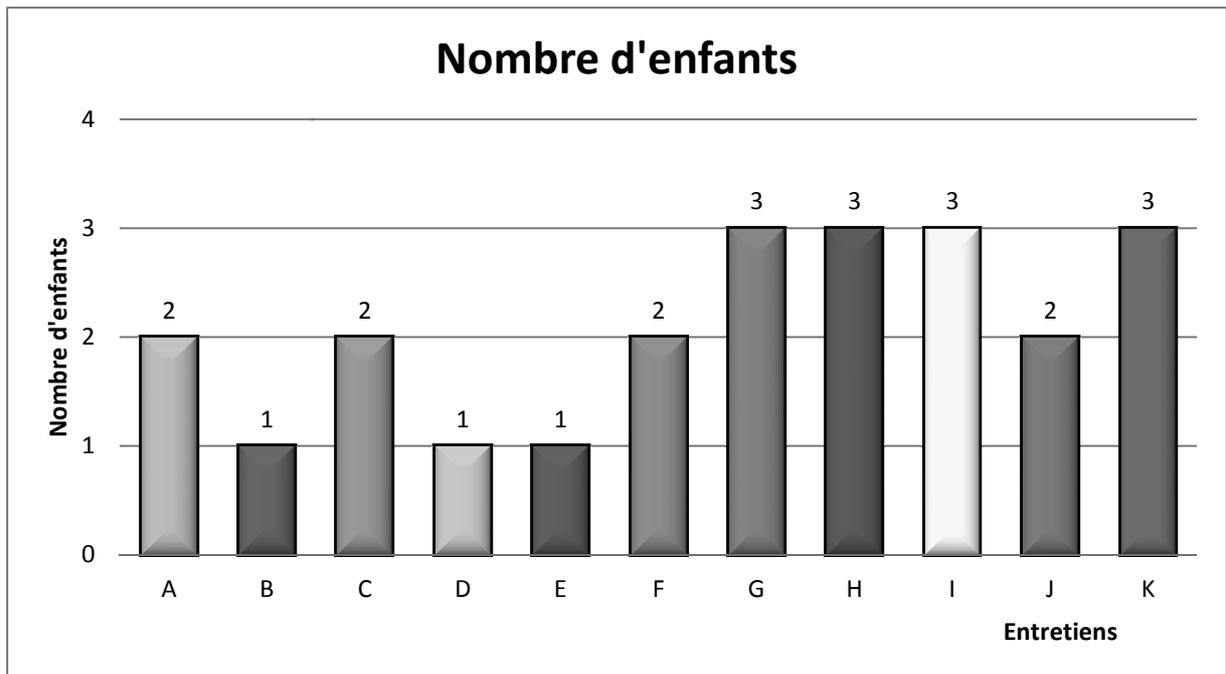


Figure 5 : Nombre d'enfants par femme interrogée

Le nombre de grossesses sous opiacés par femme varie de 1 à 3 grossesses, comme illustré dans la figure 6. En effet, les femmes interviewées n'ont pas nécessairement consommé d'opiacés durant toutes leurs grossesses. 5 femmes ont eu des enfants avant de devenir dépendantes aux opiacés.

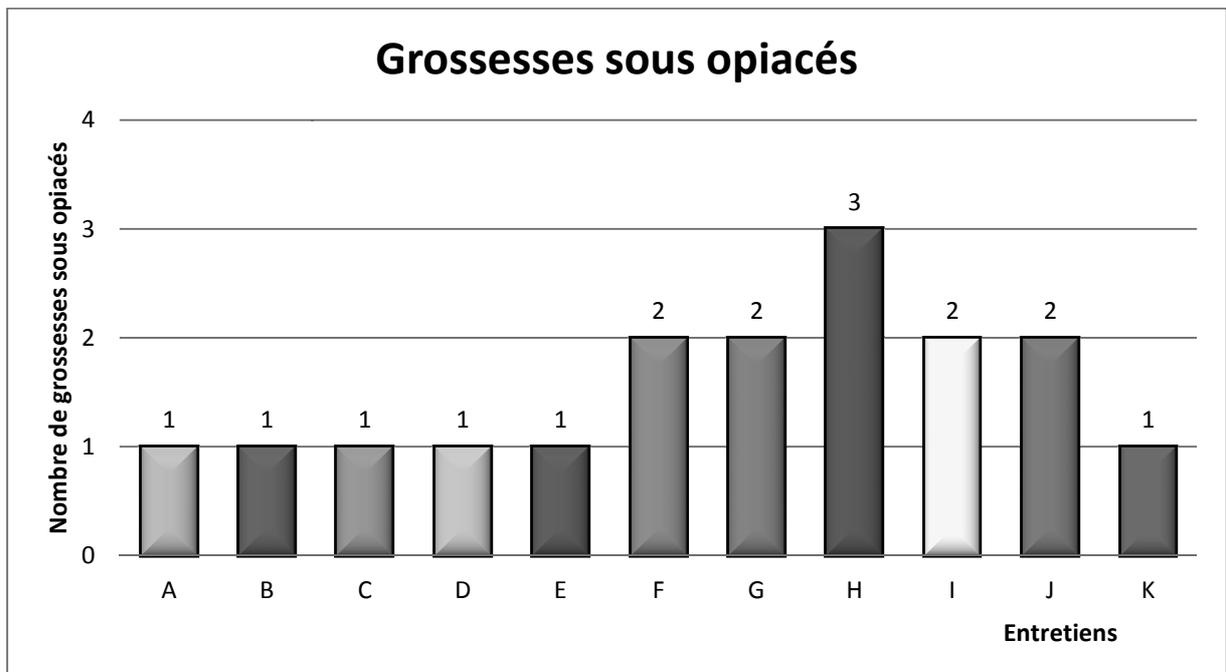


Figure 6 : Nombre de grossesses sous opiacés par femme interrogée

Au moment de notre étude, 9 femmes sur 11 consomment toujours des opiacés, à savoir de la Méthadone (n=5) ou de la buprénorphine (n=4). Aucune femme ne déclare consommer encore de l'héroïne.

## **II- La découverte de la grossesse**

### **1. Le désir de grossesse**

Si deux femmes parmi les onze interrogées avaient un désir de grossesse, la majorité de ces grossesses n'étaient pas désirées ou non programmées. Pour l'une d'entre elle, *« je voulais commencer à diminuer la méthadone parce que je pensais avoir un bébé, mais pas sous méthadone »*.

Par conséquent, la notion d'avortement a été abordée de nombreuses fois. *« Moi à l'époque, je vous jure, vraiment, parce que quand on fait un enfant, c'est à deux. Mais moi, si c'était moi toute seule, j'aurais avorté »*.

L'une d'elle a mentionné un antécédent d'interruption volontaire de grossesse. *« Je l'avais fait déjà parce que je n'étais pas encore sous traitement, je prenais des drogues (...) C'était en Hollande, j'avais dépassé de deux semaines (...) je prenais de l'héroïne, j'avais même pris une ou deux fois de la cocaïne (...) j'avais trop peur qu'il y ait quelque chose. »*

### **2. L'annonce**

L'annonce était souvent tardive. Une des raisons à ce retard de diagnostic est l'aménorrhée qui est fréquente chez les femmes dépendantes aux opiacés. *« J'avais des règles complètement anormales avec l'usage de l'héroïne », « ne pas avoir mes règles, ça m'arrive assez souvent »*.

A cela, s'associe volontiers un déni psychologique. *« J'ai appris que j'étais j'enceinte et j'allais sur 5 mois de grossesse », « le médecin m'a dit « vous avez pensé que vous êtes peut-être enceinte ? » Moi pour moi, c'était évident que non (...) je n'y croyais pas tant que je ne l'ai pas vu sur l'échographie. Je n'ai pas pu admettre que j'étais enceinte tant que je n'ai pas vu qu'elle était là. »*

Les troubles du cycle, associés au déni de grossesse ont rendu l'interruption volontaire de grossesse impossible lorsqu'elle était souhaitée. *« Au début, j'ai voulu faire un avortement. Bon c'est vrai que le délai était court parce que deux mois et demi... Le temps*

*de faire les démarches, c'était trop tard ou alors il fallait que j'aille en Angleterre (...) Donc j'ai décidé de la garder. »*

A noter que l'une d'elle a appris sa grossesse alors qu'elle était en détention.

### 3. Les réactions à l'annonce

Les premières réactions à l'annonce de la grossesse ont été la joie : « *heureuse quand même d'être enceinte* », la panique : « *au début, j'ai paniqué quand j'ai su* », le sentiment d'être perdue : « *je ne savais pas vers qui me tourner* ».

## **III- Le déroulement de la grossesse**

### 1. Sur le plan médical

Si certaines ont vécu une grossesse « *qui s'est relativement bien passée* » et qu'« *il n'y avait pas de soucis* », pour d'autres, « *c'était très compliqué* ». En effet, plusieurs femmes rapportent avoir été « *malade* » durant toute la grossesse avec :

- Des vomissements gravidiques : « *Tous les jours je vomissais* », « *les nausées...pendant neuf mois en fait* ». Deux femmes ont souligné la question de savoir si les vomissements étaient dus à la grossesse ou à la prise d'opiacés : « *Je ne sais pas si c'est lié au traitement mais j'ai eu ce problème-là.* », « *je ne pourrai pas vous dire si c'était l'héroïne ou si c'était K. (sa fille)* ».
- Des douleurs abdominales : « *j'ai commencé à avoir mal beaucoup au ventre à partir du sixième mois* ».
- Une asthénie : « *j'étais fatiguée, je ne pouvais pas faire ce que je voulais* », « *c'est hyper-fatigant quoi* ».

### 2. Le suivi de la grossesse

Pour la majorité des femmes interrogées, le suivi médical a été comparable aux femmes enceintes non dépendantes. En général, elles ont été satisfaites de leur suivi : « *j'ai été très bien suivie je trouve (...) la dame m'a bien expliquée comment ça allait se passer* ».

Plusieurs intervenants ont été cités, à savoir :

- Le médecin traitant, souvent le prescripteur du traitement de substitution
- Le gynécologue, « *j'ai été suivie par une gynéco spéciale, elle prend spécialement des toxicomanes* ».

- La sage-femme de PMI : « *c'est à la PMI que je voyais une sage-femme de temps en temps* »
- L'anesthésiste : « *je voyais au B., par contre, une anesthésiste. Elle me voyait par rapport à mon traitement* »
- Le pédiatre : « *j'avais rencontré une pédiatre super gentille* »
- Un psychologue : « *j'ai vu un psychologue pendant ma grossesse (...) à cause de ma famille* »
- Le centre Méthadone : « *il y avait un accompagnement par l'ARIRT, il y avait une éducatrice qui venait* ».

Dans certains cas, le suivi a été plus anarchique : « *Mes deux dernières grossesses ont été super mal suivies. Il y a des fois où je n'allais pas aux rendez-vous. Voilà* ».

A l'inverse, le suivi a été aussi plus rapproché voire contraignant pour quelques femmes à cause de cette dépendance. « *Je passais des échographies tous les mois pour voir si mon bébé allait bien* », « *Je devais être suivie aussi par rapport à la méthadone... peut être un peu trop... Mais voilà, vaut mieux trop que pas assez* », « *T2 par exemple, je n'ai pas pu accoucher dans la maternité du coin parce que justement, du fait de cette dépendance, il a fallu que j'aille à Q. Bon déjà ça mettait vraiment les choses en place : milieu hospitalier et tout ça.* ». Mme C, quant à elle, pense qu'un suivi plus régulier lui a été bénéfique : « *J'ai tendance à me renfermer aussi sur moi, donc je pense que si je n'avais pas eu plein de rendez-vous, je n'aurais pas fait non plus toutes les démarches qu'il fallait faire.* ».

### 3. Les sentiments vécus

#### a) La culpabilité

Si cinq des femmes interrogées ont globalement bien vécu leur grossesse, l'intégralité des femmes ont verbalisé un sentiment de culpabilité. Les termes « *à cause de moi* » ou encore « *de ma faute* » sont apparus maintes fois au cours des entretiens, le terme « *culpabilité* » a clairement été énoncé. L'une d'elle va même jusqu'à parler d'empoisonnement : « *le fait de s'empoisonner soi-même, ça va, mais d'empoisonner un enfant, c'est terrible* ».

Une autre était prête à s'auto-punir du fait de cette culpabilité : « *Moi j'avais très peur (...) de flinguer l'intelligence de mes enfants (...) ou des malformations, des trucs comme ça. Du coup, je n'ai pas fait les protocoles HT21. Parce que j'étais un peu dans le sens où s'il est malformé ce sera de ma faute, donc ce serait à moi de l'assumer, vous voyez. Un peu dans cette démarche-là.* »

### **b) L'angoisse / La peur**

La grande majorité des femmes ont éprouvé de l'angoisse : « ça a été horrible, parce que c'étaient des angoisses », « je m'inquiétais beaucoup », « je l'ai vécu dans le stress, tout le temps, tout le temps ».

Beaucoup ont eu peur des conséquences de leur consommation d'opiacés sur leur enfant et se sont ainsi posées quotidiennement des questions. « J'avais aussi très peur qu'elle naisse en manque. C'est vraiment un truc qui m'a perturbé », « je ne voulais pas qu'il soit accro à quelque chose en naissant », « c'est un peu effrayant parce qu'on ne sait pas vraiment ce que cela peut faire sur les enfants », « J'ai eu peur des répercussions sur leur santé. Est-ce qu'ils allaient souffrir ? », « Moi, j'étais tout de suite consciente qu'elle allait souffrir, du coup, c'était difficile », « qu'est-ce qui pourrait arriver au bébé ? Quelles seraient les conséquences ? Est-ce qu'il serait accro ? », « Ça n'a pas été une grossesse facile parce que je me posais toujours des questions, si... comment elle allait être quand elle allait naître, si elle n'allait pas avoir de problème cardiaque, respiratoire, ... »

Deux femmes, qui ont eu chacune plusieurs grossesses sous opiacés, ont déclaré avoir moins bien vécu la première grossesse que les autres. En effet, grâce à l'expérience de la première grossesse, elles ont éprouvées moins d'inquiétude pour leur grossesse suivante. « Je m'inquiétais moins, vu que j'étais moins dans le « qu'est-ce qui va se passer ? » (..) Donc ça a été beaucoup plus tranquille ».

L'une d'entre elle a eu peur des pathologies infectieuses qu'elle aurait pu contracter à cause de sa consommation, « j'avais peur des maladies : hépatite C, HIV, tout ça ». Une autre a vécu pendant sa grossesse la peur du placement de son enfant, « j'avais peur qu'en faisant la démarche de demander de l'aide, qu'on me juge, qu'on m'enlève mes enfants ».

### **c) La joie / La tristesse**

Au-delà de la peur et de la culpabilité, plusieurs femmes ont ressenti un sentiment de bonheur pendant la grossesse. « Moi j'étais contente parce que je la sentais en moi. Elle était là, elle grandissait et je sentais les petits coups de pieds qu'elle me donnait. Voilà quoi. », « J'étais ravie d'avoir un enfant ».

D'autres ont éprouvé de la tristesse : « J'étais mal, j'étais mal... Je mangeais très peu, je ne sortais pas, m'enfin bon... Voilà, j'étais vraiment malheureuse pendant toute cette grossesse quoi ».

## 4. L'accouchement

Seule une des onze femmes interrogées a accouché prématurément. Trois femmes ont eu un déclenchement. Les autres ont accouché à terme avec une mise en travail spontanée. Toutes ont accouché par voie basse.

Deux femmes ont raconté un accouchement très rapide. *« Quand c'était le moment, ils n'ont pas eu le temps de m'allonger et ils l'ont attrapés puis voilà quoi »*. Deux bébés sont nés avec un petit poids.

Deux femmes ont relaté des problèmes au cours de leur accouchement à savoir : *« l'accouchement c'était trop dur, trop longtemps, elle inhalait le liquide amniotique », « elle avait eu des problèmes pour bien respirer à la naissance »*.

Deux femmes ont également ressenti peu d'attention à leur égard au moment de l'accouchement : *« j'ai eu l'impression que cela devait se faire vite-fait. Je ne me suis pas sentie aidée »*. *« Et de 17h jusqu'au lendemain 6h, bah j'étais dans une pièce toute seule à hurler, à avoir mal et personne n'est jamais venu me voir à ce moment-là quoi. »*

## **IV- Le post-partum**

### 1. Le syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN)

Plusieurs nouveau-nés ont fait un syndrome de sevrage. *« On voit très bien physiquement et tout, elle était trop nerveuse, trop rigide, les mains et tout, elles étaient trop rigides »*. *« Il était très droit, il tremblait »*. *« Voir des symptômes de manque chez un enfant, parce que je les ai vus, il transpirait »*.

Les nourrissons ayant fait un syndrome de sevrage ont tous été mis sous morphine. *« Mon titi a été sous morphine pendant quinze jours pour le sevrage. »*. Cependant, ils n'ont pas tous été mis sous morphine dès la naissance. Deux femmes relatent une prise en charge du syndrome de sevrage de leur enfant trop tardive.

L'une d'elle a clairement exprimé son mécontentement quant à la prise en charge tardive du syndrome de sevrage de son bébé : *« Quand O. est née, pendant 8 à 10 jours, pour moi elle était bien (...). Il n'y a que quand elle prenait son bain qu'elle couinait un peu, elle n'était pas heureuse dans l'eau. Donc, pour eux ce n'était pas normal, donc au bout de 10 jours, ils ont commencé à la sevrer. Alors ça, je n'ai pas du tout apprécié ça. Parce qu'un*

*nourrisson, si on voit que ça ne va pas, je veux dire, c'est au début. On regarde, c'est dans les 24h qu'il faut se rendre compte, ce n'est pas au bout de 10 jours de naissance. ».*

La durée d'hospitalisation de plusieurs femmes était plus longue, notamment à cause du syndrome de sevrage du nouveau-né. *« J'ai passé six semaines là-bas par rapport à ça », « c'est différent d'une naissance normale en fait, où on passe trois-quatre jours (...) on passe trois semaines au B. », « ils m'ont gardé un petit peu plus longtemps qu'une femme qui accouche... ».*

L'existence d'un syndrome de sevrage chez leur enfant a majoré à ce moment la culpabilité ressentie par la mère : *« Après la naissance, c'est encore pire, quand on sait que son enfant va être en sevrage et qu'on n'a pas pu l'empêcher durant la grossesse parce qu'il fallait qu'on soit aussi bien soi-même ».*

## 2. Séparation mère-enfant

L'existence du syndrome de sevrage chez certains bébés a, parfois, occasionné une séparation de la mère avec son enfant. Par exemple, ce fut le cas pour Mme C : *« Ensuite je suis restée 3 jours à l'hôpital (...) ma fille, elle a été sevrée, elle a été déplacée de B. à C. donc moi j'étais rentrée chez moi, je continuais bien sûr à m'injecter le Subutex. Et euh... J'allais la voir tous les jours à l'hôpital, hein, bien sûr. (...) Elle est restée un mois à peu près. ».*

La séparation de la mère et de l'enfant a été mal vécue à chaque fois par les mères. L'une d'elle a même déclaré : *« c'est surtout au moment de l'accouchement, qu'ils me l'ont retirée tout de suite et qu'elle était en réanimation, là tout le monde s'est écroulé. Je pensais au suicide et tout à ce moment. Quand je vous dis qu'on a craqué... »,* ou encore *« c'était comme si je n'étais pas mère ».*

Cette séparation était source d'angoisse majeure pour les mères. *« Je suis restée avec lui. Ah oui, j'ai eu trop peur. ».*

Lorsque cela a été possible, la mère et l'enfant ont été hospitalisés en unité Kangourou : *« Le Dr R nous avait parlé qu'il y avait le Kangourou où on pouvait être ensemble. » « C'est vraiment une unité où ils font plus attention », « c'est un service spécial ».*

## 3. L'allaitement

Aucune des femmes interrogées n'a eu recours à l'allaitement maternel. Seulement l'une d'elle avait pour projet d'allaiter son bébé, alors qu'elle était sous Méthadone. *« Je*

*devais être (...) la première patiente à B. à allaiter sous Méthadone ». Cependant, « ça ne s'est pas fait, je ne l'ai pas fait. (...) On a essayé pendant deux jours et au bout de deux jours j'ai dit : « non, déjà je suis fatiguée, et en plus, je n'en peux plus et puis voilà », « Je ne voulais pas, en plus, qu'il soit encore plus dedans avec le lait maternel quoi. J'étais encore sous méthadone, donc je me disais que ça allait le remettre encore plus dedans et qu'il serait en manque encore plus donc... ».*

## **V- La place des opiacés**

Sur le nombre de grossesses vécues sous opiacés par les femmes interrogées, quatre se sont déroulées sous méthadone, dix sous Subutex, quatre sous héroïne seule. A noter que trois femmes ont déclaré avoir continué à consommer de l'héroïne malgré la prise d'un traitement de substitution.

### **1. La grossesse sous héroïne**

#### **a) L'évolution de la consommation pendant la grossesse**

Sur les quatre femmes consommant de l'héroïne pendant leur grossesse, trois femmes ont arrêté brutalement leur consommation pendant la grossesse :

- Mme B. a arrêté brutalement dès qu'elle a appris sa grossesse : *« Quand j'ai appris que j'étais enceinte, j'ai arrêté. Mais j'ai arrêté comme ça, du jour au lendemain ».*

- Mme F., qui a appris l'existence de sa première grossesse à 5 mois, en détention, a été contrainte d'arrêter toute consommation d'héroïne pendant son séjour en détention, de façon brutale, sans aide médicamenteuse. *« Ça a été un sevrage direct, il n'y a eu aucun médicament, donc un sevrage comme ça quoi (...) quinze jours là-bas et je suis ressortie sans traitement, sans rien ».*

- Quant à Mme J., elle a arrêté sa consommation d'héroïne de manière brutale au troisième trimestre de sa grossesse. *« Je n'ai pas pu arrêter complètement, sauf sur la fin. (...) Au dernier trimestre, j'ai eu peur qu'elle naisse en manque, donc j'ai arrêté. J'ai tout arrêté sans rien ».*

Mme K. a poursuivi sa consommation d'héroïne durant toute sa grossesse mais en la diminuant. *«Après je voulais arrêter évidemment de sniffer mais euh... je ne pouvais pas quoi... Voilà j'étais dépendante (...) Je ne voulais pas faire souffrir mon bébé, perdre mon*

*bébé donc j'ai continué à en prendre mais pas trop, c'est-à-dire juste assez pour ne pas être malade, parce que je sais que le bébé ressent ce que la mère ressent. Ma façon de penser c'était ça : d'en prendre pour ne pas être trop malade, prendre le minimum. C'est ce que j'ai fait pendant toute ma grossesse. ».*

Quelques femmes consommaient occasionnellement de l'héroïne alors qu'elles étaient sous traitement de substitution. *« Je faisais des extras par rapport à l'héroïne ».*

Il est important de noter que les professionnels de santé n'étaient pas informés par les patientes de leur consommation d'héroïne et/ou de leur sevrage. Les raisons invoquées par les femmes étaient : *« A partir du moment où on m'a dit que le fœtus était bien, que tout allait bien, je ne voyais pas l'intérêt d'en parler »* (Mme B.), *« Je ne voulais pas de jugement, je voulais essayer de me débrouiller toute seule. Même si c'est un peu illusoire... Donc je ne leur en ai pas parlé »* (Mme J).

### **b) Le post-Partum**

Mme B. et Mme J. ont repris leur consommation après l'accouchement. *« K venait de naître (...) on a fait la fête bien évidemment. Et puis bah voilà... c'était reparti », « Par contre, j'en ai repris pas longtemps après, d'autant que je m'en souviens, je n'étais pas encore sortie de l'hôpital ».*

## **2. La grossesse sous traitement de substitution**

Parmi notre échantillon, aucun traitement de substitution n'a été introduit au cours de la grossesse. Les femmes étaient déjà sous traitement de substitution à l'annonce de leur grossesse.

### **a) L'évolution des posologies des traitements de substitution**

Les femmes initialement sous méthadone ont généralement diminué leur posologie par elles-mêmes, sans que cela n'ait été recommandé par leur médecin. *« Sans le dire au médecin, j'ai diminué de moi-même ma méthadone. J'ai commencé à diminuer de cinq en cinq. J'ai diminué de quinze milligrammes ».* *« J'étais suivie par un gynéco au B., qui ne voulait pas du tout que je descende ma méthadone, que je n'ai pas écouté. J'ai descendu quand même. De vingt, je suis passée à dix, et de dix je suis passée à 0.5 (...) Elle n'était pas contente quand elle a su que de dix, j'étais passée à 0.5. ».* A noter que pour l'une d'entre elle, la posologie a été aussitôt majorée par son médecin traitant : *« Donc j'étais à soixante, moins quinze-vingt et j'ai commencé à ne pas être très bien au bout d'un mois.*

*Donc j'en ai parlé au médecin qui m'a augmenté à soixante-dix milligrammes. Je devais être enceinte de six mois à peu près quand il m'a mis à soixante-dix ». L'une des femmes sous méthadone a maintenu sa posologie initiale jusqu'à la fin de sa grossesse : « Il y a des patients qui ont besoin de plus, moi non, là-dessus, je suis restée sur les neuf mois pareil ».*

Les femmes sous Subutex ont, à part égales par rapport au nombre de grossesse sous Subutex :

- soit maintenu leur posologie de Subutex initiale. *« Quand j'attendais E., je n'ai pas augmenté, je suis restée avec le même dosage »*
- soit diminué, voire arrêté complètement leur substitution. *« peu à peu, petit à petit en fait pendant la grossesse. J'ai arrêté parce que ça me paraissait logique. », « Et donc pendant la grossesse de T3, j'ai baissé le Subutex le plus possible, mais je n'ai pas non plus réussi à l'arrêter ».*

Une femme a tenté de faire une cure de sevrage à la maternité. En effet, elle était sous Subutex et consommait de l'héroïne par moment. *« Je continuais à prendre tout de même de l'héroïne en me l'injectant, en la sniffant également, et le Subutex également (...). J'ai fait une cure à B. qui n'a pas marché du tout, parce qu'il y avait une pharmacie à côté. Donc je sortais pour m'acheter des seringues, pour pouvoir m'injecter ce qu'ils me donnaient, c'est-à-dire le Subutex. Ce qui fait que je me l'injectais. Euh... Je ne suis pas restée très longtemps, peut être une semaine à mon avis, si je me rappelle bien. Et euh... J'ai continué ma grossesse et après il y a eu l'accouchement quoi. ».*

La posologie de Subutex a été majorée au cours d'une seule grossesse vécue dans notre échantillon, à savoir Mme G. *« Ma grossesse pour L. j'ai augmenté mon traitement pendant la grossesse. Normalement, Mme G (comprendre le médecin) , je crois que c'est comme ça qu'elle s'appelait, me disais toujours d'essayer de diminuer , pour justement que le traitement soit moins compliqué. (...) Mais moi j'ai augmenté, du fait que j'étais tout le temps inquiète, j'ai augmenté. ».*

Une femme, parmi celles interrogées, est passée du Subutex à la méthadone en cours de grossesse. *« Déjà le subutex j'avais du mal. (...) Je ne prenais pas beaucoup, je pense j'avais six milligrammes. Je n'ai jamais eu de grosses doses, il y a des gens qui prennent beaucoup plus. Moi non mais je sentais que... Du coup ensemble on a choisi que c'était peut-être mieux de passer à la méthadone pour être au moins sûr. C'est plus fort mais au moins être sûr que je ne pourrai pas craquer. ».*

### **b) Le post-partum**

Les femmes ayant arrêté leur Subutex pendant la grossesse, ont toutes repris leur substitution après l'accouchement.

L'une des femmes sous Subutex a profité de son séjour à la maternité après l'accouchement pour passer à la méthadone : *« Donc quand j'étais en enceinte d'E., on a mis en place que quand je serai au B. pour le sevrage d'E., moi j'arrêteraient le Subutex et ils me passeraient à la méthadone ».*

Une femme sous méthadone nous a raconté comment elle avait arrêté d'elle-même sa substitution après l'accouchement : *« Je me suis sevrée toute seule en fait. Donc j'ai réussi, j'ai eu réellement des manques de méthadone, j'étais malade. J'étais très malade, je transpirais, je vomissais, je ne dormais pas du tout, j'étais en sueurs. Très dur... Mais ça a duré 2 jours et au bout de 2 jours c'est passé (...) J'ai passé 15 jours à l'hôpital donc pendant 15 jours j'étais obligée de prendre ma méthadone parce que tous les jours de toute façon ils me l'apportaient. Et quand je suis sortie, je suis sortie un dimanche et j'ai dû arrêter le traitement le mercredi d'après. Donc j'ai vraiment arrêté aussitôt ».*

### **c) Les informations reçues par les professionnels de santé.**

Comme nous l'avons soulevé précédemment avec les femmes qui consommaient de l'héroïne pendant leur grossesse, elles ont souvent modifié d'elles-mêmes la posologie de leur traitement de substitution, sans en avoir averti leur médecin.

Certaines femmes ont été épaulées, voire incitées à la diminution de la posologie par les médecins : *« Normalement, Mme G (comprendre le médecin), je crois que c'est comme ça qu'elle s'appelait, me disait toujours d'essayer de diminuer, pour justement que le traitement soit moins compliqué. », « Que là-bas, au B., la dame m'a bien expliqué comment ça allait se passer, qu'il fallait réduire la méthadone petit peu par petit peu, pas d'un coup. »*

D'autres, au contraire, ont conseillé une augmentation de la posologie ou ont déconseillé une diminution : *« ce qu'ils nous disent les médecins : on augmente un peu quand il y a une grossesse justement. », « J'étais suivie par un gynéco au B., qui ne voulait pas du tout que je descende ma méthadone ».*

Cela étant dit, un des éléments remarquable dans le récit des femmes est, globalement, leur désir de modifier leur posologie, allant même parfois à l'encontre des recommandations faites par leur médecin. Comme par exemple Mme C : *« Elle n'était pas*

*contente quand elle a su que de dix, j'étais passée à 0.5. Elle n'était pas très contente mais bon... ».*

Finalement, il est important de préciser que plusieurs femmes ont évoqué les bienfaits de la méthadone dans leur sevrage : *« La méthadone, moi ça m'a aidé par rapport au Subutex », « Je vous jure que ça m'a beaucoup, beaucoup aidé, et la méthadone, c'était vraiment indispensable. Je pense que si je n'étais pas passée à la métha, je n'aurais pas aussi bien vécu sans craquer, vous comprenez ? », « Et là, la méthadone... J'étais contente parce que ça a tout changé pour moi ».*

A l'opposé, elles relatent des difficultés avec le traitement par Subutex : *« Parce que j'avais toujours ce problème d'effets secondaires avec le Subutex donc constipations, tout le temps des bouffées de chaleur... Je n'étais pas bien en fait. Et puis voilà, j'avais des périodes où j'augmentais, des périodes où je diminuais, ce n'était jamais stable. », « Je continuais bien sûr à m'injecter le Subutex », « Parce qu'avec le Subutex, j'avais du mal. Ou sinon il fallait que j'augmente beaucoup les dosages et ce n'est pas bon non plus. »*

## **VI- La place de l'entourage**

### **1. Le père**

#### **a) La présence du père**

Le soutien du père a été variable selon les femmes. Pour certaines, il était complètement absent. *« Donc de ce côté-là, oui, je n'ai pas été soutenu par monsieur du tout. La preuve, j'ai accouché, je l'ai vu arriver un matin, alors qu'il y avait la photo le jour même, les yeux aux beurre noir, il s'était battu la veille et tout donc...voilà, photo de naissance avec le papa l'œil au beurre noir... pas très bien quoi. », « Le père c'est pareil, il n'est jamais venu me voir », « Il n'a jamais été vraiment, vraiment là quoi pour E2. Pour E1, oui, mais sans m'accompagner, venir avec moi au rdv, être là à l'accouchement. ». L'un d'eux était même en détention pendant la grossesse de sa femme : *« sauf que pour lui, il n'est pas sorti tout de suite quoi. Il a pris plusieurs années quoi. Donc ça fait qu'il n'a pas vu sa fille, grandir, non ».**

Certains compagnons ont même poussé les femmes à l'interruption volontaire de grossesse. *« Donc je lui ai annoncé et il voulait que je me fasse avorter. », « Lui, il n'en voulait pas bien sûr. », « Et en fait, E2 je l'ai eu après. Mais lui il ne le désirait pas. Il n'en voulait pas ».*

Quelques femmes nous ont avoué avoir subi des violences conjugales, y compris pendant leur grossesse, comme dans le récit de Mme E par exemple : « *Alors la grossesse, moi j'étais heureuse, le papa ne l'était pas. Comme j'ai été une femme battue, séquestrée, sodomisée, enfin voilà... Donc moi je l'ai très mal vécu mais bon heureuse quand même d'être enceinte. Lui, il n'en voulait pas bien sûr, il n'a même pas assisté non plus à l'accouchement (...). Il me sautait sur le ventre quand j'étais sur P. pour essayer de me faire une fausse couche certainement. Il habitait le 3ème étage, il a fallu que je saute du 3ème étage pour... De balcon en balcon bien sûr... pour éviter ceci quoi. (Silence)* ». Ou encore Mme A : « *En fait avant que je sache que j'étais enceinte, pendant le déni en fait, on avait de grosses disputes ou vraiment il me tapait dessus, il m'a étranglé et j'ai manqué vraiment d'air. J'ai mis beaucoup de temps à récupérer* ».

Pour les autres, elles ont pu bénéficier de la présence du père à leur côté. « *Il était là pendant les 9 mois. Bon, il travaillait mais euh... il a été là pendant les 9 mois sans problème* », « *Son papa, mon petit ami, il a été là tous les soirs après son boulot* », « *on s'est toujours soutenu à deux* ».

Une mère raconte que c'est grâce à son compagnon qu'elle n'a pas eu recours à l'interruption volontaire de grossesse. « *Je suis allée voir mon médecin pour avorter. Son père n'était pas d'accord.* »

### **b) Un père consommateur**

Les femmes interrogées ont toutes rapportées, à l'exception d'une d'entre elles, que le père était aussi consommateur et/ou dealer d'opiacés. « *Le père de mon fils, il est encore sous Subutex, en train de se shooter, ça fait 20 ans* », « *moi j'arrêtais et je voyais monsieur qui prenait de la méthadone, qui prenait de l'héroïne* », « *Lui-même également, c'était un toxico hein* », « *Mais, ça a été dur quand même, parce que mon mari, il continuait d'en prendre à côté quand même.* »...

D'ailleurs, elles ont souvent verbalisé que le fait que le père soit consommateur rendait leur sevrage plus difficile, voire les incitait même à consommer. « *Et je pense qu'il ne m'aidait pas vraiment à m'en sortir quoi* », « *Même s'il continuait à en prendre, il faisait attention de ne pas le faire devant moi, pour la deuxième grossesse. Pour la première, je crois qu'il était trop, trop pris dedans pour s'apercevoir de quoi que ce soit quoi, pour réfléchir à tout ça.* », « *Mais, ça a été dur quand même, parce que mon mari, il continuait d'en prendre à côté quand même. Donc, psychologiquement, c'était dur quand même de résister. Mais bon... ça a tenu jusqu'à l'accouchement, donc voilà.* ».

A l'opposé, une des femmes voit le fait que son mari soit aussi dépendant aux opiacés, comme un avantage : « *En même temps, avec A. on est deux. Donc je pense que c'est un avantage qu'on a toujours eu, c'est qu'on est deux à avoir vécu la même chose, donc on s'est toujours soutenu à deux. Qu'une personne qui est toute seule, peut-être qu'elle le vivrait plus difficilement. C'est possible.* »

### **c) La séparation avec le père**

Dans notre échantillon de mères, la grande majorité des femmes se sont séparées du père de leurs enfants.

Trois d'entre elles ont vécu cette séparation pendant la grossesse. « *On s'est séparé dès le début de la grossesse* », « *La grossesse s'est assez mal déroulée parce qu'à ce moment-là, on s'est séparé avec le papa donc j'ai vécu ma grossesse toute seule en plus* », « *Donc il n'a pas eu le choix que de me laisser tomber on va dire et de revenir, me relaisser tomber, revenir... Enfin il ne faisait que ça* ».

Les autres séparations se sont faites après la grossesse, avec comme principale cause la dépendance aux opiacés du père. « *Moi j'arrêtais et je voyais monsieur qui prenait de la méthadone, qui prenait de l'héroïne. Donc c'était très dur et on s'est séparé parce que je ne voulais pas retomber dedans. Et je pense qu'il ne m'aidait pas vraiment à m'en sortir quoi. Et monsieur est toujours dedans donc... (Sourire) donc c'est qu'il s'en est toujours pas sorti quoi.* », « *Par contre, par la suite, c'est moi qui a continué à élever mes filles toute seule parce que le papa d'O est parti en détention aussi.* », « *Mais la deuxième, ça m'a fait tout arrêter. C'est-à-dire que j'ai repris après, mais c'est ce qui a amené le divorce quoi. Parce que je me suis rendue compte qu'on ne pouvait pas arrêter tous les deux. Donc j'ai quitté mon mari en septembre 1998, c'est-à-dire que la petite avait un an et demi. Parce que pour moi, c'était le seul moyen d'arrêter. Et comme... Et bon bah j'ai arrêté. Et même mon mari, après il a arrêté aussi. Je crois que le fait d'être 2, on ne pouvait pas arrêter à deux. Le fait de se séparer, ça a permis de tout arrêter et euh...* ».

## **2. La famille**

Bien souvent, la dépendance aux opiacés des femmes n'était pas connue par leur famille. « *Eux ils ne savaient pas hein que je prenais de l'héroïne* », « **Et votre famille ? Elle savait que vous étiez sous méthadone ?** *Non, et là je l'ai annoncé à mes frères il y a 2 ans. Mais ma mère, elle ne le sait pas.* », « *Bah mes parents, ils n'étaient pas très au courant à cette époque-là. Je ne leur en parlais pas de toute façon* », « *J'ai eu ma sœur qui était un peu au courant que j'avais consommé de la drogue, mais elle n'était pas au courant* ».

*que je continuais à consommer. Il y avait vraiment très peu de gens qui savaient autour de moi. »*

Afin de maintenir leur secret, des femmes racontent comment elles ont dû mentir à leur famille : *« je disais à ma mère que je faisais de l'allergie quand je travaillais en maison de retraite, aux gants au latex, pour éviter qu'elle me demande pourquoi j'avais les mains comme ça. », « Quand il a fallu que j'explique à ma mère pourquoi je restais quinze jours, je lui ai dit que mon épisiotomie s'était infectée ».*

Cette dépendance est généralement un sujet tabou dans les familles : *« Peut-être qu'elle le sait mais qu'elle n'en parle pas... Je ne lui en ai jamais parlé parce que j'ai honte. Je sais qu'elle le prendrait très mal. Elle ne nous a pas élevé comme ça et je ne veux pas la décevoir. Ça me ferai énormément de mal de la faire souffrir ».*

Certaines femmes ont pu trouver un soutien auprès de leur famille : *« Mon père, ma mère qui sont décédés maintenant, mais qui à l'époque, ils ont bien compris que la grossesse je ne la désirais pas quoi. Ils m'ont soutenu moralement », « Ils étaient au courant de votre dépendance ? Ouais, mon père était gynécologue obstétricien donc j'avais des bons conseils pour ma grossesse. Ma mère était là pour me soutenir », « Donc j'ai eu ma maman beaucoup avec moi, c'est ce qui m'a... C'est pour ça que j'ai pu affronter tout ça aussi sans peut-être trop de difficultés, sans trop d'appréhension par rapport à tout ça quoi. »*

Dans notre échantillon, une femme est issue d'une famille où des membres sont toxicomanes (*« Sur 5 enfants, il y en a 4 qui ont été dépendants. J'ai un frère qui est décédé. Mon frère qui est là, il m'a dit que ça fait un mois qu'il a arrêté l'alcool (...) Et j'ai mon autre sœur qui est sur P et qui se piquait sur tout le corps. Elle était marquée partout, les mains, les jambes, partout, partout.»*); et une autre où il existe un contexte de dépendance à l'alcool dans la famille (*« Moi mon père était alcoolique, mes grands-parents étaient alcooliques mais c'est une coïncidence, c'est juste parce que c'est un truc familial aussi.»*).

Une des mères interrogées a trouvé soutien auprès de son premier enfant, ce qui a été pourvoyeur d'une certaine culpabilité. *« K., je me suis peut être appuyée un peu trop sur elle à l'âge qu'elle avait quoi. 8 ans ce n'était peut-être pas à elle de me soutenir comme elle l'a fait. Je pense que ce n'était pas sa place réellement. Sa place c'était de jouer dehors avec ses copines, ne pas me voir triste comme elle m'a vu quoi. ».*

### 3. Les amis

En général, les amis des femmes interrogées étaient aussi des consommateurs d'opiacés. « *C'est vrai qu'à l'époque j'avais un cercle d'environnement qui était malheureusement consommateur/consommatrices* », « *Eux ils ont continué leur petite vie. A côté de moi, mais moi ça ne me gênait pas quoi.* ».

Le fait que ses amis soient des consommateurs a aussi été incitateur. « *Parce que c'est vrai que les amis qu'on avait, ils étaient tous de ce milieu-là. Donc c'était assez dur à résister* ».

Les amis non dépendants n'étaient souvent pas informés de la dépendance de ces femmes. « *J'en n'ai pas parlé. Bon parce que déjà ça ne les regardait pas* ».

Ce qui revient le plus souvent est que les femmes se sont souvent éloignées de leurs amis pendant la grossesse, du fait de leur dépendance. « *Je n'avais pas envie d'être avec eux, parce que je savais que ce serait tentant et... Donc j'étais dans ma chambre ou je sortais... Je me suis éloignée d'eux à cette époque-là.* », « *Moi j'ai préféré ne plus revoir ces personnes-là et m'en sortir.* », « *Parce que la drogue est arrivée après et voilà il y a eu pas mal de coupure entre les gens que je pouvais côtoyer pour faire abstraction tout ça* ».

D'autres femmes pensent plutôt avoir été écartées de leur cercle d'ami à cause de leur grossesse. « ***Et vos relations avec eux, vu que vous ne consommez plus ? Bah, je me sentais un peu mise à l'écart quand même. Parce que... parce que je n'étais pas avec eux quoi*** », « *Après par contre, on n'a plus d'amis hein... D'amis... On n'a plus personne autour de soi et ce n'est pas plus mal. Parmi les personnes qui consommaient avec vous ? Oui et aussi ceux qui vous la vendent. Vous avez pleins de copains quand c'est comme ça... C'est un petit groupe hein... Et une fois qu'il n'y a plus, une fois qu'on ne veut plus donner d'argent... Bah c'est ça aussi hein... Ya plus personne hein...* », « *Donc après j'ai perdu beaucoup de personne quand j'ai arrêté. C'est vrai que quand on ne consomme plus, on ne fait plus partie du cercle et vous perdez beaucoup de gens. Mais bon après c'est un choix.* ».

Seulement deux femmes de notre échantillon ont déclaré avoir reçu du soutien de la part d'un ou d'une amie. « *Bah je dirai qu'au niveau de mes amis, bah... Je connaissais déjà un couple qui était dans cette situation-là, qui avait eu un bébé sous méthadone, tout ça aussi quoi donc. Quand je les rencontrai, on parlait de tout ça ensemble.* ».

## 4. La solitude

Finalement, il s'est avéré que la grande majorité de ces femmes se sont retrouvées seules, un qualificatif qui ressort souvent dans notre étude. Comme nous venons de le voir précédemment, beaucoup ont perdu leurs amis. De plus, certaines se sont souvent retrouvées isolées par le père de leur futur enfant : « *Je n'avais plus d'amis avec le père. Je n'avais le droit de voir personne depuis un moment. Il m'a pas mal isolé.* ».

Certaines ont des familles éloignées : « *ma famille habite du côté pratiquement de D. donc j'étais assez isolée.* », « *parce qu'on était tout seul en France* ».

Certaines ont eu aussi tendance à s'isoler d'elles-mêmes. « *Je ne sortais pas, je suis quelqu'un de très réservée, je suis tout le temps enfermée chez moi, (...) Donc non je ne voyais quasiment personne.* », « *j'aime la solitude donc... Pour moi il n'y a pas de soucis. Je préfère être seule que mal accompagnée.* ».

## **VII- Les relations avec les professionnels de santé**

### 1. Un ressenti des femmes souvent négatif

Toutes les femmes nous ont rapporté qu'elles se sont senties jugées par les professionnels de santé. « *Pour E3, je ne consommait plus du tout mais on ressent... comment dire, la suspicion : « est ce qu'elle consomme encore ? Pourquoi elle fait un enfant ? ».* Voilà, c'est mal vécu quoi. », « *Il y a des fois où l'on se sent juger rien qu'au regard, on le voit bien ; je trouve que ça, ça fait très mal quoi, ça fait très mal quand on est toxicomane, qu'on essaie de s'en sortir et que pour les gens on reste quand même toxicomane quoi...* », « *Même si on ne me le disait pas, il y a des regards, enfin je ne sais pas. Je sais pas quand on l'ausculte et qu'après on vous dit « elle n'a pas beaucoup de tonus » et on vous regarde comme ça, je ne sais pas mais moi je le prenais pour moi quoi...* », « *On le sent, il y a des gens qui sont très compréhensifs, avec qui ça passe, mais il y en a voilà, direct ils changent de comportement, comme si en deux secondes on avait changé. Donc ça, c'est le gros problème que moi j'ai toujours ressenti au niveau du médical en fait.* ».

Plusieurs femmes ont pointé du doigt les infirmières en maternité, avec qui les relations auraient été plus difficiles, notamment à cause de ce jugement omniprésent et un regard accusateur qu'elles porteraient sur les mères. « *Alors que les autres et les infirmières et les aides-soignantes, eux, ils portent beaucoup de jugement, beaucoup* », « *Les*

*personnes qui me suivaient, faisaient les échos tout ça, le médecin, aucun problème, vraiment je n'ai pas senti de problème, je disais tout parce qu'il faut vraiment dire toute la vérité pour ne pas qu'il y ait de problème. C'est surtout les infirmières, les aides-soignantes. A ce moment-là où le docteur est venu pour mettre l'application en place pendant que j'étais hospitalisée, elles m'ont traitée vraiment, elles me regardaient en froid. On voyait très bien, c'était un regard... En plus elle était en réanimation, du coup pour eux c'était de ma faute. Elles ne le disaient pas mais ça se voyait à la façon dont on me traitait et tout. ».*

Plusieurs mères interrogées ont eu l'impression d'être prise en charge par les professionnels de santé d'une façon différente par rapport aux autres femmes: *« Ils ont beaucoup analysé mon comportement. Il y a eu 3 jours difficiles quand même je sentais quand même, voilà, quand ils rentraient dans la chambre, euh... J'étais observée en fait. Après je le comprends, c'est normal, mais ils voulaient voir quel genre de mère j'étais. Parce que voilà, quand on a un passé comme ça, on peut très bien être, je ne veux pas dire une mauvaise mère mais euh... Je pense qu'il y a des personnes, on est différente comme mère malgré le passé qu'on a en commun, vous voyez... Après ça a été, au bout de quelques jours, quand ils ont vu que je n'avais pas de soucis particulier au niveau de mon comportement avec mon bébé. Après je me fais peut être des idées... », « Moi j'ai trouvé que les puéricultrices étaient très, très gentilles, très à l'écoute, même un peu trop sur nous des fois, comme si on était un peu incapable. », « Sinon voilà, je ne peux pas dire qu'ils ont été super, super désagréables mais bon, je ne me suis sentie pas au même niveau que les autres femmes, voilà ».*

Mme D. a vécu quasiment la même chose, elle a ressenti de la méfiance de la part des professionnels de santé envers elle : *« Ils hésitaient, ils doutaient, je le savais très bien, déjà dans le service ils venaient tous les jours. Il y avait des choses comme ça, déjà on le savait ils doutaient. ».*

D'autres sentiments à l'égard des professionnels de santé ont été recensés dans notre étude :

- Un sentiment d'incompréhension : *« Mais moi je pense que j'avais déjà un problème avant quoi. Seulement on ne me prenait pas au sérieux. », « On ne cherchait même pas à comprendre. Là on chercherait plus à comprendre pourquoi... se poser des questions ».*
- Un sentiment d'abandon par le corps médical : *« Ensuite, comme mon col n'était toujours pas ouvert, on m'a mis dans une pièce et on m'a laissée seule. Et de 17h jusqu'au lendemain 6h, bah j'étais dans une pièce toute seule à hurler, à avoir mal et personne n'est jamais venu me voir à ce moment-là quoi. Et à ce moment-là, vous*

savez, c'était comme... Il y avait les sages-femmes qui étaient là et j'ai eu l'impression que, déjà il y avait eu le Subutex et ensuite... (...) j'ai eu l'impression que ça devait se faire vite-fait. Je ne me suis pas sentie aidée, enfin... », « A l'accouchement, c'est vrai qu'ils m'ont un peu abandonné parce que j'ai accouché debout. Après, ils ont emmenés K. Une fois qu'elle était née, ils ne me l'ont pas mise sur moi. Ils l'ont emmené directement pour la nettoyer et je ne l'ai revue que le lendemain. », « Je me suis sentie comme un poids quoi ».

- Une rancœur à l'égard du médecin : « J'en ai voulu, bon c'est vrai je vais l'avouer quand même, j'en ai voulu quand même à M. T., après c'est vrai qu'un jour il faudrait que je lui en parle. Je pense que M. T. quand il me disait que je ne pouvais pas avoir d'enfant, je pense qu'il me donnait son opinion à lui. Je pense que lui peut-être il se disait que ce n'était pas bien. J'aurais préféré qu'il me donne l'avis vraiment médical. Il le savait. Si M.R. le savait, M. T. le savait aussi qu'on pouvait avoir des enfants et comment ça se passait donc c'est ce truc-là. ».

Des femmes ont avoué que ces sentiments, ce jugement qu'elles percevaient ont eu un impact néfaste sur leur prise en charge. « Mais bon, ce n'est pas bon, ce n'est pas bon du tout parce qu'on doit être vraiment bien pour diminuer notre traitement tout ça et être avec des gens comme ça, c'est très négatif donc ce n'est pas bon du tout. ». « Il y a des fois, où je n'allais pas au rendez-vous parce que je me sentais mal perçue, jugée euh... Voilà ».

Certaines ont même eu des relations conflictuelles avec les professionnels. « Bon c'est vrai que je me suis disputée avec les infirmières tout ça de là-bas parce que moi je ne jugeais pas que de faire un sevrage au bout de 10 jours sur un nourrisson parce qu'il pleurait un petit peu dans le bain quoi, non, je n'étais pas d'accord. », « Sincèrement, ça a été une période je me rappelle de craquer, même d'avoir des discussions avec eux, même de rentrer en conflit avec le personnel médical, vraiment je me rappelle. (...) Je m'en fiche qu'elles me regardaient comme ça. Mais sur le moment, elles auraient pu faire autrement. Et quand elles m'ont dit : « Ah il faut voir le psychologue, vous craquez. » Merci beaucoup que je craque, Madame, vous faites n'importe quoi aussi, vous voyez ? (...) Je n'ai pas crié quelque chose mais je me suis « choquée » avec eux, très révoltée, vraiment. ».

## 2. La réassurance par les professionnels de santé

Malgré cette impression de jugement omniprésente, les femmes ont pu trouver chez les divers professionnels de santé, de la réassurance et du soutien. « Et elle a essayé vachement de me déculpabiliser, ce qui me faisait vachement de bien aussi, parce que j'en avais besoin », « Et ça m'a rassuré quoi, d'être prise en charge et d'avoir des gens à côté

*qui voit, enfin qui m'explique aussi : « bon ben non ça va, il n'y a pas de dépendance pour le bébé. ». Voilà », « Mais bon après je vous dis, il y avait les puéricultrices qui étaient là, qui rassuraient à côté », « Mais sinon quand je suis partie ils m'ont dit que c'était bien quoi (rires), s'ils avaient eu que des patientes comme ça, ce serait super », « elle a vu que dès que J. commençait à pleurer, j'arrivais à le calmer très vite, donc elle m'a dit : « non, non c'est très bien, vous aviez peur de ça mais résultat vous l'avez très bien calmé tout de suite ». Donc non, ça a été. C'était très bien. (Silence) ».*

Dans ce domaine, le médecin traitant a joué un rôle important pour ces femmes. Il faisait partie intégrante du suivi de ces femmes, car prescripteur de la substitution. Comme nous l'avons vu précédemment, les femmes sont souvent allées à l'encontre des recommandations faites par leur médecin concernant la consommation d'opiacés ou bien méconnaissait totalement la consommation. Cependant, les femmes décrivent toutes un soutien apporté par leur médecin. *« Mais elle savait que j'avais 2 flacons de 10 donc si je voulais prendre que 10, je prendrais que 10, elle le savait très bien (sourire amusé). Elle m'a soutenu et puis bah voilà, après ça a été. », « Le Dr E. a été super présent durant toute ma grossesse. Même pendant que j'étais à la maternité, il m'a passé un coup de fil donc ouais, vachement présent », « il me suivait et j'avais une grande confiance et une bonne relation avec le Dr », « Le suivi avec le Dr R. (médecin traitant) a été important aussi. Pourquoi ? Il est très à l'écoute, il connaît le sujet, il me connaît bien aussi moi. Il sait que j'aimerais me débarrasser de tout ça et il est très... Il est bien quoi, c'est un bon docteur (sourire). **Et ça, ça vous a beaucoup aidé ?** Oui, oui... », « Et pour ça il est très bien parce qu'il est compréhensif ».*

Une femme a révélé que les professionnels de santé de la PMI lui avaient rendu visite à la maternité. *« Cette sage-femme là je ne me rappelle plus de son nom... C'est elle qui m'a envoyé à l'hôpital. Elle est venue me voir à l'hôpital. Même la puéricultrice très gentille elle est venue voir ma fille à l'hôpital. »*. Un médecin généraliste aussi a rendu visite à sa patiente à la maternité : *« comme il me suivait et j'avais une grande confiance et une bonne relation avec le Dr je lui avais demandé, comme il travaille aussi à CH, il a son pôle là-bas, je lui ai parlé pour que lui il vienne me voir. Et c'est lui, vraiment génial, il est venu mais même comme ça, il leur a expliqué (la situation, aux infirmières). »*.

## VIII- Les suggestions des femmes pour une meilleure prise en charge

### 1. Le jugement

Le premier conseil donné par les femmes pour les professionnels de santé est de ne pas juger. En effet, selon elles, le jugement qu'elles ressentent a un impact négatif sur leur prise en charge.

*« Peut-être se dire que déjà on n'est pas fière d'avoir fait ce que l'on a fait donc si en plus on se sent jugée, c'est sûr que ça n'aide pas, ça n'aide pas du tout.(...) Donc le seul conseil, oui, c'est de ne pas juger trop vite les gens parce qu'il y en a plein qui tombent dedans ou qui ont voulu essayé malheureusement et qui sont tombés dedans très vite, comme ça a fait pour moi. Je dirais même qu'on fait un pas en arrière à cause de ça quoi... ».*

*« Ne pas porter de jugement, c'est clair. Enfin je pense qu'en tant que... Le jugement est déjà fait par nous. On en est consciente. Voilà quoi. Bon je ne dis pas non plus de nous parler avec des violons et tout parce que... Faut être franc, voir les choses comme elles sont, les appeler avec leur nom quoi. ».*

Elles ne veulent pas être considérées comme des mauvaises mères. *« Qu'on ne nous renvoie pas une image de mauvaise mère, de personne voilà... De mauvaise personne, de mauvaise maman, cassos enfin voilà. »*, *« Nous, les toxicomanes, on n'est pas tous pareils. Il y a des toxicomanes qui arrivent à avoir des grossesses bien, à avoir des enfants, à s'en occuper bien. Il y a d'autres, non. C'est comme tout dans la vie, une chose n'empêche pas l'autre. ».*

Elles réclament plus d'objectivité de la part des professionnels de santé dans leur prise en charge. C'était le cas, par exemple, de Mme G : *« Je pense que M. T. quand il me disait que je ne pouvais pas avoir d'enfant, je pense qu'il me donnait son opinion à lui. Je pense que lui peut-être, il se disait que ce n'était pas bien. J'aurais préféré qu'il me donne l'avis vraiment médical. Il le savait. Si M.R. le savait, M. T. le savait aussi qu'on pouvait avoir des enfants et comment ça se passait donc c'est ce truc-là. Je pense que les gens n'ont pas à nous apporter leur avis. Voilà, vous voyez ce que je veux dire, et puis de juger, de juger et puis que ça se sente... Parce que c'est déjà difficile, c'est déjà difficile à vivre. »*

### 2. Le dialogue, le soutien

Nombreuses sont les femmes qui pensent que le dialogue et la relation de confiance avec son médecin est la clé pour une meilleure prise en charge.

**« Quels conseils vous donneriez aux professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des grossesses des femmes dépendantes aux opiacés ? Le dialogue. C'est sûr, d'instaurer un climat de confiance, c'est clair. Je pense que c'est la première chose. Après c'est selon les caractères des personnes. Mais c'est vrai que le dialogue est important, la confiance et puis voilà. », « D'être plus à l'écoute. Enfin, oui, plus à l'écoute. D'être plus rassurant aussi, qu'on ne ressente pas une espèce de mépris ou de l'indifférence. On a envie d'être quand même soutenue et puis voilà. « Oui, vous avez consommé, oui, vous êtes sous Subutex, mais ne vous inquiétez pas. » Qu'on nous explique aussi », « Avec les gens comme nous, je pense qu'il devrait y avoir beaucoup plus d'attention », « Arriver à rassurer la personne en lui disant que son enfant ne va pas forcément naître complètement débile ».**

Plusieurs femmes auraient aimé, avec le recul qu'elles ont aujourd'hui, pouvoir partager leur expérience de la grossesse avec d'autres femmes qui, comme elles, sont dépendantes. L'une d'elle évoque des lieux d'écoute et de partage. *« Moi j'aurais plutôt eu envie de parler, me dire « bah au moins elles sont comme moi ces femmes-là, elles ne vont pas me juger car elles sont comme moi ». Et non en fin de compte je me suis retrouvée à en parler avec des personnes qui n'avaient pas du tout ce problème et j'ai trouvé ça étonnant. Moi j'aurais bien aimé savoir comment les autres elles le vivaient, voir si c'était comme moi, vu que je ne connaissais personne d'autre », « Et d'avoir peut-être aussi un lieu où l'on puisse parler, échanger, du produit qu'on prend, que les femmes prennent, du subutex, des choses comme ça. Peut-être, je ne sais pas...(..). Mais voilà un peu ce genre-là, cette façon de faire où on déculpabilise et on explique. Les histoires des unes peuvent apporter aux autres et voilà. ».*

Une femme a aussi évoqué la création d'une ligne téléphonique dédiée aux femmes dépendantes aux opiacés, qui seraient enceinte : *« un numéro de téléphone juste où on peut appeler si on a de questions, quand on est enceinte, si on a une inquiétude, ça se serait bien ».*

### **3. La prise en charge de la dépendance aux opiacés**

Plusieurs femmes pensent que la motivation et la volonté de la personne est un facteur primordial dans le sevrage aux opiacés. *« Bah moi je pars toujours du principe que si ça ne vient pas de soi on ne peut pas y arriver. (...) Et je me suis toujours dit que si ça ne vient pas de nous, de moi, de la personne vraiment, dans son cerveau. Si ça ne vient pas de nous, on n'y arrive pas. (...)Moi pour moi, si la personne ne prend pas la décision elle-même, je pense qu'elle ne peut pas y arriver (...) Comme je vous dis c'est nous qui devons prendre*

la décision parce que c'est nous qui sommes dedans et pas... », « Je crois qu'on ne peut pas obliger quelqu'un à arrêter parce qu'elle est enceinte. On ne peut pas dire : « bon, vous arrêtez, vous n'avez pas le choix » Je pense qu'il faut suivre la personne, mais... lui laisser le choix en fin de compte. Parce qu'on ne peut pas faire quelque chose contre la volonté de quelqu'un. » Même une cure de sevrage ne sera pas efficace tant qu'il n'y a pas la volonté : « Moi je connais quelqu'un, il fait des cures. Moi je n'ai jamais fait de cure de ma vie, et pourtant je m'en sors. Je n'en suis pas tout à fait sortie mais ça va venir (sourire)... Mais euh... Je connais plein de gens qui ont fait des cures et des cures et des cures et euh... et à peine ressorti ils étaient dedans. C'est le mental qui joue. ».

Les femmes trouvent que c'est en post-partum et au cours des premiers mois de la vie de bébé, que le médecin doit être plus présent et vigilant dans la prise en charge de ses patientes dépendantes. « Après, le problème, je pense que ce n'est pas tant l'arrêt pendant la grossesse, c'est après la grossesse. Parce que là le bébé n'est plus dans le ventre, (...) je crois que c'est après la grossesse. Je crois qu'une femme qui est enceinte peut arrêter assez facilement, pas si facilement mais quand même, plus facilement que si elle n'est pas enceinte. Mais si elle n'a pas d'aide après, je pense qu'elle retombera dedans. (...). Je pense qu'une femme peut arrêter pendant sa grossesse parce qu'elle dit : « je fais du mal à mon bébé ». Mais après la grossesse bah le bébé n'est plus dans le ventre donc on se dit : « si je prends ça, ça ne fera rien au bébé. ».

En ce qui concerne la substitution, l'une des femmes nous a conseillé d'éviter la prescription de méthadone car selon elle, ce serait plus fort et occasionnerait plus de syndrome de sevrage. « **Quels conseils vous donneriez aux professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des grossesses des femmes dépendantes aux opiacés ?** (réfléchit). Si c'est possible, qu'ils ne passent pas à la métha. Je pense que c'est tellement compliqué que ça dépend des cas des personnes (...). Du coup, je dis il faut être plus attentif et passer moins (vite à la Méthadone), si la personne arrive à la métha parce que le subutex c'est plus faible quand même, ça doit faire moins de syndrome de sevrage. ».

La mère ayant fait une cure de sevrage pendant sa grossesse a conseillé l'absence de pharmacie à proximité des hôpitaux : « je sais que j'ai une ex belle-sœur qui est toxicomane (...) et elle faisait comme moi, elle sortait de l'hôpital et elle allait dans les pharmacies. Alors qu'on ne devrait déjà pas avoir de pharmacie près d'un hôpital. ».

Plusieurs mères ont relevé que les pratiques médicales avaient changé au fil du temps, que les mentalités avaient évolué. L'une d'elle déplore le fait que la dépendance aux opiacés soit un sujet tabou : « Il n'y a peut-être pas assez de publicités, je ne sais pas de... Ce n'est pas facile que la personne aille chez le médecin et lui raconter et dire... C'est vrai

*que maintenant on en parle plus. A mon époque, dire qu'une femme consommait, c'était... », « Je pense que maintenant, de toute manière les années écoulées, je pense qu'il y a eu quand même du progrès de ce côté-là aussi quand même ».*

Mme F, qui a été mécontente de la prise en charge du syndrome de sevrage de son nouveau-né car la morphine a été instaurée tardivement, a déploré l'absence de consensus médical dans ce domaine : *« Par contre, ce que je n'ai pas trop apprécié, c'est que, bon j'en avais parlé avec le Dr R. déjà, parce qu'il m'avait expliqué qu'à cette époque-là, les programmes commençaient, les docteurs ne savaient pas trop comment gérer l'affaire quoi je dirai.(...)Donc vous voyez, c'est pour ça, il y a plusieurs avis différents médicaux de la personne. Après, tout dépend des docteurs qui jugent. ».*

## **IX- Ce que cela a changé**

Plusieurs femmes ont déclaré que leur grossesse leur avait simplement changé la vie. *« Oh bah elle a changé carrément ma vie hein », « Et, ah oui, ça a tout changé, ça a changé ma vie, c'est clair ».*

### **1. L'enfant, élément moteur du sevrage**

Toutes ont décrit l'enfant comme un élément moteur dans le processus de sevrage aux opiacés. *« Parce que quand j'ai vu J. souffrir le premier jour qu'il était né, là ça m'a fait le déclic. J'ai dit : « il faut que j'arrête tout, il faut que j'arrête la méthadone, tout, tout, tout » (...) Après je me suis dit : « non j'arrête tout pour les enfants ». (...) A la base, moi je dirai que ma grossesse m'a aidé à m'en sortir de tout. Ça m'a donné peut-être la force d'arrêter tout (...) Mais je dirais que ma grossesse m'a donné envie de me battre et de m'en sortir. ».*

*« En même temps c'est mauvais d'avoir des enfants, mais c'est très bon pour nous, parce que ça nous aide. A tous les moments, c'est un moteur pour qu'on arrête. (...) Je peux vous dire que si j'ai réussi à tenir, c'est grâce à mon enfant. Vraiment. Déjà c'est l'unique fois pendant 2 ans où je n'ai pas réussi à craquer une seule fois, c'est quand elle est née ».*

*« Mais je pense qu'une grossesse, ça aide quand même, parce que... Enfin « ça aide », c'est un peu cynique (sourire). En quelque sorte, oui, parce qu'on voit un objectif, on voit une raison, on voit un avenir. ».*

*« Pour lui, j'ai réussi à arrêter ».*

Cela a aidé les femmes à mieux gérer leur dépendance, à accepter la mise sous substitution pour certaines. *« C'était plus simple de prendre un sirop devant elle que... Voilà. »*, *« Puis K. quand je me suis lancée dans mon traitement c'est quand j'ai fait une overdose devant ma fille donc... voilà j'ai dit non j'arrête, plus jamais ça »*, *« ... C'est vrai que j'y aie réfléchi toute la journée et je me suis dit « tu as un fils et tout... Il est grand maintenant, il faudrait quand même... »*, *« Et vers l'âge de 5 ans, j'ai pris conscience que j'avais 3 enfants, qu'ils allaient grandir et qu'ils allaient voir l'image de leurs parents quoi... Et à ce moment-là, c'est vrai que le Subutex a commencé à sortir à la même époque. »*, *« Et là je me suis dit qu'il était temps pour moi d'arrêter de m'injecter le subutex ou prendre l'héroïne et c'est là que je me suis mise à la méthadone. »*

## 2. Les relations avec l'entourage

Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs femmes se sont séparées du père de leur enfant pendant ou après leur grossesse : *« Maintenant ça fait 8.5 ans que je suis toute seule avec mes 2 enfants et c'est très bien comme ça, je suis mieux comme ça. Je vis mieux à vrai dire. »*, *« Moi mon fils je l'ai élevé toute seule alors que je me défonçais et euh... et puis bah j'ai toujours travaillé quand même, je me suis battue »*, l'une d'elle parle de la construction de sa propre famille, non sans une certaine fierté : *« Qu'est-ce qu'elles (ses filles) ont changé dans ma vie ? Euh... bah c'était ma famille à moi. C'était ma famille .Voilà c'est tout. »*

Elles ont souvent aussi changé d'amis. *« Dans notre cercle d'amis, on était une trentaine, tout le monde prenait des choses. Du coup, on a évité de voir des gens comme ça »*. L'une d'entre elles se décrit toujours comme isolée depuis sa dernière grossesse : *« Là je ne vois vraiment plus personne du tout. (...) là je suis vraiment isolée complètement avec elle et ma grande. Mais bon ça ne me gêne pas, j'adore être avec elle. Ça ne me dérange même pas en fait, j'adore ça. »*

L'une d'elles raconte comment sa grossesse lui a permis de lui redonner une certaine fierté dans sa famille et de recréer des liens. *« Maintenant ils sont très fiers, ils voient que je m'en sors très bien (...) Après quand ils sont venus, C. avait 6 mois, ils m'ont félicité par contre, ils ont dit : « Vraiment, tu t'en occupes bien, vraiment tu as réussi super bien et tout ». Ils étaient même étonnés »*.

## 3. Nouvelles personnalités et nouveaux objectifs

Voici comment se sont décrites les femmes aujourd'hui, suite à leur grossesse :

- Plus responsable : « On est beaucoup plus responsable, c'est pour ça que ça change », « plus... responsabilité derrière donc je dirai plus de bêtises, que de ce côté-là ce n'était plus des bêtises à aller en prison parce que bon... Il y a eu beaucoup de bêtises par rapport à ça quoi. ».
- Plus altruiste : « Ça m'a « dénombrilisé » déjà d'une. C'est bien, ça permet de ne pas trop se voir vivre et d'avoir besoin de trop penser et de se défoncer tout le temps quoi ».
- Plus assagi : « Ça m'a assagi ».
- Plus stable : « Bah, ça a changé des choses je dirai du côté de la stabilité. Après... Plus stable ».

Plusieurs d'entre elles nous ont révélés s'être découvert un instinct maternel. Leur fierté pouvait se lire dans leurs yeux. « Mais moi, je n'ai jamais douté de moi, vous savez quoi, je n'ai jamais douté. Vous savez pourquoi ? Parce que... (...) à ce moment-là je me sentais forte, je m'en sentais capable, même sans père, capable de faire quelque chose. », « Malgré ma grande fille, je n'ai jamais été avec elle comme je l'ai été avec ma grande. Peut-être parce qu'elle a des petits problèmes, mais euh... Je n'ai jamais été comme ça. Enfin je ne crois même pas que c'est parce qu'elle a des problèmes, parce que je le sentais déjà avant que j'allais être très gaga (...) Et je me suis découvert un grand instinct maternel que je ne connaissais pas en fait », « Elle pouvait crier, ça ne me dérangeait pas du tout, je me levais, je lui donnais son biberon. Je supporte très bien les pleurs des bébés en tout cas ».

L'arrivée de leur enfant dans leur vie leur a donné de nouveaux objectifs, notamment en ce qui concerne leur vie professionnelle. « On veut plus travailler, on veut avoir un futur bien pour notre enfant, on veut lui laisser des choses, on veut donner une bonne éducation. (...) Et déjà mon mari, avant il travaillait, mais il n'allait pas se tuer à travailler les dimanches, les samedis. Maintenant s'il faut, il travaille beaucoup plus, il est plus... Vous comprenez ? (...) Avant on avait un travail tout ça mais on s'en fichait, maintenant ce n'est pas comme ça. », « Mais maintenant ce n'est plus comme ça et je donnerais vraiment tout pour réussir », « Une fois qu'O a commencé la maternelle, bah j'ai commencé à travailler, à m'inscrire dans des boîtes d'intérim et puis bon bah c'est comme ça que j'ai commencé après à travailler dans le conditionnement, dans les industries. Je prenais tout ce que je pouvais avoir en travail quoi. Voilà. Mais c'est vrai que c'est plus une stabilité quand même quoi. Plus une vie de famille. », « Comme j'ai toujours dit, moi j'ai une vie normale, je travaille hein... ».

Finalement, l'enfant et son devenir sont souvent devenus leur principal objectif : « puis après je me suis concentrée sur mes filles. Peut-être un peu trop », « Je vivais quand même pour mon fils ».

## **X- Le devenir**

### **1. Le devenir des femmes**

#### **a) Les sentiments actuels**

Aujourd'hui, plusieurs femmes nous ont dit éprouver des regrets. « *Ouais même encore maintenant, si je pouvais refaire les choses. Je pense que je les ferais sans, pour ne pas qu'ils aient de syndrome de sevrage.* », « *J'ai essayé, j'ai regretté et puis je le regrette encore* », « *Au final, même s'il me reste des années à vivre, je suis passée à côté de plein de choses en fait (...) je suis trop consciente de tout ce qui s'est passé, le gâchis, les choses dont je suis passée à côté, les risques que j'ai pris avec L.* », « *Maintenant il sait que c'est mal ce qu'on a fait, d'avoir un enfant.* », « *Je préfère vraiment oublier parce que c'était trop dur. C'est tellement dur que j'ai du mal à me confronter à la réalité, je préfère oublier* ».

Mme A regrette d'avoir avorté avant la naissance de sa fille. « *Depuis que j'ai eu J. je regrette de m'être fait avorter en Hollande alors que je n'y pensais même pas avant, je n'y pensais même plus.* ».

Certaines ont même dit avoir encore honte : « *Avant je n'avais pas honte, maintenant j'aurais un peu plus honte d'en parler. Et je ne sais pas pourquoi...* », et éprouvent toujours de la culpabilité aujourd'hui : « *La culpabilité elle est toujours en moi aujourd'hui. Elle est toujours en moi* ».

Une des femmes nous a expliqué avoir encore des doutes quant aux conséquences de sa consommation d'opiacés durant ses grossesses : « *je ne sais pas, peut-être qu'il y a des lacunes qui sont peut-être dues à ça, je ne sais pas du tout.* ».

#### **b) Les femmes et les opiacés**

Deux femmes dans notre échantillon ne consommaient plus d'opiacé au moment de notre entretien. « *J'ai tout arrêté puis j'en suis contente.* ».

Les autres ont toutes pour objectif le sevrage définitif en opiacés : « *J'essaie de diminuer encore, j'essaie de m'en débarrasser mais ça reste difficile encore.* », même si cela est source d'angoisses : « *Et je pense que ça va être trop difficile. J'ai tellement peur que même si j'arrive à être sevrée de la métha, le risque que je rechute et tout.* », « *Je donnerais vraiment tout pour réussir mais pour ça il faudrait que je réussisse d'abord à lâcher carrément la métha* ».

De nombreuses femmes nous ont parlé de cette « étiquette » qu'elle continuait à porter aujourd'hui, malgré leur mise sous substitution, voire malgré le sevrage définitif en opiacés. « *Voilà on nous met une affiche sur nous et voilà elle ne partira pas même si on sait que la personne elle s'en sort, on voit quand même que les gens ils sont restés bloqués sur ça* », « *ça nous fait bizarre quand même, parce que nous notre traitement, ça fait longtemps qu'on l'a. Même si on l'est, on ne se considère pas comme des toxicomanes. Pour nous, c'est vraiment du passé. Dans nos têtes on ne vit pas avec ça tout le temps. Donc c'est vrai quand on nous dit « les gens comme vous », bah on est comme tout le monde quoi.* », « *Pour eux, même quand on est sous traitement, dans leur tête, on est des toxicomanes.* ».

Mme G nous a raconté avoir voulu changer récemment de médecin traitant et de pharmacie, suite à son déménagement... « *Quand vous me parlez du corps médical, euh, vous voyez, je viens toujours ici malgré qu'on habite à S. parce qu'à S. j'ai essayé, je suis allée voir un médecin de ville qui m'a dit clairement qu'il ne souhaitait pas prendre en charge ce genre de pathologie (sourire), il m'a dit. Et la pharmacie, c'est pareil, j'avais changé et puis une fois je suis ressortie de la pharmacie carrément en pleurant, tellement j'avais été gênée et vexée par rapport au comportement qu'ils avaient eu vis-à-vis de moi et de ça.* ».

### **c) Une future grossesse ?**

La question d'une future grossesse a été abordée par les femmes elles-mêmes.

Mme E. a eu recours à deux interruptions volontaires de grossesse depuis la naissance de son enfant : « *Donc j'ai eu K. puis après K. quand elle a eu 2 ans me semble-t-il parce qu'elle marchait déjà, je suis retombée 2 fois enceinte par cet homme-là et là je me suis faite avortée par contre* ».

Mme D. aimerait avoir un autre enfant mais se l'interdit de fait de sa consommation d'opiacés : « *J'aimerais beaucoup avoir un deuxième, ce serait bien mais je ne peux pas en avoir un autre à cause de ça. (...) Mais c'est vraiment avec beaucoup de regrets quand les gens, mes amis me parlent : « mais pourquoi tu ne fais pas un deuxième enfant ? ». Vous voyez, je ne peux pas rien dire, je ne dis rien à mes amis. C'est la chose que j'aimerais le plus au monde mais je ne peux pas. C'est très difficile (...) . Maintenant que je sais ce que ma fille a passé, ce serait égoïste, vous comprenez ? Mais c'est égoïste aussi par rapport à ma fille.* », « *Mais je ne le ferai plus. J'aimerais tellement un enfant, maintenant ma fille a 6 ans. Toutes les mamans, mes copines ont un deuxième enfant mais moi je ne peux pas en avoir. Parce que j'ai subi ça, je ne veux pas subir à nouveau, ni à l'enfant ni à moi.* »

## 2. Le devenir des enfants

Quelques mères nous ont parlé de la situation actuelle de leurs enfants.

Certaines étaient fières de nous raconter, par exemple, que « *T1 passe son bac cette année, T2 est en 3eme et T3 est en 5eme. T3 veut être prof d'allemand, T1 ne sait pas ce qu'il veut faire et T2 veut être luthier donc franchement je suis....* », « *Elles vont bien (sourire). Elles sont en fac toutes les 2 maintenant. On ne rajeunit pas (rires). Non, elles vont bien* ».

La situation a été beaucoup plus compliquée pour Mme I. qui a dû placer ses enfants pendant quelques années après avoir sombré dans l'alcool et la dépression. « *Et après l'accouchement d'E3, 18 mois après, je suis tombée dans l'alcool. Il y a un moment où je ne pouvais plus faire face et il s'est passé des choses. (...) Donc j'ai fait appel à une assistante sociale, en disant que je n'arrivais plus à assumer mes enfants, j'étais trop mal. Et j'ai demandé le placement de ma fille parce que son papa n'était pas là. E2, lui, a été chez son papa. Et pendant 2 ou 3 ans j'étais vraiment super mal, dans l'alcool vraiment. (...) j'ai fait 5-6 cures quand même par rapport à l'alcool et une postcure. (...) Ma fille elle est restée placée, elle avait 18 mois... Je l'ai récupérée il y a 2 ans là. Donc je reviens de loin...».*

Mme C est suivi par une éducatrice : « *je suis suivie par une éducatrice pour mes enfants... Là on est reparti pour un an* ».

### **a) Vécu et souvenirs des enfants**

Plusieurs femmes se sont posé la question du souvenir que peuvent garder leur enfant quant à la dépendance de leur mère. « *Maintenant je la vois grande, c'est ça que j'ai peur maintenant que je la vois grande, je craque plus de fois, mais je me culpabilise parce que maintenant elle comprend aussi les choses, elle commence, elle a 6 ans, du coup, elle va garder les souvenirs et tout. C'est super compliqué.* », « *Parce qu'après le Subutex, je vous dis, j'ai attendu que K. ait 3 ans, parce que je voyais bien qu'elle commençait à comprendre, à parler. Et là je me suis dit qu'il était temps pour moi d'arrêter de m'injecter le subutex ou prendre l'héroïne et c'est là que je me suis mise à la méthadone. C'était plus simple de prendre un sirop devant elle que... Voilà.* ».

« *Je ne sais pas si ça peut vous intéresser mais ma fille ainée a beaucoup de souvenirs de sa toute petite enfance. Ce qui est étrange parce que... Et des souvenirs de la période où je prenais l'héroïne, elle s'en souvient, elle se souvient des odeurs. (...) C'est marrant qu'elle ait une mémoire comme ça sur sa petite enfance. C'est très étrange. Alors que la deuxième*

*non, je lui en ai moins parlé, elle n'a pas de souvenir en fin de compte puisque j'ai quitté son père très tôt. Elle n'a pas de souvenir de tout ça. ».*

### **b) En parler avec les enfants ?**

Les femmes sont partagées sur le fait de parler de leur dépendance aux opiacés avec leurs enfants. Pour certaines, il s'agit là d'un sujet tabou : *« Je pense qu'avec K. je n'en parle pas parce que je me dis qu'elle a 16.5 ans. Mais le dernier coup, avec le Dr G. elle m'a dit : « vous savez K. il faudrait peut-être lui en parler. Est-ce que je peux lui en parler ? Parce que je pense qu'elle a besoin aussi d'en parler. » Donc bon je l'ai dit à ma fille qui l'a très mal pris, qui m'a dit : « j'ai pas besoin maman ». Elle ne veut pas en parler. », « **Et par rapport à votre substitution, vous en avez déjà parlé à vos enfants ? Non, non. Ils n'ont pas besoin de le savoir. C'est vraiment une petite partie de ma vie encore que je cache et j'espère pouvoir bientôt m'en débarrasser parce que j'en n'ai plus besoin. On va dire que ça reste comme un petit « garde-fou », un petit résidu de mon passé ».*** Cette dernière n'a volontairement pas le même médecin que ses enfants : *« Et je ne vois pas le même médecin que mes enfants qui voient le Dr L. ça reste vraiment quelque chose d'à part entière en fait ».*

D'autres, au contraire, ont raconté leur passé à leurs enfants, avec pour objectif qu'ils ne reproduisent pas le schéma familial. *« Ma fille qui va avoir 18 ans je lui explique. Je lui explique mon traitement, pourquoi j'ai mon traitement. L. je lui en ai déjà parlé mais euh... je ne veux pas, ce n'est pas que je ne veux pas leur cacher ou leur dire exprès, mais si ils me posent des questions, ils le sauront qu'ils ont subi un sevrage quand ils sont nés et pourquoi. Je préfère leur dire quand même. Un jour ils vont se dire : « bah pourquoi moi je suis restée 3 semaines à la maternité et puis M. non ? » Parce qu'ils regardent eux même des fois leur carnet de santé. », « C'est pour cela que j'en parle beaucoup à ma fille parce que je veux qu'elle sache réellement par quoi je suis passée, ce que ça m'a fait, ce que cela m'a apporté, donc... rien du tout, c'est ce que je lui ai expliqué... », « Bon au jour d'aujourd'hui il sait que je fumais. Il connaît toute mon histoire. Quand il a eu l'âge, je lui en ai parlé justement (...) Parce que je lui dis : « tu vois, tu as deux parents qui ont fait la même chose et voilà quoi... tu t'en sors pas. Si tu fais ça tu ne t'en sortiras pas », « Oui j'en parle avec elle. Je pense que c'est important de leur parler de ça. Parce que justement, c'est mon expérience, mais ça peut leur servir à elles aussi. Donc, non, non, je leur en parle et... on en parle. ».*

### c) Craintes des mères

La crainte principale des mères pour leurs enfants, au jour d'aujourd'hui, c'est que leurs enfants ne consomment des opiacés à leur tour. « *Bon au jour d'aujourd'hui il sait que je fumais. Il connaît toute mon histoire. Quand il a eu l'âge, je lui en ai parlé justement. Parce que je ne veux pas qu'il fasse comme moi hein... Oh que non... Et pourtant il aime la fête et tout ça mais je le surveille (rires). (...) Donc je veille aux grains et on verra...* », « *Là, moi, j'ai prévenu à ma fille, je lui ai fait : « voilà, ne fais jamais ça parce que voilà... Ça va être bien le premier mois mais après ce sera un manque ce ne sera même plus bien, tu seras malade, ce sera... » Voilà je lui dis ce que moi j'ai vécu pour qu'elle ne fasse pas ça quoi...* »

Certaines voient leur antécédent de dépendance comme un atout pour leurs enfants, car à cause de leur expérience, elles pensent que leur enfant ne deviendra jamais dépendant. « *A la limite, je me dis que c'est un truc positif, que vu mon expérience, je peux leur expliquer que la drogue ce n'est pas bien, que ça a des conséquences quand même importantes, même sur nos enfants puisque moi ça en a eu* », « *en même temps peut-être que ça l'a aidé à s'éloigner de tous ces produits. Parce que je sais que ma fille ainée c'est « je ne bois pas, je ne fume pas », rien de tout ça quoi. Et je me demande si ce n'est pas pour ça* ».

## **XI- La grossesse en trois mots**

A la question : pouvez-vous me résumez le vécu de votre grossesse en 3 mots, les femmes ont symbolisé leur vécu par les mots suivants (figure 7) :

<b>Patiente</b>	<b>Mot 1</b>	<b>Mot 2</b>	<b>Mot 3</b>
<b>A</b>	Souffrance	Espoir	Peur
<b>B</b>	Heureuse	Malade	Bonheur
<b>C</b>	Panique	Honte	S'en être sorti
<b>D</b>	Joie	Grossesse normale	Peur
<b>E</b>	Bonheur	Etre mère	Réussite
<b>F</b>	Responsabilité	Stabilité	Travail
<b>G</b>	Angoisse	Vomissements	?
<b>H</b>	Emotion	Grossesse atypique	Bonheur
<b>I</b>	Merveilleux	Solitude	Incompréhension
<b>J</b>	Aboutissement	Tranquillité	Angoisse
<b>K</b>	Inquiétude	Tristesse	Joie

Figure 7 : Les trois mots

Les mots joie, bonheur, angoisse et peur sont chacun cités deux fois. Six femmes sur les onze interrogées ont cité au minimum un mot appartenant au champ lexical du bonheur (bonheur, joie, heureuse, merveilleux).

# **DISCUSSION**

## **I- Avantages et limites de notre étude**

### **1. Avantages**

Si la question des conséquences de la consommation maternelle en opiacés sur le développement du fœtus et du jeune enfant est traitée dans de nombreux articles, peu d'études, en revanche, se sont intéressées aux conséquences de cette consommation sur les mères elles-mêmes. Nous avons voulu centrer notre travail sur cet aspect, pour redonner la parole aux femmes. L'intérêt était de mettre en avant le vécu des mères, leurs trajectoires, mais aussi leurs liens avec leur entourage, avec le système de soins.

Le choix d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés nous a permis de recueillir un large panel de trajectoires de vie et de points de vue des mères dépendantes aux opiacés. Le discours a été direct, par des entretiens en tête à tête, par opposition aux enquêtes téléphoniques ou par questionnaires. Cela a probablement permis une plus grande spontanéité, afin d'aborder des sujets délicats et des situations vécues parfois intimes et/ou difficiles. De plus, le recours au récit de vie s'avère particulièrement efficace car cette forme de recueil des données permet de saisir par quels mécanismes et processus des sujets en sont venus à se retrouver dans une situation donnée et comment ils s'efforcent de gérer cette situation, voire d'en sortir [21].

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés individuellement au cours d'un rendez-vous programmé, dans un lieu calme et avec un temps suffisamment imparti et dédié à l'entretien, en fonction des disponibilités des sondées. Ces conditions optimales (calme, temps dédié, lieu familial ...) ont permis une écoute attentive et empathique, indispensable à l'établissement d'un relatif climat de confiance entre les deux protagonistes.

Un seul intervieweur a réalisé l'ensemble des entretiens, puis les a lui-même intégralement retranscrits et analysés au fur et à mesure.

### **2. Limites**

#### **a) Echantillonnage**

Le premier point faible de l'étude est lié à l'existence de biais dans la constitution de notre échantillon lui-même. En effet, les difficultés de recrutement d'une telle population

souvent précarisée et marginalisée introduisent un biais évident, car les mères contactées étaient déjà dans un processus de soins et de socialisation, puisque consultante dans un cabinet médical ; la sélection s'étant faite dans ce cadre. Notre échantillon définitif ainsi constitué n'est donc pas tout à fait représentatif de la population des mères toxicomanes.

Les nombreuses relances téléphoniques, après oublis ou déplacements de rendez-vous, n'ayant d'ailleurs pas toujours abouti à la rencontre, mettent en lumière les difficultés pour la prise en charge des mères enceintes toxicomanes.

De plus, notre recrutement s'est fait dans seulement deux cabinets de médecine générale. Nous avons d'ailleurs pu remarquer que certains médecins suivaient plusieurs femmes dépendantes alors que d'autres n'en suivaient aucune. Les femmes interrogées sont prêtes à faire de nombreux kilomètres pour conserver leur suivi chez leur médecin généraliste.

### **b) La méthode**

La première limite est l'analyse du verbatim par un seul enquêteur, ce qui soumet son interprétation à sa seule subjectivité. Une relecture par une tierce personne indépendante aurait pu apporter l'avantage d'une validation interne des résultats.

Une deuxième limite, déterminante dans l'analyse de nos résultats est la poly consommation de substances psychoactives. En effet, les femmes dépendantes aux opiacés sont souvent poly consommatrices, à savoir tabac, alcool, benzodiazépines...

## **II- Analyse des principaux résultats**

### **1. Caractéristiques de l'échantillon**

Le nombre de femmes toxicomanes est de toute évidence sous-estimée. Ces femmes, déjà stigmatisées par la société, ont peur de se confier aux professionnels qui pourraient les aider et surtout dans le cadre d'une grossesse [25].

Dans notre étude, on note que le problème de dépendance aux opiacés peut toucher toutes les couches sociales. Comme dans la littérature, les mères interrogées sont le plus souvent célibataires, d'un faible niveau de qualification et bénéficient d'aides financières plutôt que d'un salaire.

## 2. La grossesse

### **a) Des grossesses non prévues pour la plupart**

Les femmes dépendantes aux opiacés se croient souvent stériles à cause de leur toxicomanie et elles n'utilisent souvent pas de moyen contraceptif, elles sont donc plus souvent confrontées à des grossesses non désirées que les autres femmes de la même tranche d'âge. Dans notre étude, la très grande majorité des femmes ont déclaré que leur grossesse n'était pas prévue. Ceci se retrouve dans de nombreuses études comme dans celles de Lejeune et Simmat-Durand [8] et de Kissin et al [26]. En effet, leurs cycles menstruels sont irréguliers, certaines ne sont plus réglées ou ovulent sans le savoir. D'autre part, il faut savoir que les femmes sous méthadone récupèrent une fertilité presque identique à celle des femmes totalement sevrées. Le simple fait de réduire leur consommation au moyen d'un traitement de substitution libère leur disponibilité, restaure le désir sexuel, et augmente ainsi la probabilité de se retrouver enceinte. Par manque d'informations sur ce phénomène ou par ignorance, et en l'absence de tout moyen contraceptif efficace, elles tombent rapidement enceintes. La majorité des grossesses de femmes toxicomanes surviennent ainsi sans volonté ni désir. Les futures mères n'en prennent conscience que tardivement. Au détour d'une consultation, elles apprennent presque par hasard qu'elles sont enceintes. Il est souvent trop tard pour envisager une Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.) [27]. Cette dernière a d'ailleurs été envisagée par de nombreuses femmes au cours de nos entretiens. Mais l'I.V.G. n'apparaissait pas d'emblée comme la solution aux femmes qui ont préféré y réfléchir et finalement surmonter la situation.

Certaines femmes toxicomanes nient cependant leur état de grossesse ou fuient leurs responsabilités. Ces attitudes de déni sont souvent alimentées par la culpabilité d'éprouver un désir de grossesse et la crainte d'être jugées lors des consultations médicales [28].

### **b) Un suivi de grossesse plutôt satisfaisant**

L'adhésion au suivi est un critère important d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge chez ces femmes dépendantes, cette population semblant difficile à fidéliser. En réalité, la grande majorité des femmes a eu un suivi dès l'annonce de leur grossesse et semble avoir été compliant pour les consultations anténatales, mais aussi pré-anesthésiques et échographiques. Cependant, dans la littérature, le suivi anténatal est souvent décrit comme irrégulier et insuffisant. Les études sur les femmes toxicomanes enceintes font état d'un pourcentage élevé de grossesses non suivies, jusqu'à 20% dans

certaines articles ou peu suivies (trois consultations sur les sept obligatoires) de l'ordre du tiers, soit au total une grossesse sur deux insuffisamment prise en charge [29]. En effet, l'illégalité de la toxicomanie fait craindre à ces patientes des problèmes avec la justice, et elles considèrent souvent la maternité et l'hôpital en général comme un lieu où la toxicomanie est stigmatisée et où la dépendance n'est que peu ou pas du tout prise en compte [30,31]. Elles craignent souvent, et à juste titre, d'être jugée et de perdre la garde de leurs enfants. Elles comptent plutôt sur elles-mêmes. Cette situation, fort heureusement, est en cours d'évolution. En effet, la prise en charge des mères toxicomanes s'est humanisée depuis quelques années. En dix ans, une nette diminution des suivis médiocres ou nuls de grossesse a été observé [32]. C'est d'ailleurs ce qui ressort de notre étude. La mère ayant eu un suivi anarchique de sa grossesse et celles qui n'ont pas avoué leurs habitudes de consommation sont celles pour qui l'accouchement remonte à plusieurs années. Il est donc important de souligner ces progrès dans la prise en charge de ces patientes, même si l'on remarque le retard de nos pratiques, par rapport à d'autres pays, tels que le Canada ou les Etats-Unis [33].

Cette différence du taux de suivi de notre cohorte, par rapport aux données de la littérature reflète l'un des biais de notre étude, à savoir que les femmes interrogées sont des femmes qui se trouvent déjà dans une démarche de soins et qui ont un suivi régulier par le médecin généraliste, souvent en lien avec la prescription d'un traitement de substitution.

### **c) Un vécu de la grossesse souvent difficile**

Sur le plan physique, notre étude révèle que de nombreuses femmes ont souffert de vomissements gravidiques durant toute la durée de la grossesse. Aucune donnée établissant un lien de causalité entre les vomissements gravidiques et les opiacés n'a été retrouvée, en dehors du syndrome de sevrage. Pour les psychanalystes, « Les vomissements gravidiques de la grossesse sont accompagnés de ces fantasmes de se vider, de lâcher, comme le sont aussi les angoisses de fausses couches qui renvoient aux fantasmes de mauvaises contenance familiales, aux ambivalences envers la mère défaillante » [34]. Cela est aussi lié au rapport au corps particulier de la femme toxicomane, corps où elle exerce une toute puissance destructrice, corps qui n'existe que dans la souffrance du sevrage [12]. Les modifications corporelles ont été peu évoquées par les femmes.

Sur le plan psychique, la période de la grossesse, quel que soit le sentiment de joie et de complétude qui l'accompagne, implique un réaménagement psychologique important pour ces femmes qui doivent faire place en elle pour un autre, physiquement et

psychiquement. La crainte de malformations ou de syndrome de manque chez l'enfant est constante.

Elles ont des sentiments partagés devant la naissance de leur enfant. Elles désirent être de bonne mère, mais se sentent responsables des risques encourus par leur enfant. En effet, la grossesse et la dépendance confrontent les femmes à un conflit interne difficile à résoudre, qui vient d'une certaine façon paralyser la pensée, rendant difficile la rêverie maternelle autour de l'enfant à venir [35]. D'où cette ambivalence dans les sentiments retrouvés dans notre cohorte : la joie mêlée à l'angoisse, la culpabilité mêlée à la fierté. La façon dont se perçoivent certaines mères se lit à travers le prisme d'une faible estime de soi où se mêlent incompetence, auto-dévalorisation et idéalisation de l'enfant [36]. Certaines ont vécu une grande détresse durant leur grossesse. Des sentiments d'inaptitude sont fortement ancrés dans leur crainte de correspondre au jugement social voulant qu'elles soient de mauvaises mères [37]. Cette stigmatisation des mères toxicomanes est très certainement responsable d'un certain nombre de comportement de consommation de produits illicites passé sous silence par les femmes enceintes, comme ce fut le cas pour certaines femmes de notre échantillon.

La narration qui est faite de l'accouchement par les femmes interviewées diffère peu des histoires habituelles d'accouchement. A quelques exceptions près, l'accouchement laisse un souvenir très pénible, la douleur dépassant largement les prévisions maternelles. Pour beaucoup, l'accouchement est une effraction corporelle et imaginaire, un processus qui échappe à leur maîtrise. Cependant, le fait de voir et toucher le bébé suscite chez presque toutes ces mères un grand soulagement et des sentiments intenses de fierté et d'émerveillement [27].

#### **d) La grossesse : de l'enfant imaginaire à l'enfant réel**

Chez les femmes toxicomanes, la survenue d'une grossesse, qui n'est pas souvent désirée consciemment, peut être une tentative de résolution de conflits inconscients qui sont à l'origine de la prise de produit. La maternité est imprégnée de tout un passé dont la grossesse et la naissance sont un temps d'actualisation. Il existe de fréquentes perturbations de la structure de la famille d'origine de ces femmes. Ayant vécu des rapports difficiles avec leur mère, éprouvant pour elle des sentiments de haine et de culpabilité, les parturientes toxicomanes développent une idéalisation à la mesure de ces sentiments, aussi bien pour l'enfant que pour la relation qui peut s'instaurer entre eux. Pour ces femmes, l'enfant serait le symbole du deuil de l'enfant qu'elles n'ont pas été et de la mère qu'elles n'ont pas eu. De plus, dans ce contexte familial perturbé, la naissance d'un bébé peut être perçue comme

l'espoir d'une reprise de contact, d'une réconciliation. Cet enfant à naître est aussi celui qui va « réparer ». Réparer comme pour toute mère, comme pour tout parent, cette blessure narcissique. Or, on sait que le jeu entre la vie et la mort est au centre des conduites toxicomaniaques. Une naissance ne viendrait-elle pas, pour ces femmes toxicomanes, interrompre pour quelques temps, voire définitivement, ce jeu en venant signer la victoire de la vie ? La satisfaction d'être mère les comble psychiquement et durant les derniers mois de la grossesse, l'enfant est ressenti comme une partie d'elle-même « venue compléter son moi imaginaire », comme un prolongement du narcissisme défailant [12, 38,39].

L'arrivée d'un enfant effacerait les avatars de la toxicomanie, en permettant à sa mère de prendre un nouveau départ; c'est du moins ce que l'on attend de lui. C'est la raison pour laquelle T. Esquivel a écrit : « La grossesse et l'enfant imaginé sont généralement très investis et constituent une tentative de réparation et de restauration narcissique » [40]. La femme toxicomane enceinte cherche une réparation dans l'enfant à venir, une possibilité de repartir à zéro, un rachat de ses propres carences affectives. Elle voit en son enfant à naître, un être d'espoir, réconfortant et protecteur, un peu comme une « bonne mère » qui répond aux besoins au moment voulu et qui sait s'effacer si nécessaire.

Ainsi, la femme toxicomane, dans son projet d'avoir un enfant, remet en cause son statut de toxicomane dépendant, elle s'interroge sur son mode de relation à l'objet. Le bébé à naître est alors souvent assigné à un rôle rédempteur de la conduite maternelle; et peut être considéré par la future mère comme « pare-drogue ». L'enfant peut alors se voir attribuer la place de « substitut drogue » en devenant le « nouvel objet », la détournant des opiacés.

Par conséquent, comme nous avons pu le voir dans notre étude, le plus souvent la patiente va tenter de réduire ses consommations et modifier son style de vie.

Puis, l'enfant imaginaire rédempteur va faire place, à la naissance, à un enfant réel souffrant souvent d'un syndrome de sevrage, donc peu gratifiant et très culpabilisant.

### 3. Le syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN) : un souvenir éprouvant et des interrogations qui persistent

Parmi les complications périnatales de la dépendance aux opiacés, la plus redoutée par les femmes est le syndrome de sevrage du nouveau-né. Dans notre cohorte, beaucoup de SSNN ont été relatés et plusieurs interrogations ont été relevées à ce sujet.

Quelques femmes ont évoqué des dysfonctionnements dans la prise en charge du syndrome de sevrage de leur nouveau-né. L'une d'elle s'était interrogée sur la mise en place

tardive du traitement par chlorhydrate de morphine. En effet, le SSNN apparait de manière retardée après la naissance, dans les deux à trois premiers jours, ce qui s'explique par la demi-vie longue de la méthadone [41,42]. L'étude d'Ebner N et al retrouve un intervalle libre, entre la naissance et la prise en charge médicamenteuse du SSNN, en fonction du médicament de substitution auquel était exposé le fœtus pendant la grossesse [43]. L'intervalle était de 34 heures pour le groupe BHD et de 58 heures pour le groupe méthadone. Une autre étude montre que le SSNN apparait en général au-delà de la soixante-douzième heure chez les nouveau-nés exposés à la méthadone, alors qu'il apparait entre 12 et 48 heures après la naissance chez ceux exposés à la BHD [44]. Ces résultats sont également retrouvés par C. Lejeune avec une différence significative [45]. Il a été décrit des SSNN plus tardifs, jusqu'à dix jours, en cas de poly consommation.

Concernant sa durée, la majorité des études a montré un SSNN plus prolongé chez les nouveau-nés exposés à la méthadone par rapport à l'héroïne [46,47], et également par rapport à la BHD mais sans différence significative [44].

Pour l'intensité du SSNN, des études ont comparé les effets de la BHD versus la méthadone et ont observé qu'aucune différence significative n'avait été retrouvée pour les scores du SSNN entre les deux groupes [45, 48]. La publication de Lejeune et Simmat-Durand affirme qu'aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre la posologie, en fin de grossesse, de la BHD ou de la méthadone et l'intensité du SSNN [8]. Cependant, une consommation simultanée de benzodiazépines ou tabagique peuvent entrainer un SSNN plus sévère et plus long [49,50]. Malheureusement, dans notre étude, le problème de la poly consommation n'a pas été abordé.

Dans notre étude, quasiment tous les nourrissons ont nécessité une prise en charge médicamenteuse lorsqu'ils présentaient un SSNN. Dans l'étude d'Ebner et Al [43], ils représentaient 60% des nouveau-nés.

Il faut souligner que selon les équipes, les avis diffèrent quant à l'initiation du traitement selon les scores et le SSNN est traité de manière différente.

Actuellement, il n'existe pas de consensus national concernant le traitement médicamenteux du SSNN [51].

Finalement, il est important de prendre en compte un autre point : lorsque le nouveau-né présente un syndrome de sevrage, la séparation précoce (placement du nourrisson en secteur néonatal) pour des raisons soit de surveillance, soit de traitement médical perturbe en profondeur l'établissement de la relation mère-enfant et renforce les incompétences et la culpabilité maternelles [27].

#### 4. Allaitement et retour à domicile

Dans notre étude, aucune mère n'a allaité son enfant. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées : le refus de la mère, une mauvaise information de la part des professionnels de santé, peu d'encouragement à l'allaitement de la part du corps médical. En effet, certains professionnels sont réticents par rapport à l'allaitement, craignant l'exposition des nouveau-nés aux substances psychoactives. Or, l'allaitement est recommandé car il présente un intérêt important dans la prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né et il favorise le lien mère-enfant.

La seule contre-indication à l'allaitement maternel chez ces femmes est une sérologie VIH positive.

De plus, l'allaitement maternel est un acte qui n'est pas dénué de sens : il implique directement la jeune mère dans sa maternité voire dans sa féminité. Il réclame de la patience, et demande de la confiance dans les compétences naturelles du nouveau-né [15, 52, 53, 54, 55,56].

Sorties de la maternité, ces mères se retrouvent souvent seules à la maison, doivent assurer leurs responsabilités parentales et faire face à leurs difficultés personnelles. Les pères sont souvent absents, irresponsables ou préoccupés par d'autres centres d'intérêt. Face à un bébé « difficile » et exigeant ou parfois en phase de post sevrage, elles deviennent souvent très angoissées. Ce retour à domicile reste une période fragile où même la sécurité du nourrisson n'est pas toujours garantie. Chaque situation devrait faire l'objet d'un accompagnement et d'une surveillance bienveillante par une équipe spécialisée. Des visites régulières à domicile centrées sur les besoins de l'enfant, des consultations pédiatriques rapprochées, une aide-ménagère, sont des exemples de ce qui pourrait permettre à la mère et à l'enfant de souffler et de rencontrer des tiers [27].

#### 5. La grossesse : voie vers le changement

Compte tenu de leurs contextes de vie et du peu de perspectives qu'elles ont de se sortir d'une vie difficile, la maternité est perçue par ces femmes comme un projet déterminant, comme une possibilité de changer radicalement le cours des choses, de recommencer ; l'expérience est empreinte d'espoir. Le désir de changer leur vie a traversé toutes les entrevues. Il est notable ici que le fait de se sentir responsable de quelqu'un intervient dans la perception de soi, dans ses capacités et sa volonté de se bâtir un avenir différent et meilleur.

Les témoignages que les mères nous ont livrés, permettent d'affirmer que la maternité peut constituer un important levier de changement, pour la mère elle-même, dans ses rapports avec son milieu et finalement dans ses habitudes de vie. Toutes les patientes ont tenu des propos qui traduisaient leur volonté de rupture avec un présent ou un passé trop lourd [57].

### **a) Les relations avec son entourage**

Les changements accompagnant la naissance d'un enfant puis son éducation amènent les femmes à modifier leurs habitudes mais aussi leurs relations, et dans tous les cas à se positionner face à leur entourage propre, particulièrement avec leur famille et leur compagnon.

Concernant la famille, ces changements sont donc variables. On peut observer [58] :

- L'affirmation d'un lien qui, déjà solide, tend à se renforcer. Cela concerne très rarement dans un premier temps les parents mais des femmes proches : tante, sœur...
- Des réconciliations. Plusieurs vont ainsi chercher à reconstruire des liens familiaux, dont certains étaient rompus depuis plusieurs années. Ce « retour vers la famille » peut exiger d'elles beaucoup d'efforts et provoquer là aussi un retour sur un passé douloureux. Cependant, l'effort ne vient pas d'elles seules. En effet, des membres de leur famille vont leur offrir un soutien psychologique ou matériel. Ce type de changement peut apparaître intéressant mais il reste minoritaire et soumis à l'épreuve du temps.
- Des conflits concernant la garde de l'enfant où ces mères jugées incompétentes par leur famille proche peuvent se positionner la plupart du temps dans une attitude de résistance ou de soumission.

Concernant les amis, l'orientation des entretiens n'a pas été particulièrement favorable à l'obtention de données sur ce sujet. On dresse le constat d'un isolement relatif et d'un environnement restreint de ces femmes : on note bien peu de références à l'environnement amical dans des situations où il aurait pu être cité.

L'image paternelle qui prévaut est celle d'un père absent ou défaillant. Dans le cas où il est fait état d'un lien privilégié avec le père, des attitudes abusives et parfois violentes de sa part sont toujours rapportées.

La plupart sont toxicomanes et poursuivent l'usage de drogue. Quand les deux parents ont une consommation active de stupéfiants, les pères, dans plus de la moitié des cas n'effectuent pas la démarche de reconnaître leur enfant et dans la grande majorité des situations, à la sortie de la maternité, la mère est seule avec l'enfant [36]. Quelques-uns seulement s'occupent activement de leur bébé sans émergence de fonctions plus spécifiquement paternelles.

Lors des entretiens, nous avons pu constater que la grande majorité des couples se sont séparés, pendant la grossesse ou après l'accouchement. En fait, les femmes dépendantes éprouvent beaucoup de difficultés à penser quitter un homme avec qui elles ont vécu des moments difficiles et connu une complicité. Ce facteur constitue un obstacle à la rupture de liens souvent destructeurs. La continuité de la relation influe, il va de soi, sur la consommation des femmes. On dispose de peu de données sur la fréquence à laquelle les pères demeurent présents pendant la grossesse ou participent, par la suite, à l'éducation des enfants. Les données de la littérature estiment que le taux d'enfants de familles toxicomanes élevés par des mères célibataires est de plus de 70 % [25]. On peut donc formuler l'hypothèse que les partenaires ne semblent pas suffisamment disponibles pour procurer aux mères un soutien émotionnel, parental ou financier.

Une étude qualitative portant sur 30 femmes enceintes ou nouvelles mères trace un portrait des relations que les femmes ayant une histoire de toxicomanie peuvent entretenir avec leur partenaire masculin pendant la grossesse [59]. Ces femmes ont indiqué que le comportement de leur partenaire a eu un impact sur leur grossesse et sur leur consommation de drogues. La majorité de ces hommes étaient également des consommateurs de drogues (16 sur 24) et près de la moitié d'entre eux s'injectaient des substances. Les femmes interrogées indiquaient que la plupart de leurs partenaires, tous (sauf un) étant le père de l'enfant, se montraient préoccupés par le bébé et désiraient qu'elles cessent leur consommation. Mais seuls deux des partenaires avaient soutenu leur conjointe en réduisant eux-mêmes leur consommation. De surcroît, sept partenaires insistaient pour que leur conjointe cesse sa consommation, mais maintenant, ce faisant, leur propre consommation, augmentant, par le fait même, la pression que subissaient les femmes. Les toxicomanes ayant un partenaire non toxicomane ne disposaient pas d'un meilleur soutien.

Dans certains cas le couple est peu sexué, beaucoup plus soudé par l'appartenance au groupe que sur la différenciation sexuelle ; les relations sont plutôt fraternelles. Le conjoint se trouve donc souvent en difficulté dans l'investissement de son statut de père, d'autant plus que la femme lui laisse parfois peu de place dans la relation avec le bébé. Le

père est difficilement vécu comme le tiers dans cette relation si proche de la fusion entre la mère et son enfant [12].

Il nous semblerait particulièrement intéressant d'approfondir le thème des liens qu'entretiennent les mères toxicomanes avec le père de leur enfant, car le manque de contacts entre les enfants et leur père serait l'un des facteurs pouvant le mieux prédire les difficultés parentales et la qualité de l'interaction mère-enfant que la toxicomanie maternelle elle-même [25].

### **b) La maternité, facteur de régression de la consommation ?**

La maternité vient bouleverser profondément les parcours des femmes dépendantes ; car elle s'accompagne d'une remise en cause des modes de vie ancrés depuis plus ou moins longtemps, et offre la possibilité de faire dévier la trajectoire de consommation. En effet, la maternité est perçue comme un projet déterminant, comme une possibilité de changer radicalement le cours des choses, de recommencer ; l'expérience est empreinte d'espoir [57].

Chez la femme dépendante, l'opportunité d'une maternité peut servir de levier à une cure de désintoxication et/ou une prise de produits de substitution sous contrôle médical [60].

La majorité des mères diminuent fréquemment la prise d'opiacés pendant la grossesse. Elles réussissent parfois à l'arrêter complètement au cours de cette période ou lorsqu'elles découvrent leur grossesse. Cependant, l'ensemble des auteurs s'accordent pour dire qu'une augmentation des posologies de substitution est conseillée en fin de grossesse pour pallier une baisse du taux plasmatique en opiacés occasionnée par l'augmentation du volume circulant et le stockage des graisses [8, 41, 61]. Une baisse trop importante au troisième trimestre du taux plasmatique en opiacés pourrait entraîner une souffrance fœtale. L'importance de maintenir un taux constant aurait un rôle sur la croissance du fœtus et sur la durée de gestation [62]. Cette diminution de la consommation est le plus souvent réalisée par les femmes elles-mêmes, sans accord préalable avec le corps médical.

En revanche, la reprise de la consommation est fréquente après la naissance de l'enfant. Dans la littérature, le taux de rechute est de 50 % [63] chez les patientes ayant interrompu leur traitement pendant la grossesse. Ce taux était nettement supérieur dans notre échantillon. Cette reprise de la consommation en post-partum peut s'expliquer par l'apparition de l'enfant réel. L'accouchement est souvent vécu chez ces femmes, comme une rupture laissant une béance indicible, qui peut par conséquent réactualiser des angoisses

d'abandon ; la disparition de l'enfant intra-utérin et fantasmé, au profit de l'enfant réel, provoque alors un vide existentiel [38].

## 6. Méthadone ou Subutex pendant la grossesse ?

Concernant les produits de substitution prescrits, il n'existe actuellement pas de consensus sur le médicament de substitution à proposer en cours de grossesse [45]. Les effets bénéfiques pour la femme enceinte toxicomane et son futur bébé ne semblent pas différer entre le traitement par la méthadone et la BHD [8], mais une étude a mis en évidence que la méthadone limiterait davantage la consommation associée de substances psychoactives illicites, alors que la BHD permettrait une meilleure adhésion au traitement de substitution [50].

Notons que dans notre échantillon, plusieurs grossesses sous BHD se sont déroulées il y a plus de dix ans, soit avant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du Subutex chez les femmes enceintes (2005). La BHD a été prescrite pendant la grossesse par les médecins généralistes. L'étude multicentrique menée par le Groupe d'étude grossesse et addiction (GEGA) [8] révélait en 2003 que notre région, la Normandie, était la région où le Subutex est le plus utilisé (96%), contre 4% pour la méthadone ( $p=0.001$ ). L'accès et les délais d'attente dans les centres spécialisés sont une explication à cette différence, les femmes sous méthadone résidant le plus souvent à proximité de grands centres urbains. Ainsi, les médecins généralistes ont dû prescrire « dans l'illégalité » pendant des années la BHD chez les femmes enceintes, la méthadone devant être initiée par les Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST) ou les praticiens hospitaliers. Ainsi, l'accessibilité aux traitements de substitution en opiacés intervient dans le choix du traitement de la dépendance.

## 7. Vers un changement de regard du corps médical

### **a) Impact des représentations à l'égard des femmes dépendantes**

Les représentations des femmes ayant une addiction en tant que mères sont globalement négatives car pour les professionnels qui les prennent en charge, elles dérogent aux normes de la « bonne mère » sur le plan pénal (car l'usage de stupéfiants est illicite), social (qui fixe ce que doit être une bonne mère), médical (régissant le suivi des grossesses à risques), voire aux normes de genre, la toxicomanie étant associée au masculin [64].

Le regard que portent les équipes soignantes ou les autres professionnels sur les femmes toxicomanes va avoir une grande influence sur la façon dont elles vont être traitées

lors de leur maternité et sur les mesures qui seront prises vis-à-vis de leurs enfants. Et ce regard est ressenti par les femmes dépendantes. Toutes les femmes de notre cohorte reconnaissent malheureusement, s'être senties jugées, à tort ou à raison, par les différents professionnels de santé qu'elles ont rencontrés au cours de leur grossesse.

Pour Luttenbacher [65], la connaissance et la confrontation de ces représentations peuvent aider à démythifier la problématique de la toxicomanie et permettre une prise en charge plus adaptée. Par conséquent, un changement radical et rapide des représentations de chacun est nécessaire afin de permettre un accompagnement de meilleure qualité. Il faut renverser les préjugés, battre en brèche les idées reçues à l'origine de la peur des soignants à l'égard de ces femmes. Lorsque les peurs sont réciproques, le rejet l'est aussi. Les représentations des toxicomanes paralysent les pratiques et nécessitent un soutien important et répété par un noyau pluridisciplinaire visant à expliquer, accompagner, désamorcer les dérapages relationnels [66].

### **b) Le médecin généraliste, un rôle pivot**

Les cabinets de médecine générale représentent la structure sanitaire la plus dense et la mieux répartie sur le territoire français. C'est une structure plus souple et plus accessible que les centres spécialisés pour les patientes toxicomanes. Les médecins généralistes se caractérisent comme des acteurs de proximité, ayant une bonne connaissance de la réalité et de la population locale. Ils participent donc au lien que la femme dépendante a avec son entourage et son enfant. Ils lui permettent également d'être prise en charge dans une structure non spécialisée et donc non stigmatisante : la femme toxicomane consulte son médecin traitant comme les autres patientes.

De plus, les femmes privilégient la médecine de ville, « plus discrète », car l'illégalité de la toxicomanie leur fait craindre des problèmes avec la justice. Elles considèrent souvent l'hôpital comme un lieu où la toxicomanie est stigmatisée et où la dépendance n'est que peu ou pas du tout, prise en compte [11, 67, 68].

Comme nous l'avons déjà remarqué dans les limites de notre étude, un petit nombre de médecins suivent plusieurs personnes dépendantes alors que certains n'en suivent pas. Ce fait a aussi été relevé par l'étude CEMKA EVAL [69] qui a mis en évidence que peu de médecins généralistes prenaient en charge beaucoup de personnes dépendantes aux opiacés. 97% des traitements de substitution sont prescrits par les médecins généralistes en France. 2.5% des médecins traitants en France suivent plus de cinq patients sous Subutex et seulement 0.4% d'entre eux plus de cinq patients sous Méthadone. Ce qui signifie donc que ces médecins sont des spécialistes implicites en addictologie.

Dans sa thèse, Nadia Ben Chamakh fait référence à deux catégories de médecins : les « experts » cités ci-dessus et « ceux qui ont peur » [70]. Jean Carpentier souligne cette idée par le fait que « la relation médecin-toxicomane pose la question de l'identité du soignant » [71]. Le praticien qui a peur de ses représentations de la toxicomanie ou de la complexité de la prise en charge ne peut instaurer de relation de confiance avec son patient. Le médecin qui n'a pas peur peut s'investir avec son patient vers une progression.

En effet, c'est une relation de confiance que ces femmes cherchent et que la majorité de nos mères interrogées ont trouvé chez leur médecin généraliste au cours de leur grossesse. Pendant cette période de leur vie, c'est l'image maternelle du médecin généraliste qui est recherchée : celui qui rassure, conseille, encourage. Cette image maternelle du médecin semble surinvestie chez ces femmes par rapport aux femmes non dépendantes. Le médecin généraliste pourrait-il combler l'absence de leur propre mère ? Tout ceci rend compte de la complexité de cette relation médecin/femme toxicomane.

### **III- Freins et suggestions**

Après analyse de nos principaux résultats, nous nous sommes demandé quels étaient les principaux freins à la prise en charge de ces femmes et, par conséquent, par quels moyens nous pourrions y remédier.

#### **1. Les freins à la prise en charge**

Au niveau international, les femmes dépendantes se trouvent confrontées à des obstacles spécifiques dans l'accès à la prise en charge. En effet, les services en place ne semblent pas être suffisamment adaptés au sexe féminin.

##### **a) Freins à l'accès aux soins**

Les principaux freins à l'accès aux soins des femmes enceintes dépendantes aux opiacés comprennent [72, 73, 74, 75, 76] :

- L'accueil des enfants : Le manque de structures d'accueil des enfants est probablement le facteur limitatif le plus puissant pour ce qui est de l'accès des femmes au traitement. Bien que la société soit justement préoccupée par le bien-être des enfants, peu de programmes de traitement de l'abus de substances disposent de crédits pour assurer l'accueil des enfants ou programmer des services à l'intention de ces derniers [72].

- Un accès sécurisé des lieux d'accueil : Un local, une salle ou ne serait-ce qu'une entrée différenciée, pourraient faciliter grandement l'abord de ce service, face aux comportements agressifs fréquents de la part des hommes que les femmes ne veulent pas avoir à subir, ni pour elles, ni pour les enfants qui les accompagnent.
- Les disparités régionales des centres de soins sur le territoire. La disponibilité des traitements de substitution est loin d'être homogène sur le territoire national. La Normandie est la région où les centres de soins sont les moins nombreux, à la différence de l'Île de France et du Nord [8].
- Les informations souvent manquantes sur les options de traitement. Une étude réalisée par Simmat-Durand L sur les informations données aux femmes dépendantes montre que le flou règne actuellement sur ces questions, d'autant plus que les renseignements précis au sein même des sites médicaux font cruellement défaut. La faible mise à jour des sites gouvernementaux sur ces questions, laissant la place à des pages anciennes, voire erronées, est tout aussi préoccupante que le faible intérêt pour une réduction des risques spécifiquement dédiés aux femmes [77].

### **b) Freins sociaux, culturels et personnels**

Ces obstacles sont liés au rôle de la femme dans notre société et au comportement que l'on attend d'elle.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'utilisation de Substances psycho actives (SPA) par les femmes est plus lourdement stigmatisée que pour les hommes. La honte et la culpabilité qu'elles éprouvent font qu'elles se perçoivent comme de mauvaises mères [73]. De nombreuses femmes l'ont d'ailleurs exprimé dans notre étude. Les femmes ont souvent peur, pour des raisons bien fondées, de perdre la garde de leurs enfants, en étant considérées comme des mères indignes.

Peu nombreuses sont celles qui bénéficient de l'appui de leur famille.

On remarque aussi qu'elles privilégient la médecine de ville, « plus discrète », qui leur laisse la possibilité de pouvoir continuer à s'occuper de leur foyer. Elles préfèrent les groupes d'entraide et tentent le plus souvent de s'en sortir par elles-mêmes [78].

## **2. Suggestions pour une meilleure prise en charge**

Au détour des entretiens, via la question « et si c'était à refaire ? », au-delà des aspects plus personnels (refaire l'histoire, regrets voire remords, réussites), elles ont toutes exprimées directement ou en creux un certain nombre de préconisations : elles souhaitent

n'être ni stigmatisées, ni jugées, ni étiquetées, mais être prises en compte comme des femmes, des femmes enceintes, des mères fussent-elles toxicomanes. Leur grande inquiétude représentée par le placement de l'enfant les renvoie à leur propre histoire (abandon réel ou imaginaire, séparations, culpabilité...). Elles souhaitent être mieux informées sur le sevrage, les risques, les conséquences, les aides possibles en fonction des étapes de leur parcours (sortie d'hôpital, s'occuper de soi...) et pouvoir compter sur plus de professionnels formés à « l'aide aux mamans toxicomanes ».

Afin de répondre à leurs attentes, voici les suggestions que nous pourrions faire pour améliorer leur prise en charge :

- Renforcer la sensibilisation et l'éducation à la santé aux problèmes d'usage de drogues chez les femmes exposées aux risques et diffuser des informations sur les services disponibles. Ceci permettrait de réduire la stigmatisation et surmonter les tabous. Cela peut se matérialiser par la diffusion de brochures (à destination des femmes et des professionnels de santé), la mise à jour des données sur les sites internet consacrés à la dépendance....
- Renforcer les connaissances et les qualifications des professionnels en mesure d'identifier, d'orienter et de soutenir ces femmes. Elles ne sont souvent pas dépistées dans le cadre des soins de santé primaire ou d'autres services, parce que la question de leur utilisation de substances ne leur est pas systématiquement posée. Il est donc essentiel de former les professionnels de santé à inscrire dans leur pratique de routine le dépistage des problèmes d'utilisation de substances psychoactives (SPA). Si l'intervention se fait à un stade précoce des problèmes d'utilisation de SPA, les résultats seront améliorés. Ce dépistage se doit d'être sans jugement et doit également favoriser la discussion sur cette problématique.
- Favoriser les réseaux Ville-Hôpital. La diversité des besoins ne peut être satisfaite par un seul service. Pour les femmes, la collaboration et la coordination entre les différents services concernés sont très importantes. Il s'agit des services de traitement de l'abus de substances, des services prénataux, de gynécologie-obstétrique, des services d'aides et de protection de l'enfance, du médecin généraliste, des refuges pour femmes, des services spécialisés dans les violences sexuelles et des services de santé mentale. Il est important qu'il puisse exister des accords de partenariat entre ces services qui partagent la même patientèle. Ces services doivent s'associer pour assurer une prise en charge cohérente et adaptée aux femmes enceintes ou à celles qui élèvent des enfants, par exemple.

- Améliorer l'accès au traitement grâce à l'intervention des services de proximité à bas seuil ou d'espaces d'accueil sécurisés. Ces services permettent d'atteindre les femmes marginalisées et difficiles à contacter, et celles qui ont besoin de services plus accessibles au traitement de la dépendance aux opiacés. Ces services, réservés aux femmes, leur offre un lieu sécurisant où des interventions répondant à leurs besoins spécifiques leur sont proposées. L'objectif est de rendre possible le fait que ces femmes puissent rencontrer des personnes qualifiées sur un même lieu. Le déplacement de ces personnes renforce la sécurisation du lieu. Pour exemple, les prestations offertes pourraient concerner une aide à la parentalité, une aide à la mise en réseau des acteurs en fonction du cas, une aide à l'information...
- Promouvoir des services adaptés au genre : « Pour atteindre les femmes, les services de traitement de l'abus de substances doivent offrir des structures d'accueil des enfants, ce qui signale que les conditions de vie des femmes sont reconnues, que leurs besoins sont respectés, qu'elles-mêmes et leurs enfants sont les bienvenus, et que les services se veulent délibérément accessibles aux femmes » [72].
- Création de groupes de parole, lieu de partage des expériences vécues entre mères dépendantes où l'ayant été.
- Renforcer le soutien à la parentalité. L'un des temps majeurs de la prévention des troubles de la parentalité se situe véritablement au cours de la grossesse et à la naissance. Il s'agit d'aider les futurs parents : les préparer à l'accueil de leur enfant et de mieux repérer et anticiper les situations à risques [79]. Les professionnels du champ médico-social doivent rénover leur regard sur les parents en difficulté pour éviter leur disqualification par leur stigmatisation. Il est nécessaire de valoriser les valeurs, compétences et ressources des familles plutôt que de pointer leurs défaillances [80]. Cela passe aussi par le développement d'unités mère-enfant dont la vocation première est d'offrir un contenant à la dyade mère-enfant dans le but de soutenir l'enfant dans son développement et la mère dans son accès à la maternité, notion développée par Racamier en 1961 comme « l'ensemble des processus psycho affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité » [81]. Il s'agit donc d'aider les mères en détresse, n'arrivant pas à construire une identité maternelle satisfaisante.

- Développer le principe d'analyse des pratiques pour les professionnels de santé amenés à prendre en charge des femmes enceintes toxicomanes. Plutôt qu'un enseignement théorique délivré aux praticiens, Michael Balint estime plus pertinent de les faire travailler sur la compréhension du contre-transfert à partir de situations réelles, de cas leur ayant posé problème [82, 83]. La relation complexe du médecin avec ces femmes pourrait par exemple être abordée au cours de groupes Balint.

Un certain nombre de programmes existent déjà dans différentes régions du monde, surtout Outre-Atlantique. Tous sont gouvernés par une théorie unificatrice et un cadre de principes, qui définissent le programme de traitement, ses contenus et ses composantes [84].

Des résultats prometteurs de différents programmes de traitement des femmes dépendantes montrent que les facteurs identifiés comme étant les plus positifs sont : l'accueil des enfants, la formation à la fonction parentale, le renforcement de l'estime de soi et de la sûreté de soi, l'éducation sexuelle et la formation à la planification familiale [73, 74, 78].

Bien que la toxicomanie féminine soit un problème complexe pour le système de santé, ces programmes, répondant aux besoins spécifiques des femmes, sont la clé d'une amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie pour celles-ci et leurs enfants.

Le développement d'expériences locales modifiant la prise en charge de cette population est récent et s'est fait généralement en France dans le cadre des réseaux ville-hôpital-toxicomanie. Elles visent un partenariat offrant une approche globale des difficultés de ces jeunes mères afin de ne pas dissocier la toxicomanie et la maternité. L'extension de telles expériences à l'ensemble des services de maternité confrontés à des femmes enceintes toxicomanes est évidemment souhaitable et une littérature de recommandations pour les personnels soignants a émergé. Ainsi, l'expérience de la maternité de Port-Royal (Paris) est relatée [12, 85] après celle de Colombes [86], de Montpellier (cellule "parentalité-usage de drogues" (CPUD)) [87, 88] ou de Grasse [89].

#### **IV- La question du devenir des enfants**

La question du devenir des enfants de mère toxicomane est sensible pour la plupart des services de maternité ou de pédiatrie, ainsi que pour les mères interviewées. En effet, ce

thème a été rajouté à notre guide d'entretien étant donné que les femmes interrogées l'ont toutes abordées d'elles-mêmes et avec beaucoup d'intérêt.

Lorsque les mères mettent un point d'honneur à dissimuler leurs conduites addictives à leur enfant, elles se vivent comme permissives vis-à-vis de leur enfant, elles ne s'autorisent pas à être sévères dans la mesure où elles éprouvent de la culpabilité à l'égard de ce qu'elles nomment leurs erreurs passées.

Deren [90] décrit le sentiment d'inadéquation qu'éprouvent les mères toxicomanes. Elles expriment la crainte que leur enfant ne devienne comme elles. Autoritaires, intimidantes, elles peuvent aussi chercher à contrôler l'enfant et utiliser les punitions physiques et les menaces verbales.

Souvent, les enfants sont décrits par leurs parents comme étant quasi adultes, présentant alors des conduites autonomes précoces. En effet ces enfants, conscients des difficultés parentales, souhaitent en préserver les images. Ce d'autant plus qu'ils ont pu être les témoins involontaires des différents états et des éventuelles overdoses chez leurs parents.

L'une des constantes du discours des mères sous substitution est la crainte d'aborder leur toxicomanie avec leur enfant dans un mouvement de justification, de réparation à leur égard et la volonté de rompre totalement avec leur passé, l'enfant venant effacer magiquement toute la période précédant sa naissance.

L'avenir à long terme des enfants issus de ces grossesses est peu connu, mais toujours évoqué de manière pessimiste, avec notamment la crainte qu'ils ne développent à leur tour des comportements de dépendance à l'adolescence.

De nombreux auteurs pensent actuellement que les conséquences à long terme sur le devenir neuropsychologique de ces enfants sont beaucoup plus en rapport avec leur environnement qu'avec une conséquence directe de l'intoxication opiacée in utero, et comportent plus souvent des troubles du comportement et de la socialisation qu'une véritable baisse des fonctions cognitives. Le pronostic est donc essentiellement social [91].

La difficulté du suivi de cohortes est réelle, les nourrissons et leurs parents disparaissant au fil du temps. Quelques études, portant sur de petits effectifs, car c'est une population rare et l'entreprise est lourde, s'y essayent néanmoins, selon différentes méthodologies. Les caractéristiques sociales souvent très précaires des mères amènent des difficultés d'interprétation. Il faudrait pouvoir suivre des cohortes de nourrissons de mères non toxicomanes mais de caractéristiques sociales proches pour pouvoir tirer des

conclusions valables sur l'influence de la prise de toxiques. Ce biais méthodologique est retrouvé dans la plupart des études (pas de groupe témoin) [33].

Des témoignages d'enfants de parents toxicomanes pourraient aussi faire l'objet d'une recherche afin notamment d'évaluer leur détresse morale, leur souffrance mais également leurs capacités à s'investir dans des relations sociales et familiales. Des études portant sur des adolescents de parents toxicomanes seraient sans doute riches d'enseignements sur l'après-coup de ce vécu infantile, et les incidences éventuelles de cette conduite parentale sur les choix de vie de l'adolescent et ses capacités à investir une vie de famille.

Finalement, le devenir psychologique et développemental des enfants repose essentiellement sur la capacité de l'environnement familial à assurer à l'enfant une stabilité affective et éducative [92].



Ce travail nous a permis de mieux comprendre les enjeux que représente la venue d'un enfant dans l'économie psychique des femmes dépendantes aux opiacés. Il nous amène à revoir notre prise en charge avec plus d'humanisme et d'empathie à l'égard de ces femmes. De nombreux travaux pourraient faire suite à notre étude, s'intéressant notamment au père et/ ou aux enfants, comme nous avons pu le faire remarquer dans notre discussion.

## **CONCLUSION**

Les femmes enceintes dépendantes aux opiacés forment un groupe à haut risque de morbidité périnatale. La complexité de ces situations et le lien entre les conduites addictives, le style de vie et le fonctionnement psychique de ces patientes nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

La grossesse est clairement un moment privilégié, porteur d'un potentiel plus ou moins grand de changements dans leur trajectoire de vie. Certes la durée et la solidité de ce changement sont difficiles à estimer. La période de la grossesse représente une période relativement courte dans la vie d'une femme, mais elle apparaît porteuse de potentialités pour elles et peut servir de levier pour la mise en place d'interventions par les professionnels pour les femmes enceintes toxicomanes et leur entourage.

La maternité peut être une opportunité pour l'introduction d'un soutien médico-psychosocial à long terme, dont le but est d'aider ces mères à ne plus dépendre des opiacés, à acquérir une estime de soi, une autonomie et une prise de conscience leur permettant de prendre soin d'elles-mêmes et de leur enfant.

Pour les professionnels, il s'agit, durant cette période, d'effectuer un travail d'accompagnement vers la maternité. Le développement des réseaux Ville-Hôpital doit se poursuivre. Cette prise en charge pluridisciplinaire doit fournir des services efficaces par un travail en partenariat et un effort de formation et de réflexion autour de la toxicomanie. Ceci n'est possible que dans un cadre d'écoute bienveillante, et sans stigmatisation de ces familles.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Cadet-Taïrou A, Saïd S. Profil et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. Tendances n°98. Janvier 2015
- [2] Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Conférence de consensus. Lyon : HAS. 2004
- [3] Cadet-Taïrou A. et Dambélé S., Héroïne et autres opiacés, Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis, OFDT, 2013, pp. 242-250.
- [4] Sart L., Opiacés et grossesse : état des connaissances en Champagne-Ardenne, complications, prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux opiacés et proposition d'un référentiel de PEC obstétrical. Reims ; 2007
- [5] Touzeau D, Courty P. Opiacés, réduction des risques et poly consommation. La Presse Médicale. déc 2012;41(12, Part 1):1192-200
- [6] Lamy S. et Thibaut F. « État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes », L'Encéphale 2010 (36): 33-38
- [7] Lejeune C. (2007), Conséquences périnatales des addictions, *Arch. Pédiatr.*, 14, p. 656-658
- [8] Lejeune, C. and L. Simmat Durand, Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. 2003, Paris: OFDT
- [9] Cohen-Salmon J, Marty F, Missonnier S. Addiction et grossesse : du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né. La psychiatrie de l'enfant. 2011;Vol. 54(2):433-68.
- [10] United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Traitement et suivi des femmes pour abus de substances: études de cas et enseignements. New York; Vienne: Nations Unies ; L'Office; 2005.
- [11] Stocco P. Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. Psychotropes. 14 janv. 2008;Vol. 13(3):251-65.
- [12] Franchitto M.C., Peyrefort E., Tellier G. Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. Toxibase, 2000, n°2, 1-12

- [13] Lejeune C. Conséquences périnatales des addictions. Archives de Pédiatrie. juin 2007 ; 14(6):656-658
- [14] Collectif, Pharmacodépendance aux opiacés, grossesse et parentalité, Le Flyer, 2003, (Hors-série n°1), 1-75
- [15] Micard S, Brion F. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés : enquête française et européenne. Arch Pédiatr 2003,10:199-03
- [16] Brulet C, Chanal C, Ravel P, Mazurier E, Boulot P, Faucherre V. Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes: 114 grossesses suivies en 5 ans. La Presse Médicale. Nov 2007;36(11, Part 1):1571-1580.
- [17] Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). Gastroentérologie Clinique et Biologique. 2007 ; Vol 31 : 44-50
- [18] Blumenthal Susan J., 1998. "Women and substance abuse : a new national focus." in Drug addiction research and the health of women, edited by R.A.B. Wetherington Cora Lee. Rockville: National Institute on drug abuse, 13-32
- [19] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;volume 19(n°84):142-5.
- [20] Sanséau P.Y. Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de gestion : pertinence, positionnement et perspectives d'analyse, *Recherche qualitatives*, 2005. Vol. 25(2), pp.33-57.
- [21] Bertaux D. L'enquête et ses méthodes : le récit de vie. 2e ed. Paris : Armand Collin ; 2005.
- [22] Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010/09; (102) : pp. 23-34
- [23] Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin ; 2007.132p
- [24] Kaufmann J.C. L'enquête et ses méthodes : L'entretien compréhensif.2e ed. Paris : Armand Colin ; 2007.
- [25] Guyon L., De Koninck M, Morissette P, Chayer L. Toxicomanie et maternité : un projet

possible : Une synthèse des connaissances actuelles. Montréal. Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie ; 1998

[26] Kissin WB, Svikis DS, Morgan GD. Characterizing pregnant drug-dependant women in treatment and their children. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001 ; 21 : 27-34

[27] Haesevoets Y-H. 5. Les enfants de parents toxicomanes : du désir d'enfant au risque de la parentalité. *Oxalis*. 1 nov 2008;111-50.

[28] Estienney A., *Mère et toxicomanie : histoires de vie*. Université de Franche Comté, 2008

[29] Bordes N., Pinganaud S. *Stupéfiants et grossesse, mémoire pour le diplôme de sage-femme*, Bordeaux. 1996

[30] Gibier L. *La Femme enceinte toxicomane, principes de prise en charge*. *Interventions*, 1999, (68), 3-8

[31] Lejeune C., Jubert C., Floch-Tudal C. *Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants*. Journées parisiennes de pédiatrie, 1998, Flammarion Médecine-Sciences.

[32] Simmat-Durand L, Miossec E, Toutain S. *Grossesse et poly consommations de substances psychoactives : modifications de la clientèle et des prises en charge, 1999-2008*. *Santé publique* vol 13. 2011

[33] Simmat-Durand L. *Grossesse et drogues illicites*. *Déviance et Société*. 2002;26(1):105

[34] Darchis-Bayart É. *Si la maternité m'était contée*. *Imaginaire & Inconscient*. 1 nov 2001;no 4(4):43-56.

[35] Ebert J., Lacrouts-Negrier N., Roux C. *Maternité, interactions mère-enfant et toxicomanie*. OFDT, Centre Horizons. 2001-08,112p

[36] Rosenblum O. *Les enfants et leurs parents toxicomanes*. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. oct 2000;13(7):405-11.

[37] Redding, BA. Selleck, CS. *Perinatal Substance Abuse: Assessment and Management of the Pregnant Women and Her Children*. *Nurse Practitioner Forum*, 1993.4(4), 216-223.

[38] Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Collection Science de l'Homme Payot Paris, Payot, 1995, 464 p.

- [39] Chassevent A. Maternité et conduites addictives, enjeux et intérêts de l'addictologie de liaison en périnatalité. Nantes 2008.
- [40] Esquivel T., Les enfants de parents toxicomanes. Toxibase. 1994,4, 1-15
- [41] Pouclet O. Méthadone et grossesse : revue récente de la littérature. Le flyer 2003 ; HS 1 : 9-14
- [42] Jacques C. Toxicomanies et Parentalité : enquête réalisée auprès des médecins généralistes belges francophones accompagnant des usagers de drogues. Le flyer 2003 ; HS 1 : 17-24
- [43] Ebner N, Rohrmeister K, Winklbaur B. Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to opioid maintained women. Drug Alcohol Depend 2007; 87 (2-3) : 131-8
- [44] Loustaneau A, Auriacombe M, Daulouede JP. La buprénorphine est-elle une alternative potentielle à la méthadone pour le traitement de la femme enceinte toxicomane ? Ann Med Interne Paris. 2002 ; 153 Suppl 7 : 2S31-36
- [45] Lejeune C, Aubisson S, Simmat-Durand L. Syndrome de sevrage des nouveau-nés de mères toxicomanes substituées par la méthadone ou la buprénorphine haut dosage : étude multicentrique prospective de 246 cas. Ann Med Interne 2001; 152 Suppl 7: 21-7
- [46] Goff M, O'Connor M. Perinatal Care of Women maintained in methadone. Journal of Midwifery and women health 2007; 52 (3); 23-26
- [47] Jansson LM, Di Pietro J, Elko A. Fetal response to maternal methadone administration. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 611-7
- [48] Jones HE, Johnson RE, Jasinki DR. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependant patients: effects on the neonatal abstinence syndrome. Drug alcohol depend 2005; 79 (1): 1-10
- [49] Berghella V, Lim PJ, Hill MK. Maternal methadone dose and neonatal withdrawal. Am J Obstet Gynecol 2003; 189 (2): 312-7
- [50] Fischer G, Ortner R, Rohrmeister K. Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double blind, double-dummy comparison study. Addiction 2006; 101 (2): 275-81
- [51] Deman AC. Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mères dépendantes aux opiacés. Le Flyer 2003; HS 1: 25-26

- [52] Jansson ML, Velez M, Harrow C. Methadone maintenance and lactation: a review of the literature and current management guidelines. *Journal of Human Lactation* 2004; 20(1):62–71
- [53] Mc Carthy JJ, Posey BL. Methadone levels in human milk. *JHL* 2000 ; 16 (2) : 115-120
- [54] Voyron JL. Allaitement maternel, addictions et traitement de substitution aux opiacés. CSAPA Le Pélican. Chambéry. 2014
- [55] Branger B, Flamant C, Brehu S. Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né. Réseau sécurité naissance. 2011
- [56] Jernite M, Viville B, Diemunsch P. Allaitement maternel et traitement substitutif par la buprénorphine. *Arch Pediatr* 2000 : 7 :1014-15
- [57] GuyonL, De Koninck M, Morissette P. Toxicomanie et maternité, un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille « recréée ». *Drogues, santé et société* 1,1. Montréal 2002. 1-25
- [58] Lahaye D, Ricaux G. Femmes et mères toxicomanes : contribution à un diagnostic de situation sur le département de la Marne. Etude exploratoire. Reims. 2008
- [59] Lewis S, Klee H, Jackson M. Illicite drug users' experiences of pregnancy: an exploratory study. *Journal of reproductive and infant Psychology*. 1995 (13) ; 219-227
- [60] Lejeune C. Spécificités de prise en charge de certaines populations : femmes enceintes toxicomanes et périnatalité. *Abus, dépendance et poly consommation : stratégies de soins*. 2007
- [61] Drozdick J, Berghella V, Hill MK, Kaltenbach K. Methadone trough levels in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1184-1188
- [62] Finnegan LP. Women, pregnancy and methadone. *Heroin Add. And Rel. Clin Probl.* 2(1). 2000. 1-8
- [63] Wang EC. Methadone treatment during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1999; 28(6): 615-22
- [64] Simmat-Durand, L. « La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions », *Déviance et Société*. 2007, 31, p. 305-330

- [65] Luttenbacher C., « La mère toxicomane et l'enfant : incidence des représentations sur la prise en charge », *Psychotropes*, 1998, 4, (2), 21-34
- [66] Mazurier E, Chanal C, Misraoui M, Toubin RM, les puéricultrices de la structure hospitalisation du bébé en maternité. De la femme à l'enfant, les liens interprofessionnels autour de la femme enceinte toxicomane. *Archives de Pédiatrie*. 2000;7, Supplément 2:281s-282s.
- [67] Perdriau J-F, Bâcle F., Lalande M., Fontaine A. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, étude prospective de suivi de 95 patients, OFDT, Avril 2001
- [68] Jacques C. Toxicomanie et parentalité : enquête réalisée auprès de médecins généralistes belges francophones accompagnant des usagers de drogues. *Pharmacodépendance aux opiacés, grossesse et parentalité*, Le Flyer, 2003, (Hors-série n°1), 17-24
- [69] Etude CEMKA EVAL. Evolution de la prise en charge des patients toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001. Paris. OFDT. 2002
- [70] Ben Chamakh N. La relation médecin-malade : expériences et point de vue des patients toxicomanes suivis en médecine générale. Angers. 2014
- [71] Carpentier J. Des toxicomanes et des médecins : un drame en trois actes et quarante-sept tableaux. Le Harmattan, 2000
- [72] Office des Nations unies contre la drogue et le crime. Traitement et suivi des femmes pour abus de substances : Etudes de cas et enseignements. 2004
- [73] Poole N, Dell CA. Toxicomanie au féminin. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 2005
- [74] Curie JC. Meilleures pratiques : traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ottawa. Santé Canada. 2001
- [75] Simmat-Durand L. Actualités bibliographiques. Grossesses et drogues illicites. *Déviations et société* 2002 ; 26(1) : 105-26
- [76] Mutatayi C. Accueil addictologique et médico-social de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011. Saint Denis. Mars 2014

- [77] Simmat-Durand Laurence, « Les forums internet, lieux d'échanges et d'informations sur les grossesses sous Subutex », *Psychotropes* 1/ 2010 (Vol. 16), p. 73-96
- [78] Depostis P. Addictions : cherchez la femme. *Le courrier des addictions* 2004 ; 6(2) : 47-49
- [79] Hermange MT. Périnatalité et parentalité. Paris 2006
- [80] Boisson M, Verjus A. La parentalité, une action de citoyenneté : une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale. Dossier d'étude n°62. *Allocations familiales* ; Nov 2004
- [81] Sellenet C. Essais de conceptualisation du terme parentalité. Paris X Nanterre, 2010, 10p
- [82] Lagadec AM. L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences : ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs. *Recherche en soins infirmiers* n°97. Juin 2009
- [83] Fablet Dominique, « Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative. », *Connexions* 2/2004 (n°82) , p. 105-117
- [84] Courty P. La toxicomanie féminine. *La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale* 1999 (29) : 59-62
- [85] Michel N, Rivière M, Le Bot N. Toxicomanie chez la femme enceinte. Prise en charge spécialisée à Port-Royal entre 1998 et 2007. Nov 2008
- [86] Lejeune C., Évolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants, *Archives de Pédiatrie*, 2000. 7 suppl. 2. 283-284
- [87] Chanal C, Toubin RM, Benos P. Cellule parentalité et usage de drogues : résultats périnataux et psychosociaux. 2006
- [88] Chanal C, Toubin RM, Mazurier E. Enceinte et toxicomane : une expérience de suivi et d'accompagnement pluridisciplinaire au CHU de Montpellier. *Le Flyer HS* n°1, juin 2003
- [89] Capponi J. et al. 1999, Prise en charge des patientes utilisatrices de drogues en phase d'accouchement au centre hospitalier de Grasse, Réseau Toxicomanie, ville Hôpital GT 06, décembre.
- [90] Deren S. Children of substance abusers: a review of the literature. *Subst Abuse Treat* 1986; 3: 77- 94

[91] Lejeune C, Ropert JC, Montamat S, Floch-Tudal C, Mazy F, Wijkhuisen N, et al. Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane. Mars 2008.

[92] Rosenblum O. Les enfants et leurs parents toxicomanes. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Oct. 2000;13(7):405-11.

## **ANNEXE 1 : Critères de la dépendance**

### **Manifestations présentes au cours des 12 derniers mois :**

1. Tolérance (besoin de quantités majorées d'alcool pour une intoxication ou l'effet désiré ; ou effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool)
2. Sevrage (syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool ; ou l'alcool est pris dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage)
3. Alcool souvent pris en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que le patient ne l'aurait envisagé .
4. Désir permanent ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation d'alcool
5. Temps considérable passé à se procurer de l'alcool, le consommer ou récupérer de ses effets
6. Des activités sociales, occupationnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites du fait de l'alcool
7. Poursuite de l'utilisation de l'alcool malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique

PERSONNE DÉPENDANTE : au moins trois critères présents

**Figure 1 : Critères DSM IV de la dépendance**

- |  |
|--|
| <p><b>A.</b> Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.</p> <p><b>B.</b> Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.</p> <p><b>C.</b> Plaisir ou soulagement pendant sa durée.</p> <p><b>D.</b> Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.</p> <p><b>E.</b> Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.</li><li>2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.</li><li>3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.</li><li>4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.</li><li>5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.</li><li>6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.</li><li>7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.</li><li>8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.</li></ol> <p><b>F.</b> Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.</p> |
|--|

**Figure 2 : Critères d'A. Goodman**

## ANNEXE 2 : Score de Finnegan

FINNEGAN	Signes et symptômes	Score	...h	.....	.....
	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			
<b>Troubles du SNC</b>	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			
<b>Troubles métaboliques vasomoteurs, respiratoires</b>	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				
<b>Troubles gastro-intestinaux</b>	Succion excessive	1			
	Difficultés d'alimentation	2			
	Régurgitations	2			
	Vomissements en jet	3			
	Diarrhée + (selles molles)	2			
Diarrhée + (selles liquides)	3				
<b>SCORE TOTAL</b>					

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.

## ANNEXE 3 : Score de Lipsitz

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		

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

## **ANNEXE 4 : Accord du CPP**

### COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD-OUEST I

Hôpital Charles Nicolle - Pavillon de l'Aubette  
1, rue de Germont - 76031 ROUEN cedex  
☎ 02 32 88 84 46 - Fax : 02 32 88 80 53  
E. mail : CPP.NordOuest1@chu-rouen.fr

Rouen, le 13 juin 2014

Président : F. BAUER  
Vice-présidente : B. GEFFROY  
Secrétaire Général : Th. DELANGRE

**Madame Marie BACHELET-SARAZIN**

Madame,

Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I, agréé par arrêté ministériel en date du 31/05/2012, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Haute-Normandie en date du 28/06/2012, lors de sa réunion du jeudi 12 juin 2014, a examiné le protocole intitulé « Vécu de la grossesse des femmes dépendantes aux opiacés ».

Le Comité ne voit pas d'objection au déroulement de votre travail de recherche.

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

  
Professeur Fabrice BAUER  
Président

## **ANNEXE 5 : Guide d'entretien**

### **Le vécu de la grossesse des femmes dépendantes aux opiacés**

#### **GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**

Bonjour,

Je suis Marie SARAZIN, médecin généraliste remplaçante, et je travaille actuellement sur ma thèse qui concerne le vécu de la grossesse chez les femmes dépendantes aux opiacés.

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Je vous rappelle que je suis tenue au secret professionnel et que toutes les données qui seront retranscrites sont anonymes.

L'objectif principal de cette étude est de comprendre et d'améliorer la qualité de la prise en charge des grossesses des femmes dépendantes aux opiacés par les médecins traitants en tenant compte de vos attentes et vos souhaits.

Il s'agit d'un entretien enregistré, en face à face, que vous pouvez interrompre à tout moment. Si vous ne souhaitez pas aborder certains points, libre à vous de ne pas le faire.

*Lecture et signature du formulaire de consentement*

#### **Données générales :**

Age

Statut

Logement

Profession

Niveau scolaire

Nombre d'enfants, âge, garde

Traitement de substitution en cours

#### **Entretien :**

1 Pouvez-vous me raconter le déroulement de votre grossesse ? Comment avez-vous vécu cette période ?

2. Quelle a été la place de votre dépendance aux opiacés durant votre grossesse ?

- 3 Quelle a été la place de votre entourage durant votre grossesse ? (père de l'enfant, famille, amis...)
4. Que pouvez me dire de votre relation avec les professionnels de santé durant votre suivi de grossesse ? Quelles ont été les difficultés rencontrées ?
5. Cette grossesse a-t-elle changé des choses dans votre vie ?
6. Quels conseils donneriez-vous aux professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des grossesses des femmes dépendantes aux opiacés ?
7. Finalement, si vous deviez résumer le vécu de votre grossesse en 3 mots, ce serait ?
8. Aujourd'hui, avec vos enfants, comment cela se passe-t-il ?

## **ANNEXE 6 : Formulaire de consentement**

### **Département Universitaire**

### **De Médecine Générale**

Faculté de médecine et de pharmacie 22, Bd Gambetta 76000 Rouen

#### **NOTE D'INFORMATION**

##### **Coordinateur de la recherche**

Dr Jean Thiberville Département Universitaire de Médecine Générale

**Adresse: 22 Boulevard Gambetta 76000 Rouen**

##### **Investigateur**

**Nom: Marie Bachelet-Sarazin**

**Adresse: 22 Boulevard Gambetta 76000 Rouen**

Vous êtes invitée à participer à une étude menée par le Département Universitaire de Médecine Générale. Si vous participez à cette étude, il vous faudra signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

#### **1- Procédure de l'étude**

Vous serez interrogée au cours d'un entretien en face à face que vous pourrez interrompre à tout moment. Vous serez sollicitée sur la façon dont vous avez vécu votre grossesse. Vous serez aussi sollicitée sur vos souhaits et vos propositions de fonctionnement.

#### **2- Risque potentiel de l'étude**

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Le fait de vous interroger sur votre vécu de la grossesse peut éventuellement vous faire revivre des moments de votre vie qui vous ont été difficiles. Si vous le souhaitez, ou si l'investigateur l'estime l'entretien pourra être stoppé, et un éventuel recours de soins vous sera proposé.

#### **3- Bénéfices potentiels de l'étude**

-Vous comprendre pour mieux vous soigner.

-Améliorer la qualité de la prise en charge des grossesses des femmes dépendantes aux opiacés par votre médecin traitant en tenant compte de vos attentes et vos souhaits

-En aucun cas cette étude n'est un moyen de diagnostic ou de traitement pour votre (éventuel) problème de santé.

#### 4- **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude, ou de mettre fin à votre participation à n'importe quel moment, sans avoir à vous justifier, et sans craindre aucune conséquence. Vous devrez simplement en informer l'investigateur.

#### 5- **Obtenir des informations complémentaires**

Si vous avez besoin d'aide, ou des questions concernant l'étude, n'hésitez pas à faire appel à Marie Bachelet-Sarazin ou Jean Thiberville. A la fin de l'étude, si vous le désirez, nous vous ferons part des résultats obtenus.

#### 6- **Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles**

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le DUMG de Rouen et l'équipe du Dr Jean Thiberville se proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès et modifier vos données à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement. Gardez-en une copie.

---

Je soussignée ..... déclare accepter librement de participer à l'étude concernant le vécu de la grossesse chez les femmes dépendantes aux opiacés, travail effectué par Marie Bachelet-Sarazin dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Fait à ....., le .....

Signatures :

**ANNEXE 7 : CD gravé de la retranscription des entretiens  
semi-dirigés et de l'analyse des données**

AUTEUR : BACHELET Marie

TITRE : Vécu de la grossesse des femmes dépendantes aux opiacés

RESUME : **Introduction** : La dépendance aux opiacés rend les grossesses à très haut risque médico-social. De nombreuses études descriptives ont été réalisées sur ces grossesses, notamment en milieu hospitalier et du point de vue du soignant. L'objectif de l'étude est de documenter le vécu des patientes dépendantes aux opiacés au regard d'une grossesse passée ou en cours, de décrire les points essentiels de leurs trajectoires, de leurs stratégies psycho-sociales afin d'améliorer la compréhension de leur expérience de la maternité à partir de leur propre point de vue.

**Méthodologie** : Notre étude qualitative par entretiens semi-dirigés a permis l'interview de 11 femmes dépendantes aux opiacés.

**Résultats et discussion** : Ces mères ont témoigné de leur combat réussi, bien souvent grâce à leur (s) enfant (s). La culpabilité éprouvée par ces femmes est au cœur des entretiens. Leur rapport aux opiacés, la présence de leur entourage, le syndrome de sevrage du nouveau-né sont, entre autres, des thèmes qui ont été développés. Ces femmes se sont montrées en quête de reconnaissance d'un statut de bonne mère. Elles ont aussi révélé la nécessité pour les professionnels de santé de se comporter de façon empathique. Un suivi attentif et personnalisé de la grossesse chez les femmes toxicomanes, ainsi qu'un soutien médical et psychosocial semblent primordial.

**Conclusion** : Une politique d'attention et de considération envers ces patientes doit être au cœur de l'action. Le développement d'un travail en réseau multidisciplinaire doit être maintenu.

MOTS CLES : Maternité, grossesse, dépendance aux opiacés, toxicomanie, substitution.

THESE : Médecine générale – année 2015. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen.