Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

LES MÈRES TOXICOMANES ET/OU SUBSTITUÉES ET LEUR(S) ENFANT(S)À LA MATERNITÉ JEANNE DE FLANDRE- CHRU DE LILLE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE

2008 -2010

Montpellier octobre 2012

Introduction

Les mères dépendantes de substances psycho actives (essentiellement les opiacés et la cocaïne) représentent une population de gestion particulièrement difficile en période périnatale.

Outre les effets sur le fœtus de l'exposition in utéro à un ou plusieurs produits, le problème est un suivi de grossesse bien souvent insuffisant.

Conséquences:

- Des grossesses à risque de complications périnatales.
- Des troubles de l'attachement mère-enfant et des taux de séparations et de placements élevés.

De nombreuses études s'accordent à dire que la pratique de programmes de substitution associée à un suivi anténatal de qualité permettent de prévenir la plupart de ces complications.

Plan

- Présentation générale de la prise en charge des mères toxicomanes et /ou substituées.
- Résultats de l'étude des situations
  en 2008 - 2010 à JDF.
- Discussion.

Maternité Jeanne de Flandre

CHRU Lille

- 5553 accouchements en 2010
  - Maternité de recours et de proximité
  - 76 lits de suites de naissance (dont 11 lits dits « kangourou »)
  - Un service de néonatologie attenant (16 lits de réa, 24 lits de soins intensifs, 22 lits de soins courants)

La PEC à JDF(1)

- Le suivi maternel prénatal
  - La prise en charge de l'addiction
  - Le suivi obstétrical (la première consultation et le suivi ultérieur)
  - La prise en charge sociale
  - L'accompagnement psychologique
  - Les « staff »
- La consultation pédiatrique prénatale
  - Explications sur le séjour en maternité(séjour prolongé, surveillance médicale et biologique ,alimentation, syndrome de sevrage, interventions des différentes équipes…)
  - Conditions et organisation du retour à la maison
  - Relais extérieurs

La PEC à JDF(2)

- La prise en charge en suite de naissance
  - Des mères
    - Unité kangourou
    - Séjour prolongé et adapté (permissions possibles)
    - Bilan de l'addiction avec addictologue
  - Du ou des enfants
    - Le cocooning
    - Le syndrome de sevrage et son traitement
    - La participation des parents

Population de l'étude

Elle comprend 67 femmes ayant donné naissance à 73 enfants (6 femmes ont accouché 2 fois durant la période d'étude).

Ont été incluses dans cette étude:

- Toutes les femmes bénéficiant d'un médicament de substitution MSO durant la grossesse
- Toutes les femmes repérées comme consommatrices d'héroïne et /ou de cocaïne, avant ou pendant la grossesse:
  - Consommations déclarées
  - Toxicomanie soupçonnée en période néonatale devant des signes de sevrage chez le nouveau-né, et confirmée par les examens toxicologiques (2 cas).
- Venues accoucher à la maternité JdF (ainsi que 2 femmes dont l'accouchement à eu lieu à domicile et hospitalisées ensuite en suites de couches à JdF).
- Entre le 01 janvier 2008 et le 31 décembre 2010.

Méthodes

- Etude rétrospective pure.
- Etude des dossiers:
  - Obstétricaux des femmes ayant accouché à JdF.
  - Pédiatriques des nouveau-nés (de maternité ou de néonatalogie)
  - Sociaux de la PMI de JdF
  - Des courriers retrouvés dans la base de données du CHRU « Otalia ».
- Création d'une grille de recueil de données.
- Analyse statistique informatique.

Résultats

1. Données sociales concernant la mère:

- **Age**: de 18 à 38 ans (moyenne 31 ans *(30,1 ans)*).
- **Logement personnel** = 78% *(93%)*.
- **Emploi** = 16 % *(67%)*.
- **Protection sociale** = 96 % *(99%)*, dont la moitié bénéficiaires de la CMU.
- **Célibataires** = 21% *(7%)*.
- **Antécédents judicaires** = 9 femmes (dont 3 incarcérées pendant la grossesse).
- **Prostitution** = 3 femmes.
- 60 femmes sur les 73 de l'étude avaient déjà mené une grossesse à terme et avaient donné naissance à 136 enfants. Près de **40%** d'entre eux ne vivaient pas avec leur mère au moment de la grossesse étudiée.

Résultats

2. Données concernant la dépendance de la mère:

69 femmes déclaraient comme principale addiction, une dépendance à l'**héroïne**.

2 femmes déclaraient une dépendance à la cocaïne, 1 à la codéine.

78% bénéficiaient d'un MSO avant la grossesse.

92% bénéficiaient d'un MSO pendant la grossesse (méthadone dans près de 80% des cas).

60% des femmes sous MSO pendant la grossesse poursuivaient leurs consommations.

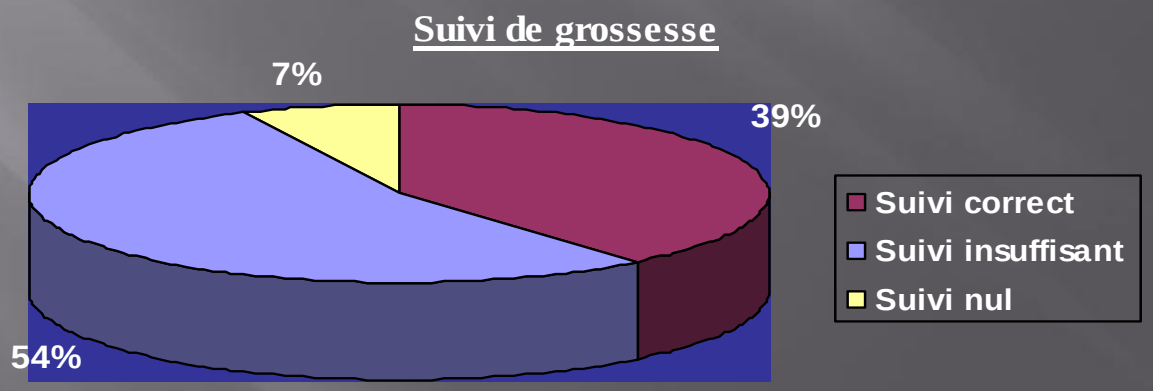
Les poly consommations étaient fréquentes et concernaient 64% des femmes durant la grossesse , sur la base des données déclaratives (essentiellement tabac, cannabis et alcool).

Résultats

3. Déroulement de la grossesse:

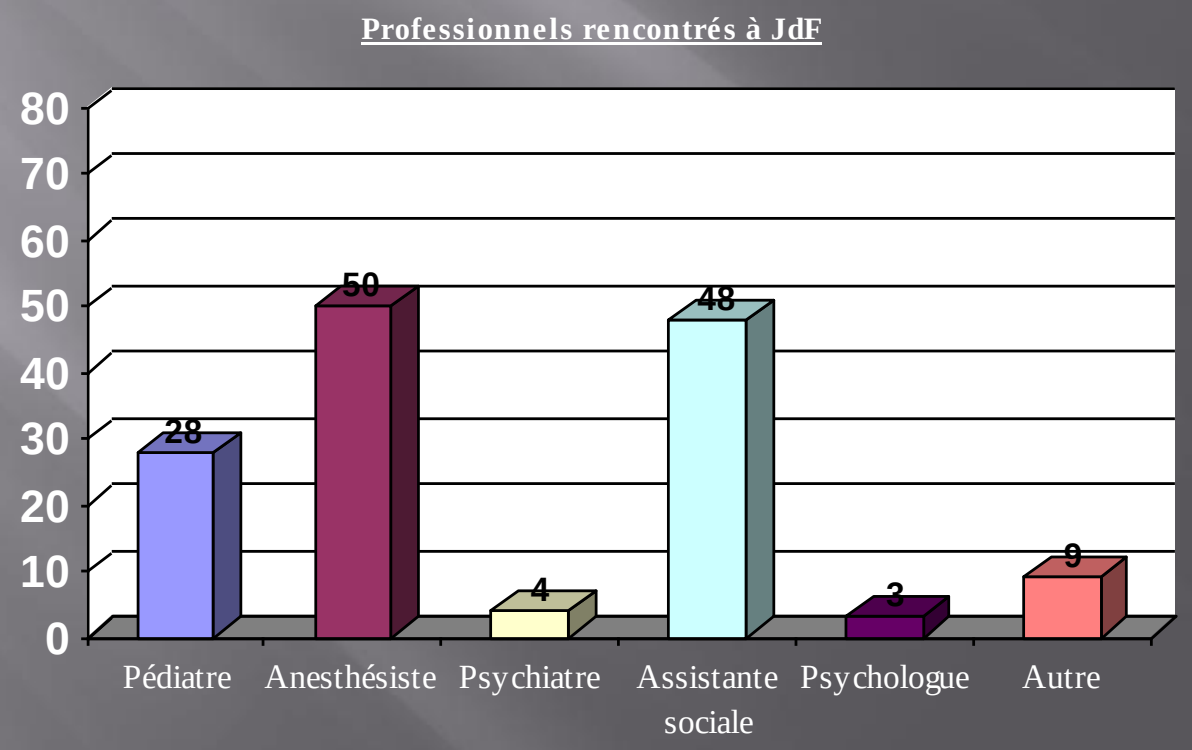
- 18% des femmes étaient primipares *(43%)*.
- 40% des femmes avaient déjà eu recours à l'IVG *(15,5%)*.
- 2 grossesses sur 3 n'étaient pas désirées (30/45).

- Suivi de grossesse:
  Suivi correct si: **≥ 4 cs obstétricales et ≥ 2 échographies.**



Résultats

- Taux d'hospitalisation élevé à 47% *(19%)*, en relation avec des motifs obstétricaux (MAP, RCIU), des motifs psychiatriques ou en lien avec l'addiction.
- Autres professionnels de santé rencontrés:



Résultats

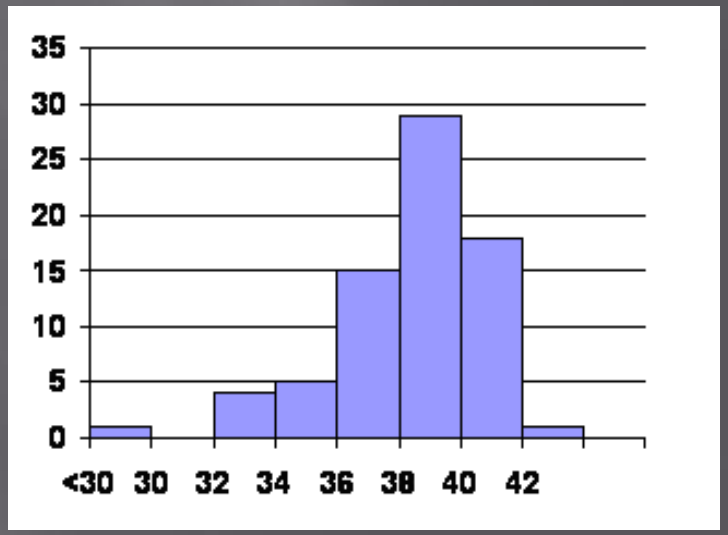
- Recherche de facteurs influençant le suivi de grossesse:

  Il semblait exister une tendance au mauvais suivi obstétrical lorsque les consommations d'opiacés ou de cocaïne étaient poursuivies durant la grossesse.

Résultats

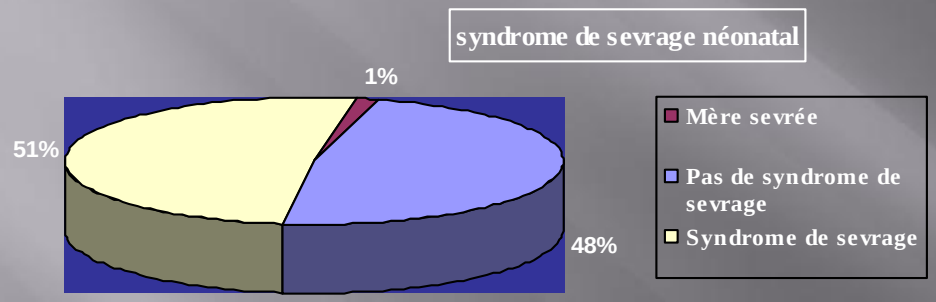
4. L'accouchement

- Terme moyen = 38,7 SA et poids moyen 2760 gr
- Analgésie péridurale = 63 % *(70 %).*
- Taux de prématurité = 24,7 % *(6,6 %),* en lien dans notre étude avec le faible suivi de la grossesse et la poursuite des consommations maternelles d'héroïne et/ou de cocaïne durant la grossesse.



Résultats

5. Le nouveau-né



Le syndrome de sevrage semblait survenir plus fréquemment:

- Quand la mère poursuivait ses consommations d'héroïne durant la grossesse.
- Pour des posologies élevées de MSO

2 types de traitements de sevrage:

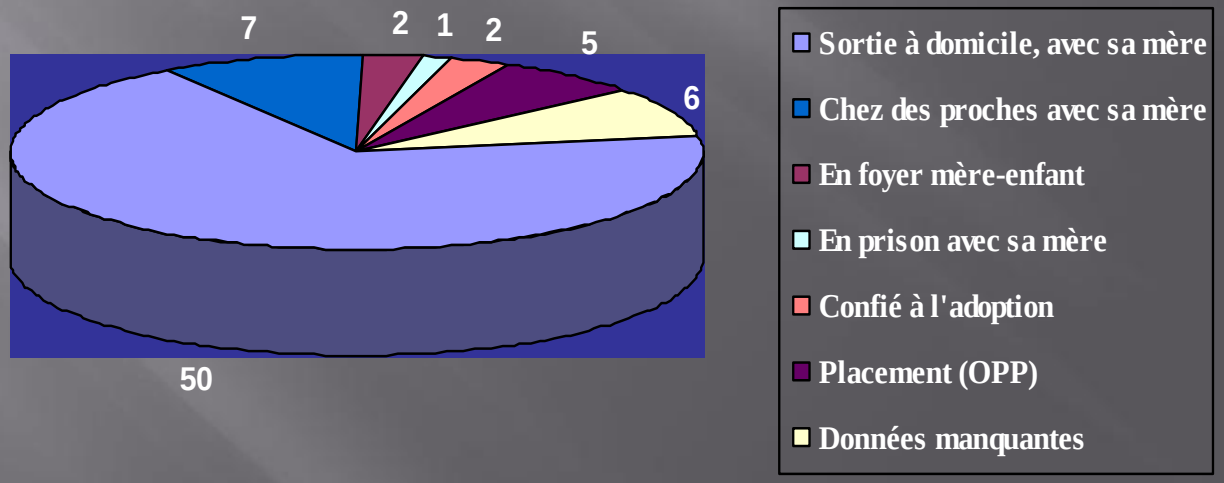
- court (< 3 semaines) permettant un séjour complet en maternité et une sortie à domicile.
- long (> 3 semaines) à l'origine d'un transfert en néonatalogie.

Résultats

6. Sortie

Au total, 89,5 % des enfants étaient sortis avec leur mère.

Des mesures judiciaires (OPP ou AEMO) avaient été prises pour 9 enfants (12,5 %).



Résultats

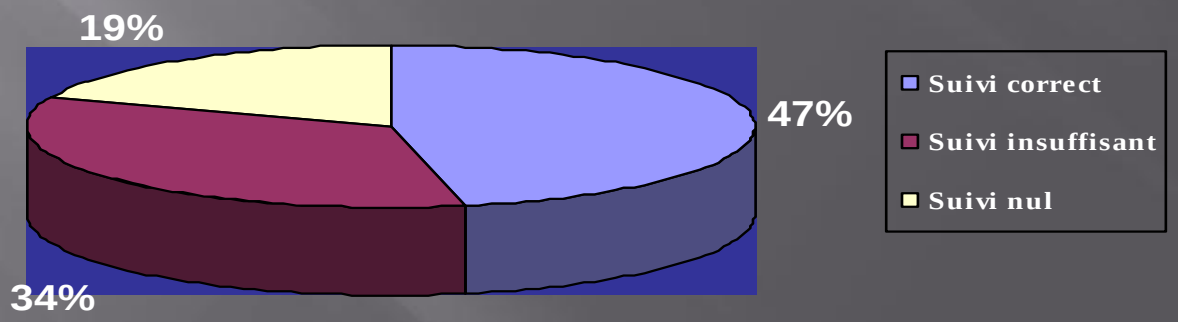
7. Suivi post-natal de la mère

Données sur le devenir très éparses.

Seules **4 femmes** avaient bénéficié d'une consultation post-natale auprès d'un gynécologue.

8. Suivi post-natal de l'enfant

Suivi correct = **≥ 1 cs pédiatrique à JdF + ≥ 1 suivi extra-hospitalier**



Discussion

- Données sociales: niveau socio-économique bas
- Données concernant la dépendance:

  médicaments de substitution de plus en plus utilisés

  La grossesse est un bon moment pour débuter une substitution.

Les poly consommations restaient tout de même fréquentes (tabac, cannabis ++

- Suivi de grossesse:
  - Malgré une progression, il restait insuffisant.
  - Le suivi multidisciplinaire se développe, mais les relations avec le médecin traitant devrait encore s'intensifier.
  - Tendance à un suivi moins bon lorsque la femme poursuivait ses consommations, d'où l'importance que la posologie du TSO soit la mieux adaptée possible.

Discussion

- L'accouchement: Conditions qui s'améliorent.
- Suivi postnatal : largement insuffisant doit être développé

- Le nouveau-né:
  - Le taux de prématurité reste élevé en lien dans notre étude avec le mauvais suivi de grossesse et la poursuite des consommations maternelles durant la grossesse.
  - 51% des nouveau-nés ont présenté un syndrome de sevrage traité par morphine.
  - Les transferts de nouveau-nés étaient fréquents (44%)

- Sortie: Diminution des séparations mère-enfant.

Discussions et perspectives(1)

- Le repérage est-il exhaustif?
- Les mères toxicomanes et/ou substituées sont moins nombreuses (thèse de 1997-1998)
- Elles sont mieux suivies
  - Sur le plan de l'addiction
  - Sur le plan obstétrical
- Comme dans la littérature :
  - Meilleur état de santé des mères
  - Meilleur état de santé des enfants
  - Relation mère-enfant de meilleure qualité

Discussions et perspectives(2)

Un meilleur suivi à Lille grâce à:

- Un suivi de grossesse à risque
- Un travail en réseau et avec des relais extérieurs surtout avec le M traitant et la PMI
- Un entretien pédiatrique anténatal
- L'implication des mères et de familles dans les soins à l'enfant
- Un changement des équipes dans la PEC des mères avec écoute respect et confiance

Discussions et perspectives(3)

Des meilleurs résultats avec:

- Une amélioration du poids et du terme des enfants
- Peu de transferts
- Moins de traitements médicamenteux
- Une meilleure relation mère- enfant/moins de séparations

Influence sur le devenir à plus long terme?

Les perspectives(4)

Pour progresser:

- Une collaboration plus étroite avec l'extérieur pour des consultations plus précoces surtout avec le M traitant
- Un référent pour coordonner
- La mise en place d'un registre pour l'évaluation du devenir à long terme

Conclusion

Nous souhaitons que la prise en charge de ces femmes durant un moment aussi important qu'une grossesse puisse être le tremplin vers une vie meilleure.

- Merci de votre attention