



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-femmes Albert FRUHINSHOLZ

LIEN MERE-ENFANT EN CAS DE TOXICOMANIE

Évaluation de la prise en charge

*Enquête auprès des sages-femmes du Service Mère-Enfant
de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.*

Mémoire présenté et soutenu par
Gwennaëlle DROITCOURT

Directeur de mémoire : Madame PICHON Marie-Laure

Sage-femme enseignante

Expert : Madame le Docteur ROTHENBURGER Sophie

Psychiatre

Promotion 2013

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire Marie-Laure Pichon et mon expert de mémoire Sophie Rothenburger pour les précieux conseils qu'elles m'ont apportées et les échanges que nous avons eu tant dans mes recherches que dans la rédaction de ce travail.

Ensuite, je voudrais remercier tout particulièrement les sages-femmes qui ont pu me consacrer du temps afin de participer à mon étude : sans ces dernières mon mémoire n'aurait jamais pu être réalisé.

Un grand merci aussi à mes proches pour leurs encouragements, leur soutien et leur aide précieuse dans la relecture de mon mémoire.

SOMMAIRE

Sommaire	3
Préface	5
Introduction	6
Partie 1: Cadre conceptuel	7
1. Spécificités psychologiques de la femme dépendante influençant le lien mère enfant.....	8
1.1. La dépendance aux substances psycho-actives.....	8
1.2. La maternité dans le contexte de la toxicomanie.....	10
2. La prise en charge en maternité.....	13
2.1. Prise en charge médicale de la mère.....	13
2.2. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né.....	16
2.3. Prise en charge psychologique de la mère.....	17
2.4. Prise en charge sociale de la mère.....	18
3. Organisation en réseau de soin.....	19
4. Prise en charge à la maternité régionale universitaire de Nancy.....	21
4.1. En anténatal.....	21
4.2. En post-partum.....	22
Partie 2: Etude.....	24
1. Présentation de l'étude, méthodologie.....	25
1.1. Problématique.....	25
1.2. Objectif et hypothèses.....	25
1.3. Élaboration du questionnaire.....	25
1.4. Population et période de l'étude.....	26
2. Résultats.....	27
2.1. Prise en charge de la mère.....	27
2.2. Prise en charge du nouveau-né.....	30
2.3. Prise en charge du lien mère-enfant.....	31
2.4. Rapport à la famille.....	33
2.5. Lien entre professionnels.....	35
2.6. Éléments à améliorer et propositions d'amélioration.....	37
3. Analyse des résultats.....	41
3.1. Biais de l'étude.....	41
3.2. Facteurs influençant le lien.....	41
3.3. Rapport à la famille.....	43
3.4. Observation de la mise en place du lien mère-enfant.....	43
3.5. Lien entre professionnels.....	44
3.6. Améliorations à apporter.....	46
3.7. Hypothèses.....	46
3.8. Propositions.....	47

Conclusion.....	49
Bibliographie	50
TABLE DES MATIERES	53
Annexe 1: Score de Lipsitz	I
Annexe 2: Score de Finnegan.....	II
Annexe 3: Fiche médico psycho-sociale.....	III
Annexe 4: Guide d'entretien	VII
Annexe 5: Entretiens.....	IX

PREFACE

Au cours de mes études et de mes stages de sages-femmes, je me suis vite retrouvée confronter à des femmes toxicomanes, consommatrices régulières ou non de substances psycho-actives. J'ai pu observer vis-à-vis de ces femmes un malaise, souvent accompagné de difficultés d'approche de la part de certains personnels de l'équipe médicale.

J'ai eu l'occasion au cours de mon premier stage de première année d'assister à une consultation d'une patiente toxicomane en suites de couches avec une infirmière de l'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanies. Les problèmes sociaux de ces femmes et les difficultés supplémentaires qu'elles peuvent rencontrer en maternité me sont apparus sous un nouvel angle depuis cette consultation.

Je souhaite à travers ce mémoire réaliser une double approche tant médicale que psychosociale afin de mieux comprendre cette situation particulière que rencontrent les sages-femmes vis-à-vis des patientes toxicomanes et ainsi proposer des améliorations en fonction des problèmes soulevés.

Introduction

Le nombre de femmes enceintes ayant un problème de dépendance aux opiacés varie de 500 à 2500 par an, en France. L'importance du suivi de ces femmes vient du fait qu'elles ont des grossesses à risques obstétricaux : augmentation du risque de fausses couches, de prématurités, de retards de croissance. Mais le suivi est également important pour améliorer leur situation socio-économique et médicale dans le post-partum. Ainsi, la construction du lien mère enfant et le développement de l'enfant pourront se faire dans de meilleures conditions. En effet, des études ont montré qu'il y avait moins de placements si les mères étaient prises en charge de façon précoce et spécifique [21].

Beaucoup d'études sont réalisées autour des thèmes de la prise en charge de la grossesse et le suivi à long terme après la sortie de maternité. La période du post-partum en maternité est peu abordée alors qu'il s'agit du moment où les premiers échanges se créent entre la mère et l'enfant. Ainsi, la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (M.R.U.N.) a mis en place un réseau de suivi dans la période prénatale organisé par une sage-femme référente en addiction. De plus, une unité Kangourou a été mise en place en 2010 qui prend notamment en charge les enfants de mères toxicomanes. Le questionnement de ce travail se pose ainsi temporellement sur la période postnatale. Quelle prise en charge y est réalisée ? Comment la sage-femme favorise-t-elle la mise en place du lien mère-enfant notamment depuis l'ouverture de l'unité Kangourou qui a modifiée les pratiques ?

En première partie, nous développerons les spécificités psychologiques de la femme dépendante influençant le lien mère enfant, puis la prise en charge en maternité et l'organisation en réseau décrites dans la littérature et enfin la prise en charge à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Dans une deuxième partie, nous analyserons les entretiens réalisés avec les sages-femmes de suites de couches pour évaluer la prise en charge réalisée, l'évaluation par les sages-femmes de cette prise en charge et leur place dans cette prise en charge. Nous présenterons ainsi les problèmes rencontrés par les sages-femmes et apporteront des propositions de solutions.

Partie 1: Cadre conceptuel

1. SPECIFICITES PSYCHOLOGIQUES DE LA FEMME DEPENDANTE INFLUENÇANT LE LIEN MERE ENFANT.

Les antécédents et la personnalité de la femme dépendante aux substances psycho-actives auront un impact direct sur le processus de la maternité. La maternité est définie par les transformations des émotions et du fonctionnement psychique d'une mère du début de la grossesse à la première année de la vie de l'enfant.

1.1. La dépendance aux substances psycho-actives.

D'une manière générale, nous allons définir ce que sont l'addiction et la dépendance, ce qui les caractérise. Quel peut être le lien de l'individu avec le produit ?

1.1.1. Addiction et dépendance : lien au produit.

L'addiction se définit par l'asservissement d'un sujet à l'usage d'une drogue dont il a contracté l'habitude par un emploi plus ou moins régulier.

Une personne est dépendante dès lors qu'elle ne peut plus se passer de consommer des substances psycho-actives sous peine de souffrance physique et psychique. La dépendance se définit (DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4* et CIM-10 - Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes) par une augmentation de tension, d'angoisse avant la prise, et d'une perte de contrôle de soi pendant la prise de substances. Un phénomène de tolérance apparaît ; la personne doit augmenter les doses de produits pour atteindre la sensation habituelle. Si elle n'a pas accès au produit, survient alors un syndrome de sevrage. Le désir de drogue se transforme en besoin. Ce besoin doit être satisfait de manière immédiate pour éviter la souffrance physique et psychique. La place du produit augmente dans la vie de la personne au détriment d'autres activités et le contrôle de la consommation devient difficile. La personne dépendante ne peut arrêter sa consommation malgré les problèmes physiques, psychiques et sociaux qu'elle entraîne.

[32]

La prise de substances psycho-actives permet de combler un manque, d'accéder

au plaisir et d'oublier des souffrances internes. La prise du produit permet de ne pas faire face à la perte, à la rupture. Les relations sociales pouvant amener à de nouvelles ruptures sont alors remplacées par la prise de produit qui est toujours présent. Les personnes dépendantes ressentent alors un sentiment de toute puissance et pensent à tort contrôler leur relation au produit. [10]

Parmi les femmes toxicomanes, certains antécédents psychologiques et sociaux se retrouvent de manière fréquente dans la littérature. Il est cependant difficile de savoir quelles spécificités sont directement liées à la toxicomanie.

1.1.2. Antécédents et personnalité de ces patientes.

Selon une étude de l'Institut de Recherche Européen sur les Facteurs de Risque dans l'Enfance et l'Adolescence (IREFREA) [33] et une étude de REGAN et Coll. [4], on trouve régulièrement des situations de négligences ou de maltraitance avec des violences physiques ou psychiques dans l'enfance des personnes toxicomanes. On retrouve des situations conflictuelles avec la mère. Dans d'autres cas, on décrit une image du couple parental déséquilibré avec une mère valorisée et un père dévalorisé ou absent [27, 29, 31]. Il existerait alors une relation fusionnelle avec la mère qui peut empiéter sur la construction de la femme aboutissant au développement de sentiments ambivalents de la jeune femme envers sa mère. L'utilisation de drogues est plus fréquente chez les parents ou dans la fratrie de femmes toxicomanes. Ces situations entraînent souvent des carences narcissiques liées à des relations précoces discontinues et incohérentes. La carence narcissique est une mauvaise construction de l'image de soi qui aboutit à une auto-dévalorisation et à certains troubles du comportement.

On retrouve plus souvent des états de dépressions, une alexithymie qui est une difficulté à évoquer ses sentiments.

Une étude américaine a montré qu'il y avait plus de troubles mentaux chez les toxicomanes. Les comorbidités les plus fréquentes sont les troubles anxieux, les troubles affectifs, les personnalités antisociales, la schizophrénie. Les troubles tels que agressivité, irritabilité, alternance d'accès euphoriques et de moment dépressifs sont plutôt des conséquences de la toxicomanie. [3, 27]

Le corps est peu investi, au niveau de l'identité féminine. Des difficultés d'identité sont décrites chez ces femmes avec « *l'aspect androgyne (ANGEL, 1983), les*

analogies avec le rapport au corps chez l'anorexique (BRUSSET, 1988), la dégradation physique et les attaques contre le corps (EBERT, 1988) ». [31]

1.2. La maternité dans le contexte de la toxicomanie.

Les femmes enceintes ayant un problème d'addiction, comme toutes les femmes, vont créer un lien d'attachement à leur fœtus puis à leur enfant. Mais elles ont vécu plus souvent des situations de ruptures dans leur vie et sont plus souvent carencées sur le plan narcissique avec une angoisse à mettre en place des liens par peur de la rupture. Le lien peut être difficile à mettre en place si l'attachement principal de la femme est au produit consommé [23] et cela va entraîner une compétition entre le produit et le bébé. La femme enceinte doit suivre un cheminement qui lui permettra de construire son identité de mère.

1.2.1. Enfant imaginaire et enfant réel. [8, 24, 30]

L'enfant imaginaire est la représentation psychique que la mère se fait de son enfant avant sa naissance. Pour la femme dépendante, la grossesse peut être un moyen de se sortir de sa situation de dépendance en diminuant sa consommation au produit. En effet, l'enfant donne à la mère une motivation externe à l'arrêt du produit qu'elle n'arrive pas à trouver en elle. L'enfant imaginaire est alors vu comme son sauveur, et le réparateur de relation à sa mère. Cet enfant imaginaire peut aussi être celui qui va venir réparer les conflits familiaux et protéger sa mère des sentiments d'agressivité et de culpabilité qu'elle éprouve envers sa propre mère [24, 30]. Il peut également être perçu comme un être comblant qui lui permet d'atteindre la plénitude recherchée lors de la prise du produit, on a ainsi une compétition entre le bébé et le produit [30]. Après la naissance, face à l'enfant réel, ces femmes qui pensaient que leur enfant allait réparer leur vie peuvent être déçues, ébranlées et angoissées par cet enfant qui est complètement dépendant d'elle [24], dont les besoins physiques doivent être comblés rapidement. La mère peut être mal à l'aise face à ce fonctionnement d'immédiateté qui rappelle celui des toxicomanes. La confrontation entre l'enfant imaginaire secourant sa mère et l'enfant réel dépendant d'elle peut amener la mère à être tantôt aimante quand l'enfant se rapproche de son idéal, tantôt repoussante quand elle se sent démunie face à son enfant. En conséquence, il en résulte une relation désorganisée rendant difficile la mise en place d'un lien d'attachement bien sécurisant.

1.2.2. Interactions mère-enfant. [4, 23, 27, 29]

Les liens d'attachement se mettent en place dans les premières interactions mère-enfant. Une compétition entre le produit consommé et l'enfant a lieu. Ces mères essayent d'arrêter leur consommation pour leur enfant, mais cet arrêt peut amener de grandes pertes pour la mère. En effet, certaines femmes dépendantes ne connaissent que des personnes consommatrices et l'arrêt de leur consommation entraîne une perte de tout leur réseau social. On voit ainsi qu'il sera plus difficile pour ces femmes d'arrêter car elles se trouveraient seules sans soutien pour s'occuper de l'enfant. La place du conjoint est aussi très importante s'il favorise la femme dans son identité maternelle. Pour d'autres femmes, la prise de substances psycho-actives peut être un mécanisme de défense. Des difficultés rencontrées avec l'enfant peuvent amener la femme à reprendre une consommation si elle n'est pas bien soutenue.

La littérature médicale décrit différents modes d'interactions entre les mères toxicomanes et leurs enfants bien qu'ils ne leurs soient pas spécifiques.

L'interaction entre la mère et l'enfant se réalise sous forme d'alternance entre rapprochement et rejet. L'investissement se fait d'une part, sous forme de fusion avec rapprochement physique et affectif allant jusqu'à la surexcitation lorsque l'enfant est idéalisé; et d'autre part, le rejet prend forme par une attitude de repli sur soi, d'indisponibilité vis-à-vis de l'enfant lorsque celui-ci est vu de manière « encombrante ». De plus, lorsque l'attitude de l'enfant ne correspond pas à celle attendue par la mère, celle-ci peut le ressentir comme un abandon et une trahison. Cet abandon peut amener la mère, si elle n'est pas soutenue à trouver son appui dans les conduites de consommation. En revanche, si l'enfant est trop proche, elle peut se sentir envahie et être angoissée par la dépendance du bébé et donc chercher à mettre une distance avec lui. Pour d'autres mères, la dépendance à l'enfant se caractérise par une idéalisation de l'enfant qui la prémunit contre la toxicomanie.

La culpabilité, l'anxiété et la dépression sont des facteurs qui vont encore compliquer le lien entre la mère et l'enfant.

Les femmes dépendantes ont généralement des problèmes de représentation de leur corps. Des difficultés peuvent en résulter dans leur lien avec l'enfant. Ainsi, elles ne comprennent pas ou mal les besoins physiques de l'enfant. De plus, les interactions tactiles sont plus hésitantes. Les besoins de l'enfant sont nombreux et immédiats. La

mère peut avoir des difficultés à s'adapter au rythme du bébé et à répondre de manière adaptée à ses besoins. Par exemple, des suralimentations sont retrouvées pour répondre à l'excitation du nouveau-né, reproduisant leur propre fonctionnement.

Dans le cas particulier du syndrome de sevrage, le bébé aura des difficultés à maintenir un état de vigilance visuelle ce qui perturbe le contact par le regard.

Lorsque la mère n'est pas substituée ou lors de rechutes dans le post-partum, les effets d'angoisse avant la prise et la perte de contrôle pendant la prise vont venir perturber la relation mère-enfant. Dans le cas des opiacés, quand la femme est en syndrome de sevrage les symptômes sont physiques, des céphalées, des douleurs musculaires, des sueurs par exemple, associés à de l'anxiété, une irritabilité, une agitation et des troubles de la concentration. Pendant cet état, la femme sera concentrée sur la recherche du produit. La prise d'opiacés qui est un dépresseur du système nerveux central permet à la personne dépendante d'avoir une sensation de plaisir lors du flash puis de retrouver un état d'apaisement. A ce moment, la mère sera de nouveau disponible pour son enfant. Ainsi, le désinvestissement de la mère pour l'enfant s'explique par son manque lié à la recherche de l'effet procuré par le produit et au temps consacré à la recherche et l'obtention de ses produits. L'enfant vit des relations discontinues avec sa mère.

Ayant décrit les antécédents des patientes toxicomanes et les spécifiques de leur maternité, nous avons jugé utile de décrire les prises en charges entre autres décrites dans la littérature et dont l'objet concourt à améliorer la mise en place du lien mère-enfant.

2. LA PRISE EN CHARGE EN MATERNITE.

Les grossesses des femmes dépendantes sont des grossesses à risques. Ainsi, elles bénéficieront d'un suivi plus rapproché. Le suivi de la grossesse est un suivi multidisciplinaire. Il permet de mettre en place un suivi à long terme.

2.1. Prise en charge médicale de la mère.

2.1.1. Pendant la grossesse.

Un diagnostic tardif de la grossesse peut exister. En effet, les opiacés entraînent une aménorrhée et ces femmes ont des difficultés avec l'image de leur corps, pouvant les amener à penser qu'elles ne sont pas fertiles et donc à ne pas envisager une grossesse comme étant possible [8, 24, 30]. La prise en charge de la grossesse est alors retardée.

Les femmes en situation de dépendance sont souvent passées par de nombreuses ruptures dans leur vie telles que des ruptures familiales, sociales, professionnelles. Il est important de ne pas mettre ces femmes dans de nouvelles situations de ruptures en ayant des discours non coordonnés par exemple, mais de créer des liens entre les différents intervenants. Pour cela, il est nécessaire de travailler en réseau avec une personne coordinatrice formée en addictologie, qui fera le lien entre les différents intervenants depuis le suivi de la grossesse jusqu'au suivi postnatal.

La Haute Autorité de Santé recommande de dépister au cours de la première consultation toutes les situations de vulnérabilités. La sage-femme doit faire un bilan des produits licites et illicites consommés et permettre à la patiente d'accéder à une aide au sevrage dans un service médico-social spécialisé. La sage-femme doit également apporter des informations sur les risques liés à la consommation de ces substances pour le nouveau-né. Le sevrage brutal aux opiacés est déconseillé pendant la grossesse en raison des risques de souffrance fœtale et de mort in utéro [8, 15]. De plus, en cas de sevrage pendant la grossesse, la rechute dans les premières semaines après l'accouchement est très fréquente entraînant des perturbations du lien mère-enfant et plus de séparation mère-enfant. La prescription d'un traitement de substitution par Méthadone® doit être mise en place par un médecin d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention de l'Addictologie (CSAPA) si la femme n'en

bénéficie pas. Dans le cas où la femme est déjà bien substituée sous buprénorphine haut dosage (Subutex®), on ne change pas la substitution sauf en cas de mésusage où l'on passera alors à une substitution par méthadone. La substitution doit être équilibrée et adaptée à la situation de la femme ; il peut alors être nécessaire d'augmenter les doses en fin de grossesse en raison de l'augmentation du volume sanguin pendant la grossesse.

La substitution permet à la femme : de ne plus être dans l'illégalité, de ne plus avoir de dépenses pour sa toxicomanie, de ne plus être dans la recherche du produit, d'être équilibrée ce qui évite les symptômes de manque. Ainsi, il y a une amélioration de sa qualité de vie et une disponibilité plus grande pour sa grossesse puis par la suite pour son enfant.

La recherche de maladie virale chronique doit être réalisée au cours de la grossesse, la proportion d'infection à l'hépatite C étant importante chez les mères dépendantes : 66 % dans une étude française de 2006. [14]

La consultation avec l'anesthésiste doit permettre d'envisager le soulagement de la douleur pendant le travail et l'accouchement en adaptant l'analgésie en fonction des drogues consommées.

2.1.2. Pendant le post-partum.

Pendant l'hospitalisation en secteur mère enfant, le discours des différents professionnels devra être cohérent pour sécuriser la mère. Cela implique des transmissions précises [22]. De cette façon, une relation de confiance pourra s'installer avec la mère. Ainsi sécurisée, elle pourra elle-même être plus sereine avec son bébé.

Concernant le problème de dépendance, il est important de continuer le traitement de substitution si elle en a un, afin d'éviter le manque qui rend la mère indisponible physiquement et psychologiquement à son enfant.

Certaines patientes non prises en charge pendant la grossesse pour leur problème d'addiction, ne disent pas aux équipes soignantes qu'elles sont dépendantes aux opiacés. Il en résulte un syndrome de manque à l'hôpital et ces femmes peuvent demander à sortir contre avis médical.

Si une femme n'est pas suivie pour son problème d'addiction et que l'équipe l'apprend au cours de l'hospitalisation en salle de naissance ou en suites de couches, cela peut être l'occasion de rencontrer un professionnel du CSAPA en accord avec la patiente pour mettre en place un traitement [1]. Ainsi, cette démarche permet à la patiente d'une part, d'avoir un traitement dans la légalité, d'autre part, de ne pas faire de syndrome de

manque et enfin de pouvoir être plus disponible pour son enfant.

L'allaitement maternel peut être encouragé pour améliorer le lien mère enfant sous plusieurs conditions :

- si la mère ne prend pas d'autres produits à l'exception des produits de substitution ;
- si la dose des produits de substitutions n'est pas trop importante (méthadone à moins de 30 mg) pour éviter un syndrome de sevrage décalé chez l'enfant ;
- si elle n'est pas atteinte de maladie virale chronique telle que l'infection au VIH.

L'allaitement maternel pourrait diminuer la sévérité du syndrome de sevrage et le temps d'hospitalisation mais les études sont encore discordantes sur le sujet [18].

La contraception doit être mise en place avant la sortie de la femme. En effet, certaines femmes n'avaient pas de contraception en raison d'une aménorrhée due à la prise d'opiacés ; mais la substitution mise en place pendant la grossesse permet de retrouver des cycles réguliers.

Le lien sera fait avec le CSAPA ou le médecin traitant à la sortie de la patiente pour le suivi de sa substitution.

La femme aura souvent rencontré une sage-femme libérale ou de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans le cadre du suivi de sa grossesse en raison des différents risques obstétricaux, psychologiques, sociaux. Le lien avec la PMI étant réalisé en anténatal, la sortie sera organisée avec la personne qui a suivi la patiente pour prévoir la visite d'une puéricultrice ou de la sage-femme [6]. Celles-ci peuvent aider la mère si elle le souhaite, par la continuité des encouragements et du soutien vis-à-vis de la mère dans son lien avec l'enfant, l'enfant pouvant être agité, irritable, dormir mal et avoir des difficultés d'alimentation pendant plusieurs mois après un syndrome de sevrage. La sage-femme sera attentive au risque d'apparition d'une dépression postnatale: la mère pourrait ne plus supporter l'état de l'enfant et des négligences pourraient avoir lieu. S'il est présent, il est important d'impliquer le père dans les soins et de l'aider à trouver sa place de père : il peut alors relayer sa compagne dans les situations plus difficiles. La femme peut également se sentir seule du fait d'une coupure avec son ancien réseau relationnel de personnes dépendantes [23]. L'utilisation de personnes ressources comme ses parents, pourront aider la femme à se sentir mieux et à éviter les rechutes de consommations.

2.2. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né.

Chez l'enfant, un syndrome de sevrage néonatal peut commencer jusqu'à la fin de la première semaine de vie. Pour cette raison, la durée d'hospitalisation peut varier d'une semaine à dix jours suivant les maternités. Une recherche de toxiques dans les urines du nouveau-né est réalisée pour apprécier l'imprégnation du nouveau-né et anticiper l'arrivée d'un syndrome de sevrage.

Le syndrome de sevrage est la conséquence de l'interruption brutale de l'apport en opiacés ou de sa substitution chez l'enfant. Ce syndrome apparaît en moyenne à 37,5 heures de vie pour la buprénorphine haut dosage, à 45 heures de vie pour la méthadone et dans les 24 heures pour l'héroïne mais l'apparition peut être plus tardive [12]. Dans ce cas, l'enfant peut être irritable, demander beaucoup d'attention et être peu valorisant pour la mère [12, 16].

Le syndrome de sevrage, ses signes cliniques, l'éventualité d'une hospitalisation ainsi que ses modalités devront être expliqués à la mère avant l'accouchement, généralement par le pédiatre ou la sage-femme référente pour que la mère s'y prépare.

L'évaluation de l'intensité de ce syndrome se fait à l'aide des scores de Lipsitz (annexe I) ou de Finnegan (annexe II) sur des signes cliniques tels que trémulations, irritabilité, hypertonie, etc. L'évaluation avec ces scores se fait avec la mère pour l'impliquer dans le suivi de son enfant. Le score doit se faire à un moment où l'enfant est calme après une tétée.

Si le score de Lipsitz est supérieur à 8 ou si le score de Finnegan est supérieur à 11 ou supérieur à 8 à deux reprises, le syndrome de sevrage est considéré comme sévère, l'enfant devra alors recevoir un traitement par chlorhydrate de morphine nécessitant une hospitalisation pour surveillance [12, 13].

Quelque soit l'intensité du sevrage, des soins de nursing sont importants pour calmer l'enfant [7, 12, 13, 25]. Les enfants sont hyperexcitables donc il faut diminuer les stimulations extérieures telles que le bruit, la lumière, le réveil pour des soins. Le portage, l'emballotement et le bain enveloppé sont utilisés pour contenir le nouveau-né et ainsi le rassurer. Cela permet de diminuer le recours au traitement par morphiniques [26].

Il est important que l'équipe de l'unité Kangourou (ou soins en berceau) ou

l'équipe de néonatalogie implique la mère dans ces soins de nursing pour la revaloriser dans son rôle de mère dans un moment où sa culpabilité est très forte. En effet, dans le cas d'un syndrome de sevrage chez l'enfant, les mères se sentent responsables et ressentent la douleur de leur enfant en miroir de leur propre expérience du manque [7, 10].

2.3. Prise en charge psychologique de la mère.

Les femmes toxicomanes ont souvent peur d'être de mauvaises mères par rapport au regard de la société. A la naissance de l'enfant, il paraît important que la femme soit valorisée dans son rôle de mère et rassurée sur ses capacités. La femme doit être entourée par l'équipe, sans jugement pour qu'elle puisse avoir confiance en elle [23].

L'accouchement peut amener une sensation de vide avec un déplacement de l'intérêt de l'entourage de la mère vers l'enfant. Certaines femmes interprètent le comportement de leur bébé comme un rejet contre elle. En effet, le bébé s'il a un syndrome de sevrage peut être irritable, pleurer beaucoup, être difficile à calmer. Ainsi, si le comportement du bébé est expliqué, on évite de mauvaises interprétations de la part de la mère. Le syndrome de sevrage apporte aussi un sentiment de culpabilité chez la mère. Les difficultés à calmer un enfant qui a un syndrome de sevrage peuvent être source chez la mère d'angoisse, de mésestime de soi et d'affect dépressifs risquant d'entraîner une reprise de substances psycho-actives [29]. La surveillance de l'apparition d'une dépression est renforcée chez ces patientes plus fragiles.

Dans ce contexte de changement identitaire et de fragilité, la prise en charge psychologique paraît essentielle d'autant plus qu'il y a souvent une comorbidité psychiatrique. En cas de comorbidités psychiatriques, si la femme présente une angoisse, une dépression ou de la culpabilité dans le post-partum, il est utile de lui proposer de rencontrer un psychiatre, un psychologue ou un pédopsychiatre.

Ce dernier revient sur les inquiétudes de la mère et peut également expliquer certaines actions des professionnels auprès d'elle. De plus, il recherche des problèmes psychiatriques antérieurs, 50 % de ces femmes présentant des comorbidités psychiatriques [26]. Le suivi peut se continuer sur une longue période tant que la mère en a besoin. Le suivi psychologique à long terme peut être significativement augmenté chez ces femmes après une prise en charge pendant la grossesse et l'hospitalisation [21].

2.4. Prise en charge sociale de la mère.

Les femmes dépendantes sont plus souvent dans une situation de précarité.

En effet, dans une étude de Charlotte BRULET portant sur 114 femmes enceintes dépendantes aux opiacés et prises en charge par la cellule « parentalité et usage de drogues » de Montpellier : 23,7 % des patientes travaillaient, 78,1 % touchaient des allocations en début de grossesse contre 94,7 % en fin de grossesse. La couverture sociale était effective pour 90,4 % en début de grossesse et pour toute les patientes en fin de grossesse. [2]

Dans l'enquête GEGA (Groupe d'Étude Grossesse et Addictions), sur 259 femmes enceintes substituées, on retrouve que 61 % des femmes, inclus dans l'étude, étaient en couple contre 93 % dans la population générale la même année. De plus, lorsque le père est présent il est lui-même toxicomane dans 39 % des cas. L'enquête montre aussi que 12 % des femmes seules ont des ressources provenant du travail contre 46 % des femmes vivant en couple. Les femmes vivant seules sont ainsi dans une plus grande situation de précarité. [17]

Ainsi, on constate que l'instauration rapide d'un suivi par une assistante sociale est très importante dans le suivi de la grossesse de ces femmes, afin qu'elles puissent accéder aux aides sociales auxquelles elles peuvent prétendre. L'assistante sociale s'assure que la mère puisse rentrer de la maternité dans un domicile adapté pour elle et son enfant. Des aides sont mises en place en fonction des besoins nécessaires pour améliorer leurs conditions de vie [6, 11].

Ainsi, nous avons constaté que la prise en charge des femmes enceintes dépendantes répondait à de nombreux besoins médico-psycho-sociaux nécessitant la participation de divers professionnels de domaines différents, somatique, psychique et social, entourant la femme tout au long de sa maternité. La multiplicité des professionnels nécessite une coordination de manière à répondre aux besoins de la manière la plus cohérente.

3. ORGANISATION EN RESEAU DE SOIN.

Le réseau de proximité est constitué de différents professionnels de santé : ceux-ci sont différents selon les maternités. On retrouve : une sage-femme référente en addictions qui coordonne le travail du réseau, une sage-femme libérale, des sages-femmes hospitalières, des obstétriciens, un pédiatre, des assistantes sociales, un pédopsychiatre, la PMI, des anesthésistes, des pharmaciens, et des spécialistes de la toxicomanie (médecins généralistes et Centre de Soins et de Consultation de Toxicomanes (CSCT)). [6, 11, 19, 22, 26, 28]

La sage-femme référente organise d'une part, la rencontre entre le couple (ou la mère) et les professionnels, et d'autre part, une ou des rencontres entre professionnels selon la situation. Les rencontres entre les différents intervenants sont essentielles pour comprendre le fonctionnement de chacun, leurs limites, les problèmes qu'ils rencontrent, et prendre des décisions de prises en charge communes. Ainsi, les différents acteurs s'aident et se soutiennent mutuellement dans une prise en charge difficile afin que les parents bénéficient d'une continuité dans leurs soins et dans les discours reçus. Les réunions entre professionnels permettent de réorienter le suivi et de s'adapter à chaque cas, de construire un accompagnement adapté à la patiente et à ses besoins, plutôt que d'intégrer la femme dans un suivi rigide préétabli et donc inadapté. Les réunions peuvent se faire de manière programmée, comme un staff de parentalité, ou de manière ponctuelle rassemblant précisément les intervenants autour d'une femme quand se présente un problème, quand la situation est très précaire et inquiétante pour l'enfant à naître. [22, 26]

La sage-femme référente peut apporter ponctuellement par ses connaissances un soutien à l'équipe quand cela est nécessaire.

Le retour d'information sur le devenir de la mère et de l'enfant permet de garder les équipes mobilisées et d'augmenter leurs implications pour les futures mères toxicomanes en leur montrant l'intérêt et l'importance de leurs actions.

Dans certaines équipes, comme celle de Montpellier, le pédopsychiatre aide les professionnels à comprendre les patientes quand il les a vues. Il aide également à analyser les situations où il y a eu des problèmes de compréhensions entre les parents et l'équipe. Il redonne confiance aux équipes dans leurs compétences et leur travail respectifs. Le pédopsychiatre travaille également avec la sage-femme référente sur son

ressenti par rapport aux patientes, sur ses conduites à tenir vis-à-vis de la compliance des patientes et leurs états psychiques [22]. Tout cela permet de renforcer le réseau de proximité pour qu'il soit plus efficace.

Le réseau périnatal est quant à lui un élément de soutien et de formation des professionnels [19, 26]. La formation des différents intervenants à la prise en charge des patientes, ayant un problème de dépendance, permet ainsi de dépasser leurs représentations et leurs peurs et d'avoir une bonne connaissance de la toxicomanie [21, 22, 26].

Nous allons maintenant nous focaliser sur la prise en charge à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, lieu de mon étude.

4. PRISE EN CHARGE A LA MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY.

4.1. En anténatal.

Les femmes ayant une dépendance à des substances psycho-actives sont préférentiellement suivies par la sage-femme référente en addictions de la maternité depuis 2004. Lors de la première consultation, la sage-femme explique les modalités du suivi de la grossesse qui prévoit des consultations rapprochées tous les quinze jours ainsi qu'une consultation avec un gynécologue obstétricien en cas de grossesse non incidentée par ailleurs. Chaque consultation se découpe en deux axes :

- le suivi obstétrical de la grossesse
- le suivi de la prise en charge liée à la toxicomanie.

La sage-femme complète un dossier de suivi spécifique ajouté au dossier obstétrical de ces patientes : il s'agit de la « fiche médion psycho-sociale ». On retrouve dans ce dossier la situation socio-économique de la patiente, la consommation de la patiente, la liste des professionnels qui sont en relation avec elle ainsi que leurs coordonnées, les personnes ressources qui peuvent aider la femme en cas de besoin, la confidentialité vis-à-vis de la famille, les modalités de prises en charge en hospitalisation discutées au cas par cas en staff de parentalité, etc. (Annexe III)

Dans le même temps, la sage-femme revient sur la consommation de la patiente, explique les risques obstétricaux et pour l'enfant ceux liés aux différents produits. Dans le cas de dépendance aux opiacés, la sage-femme adresse la patiente, avec son accord, au CSAPA pour la mise en place d'une substitution par méthadone si elle n'est pas déjà substituée. Le rendez-vous est pris par la sage-femme pendant la consultation. Un sevrage des autres drogues est demandé. L'ordonnance de la prescription de la substitution est incluse au dossier obstétrical pour que celle-ci puisse être poursuivie pendant une hospitalisation. Le tabagisme souvent associé doit être diminué et une consultation de tabacologie est proposée. La recherche de toxiques urinaires est réalisée au sixième mois de la grossesse ou s'il y a un doute sur la prise de toxiques puis à l'entrée en salle de naissance. La femme doit être informée de la nature de la recherche urinaire et doit recevoir ses résultats. Une recherche de sérologies (sypilis, hépatite B,

hépatite C, HIV) est réalisée à la déclaration de grossesse puis au neuvième mois.

Sur le plan obstétrical, le suivi échographique sera renforcé par une surveillance de la croissance à 29 SA. Un suivi du bien-être fœtal par monitoring est réalisé une fois par semaine par une sage-femme libérale à partir de 34 SA. Le choix de la modalité d'allaitement est discuté. Le choix de la mère est renseigné dans le dossier. La contraception pour le post-partum est discutée en fin de grossesse pour qu'elle puisse être mise en place dès l'hospitalisation en suites de couches.

La sage-femme met en place des liens avec les différents professionnels :

- Un rendez-vous avec l'assistante sociale est pris rapidement pour vérifier les droits sociaux de la patiente, ses revenus, son hébergement afin d'organiser au mieux l'arrivée de l'enfant dans de bonnes conditions.
- La PMI est mise au courant de la grossesse par la sage-femme avec l'accord de la patiente.
- Une consultation avec la pédopsychiatre de la maternité est systématiquement proposée en cours de grossesse.
- Un rendez-vous est pris avec le pédiatre entre le septième et le huitième mois de grossesse pour permettre d'expliquer aux parents les modalités de surveillances et de traitements d'un éventuel syndrome de sevrage ainsi que les modalités du suivi de l'enfant.
- La consultation d'anesthésie est prévue au huitième mois comme pour toutes les patientes.

4.2. En post-partum.

L'hospitalisation dure au moins sept jours. Le suivi obstétrical, réalisé par la sage femme de suites de couches, est le même que pour toutes patientes. Le traitement substitutif est poursuivi, il est délivré par la sage-femme à heure régulière avec les médicaments de l'hôpital, le traitement de la patiente étant gardé en réserve pour lui rendre à la sortie. La mise en place de la contraception doit être faite avant la sortie. La sage-femme référente passe voir la patiente pour revenir sur l'accouchement et prendre un rendez-vous pour la visite postnatale. La sage-femme du service organise le relais avec les différents professionnels, indiqués dans la fiche "médico psycho-sociale", qui suivent la patiente.

Le nouveau-né est quant à lui suivi par le service de l'unité Kangourou. Une recherche de toxiques urinaires est réalisée chez l'enfant avant 48 heures de vie. Les résultats de la recherche des toxiques urinaires de la femme prélevée en salle de naissance et ceux de l'enfant sont communiqués à la mère. Une surveillance de l'apparition d'un syndrome de sevrage néonatale est réalisée par le score de Lipsitz. Si le score est supérieur à 8, une hospitalisation est envisagée en accord avec le pédiatre pour la mise en place d'un traitement. Dans ce cas, un accompagnement des parents est réalisé pour permettre un maintien du lien mère-enfant. En l'absence de syndrome de sevrage, l'examen du nouveau-né par le pédiatre est réalisé au septième jour de vie pour la sortie. Une consultation avec le pédiatre doit être prévue trois semaines après la sortie.

Depuis 2010, une unité Kangourou existe à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. C'est un service qui permet une surveillance plus importante des enfants à risques qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés en service de néonatalogie pour surveillance cardiorespiratoire. Cela permet d'éviter la séparation de la mère et l'enfant car l'enfant reste avec sa mère dans la chambre sauf pour d'éventuels examens. Avant l'ouverture de l'unité Kangourou, les enfants de mères toxicomanes étaient également en chambre avec leur mère mais suivis par l'équipe de l'unité mère-enfant. Ainsi la proximité mère-enfant n'a pas changé mais l'équipe qui s'occupe du couple mère-enfant est scindée en deux.

Partie 2: Etude

1. PRESENTATION DE L'ETUDE, METHODOLOGIE.

1.1. Problématique.

À la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, le suivi prénatal des femmes toxicomanes est bien organisé par une sage-femme référente, le suivi post-partum se fait en suites de couches par la sage-femme du secteur qui ne voit la patiente que brièvement. De plus, l'organisation du service a récemment changé avec la mise en place de l'unité Kangourou.

Face à ces patientes particulières et à ce changement d'organisation, on se demandera quelle est l'évaluation de la prise en charge des patientes toxicomanes dans le post-partum par les sages-femmes de suites de couches.

1.2. Objectif et hypothèses.

Notre objectif est de faire un état des lieux de la prise en charge des patientes toxicomanes par les sages-femmes de suites de couches, d'analyser l'évaluation de cette prise en charge par ces sages-femmes afin d'identifier quelles améliorations pourraient être apportées.

Nos hypothèses de travail sont les suivantes:

- La prise en charge des patientes toxicomanes est moins personnalisée qu'en anténatal.
- La prise en charge du lien mère enfant par les sages-femmes s'est détériorée depuis l'ouverture de l'unité kangourou.
- Il existe des difficultés de communications entre l'unité kangourou et les sages-femmes de suites de couches, ces difficultés de communications étant délétères pour la prise en charge du lien.

1.3. Élaboration du questionnaire.

Le questionnaire (Annexe IV) a été construit suivant différents axes en fonction des personnes avec lesquelles la sage-femme interagit dans sa prise en charge ainsi

qu'une partie sur les améliorations. Il se découpe ainsi en six axes d'étude:

- La prise en charge de la mère,
- La prise en charge du nouveau-né,
- La prise en charge du lien mère-enfant,
- La famille de la patiente,
- Les liens entre les professionnels,
- Les éléments à améliorer et des propositions d'améliorations.

Les questions sont ouvertes amenant à des réponses brèves ou longues. Ce questionnaire a été validé par Madame Rothenburger, expert de ce travail et Madame Pichon, directeur de mémoire. Dans un second temps, Madame Romestaing, sage-femme référente en addictions, m'a apporté ses propres observations sur le sujet.

Le questionnaire constituait une trame d'entretiens semi-directifs, enregistrés pour les trois premiers. En raison d'un problème d'enregistrement, les interviews suivantes ont été prises en notes.

1.4. Population et période de l'étude.

La population est constituée des sages-femmes de suites de couches de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur la période du 15/10/12 au 04/11/12, soit dix-neuf sages-femmes de gardes sur cette période.

Les sages-femmes ont été interrogées sur leur lieu de travail. Chaque entretien durait entre vingt et trente minutes. Je me suis adaptée à l'organisation du service et j'ai donc été amenée à me déplacer de nombreuses fois.

Sur les dix-neuf sages-femmes présentes en suites de couches sur cette période, j'ai pu rencontrer quinze d'entre elles et treize ont répondu à mon questionnaire. Les deux sages-femmes qui n'ont pas répondu n'avaient jamais eu à prendre en charge de patientes toxicomanes car elles avaient trop peu d'expérience au sein du service.

Critère d'exclusion: certaines sages-femmes travaillent dans plusieurs services, celles qui n'étaient pas en suites de couches pendant cette période n'ont pas été incluses dans l'étude.

2. RESULTATS.

Les résultats sont présentés par grands thèmes.

2.1. Prise en charge de la mère.

2.1.1. Le syndrome de manque.

Les sages-femmes décrivent que le plus souvent le syndrome de manque n'apparaît plus grâce au suivi en anténatal.

Différents symptômes de manques observés :

	n=13
Transpiration, sueurs	8
Tremblements	6
Douleurs, mal être	6
Nervosité, agitation	4
Irritabilité, agressivité	4
Froideur	1
Logorrhéique	1
Éternuement	1
Pas de signe car bonne régulation	3

Pour trois sages-femmes, il n'existe pas de signes car les patientes sont substituées. Elles méconnaissent les femmes pour lesquelles il n'y a pas de prise en charge de la toxicomanie avant l'accouchement soit parce qu'elles ne l'ont pas révélé en anténatal ou parce qu'elles arrivent de manière inopinées.

Les symptômes de manques cités le plus souvent sont la sueur, les tremblements, et la douleur. Ces signes sont des signes physiques, les symptômes psychiques sont les moins souvent repérés.

2.1.2. Prise en charge psychologique.

Nous avons demandé aux sages-femmes comment elles repéraient les difficultés psychologiques des patientes.

Les difficultés psychologiques telles qu'angoisse et culpabilité sont principalement repérées par l'échange avec la patiente (10/13) puis par l'observation (5/13).

La moitié des sages-femmes éprouvent des difficultés à repérer les difficultés psychologiques des patientes toxicomanes car elles ont du mal à entrer en contact avec les patientes (refus des patientes de communiquer). Parmi ces sages-femmes, quatre éprouvent des difficultés car elles n'arrivent pas à cerner les patientes, à savoir si elles mentent ou non.

L'évaluation des sages-femmes est différente suivant leur expérience et leur vécu; par exemple, une sage-femme éprouve des difficultés car elle « [s'est] déjà fait avoir, il y a un problème de confiance ».

De plus, une autre sage-femme déplore que les patientes se confient davantage au personnel de l'unité kangourou au détriment de la sage-femme. Celle-ci a donc moins accès aux difficultés de la patiente.

Moyens mis en œuvre par les sages-femmes face aux difficultés psychologiques rencontrées.

	n=13
Rassurer la patiente	2
Essayer de parler avec la patiente	1
Discuter avec la patiente	4
Essayer d'avoir la même écoute que pour d'autres patientes	1
Être plus à l'écoute de la patiente	1
Faire appel à d'autres professionnels (psychiatre, assistantes sociales)	9
Proposer de voir le psychologue/psychiatre si besoin	2

Les sages-femmes répondent à ces difficultés par le dialogue avec la patiente et par le recours à d'autres professionnels (assistante sociale, psychiatre) suivant les cas.

Neuf sages-femmes utilisent le dialogue dont :

- Une sage-femme essaie de parler avec la patiente mais rencontre des difficultés car les patientes ne veulent pas toujours parler et un problème de temps se pose suivant la charge de travail.
- Une sage-femme essaie d'avoir la même écoute que pour d'autres patientes mais se

sent mal à l'aise vis-à-vis de ces patientes.

Neuf sages-femmes font facilement appel à d'autres professionnels en cas de difficultés des patientes. Quatre d'entre elles font directement appel à d'autres professionnels sans dialogue avec les patientes. Les sages-femmes qui font appel directement à d'autres professionnels ne sont pas toutes des sages-femmes qui éprouvaient des difficultés à dépister ces problèmes.

La sage-femme qui remarquait que les patientes se confiaient plus à l'unité Kangourou, trouve qu'elle a donc un rôle moins important. Cela peut s'expliquer car la relation de confiance ne se fait pas avec elle mais avec un autre professionnel et que celui-ci aura alors certainement plus de facilité à aider la patiente.

2.1.3. Évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Evolution de la prise en charge depuis l'ouverture de l'unité Kangourou:

	n=13
Pas de changement	6
Prise en charge fractionnée	2
Prise en charge plus difficile	3
Unité kangourou a plus de temps à accorder aux mères et aux nouveau-nés	3

Pour six sages-femmes, l'ouverture de l'unité kangourou n'influe pas sur la prise en charge de la mère. Nous avons effectivement constaté que l'unité Kangourou prenait en charge le nouveau-né, laissant à la sage-femme la prise en charge de la mère comme auparavant et la prise en charge de la mère semble donc logiquement identique.

Pour trois sages-femmes, l'unité Kangourou a plus de temps pour les mères et les nouveau-nés. Les sages-femmes ne s'occupent plus de la prise en charge spécifique du nouveau-né qui prend beaucoup de temps.

Pour deux sages-femmes, la prise en charge est fractionnée. Il y a moins de liens dans la prise en charge.

Enfin pour trois sages-femmes, la prise en charge est plus difficile car elles sont moins présentes et ont donc une relation différente avec la femme, incluant un rôle moins important.

2.2. Prise en charge du nouveau-né.

2.2.1. Surveillance vis à vis de la toxicomanie maternelle.

On a cherché à évaluer si les sages-femmes connaissaient la surveillance particulière des nouveau-nés de mères toxicomanes.

Surveillance de l'enfant de mère toxicomane:

	n=13
Score de Lipsitz	8
Score de Lipsitz, cite quatre items du score	1
Trois items du score de Lipsitz	2
Deux items du score de Lipsitz	1
Toxiques urinaires	2
Alimentation	2
Sommeil	1

Le score de Lipsitz était réalisé selon le protocole mais très peu d'autres types de surveillances particulières sont connus. Toutes les sages-femmes sauf une ont dit que le score se faisait après une tétée dont neuf à l'heure exacte du protocole. Par contre, une seule précise de le faire sur un enfant calme. Une sage-femme utilisait également la mère pour repérer les symptômes chez l'enfant au cours de la journée, élément intéressant à souligner car il permet à celle-ci d'être valorisée et investie d'un rôle dans la surveillance de son enfant.

La recherche des toxiques urinaires n'a été citée que deux fois malgré sa notification dans le protocole de prise en charge des femmes toxicomanes et de leurs enfants.

Depuis l'ouverture de l'unité Kangourou, dix sages-femmes continuent de surveiller l'enfant de manière informelle surtout sur l'agitation de l'enfant car elles ne font plus le score. Elles réalisent des transmissions auprès de l'unité Kangourou lorsque cela est nécessaire. Trois sages-femmes ont complètement arrêté la surveillance de l'enfant.

2.2.2. Soins de nursing.

On a recherché si les sages-femmes donnaient des consignes particulières

concernant les soins de nursing.

Soins de nursing conseillés par la sage-femme:

	n=13
Portage, peau à peau	11
Emmaillotement	8
Allaitement	3
Pas de conseils particuliers	2

Le portage et l'emmaillotement étaient conseillés par onze sages-femmes. L'unité Kangourou n'a sur ce point pas apporté de nouveaux éléments, mais a permis de développer ces pratiques pour leurs patientes. Le bain enveloppé n'était pas conseillé par les sages-femmes.

La question de l'allaitement est abordée plus tard, le peu de réponse sur l'allaitement peut s'expliquer car l'allaitement n'est peut-être pas considéré comme un soin de nursing par les sages-femmes.

2.3. Prise en charge du lien mère-enfant.

2.3.1. Circonstances d'observation du lien mère-enfant.

Nous avons cherché à savoir dans quelles circonstances les sages-femmes observaient le lien mère-enfant avant l'ouverture de l'unité kangourou.

Circonstances d'observation du lien mère-enfant:

	n=13
Soins de l'enfant	9
Alimentation de l'enfant	8
Passage dans la chambre	4
Délégation à l'auxiliaire puéricultrice	1

Sept sages-femmes observaient le lien uniquement pendant les soins et l'alimentation.

Pour les autres, l'observation se fait lors du passage dans la chambre, pour l'examen de la mère notamment, mais à ce moment la femme est plus attentive à l'examen et à la sage-femme qu'à son enfant. L'observation est différente et les

interactions entre la mère et l'enfant sont moins importantes qu'à d'autres moments. On peut néanmoins observer les interactions à l'entrée dans la chambre.

2.3.2. Interactions mère-enfant.

Observation des interactions mère-enfant

	n=8
Portage	5
Communication orale	4
Communication visuelle	3

Quatre sages-femmes sont plus attentives à voir si la mère répond aux besoins de l'enfant (pleurs). Deux sages-femmes font plus attention à ce que la mère et l'enfant soient ensemble dans la chambre. Deux sages-femmes évaluent le comportement de la mère face à un enfant qui va mal.

2.3.3. Aide apportée dans la mise en place du lien.

Moyens mis en œuvre par la sage-femme pour aider à la mise en place du lien:

	n=13
Valorisation de la mère	9
Valorisation de la femme	6
Valorisation de l'enfant	2
Information	4

L'aide à la mise en place du lien mère-enfant passait avant tout par la valorisation de la patiente notamment dans son identité de mère. Les sages-femmes donnaient confiance à la mère, la rassuraient et lui expliquaient qu'elle pouvait aider son enfant.

2.3.4. Évolution depuis l'ouverture de l'unité Kangourou.

Onze sages-femmes sur treize ne peuvent plus prendre en charge le lien mère-enfant de la même façon. Parmi elles, trois ne prennent plus du tout en charge le lien mère-enfant dont deux s'expliquent par l'inutilité d'être plusieurs et une qui ne prend pas en charge sauf s'il y a une demande de la patiente. Trois sages-femmes prennent moins en charge car elles sont moins présentes et interviennent moins. Quatre sages-femmes

estiment ne plus pouvoir réaliser la même prise en charge car la mère ou l'enfant sont absents (2/4) ou parce que la prise en charge est dissociée (2/4). Une sage-femme estime que sa prise en charge est moins bonne car elle se considère comme un interlocuteur supplémentaire amenant des discours différents à la patiente. Deux sages-femmes pensent que leur prise en charge n'a pas changé.

2.3.5. Présence de la mère dans la chambre.

Onze sages-femmes vérifient la présence de la mère dans la chambre. En cas d'absence, elles s'assurent que les femmes soient dans le service de l'unité Kangourou avec leur enfant ou qu'elles l'ont confié pour sortir. Il semblerait que les sages-femmes pensent que les femmes confient plus facilement leur enfant à l'unité Kangourou que lorsqu'elles devaient le confier aux sages-femmes de garde. Les sages-femmes observent par ce biais la présence de la mère auprès de l'enfant. Cette surveillance se fait en coordination avec l'unité Kangourou.

2.3.6. Allaitement.

L'allaitement maternel est encouragé par neuf sages-femmes, dont deux d'entre elles le préconisent pour diminuer le syndrome de sevrage. Deux autres le préconisent surtout s'il y a un souhait de la patiente. Une dernière l'encourage mais remarque que la situation où ces patientes n'allaitent pas est assez rare.

Quatre sages-femmes n'encouragent pas l'allaitement maternel. Deux d'entre elles s'expliquent car il y a un fort taux d'allaitement et elles préfèrent que le choix vienne des patientes, elles ne veulent pas forcer la main. Une dernière respecte le choix des patientes.

2.4. Rapport à la famille.

2.4.1. Secret de la toxicomanie.

Influence du secret de la toxicomanie sur la prise en charge:

	n=13
Pas de problème	9
Problème de discrétion pour le traitement	2
Problème pour trouver quoi dire à la famille	2
Problème pour trouver un moment pour parler à la patiente	1

Généralement, on n'observe aucun problème lié au secret, mais cela nécessite une discrétion obligeant à faire des aménagements particuliers. Une sage-femme soulève le problème du moment pour parler avec la patiente. En effet, l'expression est plus difficile si une autre personne est présente comme dans les chambres doubles.

2.4.2. Apport de la famille dans le lien mère-enfant.

Pour huit sages-femmes, la famille est souvent absente, la femme est souvent isolée.

Pour neuf sages-femmes, la famille est une aide, un point positif lorsqu'elle est présente dont trois si elle est au courant de la toxicomanie et deux si la famille est un soutien pour la femme. La femme est souvent isolée, la situation est meilleure si les parents de la femme sont présents.

Apport si la famille est présente:

	n=9
Présence de la famille rassurante.	2
Soutien pour la femme, personnes à qui se raccrocher	5
Relais auprès de l'enfant	2

La présence de la famille rassure deux sages-femmes.

Pour cinq sages-femmes, la famille est un soutien pour la femme, des personnes sur lesquelles elle peut s'étayer. La famille aide la femme quand elle est en difficulté en étant présente et soutenante.

Pour deux sages-femmes, la famille peut être un relais auprès de l'enfant dans le cas où c'est trop dur pour la mère.

Pour quatre sages-femmes, le père de l'enfant est une aide, dont deux d'entre elles, s'il n'est pas lui-même toxicomane. Le père est une présence, un soutien pour la femme. Pour une sage-femme, il est important de l'intégrer dans les soins, qu'il soit présent. En effet, la paternalité doit aussi se mettre en place même si les femmes toxicomanes ont tendances à exclure le rôle du père.

2.5. Lien entre professionnels.

2.5.1. Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

Contact avec le CSAPA:

	n=13
Contact systématique si la patiente y est suivi	6
Contact pour le traitement	5
Contact par l'assistante sociale	1
Contact par l'équipe de jour	1

Cinq sages-femmes contactent le CSAPA uniquement pour le traitement, dont trois pour la mise en place d'un traitement.

Dans notre étude, une sage-femme travaillant exclusivement de nuit, n'a donc pas de contact avec les structures extérieures, elle passe les consignes à l'équipe de jour.

2.5.2. Le médecin traitant.

Six sages-femmes informent le médecin dont deux seulement si le nom du médecin est renseigné pour contact dans le dossier. Pour deux sages-femmes, le lien est fait par les internes. Trois sages-femmes appellent lorsqu'il y a un problème avec le traitement. Une sage-femme n'informe pas le médecin traitant.

Le médecin traitant est moins appelé pour le traitement car ce n'est pas lui qui le met en place. Ainsi, les sages-femmes appellent seulement pour des patientes déjà suivies par lui sur le plan de la substitution.

2.5.3. La Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Dix sages-femmes informent la PMI, et deux sages-femmes disent que la PMI est informée par les assistantes sociales. La sage-femme faisant exclusivement des nuits n'informe bien sûr pas la PMI.

2.5.4. Les assistantes sociales.

Les assistantes sociales sont prévenues systématiquement pour toutes les sages-femmes.

2.5.5. La psychologue/psychiatre.

Contact avec la psychologue/psychiatre:

	n=13
Toujours suivi, si ce n'est pas le cas : proposé systématiquement	3
Proposé facilement aux patientes	4
Parfois proposé en fonction des besoins, quand la patiente est connue par les psychiatres, psychologues le lien est refait	4
Proposé en fonction du dossier	1
Psychiatre jamais vu par la sage-femme	1

Pour six sages-femmes, les patientes sont généralement suivies sur le plan psychologique.

Le suivi psychologique est facilement proposé aux patientes par sept sages-femmes, dont trois systématiquement. Pour deux sages-femmes, le suivi est proposé de façon plus occasionnelle.

Le suivi psychologique n'est pas proposé de la même façon suivant les sages-femmes. On remarque que quatre sages-femmes partent des besoins de la patiente pour proposer le suivi et sept le font de manière plus systématique. Le suivi psychologique est peu demandé par ces patientes. Il paraît intéressant de le proposer aux femmes présentant des comorbidités psychiatriques ou des troubles psychiques.

2.5.6. La sage-femme référente.

Contact avec la sage-femme référente:

	n=13
Elle vient systématiquement voir ses patientes dans le service	13
On la prévient pour qu'elle vienne	10
On ne la contacte pas si ce n'est pas sa patiente	1
Le contact est fait par l'assistante sociale	1
On l'appelle quand besoin de précision sur la conduite à tenir	1

La sage-femme référente vient systématiquement voir ses patientes dans le service. Dix sages-femmes la préviennent de la présence d'une patiente toxicomane. Une sage-femme dit qu'elle est prévenue par les assistantes sociales. Une sage-femme

ne la prévient pas si ce n'est pas une de ses patientes et qu'il n'y a pas de problème, qu'elle a un bon suivi par ailleurs. Une sage-femme la contacte pour des précisions sur la conduite à tenir mais utilise surtout le dossier.

Le contact de la sage-femme avec la sage-femme référente est quasi systématique en lien avec le protocole dans lequel Madame Romestaing demande à être prévenue le plus rapidement possible pour ces patientes.

2.5.7. Le document « médico psycho-social ».

Le document est connu de toutes les sages-femmes. Il aide douze sages-femmes à la prise en charge des patientes. Ces sages-femmes trouvent ce document pratique, bien fait et très complet. Une autre sage-femme éprouve des difficultés avec ce dossier car elle le trouve illisible et pense qu'il faudrait y avoir accès avant que la patiente arrive dans le service.

2.6. Éléments à améliorer et propositions d'amélioration.

2.6.1. Améliorations de la prise en charge en suites de couches.

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles pensaient qu'il y avait des améliorations à apporter dans la prise en charge en suites de couches.

Nécessité d'amélioration de la prise en charge:

	n=13
Oui	3
Pas toujours satisfaite de la prise en charge, difficile	1
Non	3
Déjà beaucoup de choses en place	4
Ne sait pas	2

Les sages-femmes n'ont pas eu le temps de réfléchir car il s'agissait d'entretiens, impliquant une réponse sans réflexion. On peut comprendre que toutes les sages-femmes n'aient pas de réponse claire.

Bien que seulement quatre sages-femmes estiment qu'il y a des améliorations à faire, neuf sages-femmes ont évoqué des problèmes à améliorer et deux sages-femmes

pensent que des améliorations peuvent être apportée mais ne savent pas lesquelles.

Améliorations à apporter:

	n=11
Problème de temps auprès de la patiente	3
Problème de dissociation, d'unité de lieu	3
Problème de formation	4
Problème dans la prescription de la substitution	1
Ne sait pas	2

Une sage-femme évoque un problème de prescription de la substitution qui avait également été évoqué par une autre sage-femme au cours de l'entretien.

Trois sages-femmes ont évoqué un problème de temps, de présence auprès de la patiente. Elles estiment ne pas avoir le temps nécessaire et suffisant à consacrer à ces patientes en raison de la charge de travail.

Trois sages-femmes pensent qu'il faudrait une unité de lieu, qu'il n'y ait pas de dissociation. En effet, l'unité Kangourou de Nancy ne prend en charge que les enfants, il n'y a pas un service dédié qui prend en charge la mère et l'enfant avec une équipe spécifique pour le couple mère-enfant.

Quatre sages-femmes abordent le problème de la formation. En effet, une sage-femme pense qu'il faudrait mettre les patientes en lien avec du personnel plus compétent ce qui montre qu'elle ne se sent pas suffisamment compétente pour prendre en charge ces patientes. Une sage-femme dit aussi qu'elle n'y connaît pas grand-chose, qu'elle manque de connaissance bien qu'une formation ait été réalisée quelques années auparavant avec Madame Romestaing. On ressent un sentiment de manque de compétences qui pourrait être pallié par une formation spécifique. Deux autres sages-femmes ont eu un enseignement et pensent que c'est une aide dans la prise en charge et que toutes les sages-femmes devraient en bénéficier. L'une d'elles pense que cela permet de mieux comprendre les patientes et de moins être dans le jugement. Il semble ainsi important de pouvoir proposer régulièrement des formations sur l'addiction.

2.6.2. Améliorations du lien avec l'unité Kangourou.

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles avaient des solutions pour améliorer la communication avec l'équipe de l'unité Kangourou.

Amélioration de la communication avec l'unité kangourou:

	n=13
Pas de problème à améliorer	8
Communication réalisée mais faire « quelque chose » de plus officiel	1
Communication réalisée, des transmissions en communs souhaitables	2
Plus de relation mais problème de disponibilité	1
Transmission avant la sortie souhaitable car pour l'instant transmission que si problèmes, moins bien pour globalité des soins	1

Dans l'ensemble, la communication se fait avec l'unité Kangourou. Les transmissions orales suffisent pour huit sages-femmes, elles demandent des renseignements à l'unité Kangourou au besoin. Ce mode de transmission permet de connaître les éléments qui ne vont pas quand les sages-femmes les dépistent, mais ne permet de connaître les prises en charge de chacun. De plus, les prises en charge ne sont pas mises en relation pour être coordonnées auprès de la patiente. Celle-ci peut être déroutée par des prises en charges différentes.

Nous avons évalué l'intérêt d'une fiche de transmission entre les services.

	n=13
Inutile	9
Inutile, photocopie du dossier de soin	2
Fiche avec ce qui a été fait	2

Onze sages-femmes pensent qu'une fiche de transmission n'est pas utile soit parce que les transmissions orales suffisent, soit parce qu'elles utilisent déjà le dossier de soin de l'unité Kangourou.

Nous avons évalué l'intérêt d'un mini staff entre les sages-femmes et l'équipe de l'unité Kangourou avant la sortie des patientes.

	n=13
Intéressant avant la sortie	9
Staff de parentalité suffisant	1
L'assistante sociale fait le lien entre la sage-femme et les puéricultrices	1
Pas de communication de la part des pédiatres	1
Pas utile, staff habituel pour les cas plus complexes	1

Parmi les sages-femmes qui trouvent intéressant la mise en place de ce type de staff, trois sages-femmes pensent que cela est difficilement réalisable.

3. ANALYSE DES RESULTATS.

3.1. Biais de l'étude.

Notre étude se déroule à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur une petite population. Les résultats de cette étude ne sont pas généralisables à d'autres structures. De plus, les entretiens ne permettaient pas le temps de la réflexion aux sages-femmes et certaines d'entre elles étaient mal à l'aise selon les questions.

3.2. Facteurs influençant le lien.

Différents facteurs concourent à réaliser un bon lien mère-enfant. La sage-femme peut intervenir sur ces différents facteurs.

Nous avons vu en première partie que la mère devait être enveloppée et valorisée pour qu'elle puisse elle-même envelopper son bébé et avoir un bon lien avec lui. Ce sont des patientes plus fragiles chez lesquelles on retrouve le plus souvent des antécédents amenant à des carences narcissiques, des patientes qui présentent une alexithymie.

Notre étude montre que les sages-femmes valorisent la mère et la mettent en avant dans les soins de l'enfant pour l'aider dans la mise en place du lien mère-enfant.

En revanche, les sages-femmes ont des difficultés à prendre en charge les difficultés psychologiques de ces patientes qui peuvent les empêcher d'être bien pour apporter un lien sécurisé à leur enfant. En effet certaines sages-femmes ont des difficultés à repérer les problèmes psychologiques chez les patientes toxicomanes car elles n'ont pas confiance en ces patientes. Il y a une difficulté d'empathie envers ces femmes parce que ces sages-femmes ont besoin d'avoir confiance, alors qu'en tant que professionnel de santé on doit amener la patiente à avoir confiance en nous pour être un appui sur lequel la patiente peut s'étayer. La peur du jugement peut amener la patiente à mentir. Ainsi, si la patiente est en confiance, elle pourra s'exprimer plus librement, sans avoir peur du jugement.

Pour répondre aux difficultés de ces femmes le dialogue est principalement utilisé (9/13) car il permet d'amener un lien entre la sage-femme et la patiente. Il permet à la patiente de s'exprimer et de se décharger de ses émotions. Pour certaines sages-femmes, ce lien est difficile à mettre en place. On observe qu'elles peuvent se sentir démunies

face à ces situations et avoir besoin du soutien d'autres professionnels. Deux sages-femmes essaient de mettre en place ce lien mais éprouvent des difficultés d'emblée. Le terme « essaient » signifie qu'elles sont dans une conjecture d'échec. La première rencontre des difficultés car les patientes ne veulent pas parler. Peut-être ne met-elle pas en place une relation avec la patiente qui permet le dialogue, ou qu'elle ne prend pas le temps suffisant. En effet, la sage-femme nous indique également un problème de temps pour sa prise en charge. La deuxième sage-femme est mal à l'aise avec les patientes toxicomanes et semble ne pas réussir à avoir le recul suffisant pour aider la patiente dans son histoire sans éprouver de jugement.

D'autres sages-femmes (4/13) font directement appel à d'autres professionnels. Elles souhaitent partager cette prise en charge en raison d'une méconnaissance, d'un mal-être dans ces prises en charge.

Le syndrome de sevrage est un élément qui perturbe la mise en place du lien mère-enfant de par la culpabilité qu'il apporte à la mère et le mal-être de l'enfant. La surveillance de l'apparition d'un sevrage chez l'enfant est donc importante pour adapter la prise en charge. Dans notre étude, la surveillance du sommeil n'a été citée qu'une fois alors que le syndrome de sevrage perturbe le cycle du sommeil et l'enfant est plus agité. La surveillance de l'alimentation a été citée deux fois alors que ce sont des enfants qui ont des problèmes de succion, qui régurgitent plus, entraînant des difficultés d'alimentation nécessitant des quantités moindres et plus rapprochées. La surveillance du poids n'apparaît pas pour les sages-femmes comme une surveillance particulière, renforcée chez les enfants de mère toxicomane bien que les troubles de l'alimentation entraînent une baisse ou une stagnation du poids de l'enfant. Ce critère est ainsi utilisé lors d'un traitement du syndrome de sevrage pour évaluer le moment où l'on peut diminuer les doses du traitement. On peut émettre l'hypothèse que les sages-femmes ont oublié ces surveillances en raison d'un manque de pratique. Effectivement, ces surveillances ne sont plus à leur charge depuis l'ouverture de l'unité Kangourou il y a deux ans. Mais dix sages-femmes continuent la surveillance. Les scores étant fait par l'unité Kangourou, cela permet une double surveillance du nouveau-né et ainsi de plus facilement dépister un éventuel syndrome de sevrage. Mais peu de sages-femmes connaissent les items du score de Lipsitz et elles font la surveillance essentiellement sur l'agitation qui ne fait pas partie du score. On peut donc se demander si la surveillance réalisée par les sages-femmes est contributive.

Les soins de nursing permettent de diminuer l'intensité du sevrage chez l'enfant. Les sages-femmes conseillaient essentiellement le portage et le peau-à-peau. Les bains enveloppés ne sont pas évoqués certainement parce que cette pratique n'est pas beaucoup connue par les sages-femmes. Elle est utilisée par quelques auxiliaires de puériculture notamment de néonatalogie car elle est également utilisée pour les prématurés. La diminution des stimulations extérieures n'est pas abordée par les sages-femmes. Or, nous avons vu qu'il s'agit d'enfants surexcitables qu'il ne faut pas trop stimuler. Les soins de nursing spécifiques sont plus connus et pratiqués par le personnel de l'unité Kangourou qui vient de néonatalogie et qui est donc habitué à la prise en charge d'enfants plus fragiles.

Les sages-femmes prennent peu en compte l'effet sur le sevrage du nouveau-né dans les conseils sur l'allaitement maternel. La prise en charge ne diffère pas de celle de la population générale. Les études sont contradictoires sur un apport supplémentaire de l'allaitement maternel dans cette population, néanmoins l'allaitement maternel est conseillé pour améliorer le lien mère-enfant en accord avec le souhait de la patiente.

3.3. Rapport à la famille.

Nous avons observé que si la femme était soutenue, elle pouvait elle-même avoir une relation avec son enfant où elle l'enveloppait plus. La famille peut effectivement être acteur de ce soutien.

Dans le cadre du syndrome de sevrage néonatal par exemple, l'accompagnement de l'enfant peut être épuisant pour la mère et la famille peut alors prendre le relais pour la soulager. Mais il ne faut pas que la famille prenne la place de la mère ce qui aurait une conséquence néfaste sur le lien mère-enfant.

Les sages-femmes sont sûrement rassurées par un mode familial stable. Cela peut également être le signe que ces sages-femmes ne pensent pas que la mère soit capable ou compétente.

3.4. Observation de la mise en place du lien mère-enfant.

Une partie des sages-femmes (7/13) n'observaient le lien qu'au cours des soins à l'enfant et notamment pour l'alimentation. Cela peut être un problème dans la mesure où

les soins à l'enfant et l'alimentation sont pris en charge par l'unité Kangourou. Elles perdent ainsi des opportunités d'observer le lien et de l'évaluer. On peut se demander si elles observent encore le lien mère-enfant en changeant leurs pratiques ou si elles laissent cette observation à l'équipe de l'unité Kangourou.

La littérature scientifique nous apprend que le contact corporel, ainsi que la réponse adaptée aux besoins de l'enfant, peuvent se révéler difficiles chez ces femmes. Ce sont deux éléments auxquels les sages-femmes sont le plus attentives, bien que seulement la moitié d'entre elles n'aient cité que l'un ou l'autre. Deux sages-femmes seulement observent le comportement particulier des mères lorsque l'enfant présente un syndrome de sevrage alors que cela peut être le signe de négligences futures.

Les prises en charge de la mère et de l'enfant sont séparées, entraînant la perte de la vision globale du couple mère-enfant. De plus, la relation avec la patiente est différente et la sage-femme la voit moins. En conséquence, on peut supposer que cela entraîne des difficultés dans la prise en charge des difficultés de la mère sur le plan psychologique, du lien mère-enfant et dans l'harmonisation des prises en charges des deux équipes.

Dans l'ensemble, la prise en charge du lien mère-enfant s'est détériorée, faisant apparaître une perte dans cette prise en charge pour les sages-femmes. Les femmes toxicomanes ont besoins de liens, d'enveloppement, qui nécessite une coordination de la part des différents professionnels, mais la prise en charge est dissociée. Pour éviter de multiplier les interlocuteurs, certaines sages-femmes ont arrêté d'évaluer, de favoriser la mise en place du lien mère-enfant.

Les deux sages-femmes pour lesquelles il n'y a pas de changement travaillent principalement de nuit, elles ont peut-être plus de temps à consacrer aux patientes. La nuit, les femmes se livrent plus facilement car elles sont seules. La prise en charge est surtout centrée sur l'allaitement, le lien mère-enfant. La non-multiplication des intervenants permet la mise en place d'une réelle relation de confiance entre la femme toxicomane et la sage-femme seule interlocutrice.

3.5. Lien entre professionnels.

Les liens entre professionnels permettent de prendre en charge la patiente de manière coordonnée et ainsi d'apporter une stabilité à la patiente. De plus, le lien fait

avec les structures extrahospitalières permettent un suivi sur le long terme de la patiente et de son enfant.

Les sages-femmes pensent à mettre en place une substitution si celle-ci n'est pas déjà faite, ce qui est une bonne chose comme nous l'avons vu en première partie. En revanche, elles ne pensent pas au suivi pour les femmes qui n'ont pas de problème de traitement. Le lien avec le CSAPA n'est donc pas réalisé pour ces patientes. Le CSAPA perd alors des éléments pour sa prise en charge au long terme car cette structure n'a pas d'informations sur le déroulement de l'hospitalisation.

Aucune sage-femme ne parle du rôle du CSAPA en cas d'absence de la sage-femme référente en addiction. En effet, dans le protocole de prise en charge, il est rappelé qu'une infirmière du CSAPA peut se déplacer en cas d'absence de Madame ROMESTAING. La patiente ne voit donc pas de personne référente en cas d'absence de celle-ci. De plus, seul le rôle spécifique de la substitution du CSAPA est retenu par les sages-femmes alors qu'ils ont une prise en charge multidisciplinaire.

Le médecin traitant est le professionnel de première ligne dans le cadre médical de proximité. Il est en contact à long terme avec les patientes et prendra en charge aussi leur enfant. Il paraît donc important qu'il soit informé de la prise en charge en hospitalisation même s'il n'est pas prescripteur de la substitution, avec l'accord de la patiente. L'inclusion du médecin traitant dans le suivi de la femme toxicomane semble de première importance, cela n'est possible que si les informations sont données en début d'hospitalisation et non après la sortie de la patiente. Hors seulement six sages-femmes contactent le médecin traitant.

Les six sages-femmes qui informent systématiquement le médecin traitant ne sont pas les mêmes que celles qui informent le CSAPA et inversement, il n'y a pas de suivi clair et peu de référence au dossier et au protocole.

De part l'organisation actuelle, une représentante de la PMI passe dans les services d'hospitalisation systématiquement pour relever les patientes qui doivent être suivies par elle, ainsi les problèmes de transmissions sont réglés.

Les assistantes sociales sont également prévenues systématiquement. On constate ainsi que les sages-femmes pensent plus au relais social qu'au relais médical. L'importance de la prise en charge est déplacée sur la prise en charge sociale de ces patientes.

Le document "fiche médico psycho-sociale" permet aux sages-femmes d'avoir connaissance de l'histoire de la patiente, de la prise en charge spécifique de la patiente en anténatal et ainsi lui permet d'adapter sa prise en charge de sorte qu'elle soit personnalisée et adaptée à chaque patiente. Il permet de faire le lien entre l'anténatal et le postnatal, d'avoir une continuité de la prise en charge.

3.6. Améliorations à apporter.

Les sages-femmes évoquent des problèmes de temps, de formation et de dissociation de la prise en charge. Les sages-femmes pensent qu'il n'y a pas de problème de communication avec l'unité kangourou. L'idée d'une réunion avant la sortie de la patiente pour vérifier les choses mises en place paraît intéressante pour les sages-femmes mais peu réalisable.

3.7. Hypothèses.

Nous avons émis l'hypothèse que la prise en charge du lien mère-enfant était détériorée. Nous pouvons valider cette hypothèse car les sages-femmes observent moins le lien mère-enfant car elles sont moins présentes pour les soins. Certaines sages-femmes ont arrêté de prendre en charge le lien mère-enfant en raison d'une multiplication des intervenants et d'un problème de temps. Pour les autres sages-femmes, la prise en charge est moins importante en raison d'une présence moindre et d'une relation moins importante avec la patiente.

Notre deuxième hypothèse était qu'il existait une difficulté de communication entre les sages-femmes et l'unité Kangourou. Cette hypothèse est partiellement invalidée. En effet, les sages-femmes pensent qu'il existe une bonne communication entre les deux services mais celle-ci se fait surtout en cas de problèmes et n'est pas réalisée au quotidien. Certaines difficultés des sages-femmes sont également à mettre en lien avec un manque de transmissions notamment lorsqu'elles parlent de perte de vision globale de la prise en charge ou de dissociation de la prise en charge.

Notre troisième hypothèse était que la prise en charge des patientes toxicomanes était moins personnalisée qu'en anténatal. Nous pouvons valider cette hypothèse. La prise en charge de la mère pose des difficultés à certaines sages-femmes en raison de difficultés à entrer en lien avec elles par un manque d'empathie qui permettrait de

s'adapter à la patiente. On notera que certaines sages-femmes ont des préjugés ne permettant pas une prise en charge individuelle en fonction de la personne. Ainsi, la prise en charge n'est pas personnalisée. La prise en charge du nouveau-né n'est plus faite par les sages-femmes mais tout de même bien effectuée par l'unité Kangourou. Nous avons également vu que la prise en charge du lien mère-enfant était détériorée. Les problèmes de transmissions avec l'unité Kangourou ne permettent pas une prise en charge commune adaptée à la patiente.

3.8. Propositions.

La formation des sages-femmes concernant les problèmes d'addiction paraît intéressante. En effet, certaines difficultés des sages-femmes peuvent venir d'un manque de connaissance qui entraîne un jugement de la part de ces mêmes sages-femmes qui les empêchent de rentrer en communication avec la patiente. De plus, la surveillance spécifique du nouveau-né est mal connue des sages-femmes de par un manque de pratique. Certaines sages-femmes pensent avoir besoin d'une formation pour améliorer leurs connaissances et d'autres sages-femmes ayant déjà eu les formations pensent que toutes les sages-femmes devraient pouvoir en bénéficier afin de pouvoir apporter une meilleure prise en charge. Cette formation est réalisée par Madame Romestaing et accessible aux sages-femmes.

Une nouvelle version du protocole de prise en charge des patientes toxicodépendantes et de leur nouveau-né est en cours de validation. Il sera notamment actualisé sur les modalités de contact avec les différents professionnels qui suivent la patiente. La diffusion de cette nouvelle version permettra en outre aux sages-femmes de se réapproprier ce document.

L'organisation actuelle ne répond pas à la définition habituelle d'une unité Kangourou. En effet, dans d'autres maternités, la sage femme qui s'occupe de la mère fait partie de l'unité Kangourou. Il s'agit d'un service à part où tous les soins de l'enfant sont réalisés en chambre et où la mère et l'enfant sont pris en charge par la même équipe. Dans l'idéal, une sage-femme pourrait être rattachée à l'équipe de l'unité Kangourou pour prendre en charge les mères de tous les enfants faisant partie de ce

service. Dans le contexte actuel, cela semble difficile. Il paraît plus simple de chercher à améliorer les transmissions.

L'organisation de transmissions en commun entre la sage-femme de suites de couches et l'équipe de l'unité Kangourou semble intéressante. Cela permettrait d'avoir toutes les informations au fur et à mesure et d'organiser une prise en charge commune. Pour permettre une organisation en commun de la sortie, on peut proposer un mini staff entre les deux équipes. Cette proposition n'a pas fait l'unanimité parmi les sages-femmes interrogées. Cela semble intéressant pour la prise en charge mais difficile à mettre en place.

Conclusion

Nous avons exposé la prise en charge du lien mère-enfant chez les femmes toxicomane en suites de couches à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

D'après notre étude, les sages-femmes réalisent la prise en charge de la mère du point de vue médical. Sur le plan psychologique la prise en charge s'avère difficile pour plus de la moitié des sages-femmes. Cette prise en charge est ainsi partagée entre différents professionnels. La surveillance du lien mère-enfant est réalisée par la moitié des sages-femmes, tandis que la prise en charge de l'enfant est effectuée par l'unité Kangourou. Le lien avec les professionnels permettant de gérer l'aspect social de ces femmes est facilement mis en place, comparativement aux liens avec les professionnels médicaux, notamment le médecin traitant, auxquels les sages-femmes pensent le moins.

Les sages-femmes favorisent la mise en place du lien mère-enfant en valorisant la mère et l'enfant. Pour certaines sages-femmes, ce lien peut passer par l'allaitement maternel. Malgré tout, l'observation de ce lien n'est plus réalisée par certaines sages-femmes depuis l'ouverture de l'unité Kangourou en raison d'un manque de présence auprès de la mère ou pour éviter de multiplier les intervenants. La place de la sage-femme dans la prise en charge de ces patientes est donc moins importante depuis l'ouverture de cette unité. La prise en charge du lien mère-enfant par les sages-femmes s'est détériorée depuis l'ouverture de l'unité Kangourou.

Les sages-femmes ne pensent pas qu'il y ait des difficultés de communication avec l'unité Kangourou, mais certains problèmes retrouvés dans la prise en charge pourraient ne plus apparaître par une augmentation de cette communication.

Ces difficultés peuvent se résoudre par la formation des sages-femmes, des transmissions pour une prise en charge commune avec l'unité Kangourou, ainsi qu'une augmentation de la disponibilité des sages-femmes pour ces patientes.

La prise en charge par l'équipe de l'unité Kangourou n'a pas été abordée, il serait intéressant de recouper les deux prises en charges pour avoir une vision globale de la prise en charge de la patiente. De plus, le ressenti des patientes sur leur prise en charge nous apporterait un autre point autrement aussi important dans l'amélioration de la prise en charge de celle-ci.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOULANGER, N (Eds.). *Toxicomanie et parentalité*. Bruxelles : Fonds Houtman, 1997, 109p.
2. BRULET, Charlotte, CHANAL, Corinne, RAVEL, Patrice, et al. 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*. Novembre 2007, tome 36, n°11, p.1571-1580.
3. CHARLES-NICOLAS, Aimé. *Toxicomanies*. EMC - Psychiatrie 1998:1-0 [Article 37-396-A-10].
4. DAYAN, Jacques, ANDRO, Gwenaëlle, DUGNAT, Michel. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson, 1999, 549p. Collection Les âges de la vie.
5. EBERT, Jean. *Maternité, interactions mère-enfant et toxicomanie : connaissance des populations et trajectoires*. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2001, 112p.
6. EDEL, Yves, FOULON, Colette, SAMSON, Geneviève. La prise en charge pluridisciplinaire des patientes aux conduites addictives en service de maternité. *Soins Pédiatrie/Puériculture*. Septembre 2006, vol. 27, n°231, p.19-21.
7. ESQUIVEL, Térésa. Les enfants de parents toxicomanes. *Toxibase*.1994, n°4, 4ème trimestre, p.1-15.
8. FRANCHITTO, M. C., PEYREFORT, E., TELLIER, G. *Toxicomanie, femmes enceintes et maternité: une nécessaire évolution de la prise en charge*. *Toxibase*, revue documentaire 2, 2ème trimestre 2000, p 1-12.
9. FRANQUES, P., AURIACOMBE, M., TIGNOL, J. Personnalités du toxicomane. *L'Encéphale*. 2000, n°26, p.68-78.
10. GODFROY, Virginie. *PMI et vulnérabilité suivi de la femme enceinte toxicomane et de l'enfant à naître doit-on travailler autrement ?* Mémoire DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique. Nancy, 2011.
11. HEYDEL, Stéphanie. *Grossesse et toxicomanie*. Thèse de D.E de Docteur en pharmacie. Nancy, 2009, p.38-43.

12. HUBERT, Claire. Conséquences néonatales de la prise de substances illicites pendant la grossesse. *Cahiers de la puéricultrice*. Avril 2011, vol. 48, n°246, p.10-12.
13. LEJEUNE, C. Conséquence périnatales des addictions. *Archives de pédiatrie*. Juin 2007, n°14, p.656-658.
14. LEJEUNE, C. Femmes enceintes et périnatalités. In : HAS (Éd). *Abus, dépendances et polyconsommations : stratégie de soin*. Audition publique du 1 et 2 février 2007, Paris VII. p.192-199.
15. LEJEUNE, C., et al. Réseaux ville-hôpital et projet social : l'expérience des réseaux périnatal et toxicomanie du nord des Hauts-de-Seine autour des femmes enceintes abusant de substances psycho-actives. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Janvier 2004, n°33 (supplément au n°1), p.1567-1570.
16. LEJEUNE, C., ROPERT, J.C., MONTAMAT, S. Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1997, n°26, p.395-404.
17. LEJEUNE, C., SIMMAT-DURAND, L., et. al. *Grossesse et substitution - Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés*. Paris : OFDT. 2003, 142 p.
18. LEMIRE, Linda. L'allaitement maternel chez les mères sous traitement de substitution à la méthadone. *Soins Pédiatrie/Puériculture*. Septembre 2006, vol. 27, n°231, p.27-29.
19. OBACZ, Claire. *Maternité et toxicomanie : de l'intérêt d'une pluridisciplinarité*. Mémoire de D.E.S de psychiatrie. Nancy, 2010, p.30-33.
20. MANGEOT, Catherine. Accompagner les mères toxicomanes dans un centre de PMI. *Cahiers de la puéricultrice*. Avril 2011, vol. 48, n°246, p.19-21.
21. MICHEL, N., RIVIERE, M., LE BOT, N. Toxicomanie chez la femme enceinte. Prise en charge spécialisée à Port-Royal entre 1998 et 2007. *La Revue Sage-Femme*. Novembre 2008, n°7, p.289-294.
22. MOLENAT, Françoise. *Grossesse et toxicomanie*. Cahors : Erès, 2000, 150p.

Collection Prévention en maternité.

23. MORISSETTE, P., VENNE, M., et al. *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire*. Montréal : Éditions du CHU de Sainte-Justine, 2009, 267 p.
24. NADJAFIZADEH, Mardjane. Psychopathologie d'un long et douloureux parcours. *Vocation Sage-femme*. Mai 2010, n°82, p.19-22.
25. NADJAFIZADEH, Mardjane. Toxicomanie et grossesse : quelle prise en charge optimale ? *Vocation Sage-femme*. Mai 2010, n°82, p.23-27.
26. REICHERT, M., WEIL, M. « Maternité et addiction » en Alsace: exemple de prise en charge pluridisciplinaire. *Le courrier des addictions*. Juillet-aout-septembre 2007, n°3, p.103-105.
27. RICHARD, Denis, SENON, Jean-Louis. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Tours : Larousse-Bordas, 1999, 433p. Collection Les Référents.
28. ROMESTAING, Dominique. Le suivi des patientes toxicomanes enceintes. *Cahiers de la puéricultrice*. Avril 2011, n°246, p.13-15.
29. ROSENBLUM, O. Les enfants et leurs parents toxicomanes. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2000, n°7, p.405-411.
30. ROSENBLUM, O. Toxicomanie : un pont entre la sexualité et le désir d'enfant. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2006, n°34, p.990-993.
31. ROY, J., TOUBIN, R.M., et al. Devenir à 5 ans des enfants de mères dépendantes aux opiacés : effets d'un suivi multidisciplinaire pendant la grossesse. *Archives de pédiatrie*. 2011, n°18, p.1130-1138.
32. SPAHN, Christine. Addictions et périnatalité : quels enjeux ? *Vocation Sage-femme*. Mai 2010, n°82, p.12-18.
33. STOCCO, Paolo. Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. *Psychotropes*. 2007, Vol. 13, n°3-4, p. 251-265.
34. VELLY, Corinne. Accueillir la mère et son enfant en néonatalogie. *Soins Pédiatrie/Puériculture*. Septembre 2006, vol. 27, n°231, p.24-26.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface	5
Introduction	6
Partie 1: Cadre conceptuel	7
1. Spécificités psychologiques de la femme dépendante influençant le lien mère enfant.....	8
1.1. La dépendance aux substances psycho-actives.....	8
1.1.1. Addiction et dépendance : lien au produit.....	8
1.1.2. Antécédents et personnalité de ces patientes.....	9
1.2. La maternité dans le contexte de la toxicomanie.....	10
1.2.1. Enfant imaginaire et enfant réel. [8, 24, 30]	10
1.2.2. Interactions mère-enfant. [4, 23, 27, 29].....	11
2. La prise en charge en maternité.	13
2.1. Prise en charge médicale de la mère.....	13
2.1.1. Pendant la grossesse.....	13
2.1.2. Pendant le post-partum.....	14
2.2. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né.....	16
2.3. Prise en charge psychologique de la mère.....	17
2.4. Prise en charge sociale de la mère.....	18
3. Organisation en réseau de soin.	19
4. Prise en charge à la maternité régionale universitaire de Nancy.	21
4.1. En anténatal.....	21
4.2. En post-partum.....	22
Partie 2: Etude.....	24
1. Présentation de l'étude, méthodologie.....	25
1.1. Problématique.....	25
1.2. Objectif et hypothèses.....	25
1.3. Élaboration du questionnaire.....	25
1.4. Population et période de l'étude.....	26
2. Résultats.....	27
2.1. Prise en charge de la mère.....	27
2.1.1. Le syndrome de manque.....	27
2.1.2. Prise en charge psychologique.....	27
2.1.3. Évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.....	29
2.2. Prise en charge du nouveau-né.....	30
2.2.1. Surveillance vis à vis de la toxicomanie maternelle.....	30
2.2.2. Soins de nursing.....	30
2.3. Prise en charge du lien mère-enfant.....	31
2.3.1. Circonstances d'observation du lien mère-enfant.....	31
2.3.2. Interactions mère-enfant.....	32

2.3.3.	Aide apportée dans la mise en place du lien.	32
2.3.4.	Évolution depuis l'ouverture de l'unité Kangourou.....	32
2.3.5.	Présence de la mère dans la chambre.	33
2.3.6.	Allaitement.	33
2.4.	Rapport à la famille.	33
2.4.1.	Secret de la toxicomanie.	33
2.4.2.	Apport de la famille dans le lien mère-enfant.	34
2.5.	Lien entre professionnels.	35
2.5.1.	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.	35
2.5.2.	Le médecin traitant.	35
2.5.3.	La Protection Maternelle et Infantile (PMI).....	35
2.5.4.	Les assistantes sociales.	35
2.5.5.	La psychologue/psychiatre.	36
2.5.6.	La sage-femme référente.	36
2.5.7.	Le document « médico psycho-social ».	37
2.6.	Éléments à améliorer et propositions d'amélioration.	37
2.6.1.	Améliorations de la prise en charge en suites de couches.	37
2.6.2.	Améliorations du lien avec l'unité Kangourou.....	39
3.	Analyse des résultats.	41
3.1.	Biais de l'étude.	41
3.2.	Facteurs influençant le lien.	41
3.3.	Rapport à la famille.	43
3.4.	Observation de la mise en place du lien mère-enfant.	43
3.5.	Lien entre professionnels.	44
3.6.	Améliorations à apporter.	46
3.7.	Hypothèses.	46
3.8.	Propositions.	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie	50
	TABLE DES MATIERES	53
	Annexe 1: Score de Lipsitz	I
	Annexe 2: Score de Finnegan	II
	Annexe 3: Fiche médico psycho-sociale.....	III
	Annexe 4: Guide d'entretien	VII
	Annexe 5: Entretiens.....	IX

ANNEXE 1: SCORE DE LIPSITZ



MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44 - Télécopie : 03.83.34.36.74

Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.402.PG.002	2	PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Avril 2011	8/8

ANNEXE 1

SIGNES	SCORE DE LIPSITZ				Etiquette enfant	Date et Heure			
	0	1	2	3					
Trémulations musculaire des membres	Normale	Légèrement ↗ par stimulations ou jeûne	↗ modérée ou forte au repos calmée par alimentation ou berçage	↗ forte ou continue au repos ± mouvements de type convulsifs					
Irritabilité cris excessifs	0	↗ légère	↗ modérée ou forte par stimulations ou jeûne	↗ forte même au repos					
Réflexes	Normaux	↗	Très ↗						
Tonus musculaire	Normal	↗	rigidité						
Selles	Normales	Explosives mais fréquence normale	Explosives et > 8 par jour						
Lésions cutanées	0	Rougeurs genoux, coudes	érosions						
Fréquence respiratoire/mn	< 55	55-75	> 75						
Eternuements répétés	non	oui							
Bâillements répétés	non	oui							
Vomissements	non	oui							
Fièvre	non	oui							
TOTAL									

Evaluation 1 h 30 après chaque tétée

Si score > 8 → Traitement

ANNEXE 2: SCORE DE FINNEGAN

Date : Poids :

FINNEGAN	Signes et symptômes	Score h
Troubles du SNC	Cri aigu-excessif	2			
	Cri aigu-excessif continu	3			
	Sommeil entre repas < 1 h	3			
	Sevrage entre repas < 1 h	2			
	Sommeil entre repas < 1 h	1			
	Mémoire de Déno impercible	2			
	Réflexe de Moro ou hyperotif	2			
	Tremblements faibles provoqués	1			
	Tremblements courts provoqués	2			
	Tremblements légers non provoqués	3			
	Tremblements sévères non provoqués	4			
	Hyperotie	2			
	Exaltation (1 ou localisation : sue, sueur, vomie, séisme)	1			
	Mouvements anormaux	3			
Convulsions généralisées	5				
Troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires	Inspiration	1			
	37°2 C < Température < 36°2 C	1			
	Température > 38°2 C	2			
	Essouffement fréquent	1			
	Mébrème	1			
	Encombrement nasal (respiratoire)	1			
	Éternuements (> 3 - 4 / semaine)	1			
	Émission des selles du nez	2			
	Rythme respiratoire > 60/min	1			
	Rythme respiratoire > 60/min + tirage	2			
Troubles gastro-intestinaux	Succion excessive	1			
	Léthargie d'alimentation	2			
	Régurgitation	2			
	Vomissements en jet	3			
	Tierrée + (collas veillas)	2			
Tierrée ++ (collas lieudas)	3				
SCORE TOTAL					

ANNEXE 3: FICHE MEDICO PSYCHO-SOCIALE



MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.36.88. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
OBS.203.SE.001	2	Fiche médico psycho-sociale	1 ^{er} mai 2010	1/4

Etiquette

Terme prévu :

Parité :

Adresse

-

-

-

Téléphone

Fixe :

Portable :

Situation de famille

Mariée

Vie maritale

Parent isolé

Divorcée

Autre

Profession

Actif

Chômage

Autre

Allocations RSA

AAH

Autre

Couverture sociale

Droits de base

CMU C

SU

CMU B

AME

Sans

PROBLEMATIQUE DE LA PATIENTE

Addictions

- Tabac
- Cannabis
- Alcool
-
- Autres.....

Méthadone Sirop

Méthadone Gélule

Dose :

Subutex® cp sublingual

Buprénorphine (générique)

Dose :

Délivrance : prescrit par

Pharmacie :

Sérologies

	Bilan initial		Bilan du 9ème mois	
	Date	Résultat	Date	Résultat
VII/..../..	/..../..	
VHC/..../..	/..../..	
VHB/..../..	/..../..	
BW/..../..	/..../..	

Confidentialité

- Conjoint au courant : Oui Non
- Famille au courant : Oui Non

Reconnaissance anticipée du père Oui Non

Préparation à la naissance Oui Non

Allaitement souhaité Oui Non Autorisé Oui Non

Information sur le score de Lipsitz Oui Non

Patiente informée de l'hospitalisation de 7 jours en suites de couches

NOTES PERSONNELLES NON TRANSMISSIBLES

Antécédents psychopathologiques :

Traitement :

Autres (Violences, ...) :

SITUATION FAMILIALE

CONJOINT :PERSONNE(S) RESSOURCE(S) :

ENFANTS				
Nom	Prénom	Date de Naissance	Parents (Filiation)	Situation (Mesures éducatives, Lieu d'hébergement)

LES INTERVENANTS AUPRES DE LA FAMILLE		
Suivi obstétrical à la Maternité :	- Médecin :	Tél :
	- Sage-Femme :	Tél :
Suivi obstétrical en libéral	- Médecin	Tél :
	- Sage-Femme :	
Médecin généraliste :		Tél :
Pédiatre :		Tél :
Pharmacien :		Tél :
Tabacologue :		Tél :
Psychologue :		Tél :
Psychiatre :		Tél :
Assistante Sociale Maternité :		Tél :
Assistante Sociale extérieure :		Tél :
CSAPA :	-	Tél :
	-	Tél :
PMI :	- Sage-Femme :	Tél :
	- Puéricultrice :	Tél :
	- Médecin :	Tél :
Tuteur – Curateur :		Tél :
Educateur :		Tél :
Autres :		Tél :

NOTES PERSONNELLES NON TRANSMISSIBLES

CONTEXTE PSYCHO-MEDICO-SOCIAL – OBSERVATIONS - INFORMATIONS

MOTIF DE LA PRESENTATION EN STAFF

Coordonnateur pendant la grossesse :	Tél :
--------------------------------------	-------

Coordonnateur après la naissance :	Tél :
------------------------------------	-------

Patiente informée du staff : Oui Non

Si non, pourquoi :

Date et responsable	Observations

Date et responsable	Observations

ANNEXE 4: GUIDE D'ENTRETIEN

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étayage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?
- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?
- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?
- Comment répondez-vous à ces difficultés ?
- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?
- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?
- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?
- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?
- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?
- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?
- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?
- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?
- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?

Concernant le lien entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...)?
 - L'ufatt
 - Le médecin traitant
 - La PMI
 - Les assistantes sociales
 - L'unité kangourou
 - la psychologue, la psychiatre
 - la sage femme référente.
 - Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?
- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?
- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?
- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?
- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

ANNEXE 5: ENTRETIENS

ENTRETIEN N° 1 enregistré

Autorisation à enregistrer et retranscrire les propos anonymement.

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étayage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?

Ce sont des patientes qui ont une angoisse et un stress qui reviennent de temps en temps qui sont un peu excitable, un peu sur les nerfs, donc tu leur demandes en général, en général ce sont des fumeuses en plus. De coup, elles vont fumer un peu plus souvent. On ne peut pas vraiment parler de manque puisqu'elles sont substituées chez nous mais après... Quand tu vois quand l'heure de la substitution approche tu vois la nécessité de la substitution par contre.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?

Nous, elles arrivent avec une dose délivrée par le médecin référent ou UFATT. Ici on continue à accéder à la même dose car on ne peut pas changer un traitement qui a été donné par l'UFATT et donc on a vu apparaître la Méthadone en comprimés. On avait donc du Subutex et de la Méthadone sirop et il apparait la Méthadone en comprimés. Voilà !

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?

Il faut beaucoup parler avec les patientes ; c'est bien souvent des patientes qui sont très fermées donc c'est difficile d'avoir accès. Déjà elles ont toujours peur du jugement donc elles se confient rarement ; après, elles ont... Elles sont souvent... ce n'est pas gentille, ce que je vais dire mais elles sont souvent menteuses, menteuses ou en tout cas fabulatrices, parce qu'elle s'en va pour jouer un rôle et nous faire croire que... et qu'après, voilà ! Moi, je leur dis toujours en début d'entretien « je ne suis pas là pour vous juger, j'suis pas flic, voilà ! Moi, je suis sage-femme, je suis là pour vous soigner vous et votre enfant et tout ce qui pourra m'aider dans la prise en charge de votre enfant ne sera que favorable » Voilà, je peux pas dire mieux. Elle te croit, elle te croit pas... bon, ben, voilà, quoi !

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?

Les difficultés psychologiques ? Oui. On essaie d'être proche mais c'est vrai que c'est des femmes souvent qui ne nous appellent pas et restent un peu cloîtrées dans leur chambre ou alors elles sont toujours dehors en train de traîner. Ben voilà, tu vas toujours d'une extrémité à l'autre. Ou alors, tu as : elles ne sont jamais dans leur chambre alors comme ça, elles vivent leur vie, elles vont fumer leurs cigarettes voire faire autre chose et puis... elles ne sont pas souvent abattues moi, je dirai, elles ont... elles ont l'air triste, abattues mais... c'est qu'une façade ; enfin... non, pas comme une façade, je ne sais pas comment dire... Elles ne montrent pas en tout cas qu'elles sont abattues. Elles ne l'expriment pas comme ça. Oui, voilà, elles ne l'expriment pas comme ça. Elles expriment un sentiment de culpabilité, un sentiment effectivement de... ouais, culpabilité, de mésestime de soi, non ; de mésestime, non parce que je pense qu'elles ont déjà franchies une autre étape mais il y a quand même ce côté de « Je sais bien que s'il a mal que c'est de ma faute ! » ; « je sais bien que si on en est là, c'est de ma faute ! » ; Voilà « c'est de ma faute ! » Après, ben voilà, c'est là qu'il faut les rassurer, leur dire, ben voilà, qu'elles en sont déjà là, la Méthadone, c'est déjà beaucoup, c'est déjà mieux

que l'héroïne, la cocaïne et toutes ces saloperies et que voilà, hein, on a déjà fait un pas pour elles.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Non, parce qu'on a fractionné. Au contraire, on a régressé comme dans beaucoup de choses comme dans l'allaitement maternel, mais ça, c'est un aparté. La prise en charge est plus difficile puisqu'en fait, on a fractionné la mère et l'enfant. C'est le contraire de l'unité Kangourou. En fait, on a fait effectivement... on se retrouve d'un côté la mère : la mère est dans la chambre, on la voit souvent seule parce que le bébé est en unité Kangourou, soit en soin soit en examen pédiatrie, soit en « Je ne sais pas quoi » donc la mère, on la voit seule, on a dû mal à établir la relation, on ne voit pas la relation. L'allaitement maternel, ils ont souvent des compléments du coup, y'a pas de proximité, y'a pas beaucoup de peau à peau, y'a pas beaucoup de portage alors qu'au début, on nous a préconisé tout ça ! Et c'est ce qu'on faisait nous avant, hein, voilà.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?

Après le score Lipsitz: le score Lipsitz, on l'a toujours fait. On a toujours fait un score Lipsitz par rapport au bébé. Alors on vérifie le sommeil, on vérifie les clonies, les mouvements, les pleurs, le fait qu'il se gratte, qu'il éternue, en fait le score Lipsitz!

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?

C'était le score Lipsitz qu'on faisait donc une heure ou deux après un biberon sur un enfant normalement calme puisqu'il était après une tétée donc une à deux heures en fonction.

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?

Les surveillances, on ne les continue pas en réel. Le score Lipsitz est fait par le service néonate enfin il est fait par l'unité Kangourou mais je t'dis que quand tu rentres dans une chambre et que tu vois un enfant agité, forcément, tu vas en référer à ta collègue de l'unité Kangourou.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?

*Moi, je préconisais beaucoup de portage, beaucoup de peau à peau, des bains enveloppés, ici, on en fait pas du tout, emmaillottés, oui. Tout ça, on préconise effectivement et je préconise toujours. *Vous faites toujours ?* Je redis toujours la même chose parce qu'en unité Kangourou, elles ont vraiment le côté médical, il ressort plus le côté médical, que ta prise en charge à toi, sera plus dans le relationnel.*

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observez-vous le lien mère-enfant ?

A l'époque, c'était dans la tétée, dans le moment du passage de ton examen, on essaie d'être présentes, on leur demande plutôt d'allaiter, c'est mieux pour le bébé.

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?

Les interactions. Effectivement, si elles les portent, si elles les laissent pleurer dans la chambre, si... ces choses-là !

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?

Ben justement, en essayant de lui donner confiance en soi, en essayant de lui faire comprendre que c'était elle l'acteur essentiel de cette relation et que si son bébé était entre guillemets en souffrance, elle pouvait lui apporter quelque chose avec ce portage, avec ce peau à peau, avec ce... cette rassurance.

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Non, bien sûr que non puisque le bébé n'est pratiquement jamais dans la chambre avec sa mère. Il y a une absence de proximité qui est importante.

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?

Ça veut dire quoi ça ? Si elles sont avec leur enfant dans leur chambre, s'il y a une surveillance spéciale Dès que le bébé est dans l'unité Kangourou qu'il y a une séparation physique, la maman en profite pour aller fumer, ça c'est évident !

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?

Oui, tout à fait ! D'ailleurs, elles sont tout à fait conscientes de la chose et c'est rare qu'elles n'allaitent pas.

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?

Aucune difficulté puisqu'on n'aborde pas du tout le sujet.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?

Souvent, il y a pas... souvent, y'a pas de famille. Elles viennent avec un conjoint mais moi, j'ai jamais vu, j'ai rarement vu une grand-mère, un grand-père ou un beau-père ou une belle-mère. C'est souvent des femmes un peu isolées, hein, donc souvent elles sont en couple monoparentale pas toutes après mais bon...

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...)?

- L'ufatt
- Le médecin traitant

L'UFATT, on l'appelle à la sortie et à l'entrée. Ou l'UFATT ou le médecin traitant en fonction car, soit elles sont suivies par l'UFATT, soit par le médecin traitant.

- La PMI
- Les assistantes sociales

La PMI, ben... La PMI est en relais avec l'assistante sociale.

- L'unité kangourou

L'unité Kangourou, ben, du coup, c'est pour la sortie ; PMI et assistante sociale. Normalement, quand elles sortent de la maternité, on téléphone à l'UFATT pour leur dire qu'elles sortent avec telle dose, pour tant de jours.

Effectivement, on essaie d'avoir une relation pour leur dire « Tiens, j'ai trouvé que la dame était présente. Tiens, j'ai trouvé que la dame, elle pleurait aujourd'hui ». Voilà !

- La psychologue, la psychiatre

On ne voit personne. On n'a pas psychologue, psychiatre. On en a rarement, la dernière fois que j'en ai vu une, la pédopsychiatre était là mais pour d'autres raisons. La dame a déprimé. Mme Rothenburger ne passe pas systématiquement ? Non.

- La sage femme référente.

La sage-femme référente c'est qui ? C'est Dominique. Oui Donc, Dominique, on l'appelle.

– Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Le staff de parentalité il y a tout le gros dossier rose qui est dans le dossier médical qu'on lit auquel on a accès. Non, parce que souvent on n'arrive pas à lire, c'est tellement mal écrit. Je suis désolée mais c'est...

L'amélioration, c'est qu'effectivement euh... une fois que tout le dossier a été établi, tu t'aperçois toi, c'est toi qui va devoir observer la relation mère-enfant et finalement, c'est toi qui n'a pas participé à toutes ces... tous ces actes. On va dire que tu connais la femme en fin de parcours. Moi, souvent, je ne me préoccupe pas de l'histoire de la dame parce que de toutes façons, tu n'y a pas accès et puisque cela ne me regarde pas. Moi, je suis à un temps T présent et je vais l'aider pour ce temps T + 2, T + 3, T + 4 et après tchao, on ne sait pas ce qu'elles deviennent. Alors quand on te demande d'établir, de relater la relation mère-enfant, et bien, tu n'as pas grand-chose à dire souvent car c'est trois quatre jours d'observations... en plus, on n'est pas là tous les jours, les auxiliaires ne sont là tous les jours, il y a l'absence de l'enfant dans la chambre... Je trouve que c'est beaucoup plus difficile d'observer la relation mère-enfant depuis qu'il existe l'unité Kangourou.

• Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

Plus de cohésions et plus de relations... entre elles, je sais qu'elles sont débordées. Je sais très bien qu'elles sont débordées...

• Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

Une unité de lieu vraiment, la présence constante de l'enfant dans la chambre, voilà ! C'est ça ! La communication avec l'unité Kangourou, si l'enfant était tout le temps dans la chambre, il n'y aurait pas de problème.

• Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Fiche de transmission, une de plus !

• Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

Au début, on devait participer aux mêmes consignes : on l'a jamais fait parce que voilà, elles estiment que cela n'est pas nécessaire. Les staffs, Je pense que les staffs effectivement, le staff de parentalité devrait peut-être avoir un mail tel jour, avoir peut-être une transmission avant qu'on découvre le dossier car c'est souvent le week-end qu'elles arrivent : Dominique n'est pas là, le psy n'est pas là, l'UFATT n'est pas joignable. Enfin, voilà ! C'est souvent les week-ends, les patientes là ! Et c'est pour cela qu'elles échappent un peu à certaines choses parce qu'on n'est pas au bon endroit... Alors la fiche de transmission, le dossier staff parentalité sert de fiche de liaison, je te dis qu'il est illisible régulièrement : tu ne vois pas ! Moi, je n'arrive pas à décrire l'écriture de Romestaing, de Claire Hubert est illisible donc voilà... et puis après, elle te raconte des histoires dont tu n'as rien à faire « la grand-mère qui la bat et machin truc... ». Ben, voilà, si elle est toxicomane, j'imagine qu'il y a une situation qui l'amenait à cette toxicomanie. Est-ce que cela me regarde vraiment dans la prise en charge, je ne le pense pas ! Donc, effectivement, si la fiche de liaison devrait être simple : ben, voilà, une femme qui se retrouve sans mari, sans aide, voilà cela pourrait être utile, quel est son parcours dans le sens où elle en est depuis qu'elle a la Méthadone ? ! Voilà parce que ça on ne sait jamais... euh, quel va être son hébergement à la fin ? Si on a besoin d'infos, c'est ces infos là parce que ça, c'est vraiment utile ! Tout ce qui se fait autour effectivement il y a des choses très intéressantes à mettre en place mais qui ne sont pas faites. Voilà !

ENTRETIEN N°2 enregistré

Autorisation à enregistrer et retranscrire les propos anonymement.

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étayage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?

Transpiration, irritabilité, nervosité, ouais tout ça !

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?

Moi, non ! Franchement non. Vous apparait-il adapté : oui. Et en plus, il y a toujours beaucoup de monde qui gravite quand... y'a une maman toxicomane : y'a l'assistante sociale, la PMI, l'UFATT, y'a tout ça...

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?

Ca c'est plus... pendant l'entretien quand on fait l'examen ; moi, en discutant avec la patiente. Là, c'est vrai que beaucoup, si elles acceptent, ce n'est pas toujours le cas. Des fois, elles se sentent moins concernées... mais, ouais, c'est plus quand elles partent, en fait, on doit beaucoup plus... En fait, ça dépend comment elles l'expriment en fait !

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?

Moi, j'ai vite tendance à faire appel aux gens qui sont plus spécialisés, pas spécialisés mais des personnes ressources parce que... ben, ça dépend de la charge de travail mais c'est vrai que... on ne peut pas toujours prendre en charge quand elles sont hyper angoissées, ben, on appelle la psychiatre, la psychologue, tous les gens qui vont graviter autour. J'ai plutôt tendance à faire ça parce que des fois, ça dépend après de la charge de travail qu'il y a sur le service mais on a plus de temps... Bon voilà, appeler d'autres personnes. Après, on essaie de parler avec la patiente mais bon... c'est parfois un peu difficile quand elles ne veulent pas. La charge de travail qui a encore augmenté ! Moi, je fais facilement appel.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Euh, je n'ai pas beaucoup travaillé sans l'unité Kangourou, en fait. J'ai travaillé quatre mois sans unité Kangourou donc je ne peux pas vraiment répondre parce que là, je n'étais pas vraiment là et puis après, je t'avoue, je n'en ai pas vraiment vu avant l'unité Kangourou.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?

Beaucoup de syndrome de manque, irritabilité, éternuement, le siège, les selles, le score de Lipsitz.

Sur notre feuille où tout est détaillé les thèmes mais ça a la limite, tu vois, c'est plus l'unité Kangourou qui a tendance à le faire parce que les enfants des mamans toxicomanes, ils restent quand même, on les voit dans les chambres de leur maman mais comme c'est l'unité Kangourou qui s'en occupe, nous, on s'en occupe moins donc du coup... on a plus...

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?

Il me semble que c'était au moins après une heure après une tétée. Je sais que c'est marquée sur la feuille donc je ne l'ai pas appris par cœur.

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?

Non, franchement, de manière générale, je ne sais pas combien de temps ils restent, la maman reste sept jours mais je ne me souviens plus si les enfants restent tout le temps à l'unité Kangourou ou s'ils sont après dans notre unité à nous avec leur maman. Dans le protocole les enfants restent en unité Kangourou pendant le séjour. Ben voilà ! Moi, je n'ai pas le souvenir de récupérer beaucoup d'enfants de maman toxicomane à surveiller en tous cas. Avant certainement, mais là, euh...

- Donnez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?

Bain envelopper, j'ai appris ça, il y a si longtemps que ça existait : j'ai vu une vidéo sur Internet et je trouve cela sympa. Emmaillotement ouais ! Le fait de les contenir, ça aide beaucoup ça oui même si on passe après l'unité Kangourou ou quoi, en parlant avec les mamans moi j'ai facilement tendance à le dire : le peau à peau, le fait de les emmailloter, de les contenir, tout ça... oui !

L'allaitement maternel, le nursing, de rester avec leur bébé, ben voilà... de passer les nuits avec leur bébé, j'ai plus tendance à dire cela.

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observez-vous le lien mère-enfant ?

Cà c'est quand j'étais dans la chambre de la maman et quand j'observe. Avant l'unité Kangourou C'est embêtant car je n'ai pas vu beaucoup cela avant alors je réponds ? Alors depuis l'unité Kangourou. Du coup, ça serait plutôt pendant l'allaitement, les mises au sein, les trucs comme ça, comment elles se chargent des soins, quand elles font un change, quand elles font un soin de cordon, si elle parle à leur enfant... quand elles font les soins, en fait ! Ces circonstances où on peut observer leur relation, c'est pendant les soins !

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?

Le regard, ouais, c'est à ce quoi je pensais, le regard, la manière dont elle lui parle, dont elle le regarde, ouais dans tout ça... surtout quand elle lui parle. Oui, je fais surtout attention à comment elles leur parlent, si elles parlent, est-ce qu'elles font facilement appel à l'extérieur ou est-ce qu'elles prennent en charge leur enfant seules ?

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?

En parlant avec elle... enfin, bon... si elles ont des questions, on y répond mais en anticipant les questions aussi et en disant « vous pourriez faire ça ou vous pourriez faire ça » parce qu'en fait elles sont parfois un peu paumées parce que... oui, en anticipant un peu parce que...

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Oui, oui, nous ne sommes pas là pendant les soins du bébé. C'est plus les nounous qui sont là pendant les soins enfin le personnel de l'unité Kangourou personnalisé.

C'est l'unité Kangourou qui gère en fait ! Nous, on va voir la maman pour sa santé à elle, son état à elle. Pour l'enfant, on n'examine pas l'enfant, c'est l'unité Kangourou qui s'en charge mais bon après on voit moins...

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?

Ça oui puisqu'on va surveiller la manière qu'elles confient leur enfant ou pas. Des fois, elles vont le confier à l'unité Kangourou et des fois, elles vont le confier à nous aussi. On sait lorsqu'on se parle la manière de le confier, la manière d'être auprès d'elle. Voilà, des infos qu'on se donne.

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?

Oui oui, bien sûr, complètement

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?

C'est pas difficile. Ça veut dire... Est-ce que c'est difficile pour moi de.... ? OUI A partir du moment où on le fait, je fais sortir, de toutes façons, pour examiner la maman ou pour parler avec la maman, je fais sortir systématiquement les visites pour ne pas faire de gaffes quoi ; de dire quelque chose qui risque d'être.... Que ça se sache pas et que du coup... c'est ça qui est compliqué. Mais à partir du moment où c'est noté dans le dossier, c'est pas difficile pour moi. Ça ne change rien dans ma prise en charge.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?

Les grands-parents pas souvent. Je n'ai pas souvent vu de grands-parents présents enfin quoique... Le père ouais parce que le père... euh, les grands-parents sont relativement présents. La plupart du temps, je n'ai pas de contacts avec les grands-parents, les parents, des mamans C'est plus dans la construction de la relation mère-enfant. Après, c'est plus en parlant avec les mamans pour savoir si elles ont des personnes ressources, si les parents sont au courant, s'ils ont du soutien matériel, financier... voilà ! Mais le père...oui le père est un soutien.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...)?

- L'ufatt

L'UFATT, je crois que je ne les ai jamais contactés. [Réflexion] Si, je crois que je les ai déjà contactés. On les contacte par téléphone. En principe, on a toujours dans le dossier un petit résumé : on sait si elles sont suivies par l'UFATT... et là, par exemple, on en a une, je ne sais pas si elle est suivie par l'UFATT donc ma collègue a refait le lien avec l'UFATT mais en principe, c'est vrai qu'on a facilement recours à eux. Oui, systématiquement recours à l'UFATT.

- Le médecin traitant

Quand c'est lui qui est le prescripteur : ça en principe, c'est souvent les internes qui s'occupent de... pour le relais en fait. Les internes ? Ouais, car comme ils sont toujours à bien, c'est du coup les sorties du médecin c'est eux qui s'occupent de ça, des contacts avec le médecin traitant.

- La PMI

La PMI, c'est Régine B. qui passe et elle est toujours au courant. Elle passe toutes les femmes en revue et elles savent quand il y a des femmes toxicomanes.

- Les assistantes sociales

L'assistante sociale, pareille, tout le monde est au courant.

- L'unité kangourou

L'unité Kangourou, ben l'enfant est systématiquement affecté donc euh... l'unité Kangourou est relativement proche, elle est juste à côté donc oui. Ils sont systématiquement affectés donc oui, on a recours à eux, quoi, de toutes façons, on travaille ensemble.

- la psychologue, la psychiatre

Le Docteur Rothenburger. Je ne sais pas si elles sont vues systématiquement par le D' Rothenburger. Non, Mme Romestaing propose systématiquement mais elle ne les voit pas systématiquement D'accord ! La psychologue, après ça dépend, tout est noté dans le dossier en fait !

- la sage femme référente.

Mme Romestaing, moi, ça m'est déjà arrivé de l'appeler pour avoir des précisions sur les patientes mais bien souvent elle note ses constatations sur le dossier donc on a toujours tout le dossier rose avec le truc de parentalité... le dossier de parentalité.

- Document staff de parentalité : le connaissez-vous ?

Ben voilà, oui.

- Vous aide-t-il dans votre prise en charge ?

Oui

- Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Je trouve que c'est pas mal car c'est très détaillé et puis on a l'avis du pédiatre, on a l'avis d'un peu tout le monde et c'est regroupé dans un dossier médical donc ce n'est pas mal.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

Moi, il y a des choses qui m'ont choquées c'est qu'il y a certains professionnels qui ont du mal avec les mamans toxicomanes dans le sens où elles ont énormément de mal à voir un enfant en manque ; du coup, elles sont très agressives avec. Enfin, je ne sais pas si cela tu peux le noter, si tu peux le mettre dans ton... Je ne sais pas si cela un rapport mais il semble qu'il y a des fois des professionnelles qui sont agressives avec les mamans parce que la professionnelle souffre de voir un enfant souffrir. Du coup, c'est cela qui me perturbe mais euh...

Les formations sur la prise en charge des patientes toxicomanes pour être bien au clair parce qu'il y a encore beaucoup de jugements, beaucoup de professionnels de santé qui jugent les patientes et qui sont pas du tout à l'écoute et pas du tout... J'ai eu des réflexions des mamans qui se retrouvent agressées par des professionnels de santé parce que... l'enfant fait un syndrome de manque et je trouve cela un peu violent comme sanction.

Moi, j'ai fait la formation « grossesse et addiction » et franchement, cela m'a bien aidé.

C'est une super formation et tout le monde intervient. Il y a des psychologues, des psychiatres, des pédiatres... c'est vraiment super bien et vraiment on peut plus comprendre dans quel état d'esprit, elles sont. J'ai entendu beaucoup des professionnels de santé qui jugeaient beaucoup les patientes et ce n'est pas le truc à faire mais bon... C'est sûr que comme elles s'occupent d'enfants, c'est difficile de voir un enfant souffrir de manque mais bon !

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

Elle n'est pas difficile la communication en principe donc il y a rien, enfin... Peut-être, quand elles... Elles, étant donné, qu'elles pensaient être plus là pendant les soins du bébé, elles pensaient peut-être ne pas nous rapporter... [Bruit] C'est elles qui observent beaucoup l'instauration du lien mère-enfant, donc peut-être quand elles nous font les transmissions, elles ne disent pas tout. Voilà !

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Il y en a déjà une de toute façon où elle note quand même, elle note beaucoup. L'équivalent de notre feuille bleue à nous : les transmissions ciblées. Elles nous font la photocopie car elle garde forcément un double dans leur dossier de l'enfant. Nous dans le dossier de la maman, on a un double.

- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

Oui cela pourrait être pas mal parce qu'au moins ce ne serait pas des transmissions données vite fait comme ça. Ça pourrait être pas mal. Il faudrait avoir plus de temps pour en parler. Ça pourrait être une bonne idée... un staff avec les internes de pédiatrie qui s'occupent des enfants et nous, avec les mamans, on pourrait bien mettre les choses à plat. Ça pourrait être bien, complètement.

ENTRETIEN N°3 enregistré

Autorisation à enregistrer et retranscrire les propos anonymement.

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étayage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faisiez-vous concernant les symptômes de manques ?

Pourquoi, tu parles au passé ? Avant l'unité Kangourou Parce que c'est toujours vrai maintenant. On dirait les tremblements, tu vois, une certaine agitation, mal-être donc c'est toujours le cas aujourd'hui, hein. Voilà, enfin la substitution à la Méthadone est toujours vraie, les sueurs ça peut arriver parfois.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?

Je dirai que les patientes qui sont bien suivies, il n'y a pas de soucis : avant et maintenant. Il n'y a pas de différences. Je pense que l'unité Kangourou n'a rien à voir là-dedans. Si elles ont bien été suivies pendant la grossesse, si les doses ont été adaptées, c'est une affaire qui roule comme avant ! Tu vois, ça c'est plus avant pendant la grossesse, tu vois... Enfin, moi, je vois ça comme ça, je ne sais pas ce que t'en penses mais... je ne sais pas si l'unité Kangourou a vraiment changé les choses. Mais peut-être qu'il y a une évolution globale depuis ? Non, je ne l'ai pas ressenti.

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?

Comment repérer ça ? Je me méfie toujours un peu des patientes toxicomanes... Bon, je dirai la dernière que j'ai eu était très bien, de bonne foi mais si tu veux, j'ai toujours du recul par rapport à ça ! Tu vois, des fois, ce qu'elle te raconte ce n'est pas toujours vrai donc du coup, je

ne suis pas pareille qu'avec une autre patiente autre parce qu'on connaît ses antécédents, tu vois !

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?

Avec les psychologues si besoin. Je leur en parle mais ce n'est pas, rarement ces femmes-là qui demandent à voir le psy. Après cela, on discute énormément, je veux dire lors du tour du matin si besoin, y'en a qui n'ont pas besoin de tout cela mais le psychologue, c'est rarement des dames qui sont demandeuses... On va dire comme ça !

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Vous avez dit qu'il n'y en avait pas. Oui, à mon sens... après on dit peut-être pas la même chose !

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?

On ne le fait plus puisqu'il est pris en charge par l'unité Kangourou donc...

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?

Non, plus du tout, plus du tout

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?

Non, c'était surtout l'auxiliaire qui gérait. Certaines auxiliaires le font, d'autres ne le font pas donc cela dépendait de l'auxiliaire. C'est plutôt leur boulot ! Je ne leur explique pas comment ça marche !

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?

Avant l'ouverture, quand on allait dans la chambre ou lors du score Lipsitz. C'est sûr que nous on trouvait beaucoup plus du lien mère-enfant, des interactions avant l'ouverture de l'unité Kangourou puisque maintenant, si tu veux, on délègue, enfin moi, je veux dire comme elles prennent en charge le nouveau-né ; le nouveau-né est pris en charge par l'unité Kangourou, je ne vais pas encore aller... surtout que les mamans ne sont plus très dans leur chambre ! Elles font la navette soit à l'unité Kangourou, soit elles vont à l'unité Kangourou. Donc, nous on les voit juste le matin pour vérifier que tout va bien pour elle mais du coup, on est beaucoup moins présente par rapport à ça ! Enfin... je vois ça comme ça.

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?

[Soupir] Comment l'aider ? Cela dépendait de certaines femmes, y'en a que tu peux plus facilement aider que d'autres, hein ? Il y a certaines femmes qui peinent à nous laisser leur bébé au bureau et il fallait qu'elles aillent fumer soit du tabac, soit autres. Y'a des fois quand elles revenaient, elles disaient qu'elles n'avaient pas fumé du tabac... Voilà ! Et, il y a d'autres femmes qui sont beaucoup plus présentes pour leur bébé, tu vois... Je pense que chaque cas est différent !

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Ben, non... là est la question, c'est un peu la même chose. Je pense complètement différent puisque tu... comme bon... les patientes qu'on a restent en général sept jours pour assurer le

suivi psychologique puisque pour les repères, elles sont gardées sept jours même si le bébé est hospitalisé en néonate, comme le bébé est en néonate, pareil, tu as le même souci, tu vois, tu ne te rends pas compte du lien mère-enfant puisque soit elles descendent : elles vont fumer, soit elles vont en néonate, ça nous échappe, c'est plutôt les filles qui ont les bébés qui vont percevoir certains indices, tu vois... après euh, voilà

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?

C'est un autre problème de ce côté-là car ça nous échappe ainsi qu'eux, tu vois...

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?

Oh, moi, je n'encourage pas et bien voilà... Je ne suis pas pro-allaitement des femmes ; je n'ai pas jugé. Si elles veulent allaiter, elles allaitent si elles préfèrent un biberon... Je ne vais pas aller dans le sens de l'allaitement ou pas l'allaitement. Je me dis : elles ne sont pas déjà trop motivées à la base, ce sont des femmes parfois un peu fragilisées, parfois bon... elles sont en couple, parfois fragilisées. L'allaitement peut-être qu'on leur dit pas trop mais c'est un peu compliqué à mettre en place donc si elles veulent Ok mais si je veux pas aller les motiver, leur dire que c'est beau, c'est merveilleux, non...

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?

Disons que... ça peut. Le conflit familial : les parents, j'ai le souvenir d'une patiente, les parents n'étaient pas au courant, bon à la limite, comme toutes patientes, quand il y a la visite, tout le monde sort mais c'est vrai quand le conjoint n'est pas au courant, cela arrive aussi, c'est un petit plus délicat car il faut surtout pas gaffer et je pense qu'on est un petit peu plus méfiante, on fait attention à ce qu'on dit, je pense que cela peut poser problème dans la prise en charge alors que lorsque le papa est au courant, tout le monde va dans le même sens, tout le monde est conscient du problème, tu vois. Je pense que c'est parfois... différent à mon sens.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?

Moi, les grands-parents, je n'ai jamais discuté, voilà... je, non ! S'ils sont... au courant du pédiatre... s'ils ne le sont pas... Voilà. Moi, je fais sortir les gens. Après je pense... si le papa, ça peut être une aide surtout s'il n'est pas toxicomane mais c'est rarement le cas, avec ce genre de personne. Les toxicomanes, ils sont très ouverts. On est tous potes là-dedans. Tout le monde fume son cannabis et puis voilà... Y'a une bouche à élever et pis enfin voilà... donc souvent pas mal de soucis donc t'as toujours envie de donner à côté. La dernière patiente que j'ai eu à VI, c'était bien parce qu'on avait un papa qui euh était très présent, intégré socialement qui avait trouvé un boulot, je ne sais plus où... bon, voilà, c'est bien, c'est des bonnes bases mais après bon voilà... quand ils sont en manque ces gens-là, hein, tu vois, tu sais pas trop comment ça se passe à la maison puisque je ne sais pas si tu as discuté avec un Dominique Romestaing mais il y a beaucoup d'enfants placés à l'assistance, hein. Donc, nous on dit ça à l'air bien, ils sont partis sur de bonnes bases mais tu vois, bon... c'est quand même des loques humaines c'est femmes-là mais bon on ne perçoit pas tout vraiment, on ne peut pas être tout le dans la chambre, bon...

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez-vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...)?

-L'ufatt

L'UFAT : En principe... on a souvent un lien, ce n'est pas moi qui le fais, c'est ma collègue parce qu'on a toujours besoin de papiers quand elles sortent, pour savoir quand elles doivent reprendre leur dose de Méthadone ou de Subutex, donc en général, on a l'occasion de les appeler c'est systématiquement quasiment.

-Le médecin traitant

Aussi, ça dépend... Des fois, effectivement, tu n'as pas affaire à l'UFAT mais au médecin traitant, hein, tu vois, puisque ça dépend... tu as toujours l'ordonnance de toute façon la photocopie dans dossier tout est noté : tu dois rappeler le médecin traitant ou l'UFAT ou... donc t'as pas de souci, c'est fait !

-La PMI

LA PMI : Systématiquement, ah oui !

-Les assistantes sociales

Systématiquement

-L'unité kangourou

L'unité Kangourou : en général... quand même on communique... si tu veux en général, à l'UK on leur demande comment va le petit bout, est-ce que les pédiatres parlent de sortie tel jour ? Il y a toujours un essai, ça passe bien.

-La psychologue, la psychiatre

Pas forcément, pas... je dirai, pas plus souvent qu'une autre. Ecoute la dernière que j'ai eu, il ne me semble pas... je n'ai pas de souvenir comme ça mais certainement, même si c'est des gestions difficiles mais il faut simplement parler

-La sage femme référente.

De toute façon, souvent elle passe dans le service voir ses patientes donc oui on la voit souvent quand même. Et quand les femmes sont suivies par quelqu'un d'autres ? Ca dépend, tu vois, quel a été le médecin qui l'a suivie ou quand on ne sait pas trop, moi, je demande à Dominique parce que c'est la référente que moi, à l'essai, je ne fais pas de bêtises. Parce que le genre compliqué, avec les patientes toxicomanes, il faut récupérer leur dose, il faut tout redonner à la sortie, parfois il y a quelques petits quoique. Il vaut mieux redemander quand on ne sait pas.

-Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Oui très bien. Je trouve que c'est bien détaillé en fait ! Je trouve que c'est pas mal.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

Ecoute, en cherchant bien, on peut toujours améliorer mais je pense que... c'est pas mal. Déjà, il y a dans le dossier, le staff de parentalité donc on peut déjà un peu... ce qu'il se passe au niveau familial, tu vois, pour la prise en charge de doses de Méthadone c'est pareil, on a déjà les photocopies qui sont notés, etcetera. Déjà quand elles arrivent, c'est bien complet. Ca nous facilite quand même la tâche. Donc, vu comme ça, je pense pas... Et puis, bon, après, on devrait toutes... Peut-être que tout le monde n'est pas passé, tu sais, en formation avec Dominique. C'est vrai que ça m'a vraiment bien aidée du fait d'avoir eu ces deux jours. On devrait le faire un peu comme l'allaitement, quoi... Bon, on n'est quand même pas loin de la Belgique, y'a beaucoup de toxico, c'est peut-être moins vrai dans d'autres régions. Après, j'étais avec une fille de l'unité Kangourou qui vient d'Angers. Elle me disait ben là-bas, y'a pas autant de toxicomanes. Je pense que effectivement, tout dépend où tu te situes en France. L'approvisionnement ici est peut-être plus facile aussi, hein ?

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

Oh, non, je ne pense pas... Franchement... y'a des gens qui trouvent qu'il n'y a pas de communication mais moi, je trouve que si tu vas les voir : tu leur demandes ce qu'il en ait, quand est-ce qu'on envisage une sortie ? Ou est-ce que le petit fait un sevrage. Il y a un pédiatre... et pareil, s'il y a un souci : si le bébé part en néonate, que les filles lui mettent de la morphine, elles nous le disent. Donc, non ! Enfin, transparent... à mon point de vue.

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?
- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

Oh, ce n'est pas indispensable, étant donné, tu sais, qu'il y a déjà le doc de parentalité qui nous donne pas mal d'infos. Après les infos, ça va nous faire les mises à jour quoi : le bébé fait un syndrome de sevrage ou pas, est-ce qu'il faut l'hospitaliser pour mettre de la morphine, tu vois, c'est là aussi où tu vas être plus méfiant, voir que les interactions mère-enfant, que la relation a du mal à s'installer donc euh, je pense que c'est peut-être pas au début mais que quatre-cinq jours, c'est peut-être bien de faire le point déjà avec l'UK, voir un peu ce qu'elles ressentent sérieusement. C'est surtout les filles de l'UK qui vont ressentir tout ça donc dès l'entrée ? Je ne pense pas. Quel intérêt ? Enfin... pourquoi pas, pour faire le point, tu vois, dire « Attends, là, on est à cinq jours, bon, le bébé va bien, ou tiens, on se demande s'il s'agit de ça ; tiens, il a un syndrome de sevrage ou on envisage le retour à la maison, ou on voit si la PMI est bien sur le coup, les EFFE, plus ce moment-là ». Enfin, tu verras... avec les infos que tu auras, ce qu'il en sort. Voilà !

ENTRETIEN N°4

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étagage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?
Je n'ai jamais eu de trop, il n'y a pas franchement de symptômes de manques, elles sont bien régulées.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?
La prise en charge est plus en amont de l'accouchement qu'avant. Il paraît adapté.

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?
En allant voir la mère tous les jours, en l'observant, en lui parlant.

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?
Les différents intervenants viennent la voir. Je fais le lien, met en relation avec les bonnes personnes.

En lui parlant un peu.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Non pas l'impression

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?
Score de Lipsitz suivant le protocole.
- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?
Suivant le protocole
- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?
Non, on n'a pas à s'en occuper s'il est à l'UK.
- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?
Non pas particulièrement, encourage emmaillotement, portage, écharpe

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?
Pendant les soins, la tétée, l'alimentation
- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?
Présence
- Comment aidez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?
En faisant que le lien ne soit pas interrompu, qu'elle l'ait auprès d'elle le plus possible.
- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Cela coupe la continuité
- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?
Pas forcément, non
- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?
Oui

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?
Pas de difficulté
- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?
S'ils sont là déjà, souvent la femme est en rupture avec sa famille. Pour le père, le faire participer au soin, qu'il soit présent.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?
- L'ufatt, Le médecin traitant
Sur demande, lors de traitement chaotique, mal observé.

– La PMI, Les assistantes sociales

En systématique

– L'unité kangourou

On s'appelle, on se fait des transmissions

– la psychologue, la psychiatre

Parfois proposé, souvent connu avant, on refait le lien.

– la sage femme référente.

On l'appel quasi systématiquement.

– Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ?
Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Il aide dans la prise en charge en donnant des informations sur le suivi de la grossesse. Il n'y pas d'améliorations à apporter.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

On en fait déjà beaucoup. Il faudrait qu'il y ait plus de présence, faire le lien avec personnel plus compétent.

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

Non, c'est une histoire de personnes, ce n'est pas nécessaire, il y a beaucoup d'appel entre nous.

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Papier

- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

Cela peut être bien mais ce n'est pas réalisable.

ENTRETIEN N°5

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étayage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?

Il n'y a pas de symptômes de manques, régulé pendant la grossesse.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?

Il n'a pas évolué, il est adapté.

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?

Difficile, les femmes n'expriment plus trop leurs difficultés à nous depuis l'UK.

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?

On a un rôle moins important

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
On a un rôle moins important, plus difficile.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?
Score de Lipsitz, cri, pleurs, hyperactivité, transit.

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?
Après tétée

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?
On continue, on réfère à l'uk, on transmet si on repère quelque chose.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?
Je conseiller l'emmaillotage, le peau à peau,...

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?
Pendant la tétée, l'alimentation, les bains, les pleurs.

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?
Situation à risques, on est plus vigilant pour transmettre aux autres professionnels.

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?
En lui faisant comprendre qu'elle est capable.

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Non, pas besoin d'être plusieurs, de multiplier les intervenants.

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?
Oui, voir si elle reste avec son enfant.

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?
Décider avant, fort taux d'allaitement maternel chez ces mères.

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?
Cela oblige à trouver de fausses explications devant l'entourage.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?
Peuvent être rassurant, prendre le relais de la mère si besoin.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?
– L'ufatt

Reprogrammer en sortie, prendre rendez vous pour les patiente pas connu, surtout pour patiente avec suivi moins encadré

– Le médecin traitant

Quand doute sur le traitement

– La PMI, Les assistantes sociales

En systématique

– L'unité kangourou

De fait

– la psychologue, la psychiatre

En fonction du contexte, déjà connu, le lien est fait par les assistantes sociales.

– la sage femme référente.

Souvent appelé, revient pendant le séjour voir les patientes

- Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Il aide dans la prise en charge. Il n'y a pas d'amélioration à apporter.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

Je ne sais pas. L'unité kangourou est un abus de langage ici nous n'avons pas une vrai unité kangourou.

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

Communication faite de façon informelle, mais on sait pas qui fait quoi, chacune dans notre coin.

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Plutôt fiche de liaison avec ce qui est fait, les personnes qui ont été contacté parce que pour l'instant pas de couac mais...

- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

Ça peut être bien.

Transmission ensemble difficile à cause des trois secteurs, fait mais chose plus officiel peut être bien

ENTRETIEN N°6

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étaillage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?

L'état générale, si elle agressive ou pas, sa douleur, si elle a froid, de quoi elle se plaint.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?

Ne sait pas. Oui

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?

Dans l'échange avec la patiente, l'écoute, l'observation

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?
En faisant appel à d'autres professionnels, Mme Romestaing.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Non

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?
Score de Lipsitz, observation générale de l'état du bébé.

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?
1h30 après la tétée

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?
On fait toujours une observation clinique pour échanger avec les filles de l'uk.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?
Je conseille le portage, enveloppement, la mise au sein au maximum lorsqu'elles allaitent.

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?
Lors de l'examen de la maman, quand je suis dans la chambre.

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?
La manière dont elle le porte, si elle a des gestes brusques ou pas, quand elle parle s'il y a de l'agressivité qui transparait.

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?
En la valorisant, en la laissant s'occuper de son enfant, en la confortant dans son rôle de mère.

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Moins bien car on est un Xième interlocuteur, le discours est encore autre.

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?
Oui cela est mieux fait depuis l'ouverture de l'uk car l'enfant est confié à l'uk elles peuvent mieux surveiller cela qu'avant.

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?
Oui lorsqu'elle le souhaite.

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?
Je fais sortir les visites, je n'ai pas affaire à la famille mais à la femme.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?
Père aide par sa présence et son soutien. Si la famille est informée elle sera un soutien sinon on ne peut pas compter dessus.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?
 - L'ufatt
Si suivi par eux, on les informe.
 - Le médecin traitant
Quand il gère la toxicomanie les internes font le relais.
 - La PMI
De manière systématique
 - Les assistantes sociales
De manière systématique à l'entrée.
 - L'unité kangourou
De manière systématique.
 - la psychologue, la psychiatre
Des fois femmes déjà connu, en fonction si besoin.
 - la sage femme référente.
Est informé
 - Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?
Aide dans la prise en charge, dit s'il y a un secret ou non, donne les personnes de références. Pas d'amélioration nécessaire.
 - Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?
Non, on ne peut pas faire plus.
 - Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?
Cela dépend des acteurs, ce n'est pas un souci, l'échange oral suffit.
 - Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?
Un papier de plus
 - Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?
Intéressant, pas forcément le temps, difficile à mettre en place.

ENTRETIEN N°7

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étayage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?
Il y a des sueurs, irritabilité, douleur, tremblement ; cela n'arrive pas souvent.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?

Non. Il est adapté et bien établie

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?

Souvent suivi par Dr Rothenburger, déjà mis en route. Observation du comportement, ce qu'elle dit.

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?

Parler avec la patiente, recours à la psychiatre, aux assistantes sociales.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Non, moins de lien, plus découper.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?

Score de Lipsitz, syndrome de manque.

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?

1h30 après la tétée.

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?

Non mais s'il est excité on avertit l'uk.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?

Oui, le portage, maintenant c'est l'uk. Mais les mamans les portent beaucoup.

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?

Avec l'auxiliaire de puériculture car on n'est moins souvent en contact qu'elles.

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?

La manière dont elles portent le bébé

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?

En donnant confiance en elle, en valorisant. Rassurer sur ses compétences

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Moins car découpé en deux parties, on intervient moins.

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?

Pas toujours au courant. On voit si elles confient souvent son bébé

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?

Décision déjà prise, le plus souvent elles allaitent.

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?

On ne voit pas la patiente devant la famille. Discrétion vis à vis du traitement.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-

enfant ?

Une aide s'ils ont un comportement positif, rassurant. Si le conjoint est toxicomane situation plus fragile, sinon c'est plus facile. La famille est un point pour se raccrocher, demander de l'aide.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?

– L'ufatt

Quand elles ne sont pas sous traitement pour le mettre en place

– Le médecin traitant

Appel a la sortie pour prévenir

– La PMI

Assistentes sociales font le lien

– Les assistantes sociales

Prévenu systématiquement

– L'unité kangourou

On travaille ensemble

– la psychologue, la psychiatre

Étiquette au tableau et prévenu par les assistantes sociales

– la sage femme référente.

Est au courant par les assistantes sociales ; vient systématiquement voir les patientes

- Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Il aide dans la prise en charge, il n'y a pas d'améliorations à apporter.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

Non

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

C'est un travail en binôme, on se fait des transmissions s'il y a des problèmes, on travail en lien, si on ne demande pas on n'a pas tous les éléments.

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Non

- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

Les pédiatres sont en lien avec la puéricultrice qui fait le lien avec nous. Pas utile. Les assistantes sociales font le lien entre les services.

ENTRETIEN N°8

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le

lien entre les deux, l'étagage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?
Normalement ne devrait pas en faire. Si elle n'est pas substituée ; algique, tremblement. On n'a pas de contrôle de ce qu'elles consomment après la recherche en salle de naissance.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?
Ne sait pas, on ne modifie pas en secteur. Problème de délivrance par la pharmacie, de signature avec medexpert, trouver un médecin qui peut faire l'ordonnance sur medexpert.

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?
Pas facile, donne l'impression qu'elles vont bien, ou explique pourquoi elles sont dans la toxicomanie. Dissimulatrice, il y a un problème de confiance. Je me suis fait avoir une fois et maintenant j'ai du mal. On n'est pas dans le même monde

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?
J'essaie d'avoir la même écoute que pour tous le monde, j'adresse à un soutien psy si problème important.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Pas vraiment on est deux entités, on s'est déchargé des soins du bébé qui étaient une surveillance lourde.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?
Scores, recueil urinaires, comportement

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?
1h30 après les repas, régulièrement dans la journée, je demandais aussi aux mamans de guetter parce qu'elles pouvaient repérez quand il se sentait mal elles connaissent ça.

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?
On fait le lien avec l'uk s'il se passe quelque chose.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?
Non

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?
S'il pleure, change, alimentation

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?
Présence dans la chambre

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?
S'intéresse à la façon dont évolue l'enfant ; faire parler la mère de son enfant.

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Différent, moins de temps passé pour les soins de l'enfant.

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?

Oui quand elles sont absentes souvent c'est négatif.

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?

Oui c'est important mais sans les brusquer.

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?

On fait sortir les visites, faire attention à l'administration du traitement surtout en chambre double vis à vis de la voisine tout en respectant son horaire, plus de difficulté à faire parler si secret et autres personnes présent dans la chambre (chambre double ou étudiant présent)

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?

Si la famille est soutenante la famille aide. La culpabilité est importante et donc le regard des autres aussi.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?

– L'ufatt

Pour instaurer un traitement.

– Le médecin traitant

Informé du séjour hospitalier.

– La PMI

Systématiquement averti.

– Les assistantes sociales

Systématiquement averti.

– L'unité kangourou

Transmission.

– la psychologue, la psychiatre

Facilement proposée.

– la sage femme référente.

Systématiquement vient voir les patientes.

- Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Aide dans la prise en charge. Ne sait pas si des améliorations peuvent être apportées.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

Surement pas.

On n'a pas de retour sur évolution au sein de la famille donc...

Je suis mal à l'aise. On y connaît pas grand chose, dans mes études rien sur le sujet, depuis j'ai eu une info avec Dominique Romestaing mais il y a longtemps.

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

Les consignes ne sont pas établies, au coup par coup

Consigne ensemble à midi après nos examens serai bien.

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Non

- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

De toute façon il n'y a pas de communication avec les pédiatres, pour aucune patiente et de moins en moins.

ENTRETIEN N°9

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étayage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?

Elles sont nerveuses, agitées, transpirent en général. Mal être, changement de comportement, sont plus algiques avec une augmentation de l'EVA.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?

Non. Pas connaissance.

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?

Elles sont souvent angoissées. A travers les plaintes, se plaignent du personnel, ne sont pas contente de la prise en charge de leur enfant.

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?

En général, elles sont suivies par le psychiatre, communication avec le psychiatre, être plus à l'écoute que pour une autre patiente, voir l'organisation à la maison, s'il y a un suivi.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Non. On n'apporte pas plus d'info, il y a plus d'écoute mais dispersion dans la continuité, elles sont plus maternées, permet de dépister plus de choses à plusieurs personnes.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?

Score de Lipsitz, suivi du protocole, pas que le score, modification selon le comportement sur la journée, s'il est agité, suivant alimentation. Présence pour les tétées et dans les soins de puéricultures.

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?

1h30 après le repas

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?

On en fait part si on le trouve agité, on communique avec l'unité kangourou, on leur signale.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?

Massage bébé, portage, emmaillotement expliqué, conseils pour des gestes qui calment l'enfant, musique, odeur de la mère.

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?

Pendant les soins.

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?

Voir s'il est toujours dans le berceau, les regards, si elle l'a souvent dans les bras, qui fait les soins.

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?

Répondre aux questions par rapport aux soins quotidiens ; si des difficultés valoriser la mère, lui dire de le bercer quand il pleure, de le prendre dans les bras, expliquer que le soin est un moment passé avec l'enfant, qui crée qui favorise le lien ; communication avec l'enfant.

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Beaucoup moins, on est moins présent, plus dispersé.

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?

Oui, on regarde si on trouve qu'elle est souvent absente, si elle est en néonatalogie ou dehors.

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?

Oui, on dit les bienfaits, que ça aide à diminuer le syndrome de sevrage.

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?

Non, sauf si la famille est souvent présente.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?

Quand la famille est présente, c'est un bon contact mais souvent il y a une rupture avec la famille. C'est rassurant si la famille est présente, elle sait à qui faire appel. Aide limitée si les parents ne sont pas au courant.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?

– L'ufatt

Pas toujours, pas systématiquement, lien fait par assistantes sociales

– Le médecin traitant

Appel quand sous méthadone, si elle n'est pas sous Subutex ou si ce n'est pas clair.

– La PMI

Systématiquement

– Les assistantes sociales

Systématiquement

– L'unité kangourou

Systématiquement

– la psychologue, la psychiatre

Elles sont toujours suivies par le psychiatre, si ce n'est pas le cas on le propose.

– la sage femme référente.

Prévient toujours si ceux sont ses patientes, si ceux ne sont pas ses patientes et qu'il n'y a pas de problème non prévenu.

- Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en

charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Oui. Oui. Tous les problèmes sont soulevés, comment cela est dans la famille, le retour. Permet d'aborder plus facilement la patiente, c'est plus facile pour tout le monde.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

On fait déjà pas mal de choses. Quand on n'a pas le temps, chacun est dans son coin et cela ne va pas en s'améliorant.

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?
Se retrouver la sage-femme, l'assistante sociale, l'unité kangourou, voir si tout est au clair pour la sortie, staff. Transmission si on se voit si problème, c'est moins bien pour la globalité des soins.

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Voir si tous les points ont été ciblés. Trace avec feuille pour voir si tout a été abordé. Voir si la dame est satisfaite aussi.

- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?
(Déjà abordé avant)

ENTRETIEN N°10

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étayage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?
Agressivité verbale, tremblement, sueur, logorrhéique. Peu rencontré ici suivi.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?
Non, moins de papier. Oui, beaucoup de travail fait en amont.

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?
Enfant qui passe beaucoup de temps en pouponnière, femme isolée qui n'a pas de visite.

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?
En discutant, voir ce que l'on peut faire pour elle, proposer suivi psy, voir si elle en a un.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Non, plus de facilité pour les femmes de sortir, apport du portage et de l'emballotement par l'uk, uk a plus de temps pour ne s'occupait que de ça.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?
Score de Lipsitz item du protocole, lien mère-enfant.

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?
1h30 après tétée.

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?
Plus les scores mais observations de l'enfant.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?
Dire à la mère de beaucoup porter, câliné, envelopper, dire que l'enfant a le droit de pleurer.

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?
Au moment d'un soin de nursing.

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?
Enfant qui pleure beaucoup avec une mère démuni, enfant à l'autre bout de la chambre, si elle lui parle, si elle porte, s'il est la nuit à l'uk.

- Comment aidez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?
Déculpabiliser, guider avec des choses simples, le portage, qu'elle rassure, qu'elle explique au bébé.

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Oui

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?
Oui, des fois ils font la nuit complète à l'uk.

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?
Pas plus qu'une autre, respect du choix

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?
Non, il faut en discuter avec la patiente, faire attention à qui est là.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?
Il apporte de monde autour de lui (bébé), un chemin de parentalité, qu'il ne soit pas tout seul.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?
 - L'ufatt
Appel s'ils ne savent pas.

- Le médecin traitant
Suivant le dossier.

- La PMI
Systématiquement.

- Les assistantes sociales
Systématiquement.

- L'unité kangourou
Systématiquement.

– la psychologue, la psychiatre

J'aborde le sujet avec la femme, elles sont toujours suivies.

– la sage femme référente.

Je préviens de la présence de la patiente.

- Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Oui. Oui, permet de cibler l'entourage, l'histoire. Non.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

Elles sont déjà bien suivies, j'ai l'impression que les femmes sont contentes.

Les prescriptions c'est des fois galère pour la dotation.

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

Je travaille tout le temps avec l'uk, il n'y a pas de problème au contraire on se complète, transmission entre la sage-femme et l'auxiliaire.

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Il y a déjà des fiches de liaison.

- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

Permet discussion, peut être bien.

ENTRETIEN N°11

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'éclatement familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?

Moite, transpire, agressive, douleurs, n'en a pas trop si substituée, sinon demande un traitement un peu avant.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?

Non. Oui.

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?

En les écoutants, elles s'ouvrent moins, sont un peu plus menteuses, des fois difficile à cerner, comme pour les autres.

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?

Rassurer, donner confiance, elles sont beaucoup culpabilisées, elles ont peur pour l'enfant, parler.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Non.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?
Recherche toxique urinaire, score de Lipsitz.

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?
1h30 après alimentation mais pas de réveil de l'enfant pour faire le score la nuit.

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?
Non mais si je remarque quelque chose je fais le lien avec l'uk.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?
Le portage est instinctif souvent, on voit ce qui soulage leur enfant.

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?
Soin de nursing, de nourriture, façon de nous l'emmener.

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?
Comportement de l'enfant en manque, s'il irrite sa mère, elle peut être vite excéder; comment elle lui parle, peut s'énerver.

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?
En lui expliquant l'état de l'enfant, parce que si elle comprend pourquoi elle peut essayer de le rassurer, de le calmer.

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?
Oui, elles posent des questions.

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?
Pas plus que chez les autres.

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?
Oui pour un sevrage plus en douceur.

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?
Non, ça ne pose pas de problème, je fais sortir les visites, on se met d'accord avec la maman sur ce qu'il y a à dire.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?
Souvent le père n'est pas une aide, il est souvent toxicomane, ils ont plus de mal que les mères à gérer; les grands parents aident si ils sont au courant, ce sont souvent des femmes isolées. Plus simple si la famille est présente.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?
 - L'ufatt
Pas de contact ne faisant que des nuits.

- Le médecin traitant
Pas de contact ne faisant que des nuits.

- La PMI
Pas de contact ne faisant que des nuits.
- Les assistantes sociales
Pas de contact ne faisant que des nuits.
- L'unité kangourou
Transmission
- la psychologue, la psychiatre
Non, noté pour passer la voir, passage consigne équipe de jour.
- la sage femme référente.
Prévenue le jour.
 - Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?
Oui. Oui, il apporte beaucoup de renseignements. Non.
 - Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?
*Je suis des fois moyennement satisfaite de la prise en charge, c'est difficile.
Ne sait pas.*
 - Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?
Pas de problèmes, les consignes se passent.
 - Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?
Un papier en plus.
 - Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?
Ce sont souvent des cas similaires, pas utile ou pour quelques cas complexes mais on peut les aborder au staff habituel.

ENTRETIEN N°12

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étayage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?
Tremblement, agitation, transpire, il y en a peu.
- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?
Non. Il faudrait enlever de la rigidité il est un peu trop systématique. (Horaire)
- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?
C'est difficile d'approcher ces patientes, difficile à évaluer.

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?

La psychologue vient, il y a beaucoup de personnes, professionnels pluridisciplinaire sont autour, elles sont connues et encadrer.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Non.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?

Lien mère-enfant, brazelton, encadrer allaitement maternel comme pour les autres femmes, surveiller les tremblements, succion, pleurs.

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?

Je ne sais pas, avant la tétée.

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?

Non, transmission si quelque chose d'inhabituel.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?

Emmailloter, bien les prendre, les calmer, le portage.

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?

Allaitement maternel, soins, alimentation, sommeil.

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?

À ce que l'enfant ne manque de rien, qu'elle réponde aux attentes de l'enfant, qu'elle est une réponse adaptée.

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?

En donnant des explications, des informations, réponse à la mère, aider dans ses capacité de mère, la mettre en valeur.

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Non on s'occupe plus que d'un coté, ça a dissocié les deux.

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?

Oui.

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?

Oui.

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?

Pas de problème quand on le sait.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?

La présence dépend des liens avec leurs parents, si dans le secret ils ne vont pas pouvoir l'aider.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?

– L'ufatt

Pour des renseignements sur le traitement, pas systématique.

– Le médecin traitant

Non

– La PMI

Oui par rapport à la sortie, elles sont connues, elle vient dans le service

– Les assistantes sociales

Systématiquement

– L'unité kangourou

Pour le suivi, des observations.

– la psychologue, la psychiatre

Patientes connues

– la sage femme référente.

Systématique

- Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Oui. Oui, bonne synthèse. Non.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

Ne sait pas. Problème du temps dans conjoncture actuelle, de moins en moins de temps.

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

Non, on communique beaucoup, assez synchro.

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Papier en plus (si on veut des infos on va les chercher).

- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

Peut être bien pour une meilleure prise en charge de la sortie ; si l'enfant est en hospitalisation, cela fera plus de lien.

ENTRETIEN N°13

Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la prise en charge des patientes toxicomanes et de leurs enfants et sur son évolution depuis l'ouverture de l'unité kangourou.

Nous évoquerons tour à tour l'évolution des prises en charge en ce qui concerne la mère, l'enfant, le lien entre les deux, l'étagage familial et enfin les liens entre professionnels.

Concernant la mère :

- Quelles observations particulières faites vous concernant les symptômes de manques ?

Tremblement, sueur, éternuement, pas toutes les patientes.

- Le protocole de traitement de substitution a-t-il évolué ? Vous paraît-il adapté ?

Non. Oui.

- Comment repérez-vous les difficultés psychologiques (angoisse, culpabilité, perte d'estime de soi) ?

Par la discussion quand on les rencontre.

- Comment répondez-vous à ces difficultés ?

Lien avec psychologue et assistantes sociales.

- Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

On ne peut plus rentrer dans les soins, difficile, pas les mêmes relations avec la mère.

Concernant le nouveau-né :

- Quelles surveillances particulières faisiez-vous par rapport à la toxicomanie maternelle ?

Score de Lipsitz.

- A quel moment faisiez-vous le score de Lipsitz ?

1h30 après la tétée.

- Depuis l'ouverture de l'unité kangourou, continuez-vous ces surveillances ?

Si on note quelque chose d'anormal, on transmet à l'uk.

- Donniez-vous des consignes particulières concernant les soins de nursing du nouveau-né (bain enveloppé, emmaillotement, ...) ?

Portage, peau à peau, allaitement maternel suivant les femmes elles ne sont pas réceptive de la même manière aux techniques, peu de temps pour créer une relation avec elles.

Concernant le lien :

- Dans quelles circonstances observiez-vous le lien mère-enfant ?

Soins de nursing, mises au sein.

- En quoi étiez-vous plus attentives aux interactions mère-enfant ?

La façon d'être avec bébé, si elles sont attentives à leur bébé.

- Comment aidiez-vous la mère dans son lien avec l'enfant ?

Soin de nursing, allaitement maternel, brazelton pour montrer les compétences du nouveau-né à la mère.

- Pouvez-vous le faire de la même façon depuis l'ouverture de l'unité kangourou ?

Non, à une femme qui demande oui mais pas proposer de la même façon, on ne peut pas tout proposer.

- Surveillez-vous la présence de la mère dans la chambre ?

Elles donnent le nouveau-né à l'uk très facilement, encore plus qu'avant, beaucoup de va et vient.

- Encouragez-vous l'allaitement maternel quand cela est possible ?

Oui

Concernant l'étayage familial :

- En quoi le secret de la toxicomanie dans la famille, s'il existe, est-il une difficulté pour vous dans votre prise en charge ?

Non.

- En quoi le père ou les grands-parents sont-ils une aide dans la construction du lien mère-enfant ?

Les grands parents ne sont pas vus souvent, père des fois présent, ne sait pas.

Concernant les liens entre professionnels :

- Utilisez vous les ressources suivantes et comment (systématiquement, sur demande, ...) ?

– L'ufatt

Quand pas substituer ou relai.

– Le médecin traitant

Informe de la sortie de la patiente avec traitement de sortie.

– La PMI

Systématiquement appelée

– Les assistantes sociales

Fait le lien avec la PMI.

– L'unité kangourou

Passage de consignes.

– la psychologue, la psychiatre

Elle nous informe quand elle passe et elle passe ses consignes, patiente connue avant.

– la sage femme référente.

Informé.

- Document staff de parentalité : le connaissez-vous ? Vous aide-t-il dans votre prise en charge ? Quelles améliorations peuvent lui être apportées ?

Oui. Oui aide à mieux connaître les patientes. Non.

- Au terme de cet entretien, pensez-vous qu'il y a des améliorations à mettre en œuvre ? Si oui lesquelles ?

Oui, on peut toujours améliorer. Ne sait pas.

- Avez-vous de solutions pour faciliter la communication avec l'équipe de l'unité kangourou ?

Non transmission orale faite.

- Que pensez-vous d'une fiche de transmission ?

Un papier de plus.

- Que pensez-vous d'un mini staff dédié à ces patientes ?

Pourquoi pas pour anticiper, faire le point avant la sortie.

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A. FRUHINSHOLZ

Mémoire de fin d'études de sage-femme de DROITCOURT Gwennaëlle - Année 2013

**LIEN MERE-ENFANT
EN CAS DE TOXICOMANIE
Évaluation de la prise en charge
Enquête auprès des sages-femmes du Service Mère-Enfant
de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.**

Directeur de mémoire : PICHON Marie-Laure, sage-femme enseignante

Expert : ROTHENBURGER Sophie, psychiatre

Les femmes enceintes dépendantes aux substances psycho-actives sont des patientes à risques tant sur le plan obstétrical que psychosocial. Une prise en charge spécifique est mise en place en anténatal afin de prévenir les risques obstétricaux et d'améliorer le lien mère enfant. La prise en charge en suites de couches par les sages-femmes est présentée. Les problèmes rencontrés par les sages-femmes dans cette prise en charge sont explicités. La prise en charge par les sages-femmes est devenue moins importante depuis l'ouverture de l'unité Kangourou. Des propositions d'amélioration sont apportées.

Toxicomane, lien mère-enfant, maternité

Pregnant women addicted to psychoactive substances are patients at risk both obstetric and psychosocial. A specific treatment is set up in order to prevent prenatal obstetric risks and improve the bond between mother and child. Care in puerperium by midwives is presented. The problem faced by midwives in this care are explained. Care by midwives has become less important since the opening of the unit Kangourou. Suggestions for improvement are made.

Addict, mother-child bond, maternity