

**UCL**

Université  
catholique  
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

# La prise en charge des mères dépendantes à des substances dans plusieurs services spécifiques à Bruxelles et à Luxembourg : enjeux et difficultés.

Mémoire réalisé par

**Perrine Boedts**

Promoteurs

**Professeur Pablo Nicaise**

**Docteur Jean Bottu**

Année académique 2017-2018

**Master en sciences de la santé publique**

**Finalité spécialisée**



**UCL**

Université  
catholique  
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

# La prise en charge des mères dépendantes à des substances dans plusieurs services spécifiques à Bruxelles et à Luxembourg : enjeux et difficultés.

Mémoire réalisé par

**Perrine Boedts**

Promoteurs

**Professeur Pablo Nicaise**

**Docteur Jean Bottu**

Année académique 2017-2018

**Master en sciences de la santé publique**

**Finalité spécialisée**

## **Remerciements**

Je souhaite remercier particulièrement mon promoteur de mémoire, le Professeur P. Nicaise, pour l'aide qu'il m'a apportée tout au long de l'année pour la conception de mon mémoire, pour sa ponctualité quant aux réponses à mes divers e-mails, sa disponibilité, sa précision et ses conseils.

Je remercie le Docteur J. Bottu, mon co-promoteur, pour sa disponibilité, ses conseils précieux pour la délimitation du sujet, pour l'aide apportée au projet de mémoire et pour son soutien tout au long de l'année.

Je remercie Lalit, un ancien étudiant de santé publique pour son aide méthodologique.

Je souhaite également remercier Guillaume Lefèvre, mes parents et mes amis pour leurs encouragements, leur relecture et le soutien qu'ils ont pu apporter lors de la réalisation de mon mémoire.

## **Le plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

# Table des matières

## Introduction

1	Les mères dépendantes à des substances .....	1
1.1	Définition des mères dépendantes à des substances.....	1
1.2	Epidémiologie mondiale .....	2
1.3	Principaux enjeux liés au post-partum .....	3
1.3.1	Le sevrage .....	3
1.3.2	Le rôle du père au sein de la situation familiale.....	5
1.3.3	Autres enjeux : difficultés d'empathie et lien mère-enfant .....	5
2	La prise en charge des mères dépendantes à des substances .....	6
2.1	Les différents types d'interventions spécifiques .....	6
2.1.1	La formation des professionnels de la santé dans la prise en charge des mères dépendantes à des substances.....	7
2.1.2	La pluridisciplinarité .....	8
2.2	L'importance du soutien psychologique à titre préventif des mères dépendantes à des substances .....	9
2.2.1	Différents thèmes abordés par les professionnels de la santé .....	9
2.2.1.1	La déculpabilisation .....	9
2.2.1.2	Lien mère-enfant .....	10

## Méthodes

1	Question de recherche .....	12
1.1	Objectifs .....	12
1.2	Les différents types de services interrogés.....	12
1.2.1	L'association sans but lucratif « Parentalité- addiction » de Bruxelles .....	12
1.2.2	L'association sans but lucratif « Parentalité » du Luxembourg .....	13
1.2.3	Le service kangourou du Centre Hospitalier du Luxembourg .....	13
1.3	Recueil des données .....	14
1.3.1	Choix des intervenants .....	14

1.3.2	Choix des outils.....	14
1.3.2.1	Elaboration du guide d'entretien.....	14
1.3.2.2	Le guide d'entretien qualitatif semi-directif .....	14
1.3.2.3	Déroulement des entretiens.....	17
1.4	Méthodes d'analyses des données.....	18
<b>Résultats</b>		
1	Comparaison entre la prise en charge des mères dépendantes à des substances à Bruxelles et à Luxembourg.....	21
1.1	Récolte d'informations psychologiques auprès des professionnels de Bruxelles et du Luxembourg.....	22
2	La prise en charge hospitalière des mères dépendantes à des substances vue par les professionnels de la santé travaillant en extra-hospitalier.....	22
3	La spécificité de la prise en charge des mères dépendantes à des substances .....	23
3.1	L'importance de la pluridisciplinarité.....	23
3.2	La formation spécifique des professionnels de la santé .....	24
4	La prise en charge des mères dépendantes à des substances .....	24
4.1	La création du climat de confiance .....	24
4.2	Le lien mère-enfant .....	25
4.2.1	Le moment le plus opportun pour mettre en place le lien mère-enfant.....	25
4.3	L'importance de l'enfant lors de la prise en charge des mères dépendantes à des substances .....	25
4.4	Le sentiment de culpabilité des parents face au syndrome de manque de leur enfant	26
5	Le rôle du père .....	27
<b>Discussion</b>		
1	Résumé des résultats .....	29
2	Liens entre la revue de la littérature et les résultats récoltés sur le terrain .....	31
3	La réflexivité personnelle.....	33

4	Les limites du travail.....	34
5	Les recherches futures.....	35
Conclusion		
Bibliographie		
Annexes		
1	Annexe 1 .....	40
2	Annexe 2 .....	41

## **Introduction**

### **1 Les mères dépendantes à des substances**

Dans ce mémoire, nous souhaitons nous intéresser aux personnes dépendantes à des substances et plus précisément aux mères. Une mère dépendante à des substances dans le cadre de mon mémoire sera une mère tant addicte aux drogues illicites qu'aux médicaments.

#### **1.1 Définition des mères dépendantes à des substances**

D'après Simmat-Durand M. (2007), « la toxicomanie est identifiée comme un comportement à risque, c'est-à-dire susceptible d'entraîner des dommages pour soi ou pour autrui. Les risques sont essentiellement sanitaires, comme les infections, (y compris le sida et les hépatites, les abcès, les atteintes dentaires, ...) ou sociaux, (comme la perte de l'emploi, ou du logement, une vie familiale chaotique, la délinquance, ...) » (Simmat-Durand, 2007).

Dès lors, dans le cadre de la grossesse, la consommation de cannabis par exemple serait susceptible « d'entraîner des retards de croissance intra-utérin, une hypotrophie ; la consommation de cocaïne, des fausses couches, des accouchements prématurés, éventuellement des malformations ; la consommation d'héroïne, une prématurité" (Nezelof & Dodane, 2010). "La cumulation de ces facteurs pathogènes avec la précarité, qui en elle-même est une cause de naissance prématurée et de retard de croissance intra-utérin, aboutit à des situations particulièrement préoccupantes en termes de santé et de sécurité de la naissance" (Nezelof & Dodane, 2010).

De plus, « de nombreuses études effectuées dans plusieurs pays d'Europe ont démontré que la toxicomanie aujourd'hui touche davantage les femmes que les hommes. Des services d'assistance ont été mis en place pour aider notamment les jeunes femmes toxicomanes avec des enfants à charge, qui souffrent plus que les hommes de ne plus correspondre au modèle traditionnel du rôle de mère dans la société. La famille d'origine est très souvent «responsable» de l'usage des drogues de ces jeunes femmes qui ont, pour la plupart, subi des abus de violence psychique et/ou physique durant leur enfance. Les jeunes mères tendent à reproduire le modèle parental avec leurs enfants et/ou partenaire. L'aide qu'elles doivent recevoir a pour but d'augmenter l'estime de soi, l'autonomie et la prise de conscience afin de briser définitivement la tendance à répéter des situations sociales déséquilibrées » (Stocco, 2007).

Il nous semble, au vu de nos recherches, que cette population, les mères dépendantes à des substances, est à risque sanitaire d'envergure et offre un terrain propice à des enjeux multiples.

## 1.2 Épidémiologie mondiale

A l'échelle mondiale, le nombre de personnes entre 15 et 64 ans qui ont consommé au moins une drogue d'origine illicite en 2015 est estimé à 250 millions ce qui fait 1 personne sur 20 au niveau de la population mondiale. Par ailleurs, 29 millions de personnes sont concernées par l'usage problématique des drogues illicites dont 12 millions sont des drogues injectables. Il y a le cannabis, qui est de loin la drogue la plus consommée au monde, 183 millions de personnes en consomment ce qui équivaut à 3,8% de la population mondiale. La prévalence à l'amphétamine est de 37 millions de personnes ce qui équivaut à 0,77% de la population mondiale. Le nombre de consommateurs d'ecstasy est de 21,6 millions de personnes ce qui fait 0,45% de la population. Le nombre d'usagers aux opiacés est d'environ 17,7 millions de personnes (0,37%) (Le gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 2017).

Au niveau de l'Union Européenne, « selon les dernières données de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT, 2017), 93 millions de personnes ont déjà consommé une drogue illicite au cours de leur vie. Par ailleurs, des niveaux records du nombre de personnes en traitement sont observés (1,4 millions d'Européens en 2015) ».

Quant au Luxembourg, « le taux de prévalence de l'usage de drogues injectables dans la population âgée de 15 à 64 ans était de 5,7 pour 1 000 habitants en 2009 et est resté stable depuis 2003 » (EMCDDA, 2017).

D'après Eurotox ASBL Observatoire socio-Épidémiologique alcool-drogues, actuellement en Belgique, « il n'existe pas d'enquête spécifique sur l'usage de drogues dans la population générale francophone. L'usage de cannabis et des autres drogues est néanmoins estimé sur base de la consommation auto-rapportée via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête de santé par interview (HIS pour Health Interview Survey) réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIVISP) environ tous les quatre ans, et dont la dernière porte sur 2013 » (Hogge & Stévenot, 2016). Par contre, il est fortement probable que les résultats n'indiquent pas la prévalence réelle de l'usage de cannabis et des autres drogues (« telles que la cocaïne, l'héroïne, une amphétamine, l'ecstasy, le LSD, la méthadone ou la buprénorphine ») (Hogge & Stévenot, 2016) parce que les personnes marginalisées telles que sans domicile fixe, incarcérées, en institutions, ... ne sont pas interrogées alors qu'elles sont probablement les plus grandes consommatrices du pays. De plus, l'enquête se réalise par ménage et la moitié des ménages contactés par téléphone ont refusé de participer soit par crainte de divulguer leur consommation ou que l'anonymat de l'enquête ne soit pas respecté. La prévalence de l'usage d'une drogue illicite autre que le cannabis « était de 5,6 % dans la population bruxelloise âgée

de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 15-24 ans (10,9 %). Contrairement à ce que l'on observait pour le cannabis, il n'y a plus de différence de genre en ce qui concerne l'usage des autres drogues illicites." (Hogge & Stévenot, 2016).

Selon Turnbull et Osborn (2012), « en Australie, 75% des femmes enceintes ou qui allaitent ont déclaré qu'elles consommaient de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 18% de la marijuana et 8% des drogues illicites autres que la marijuana » (Turnbull & Osborn, 2012). Dans le comté d'Hamilton, état de l'Ohio (USA), entre 2014 et 2016, 27 986 nouveau-nés ont présenté un taux d'exposition aux opioïdes intra-utérins soit un taux de 37,9 pour 1000 nourrissons, 10,5 pour 1000 ayant présenté un sevrage sévère aux opioïdes. Les données individuelles ont été cartographiées dans 222 secteurs de recensement américains (Hall, Wexelblatt & Greenberg, 2018).

### **1.3 Principaux enjeux liés au post-partum**

Il existe de nombreux enjeux liés à la toxicomanie en post-partum tant pour la mère que pour le père et que pour le nouveau-né. L'enjeu principal pour le nouveau-né est le syndrome de sevrage.

#### **1.3.1 Le sevrage**

Un syndrome de sevrage néonatal « désigne un ensemble de signes et de symptômes pouvant affecter les bébés nés de mères suivant un traitement de substitution aux opiacés ou utilisant des opiacés pendant leur grossesse. À la naissance, quand il ne reçoit plus d'opiacés, le bébé peut présenter des signes et des symptômes de sevrage » (Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), 2018).

Les symptômes de sevrage varient selon le type de consommation de la parturiente, la fréquence de la consommation, la dose consommée, l'âge gestationnel et le métabolisme de la mère. La plupart du temps, les symptômes comme « les troubles du sommeil, les pleurs aigus, l'irritabilité, le tonus musculaire augmenté, les trémulations, les myoclonies, les convulsions, la transpiration, la température instable, les bâillements fréquents, les marbrures, l'encombrement nasal, l'éternuement, la tachypnée, la succion excessive, la difficulté à s'alimenter, les régurgitations, les vomissements, la diarrhée » (Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Lacaze & O'Flaherty, 2018) se manifestent peu après la naissance, dans la majorité des cas 48 à 72 heures après la naissance. Les symptômes les plus aigus persistent pendant plusieurs semaines, de dix à trente jours alors que les symptômes plus légers comme l'irritabilité, les troubles du sommeil et les difficultés

lors de l'alimentation subsistent durant quatre à six mois (Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Lacaze & O'Flaherty, 2018).

Ces différents symptômes se mesurent à l'aide d'un système d'évaluation, le score de Finnegan. Ce score permet de mesurer la gravité des symptômes de sevrage et d'indiquer si une surveillance accrue et un traitement médical ou pharmacologique sont nécessaires (Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Lacaze & O'Flaherty, 2018). "Le score de Finnegan est l'échelle la plus utilisée pour évaluer si un nouveau-né souffre de sevrage" (Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Lacaze & O'Flaherty, 2018). Cette échelle est également utilisée pour évaluer les symptômes du nouveau-né en sevrage après la mise en place du traitement afin de s'assurer que le bébé reçoive des soins adéquats.

La prise en charge moyenne des nouveau-nés en sevrage est de 15 jours de suivi multidisciplinaire précédant la préparation au retour à domicile des patientes, qui se base notamment sur des conseils préventifs (Counson, Decortis et al. 2014). Un des objectifs thérapeutiques consiste à rétablir les activités du nouveau-né, comme l'alimentation, la prise de poids, le sommeil et l'acclimatation à l'environnement.

En effet, "la réussite du traitement de soutien des nouveau-nés en sevrage dépend de plusieurs facteurs, notamment, l'administration appropriée des médicaments, un horaire d'administration adéquat, l'utilisation d'un outil précis pour mesurer et évaluer la gravité des symptômes, la création d'un environnement physique adapté et la présence d'une équipe soignante expérimentée et compétente » (Counson, Decortis et al. 2014).

Plusieurs aspects physiques sont mentionnés dans le syndrome de sevrage néonatal, néanmoins, il y a également des aspects psychologiques dans ce syndrome comme l'attachement mère-enfant qui peut être empêché par la séparation du nouveau-né et de sa mère. De ce fait, Hodgson et Abrahams (2012) affirment qu'il est essentiel de laisser les mères dépendantes avec leur nouveau-né. Le fait de maintenir ce lien mère-enfant inclut d'autres avantages, tels qu'un moins grand nombre d'admissions en néonatalogie, un plus grand taux d'allaitement maternel, une moins grande utilisation de la pharmacothérapie et des hospitalisations plus courtes (Counson, Decortis et al. 2014); (Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Lacaze & O'Flaherty, 2018); (Hodgson & Abrahams 2012).

### **1.3.2 Le rôle du père au sein de la situation familiale**

Le père a souvent des difficultés à s'impliquer dans son statut de père car la mère lui laisse parfois peu de place dans la relation avec le nouveau-né. Pourtant, il est essentiel d'accompagner les parents dans l'apprentissage des soins et que la triade nouvellement formée avec l'arrivée du bébé soit soutenue par l'équipe pluridisciplinaire (Franchitto et al., 2000).

### **1.3.3 Autres enjeux : difficultés d'empathie et lien mère-enfant**

Lors de l'accouchement, les femmes dépendantes à des substances éprouvent un sentiment d'abandon et de culpabilité lorsque leur nouveau-né présente des symptômes de manque (Franchitto, Peyrefort & Tellier, 2000).

Elles peuvent montrer des accès de violence et sont à la fois aimantes et fuyantes (elles sont à la fois aimantes envers leur nouveau-né et fuyantes lorsque le manque se fait ressentir) ce qui peut créer un climat d'inorganisation pour le nouveau-né (le nouveau-né est perdu face à ces changements d'humeur) compliquant l'élaboration du lien entre la mère et son nourrisson (Franchitto et al., 2000). Le lien mère-enfant est notamment essentiel pour répondre aux besoins de l'enfant, pour la sécurité de celui-ci et pour éviter un placement du nourrisson.

Par contre, durant un accouchement eutocique<sup>1</sup>, les mères sont dans un état d'hypersensibilité ce qui leur permet de s'adapter aux besoins de leur nouveau-né. Elles ressentent les besoins de leur enfant comme si elles étaient à la place de celui-ci (Franchitto et al., 2000). En tant que mères dépendantes à des substances, cet état n'est pas perçu de la même manière ce qui engendre un vécu difficile et différent en post-partum.

Les mères dépendantes à des substances rencontrent également des « difficultés à s'identifier aux besoins physiques de leur nouveau-né alors qu'elles malmènent leur propre corps » (Franchitto et al., 2000). C'est pourquoi, ces patientes reçoivent des « soins médicaux, un suivi psychosocial, de l'aide alimentaire, des outils de prévention face à la violence, de l'intervention en situation de crise, de l'aide juridique ainsi que de l'information sur le développement de leur enfant » (Lecompte, Perreault & Venne, 2002). Il est donc essentiel que les professionnels de la santé suivent et prennent en charge ces mères de manière adéquate.

---

<sup>1</sup> Un accouchement eutocique est un accouchement qui se déroule de manière physiologique.

## 2 La prise en charge des mères dépendantes à des substances

Il est indispensable lors des premières consultations, de privilégier l'accueil et de créer un climat de confiance afin de favoriser un suivi personnalisé en fonction des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux de chaque femme (Lejeune, 2007).

A certains endroits comme par exemple à Sydney, il existe un service spécifique aux femmes enceintes dépendantes à des substances, *Drug in Pregnancy Service*. L'horaire est souple pour encourager ces dames à participer au suivi médical et aux activités qui leur sont proposées comme l'enseignement des habilités parentales, l'aide financière et les discussions sur leurs situations de vie (Lecompte et al., 2002).

### 2.1 Les différents types d'interventions spécifiques

Il existe différents types d'interventions spécifiques pour les mères dépendantes à des substances notamment le service kangourou, le service parentalité et le domicile.

D'après Thoreau (2010), le service kangourou est un service de post-partum hospitalier qui a pour but de soutenir les femmes dans leur rôle de mères tout en permettant à celles-ci de créer un projet de vie dans lequel les produits psychotropes sont absents ou en tout cas, moins présents tout en assurant la sécurité de l'enfant. Ce service permet également aux enfants de profiter d'une prise en charge familiale et d'un accompagnement psychosocial afin d'éviter une rupture dans la relation par des mesures de placement. Le fait d'essayer de créer ce lien en laissant le nouveau-né auprès de sa mère permet à la maman d'établir une relation avec son enfant tout en évitant qu'elle ne soit biaisée par l'usage de produits psychotropes. Ce projet s'articule autour de 4 axes : l'accompagnement de la mère et son nouveau-né, le travail familial et le travail en réseau. Les objectifs de ce projet sont « d'assurer la sécurité de l'enfant, d'assurer une présence dans le but d'être à l'écoute de la mère, d'observer l'évolution de la relation entre elle et son enfant, d'intervenir par des feed-back (effet miroir), des entretiens individuels, des animations de groupes, de la diffusion d'informations sous la forme de séminaires, de collaborer avec l'ensemble de l'institution, d'organiser des rencontres avec la famille et le père et de favoriser le travail en réseau » (Thoreau, 2010). Les professionnels travaillant dans ce type de projet devraient être spécialisés dans le domaine de la petite enfance et/ou dans le domaine de la toxicomanie ce qui améliorerait la prise en charge et favoriserait le lien mère-enfant (Thoreau, 2010).

“La Fédération Wallonie-Bruxelles accorde également de l'attention à l'établissement d'une relation harmonieuse entre les parents usagers de drogues et leurs enfants afin de prévenir tout

dommage” notamment par les services parentalité (Plettinckx, Antoine, Blanckaert, De Ridder, Vander Laenen, Laudens, Casero & Gremeaux, 2014).

Du domicile est également mis en place pour ces familles. Les visites à domicile sont réalisées par des équipes mobiles comme des conseillers, des infirmiers et des travailleurs sociaux. Et les interventions mises en place lors du domicile sont notamment la promotion, le conseil, le soutien social, l'éducation, l'élaboration du lien mère-enfant et la promotion de la parentalité dans le but d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés. Par conséquent, les visites à domicile permettent une réduction de la violence, de la négligence et de la maltraitance des enfants (Turnbull & Osborn, 2012).

### **2.1.1 La formation des professionnels de la santé dans la prise en charge des mères dépendantes à des substances**

D'après Franchitto et al. (2000), certains préconisent la formation du personnel soignant en ce qui concerne la prise en charge des mères dépendantes à des substances. En effet, la toxicomanie est souvent perçue comme un jugement arbitraire et une menace pour l'enfant, ce qui fait que l'accompagnement n'est pas facile. Il est d'ailleurs souvent obscurci par la peur des professionnels et par leur jugement, leur manque d'expérience ou de formation face à ce problème.

Peu de services offrent une prise en charge efficace à ces femmes, malgré une certaine spécificité de prise en charge. Pourtant, l'ensemble des professionnels s'accordent à dire qu'une prise en charge spécifique et adaptée améliore considérablement le pronostic familial tant sur le plan médical que sur le plan social. « L'objectif de cette prise en charge doit donc être de fournir des services efficaces par un travail en partenariat et un effort de formation et de réflexion autour de la toxicomanie » (Franchitto et al., 2000).

D'après Lejeune (2007), les troubles de l'attachement mère-enfant, la maltraitance et les risques de séparation sont les conséquences d'une maman perturbée et d'un nouveau-né en souffrance mais également et surtout d'une prise en charge inadaptée par les équipes obstétrico-pédiatriques.

Néanmoins, d'après Franchitto et al. (2000), aucune recommandation n'est spécifiée concernant la prise en charge des femmes dépendantes à des substances. Chaque professionnel de la santé suit sa propre méthode selon sa profession, son expérience professionnelle et ses moyens.

Par contre, certaines villes préconisent les formations du personnel soignant concernant la prise en charge des mères dépendantes à des substances.

Par exemple, à Copenhague, il existe un suivi du personnel de l'hôpital vis-à-vis de la toxicomanie qui est souvent appréhendée et difficile à prendre en charge. Ce suivi permet de favoriser un sentiment de sécurité et les formations du personnel diminuent les craintes et les préjugés.

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (2010-2011), la formation des professionnels de la santé a conduit à un suivi beaucoup plus chaleureux et efficace. Le taux de séparation mère-enfant est moindre, même en cas de sevrage néonatal. Ces mères sont valorisées au sein des soins de leur nouveau-né, dans leur rôle parental ce qui permet à ces femmes d'adhérer davantage au programme thérapeutique qu'on leur propose (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), 2010-2011).

### **2.1.2 La pluridisciplinarité**

D'après Franchitto et al. (2000), la pluridisciplinarité permet à chaque professionnel de travailler à son niveau afin que le suivi soit efficace et pertinent. « C'est la reconnaissance mutuelle du rôle, de la spécificité et des limites de chacun qui permet une articulation suffisamment souple des différentes interventions » (Franchitto et al., 2000). Au sein des situations familiales chaotiques, pour établir et renforcer le lien parents-enfant, pour prévenir la séparation et les conséquences sur le développement affectif et cognitif de l'enfant, il est indispensable de mettre en place une équipe pluridisciplinaire (comme des obstétriciens, des sages-femmes, des pédiatres en néonatalogie, des anesthésistes, des infirmières pédiatriques, une « équipe de liaison de type ECIMUD (Équipe de coordination et d'intervention mobile auprès des usagers de drogues) qui est une pièce maîtresse du dispositif, avec une assistante sociale et une psychologue » (Lejeune, 2007).

Ainsi, en France, le suivi des femmes dépendantes à des substances est principalement caractérisé par la pluridisciplinarité et l'échange entre les différentes compétences. Chacun va être amené à intervenir dans la prise en charge en fonction de son domaine (Franchitto et al., 2000). Des structures spécialisées existent également dans ce pays pour permettre une optimisation de la prise en charge de ces femmes comme l'organisation du sevrage, la préparation à la naissance et à l'organisation lors du retour au domicile avec le nouveau-né (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), 2010-2011).

## **2.2 L'importance du soutien psychologique à titre préventif des mères dépendantes à des substances**

Il est essentiel de la part des équipes pluridisciplinaires d'évaluer la situation clinique du fœtus, de la future mère et la situation du couple, de les informer des risques, de proposer et d'adapter la prise en charge de la grossesse en fonction des besoins. Dans l'idéal, la rencontre entre les professionnels et la patiente doit avoir lieu le plus tôt possible pendant la grossesse afin d'essayer de limiter les risques obstétricaux liés à la consommation (Maïca, Michèle et al. 2010). Il est également essentiel que les professionnels soient présents et disponibles dans la situation et qu'ils transmettent toutes les informations à la patiente afin de l'inclure dans sa prise en charge (Maïca, Michèle et al. 2010).

### **2.2.1 Différents thèmes abordés par les professionnels de la santé**

#### **2.2.1.1 La déculpabilisation**

D'après Lecompte, Perreault, & Venne (2002), l'implication des parents dans la pratique des soins de leur nouveau-né est indispensable. Un nouveau-né qui a été en contact avec des substances psychoactives in-utéro est souvent stressé au sein de son environnement. Pour éviter une hyperexcitation du nouveau-né et une mauvaise gestion de l'enfant, les professionnels de la santé doivent enseigner aux parents, les stratégies à adopter pour calmer leur enfant et pour s'en occuper. Ils doivent également prévenir les parents que le comportement irritable, inconsolable ainsi que les troubles de l'alimentation et du sommeil de leur enfant ne sont pas dirigés contre eux étant donné que ces comportements peuvent générer un sentiment de culpabilité et d'incapacité de la part des parents. Ainsi, il est donc nécessaire que les parents soient encouragés dans leur rôle d'apprentissage pour favoriser le lien parents-enfant. D'après Lecompte, Perreault et Venne (2002), il est « nécessaire de stimuler l'interaction et la communication parents-enfant afin de développer un maternage adéquat et sûr » (Lecompte et al., 2002). Les meilleures interventions sont celles axées sur une approche multidisciplinaire avec des pédiatres, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des psychologues, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes pour optimiser le développement émotionnel, moteur et physique des enfants. La participation à un programme de soins structurés permet aux professionnels de la santé d'avoir un contact fréquent avec l'enfant et donc la possibilité de déceler des abus ou de la négligence envers l'enfant (Lecompte et al., 2002).

« La recension des écrits de De Stefano et al. (1989) affirme que lorsque le parent est préparé aux comportements particuliers de son enfant, il est plus en mesure d'avoir une attitude positive et de surmonter ces difficultés, ce qui diminue le risque d'abandon par le parent » (Lecompte et al., 2002).

Nous retrouvons ce type de programme à Montréal. Le programme Jessie de Montréal « vise à diminuer le risque d'abus et de négligence des enfants (0-4 ans) de parents dépendants à des substances » (Lecompte et al., 2002). Depuis la création de ce programme 40 familles ont pu maintenir la garde de leur enfant. Le parent est aidé au niveau de ses habiletés parentales et de la réduction des méfaits (Lecompte et al., 2002).

### **2.2.1.2 Lien mère-enfant**

L'ensemble des auteurs du document, 'Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge' (2000), s'accordent à dire que le séjour en maternité est la période la plus importante pour apprendre les bases d'une prise en charge et mettre en place un soutien médico-psycho-social à long terme aux mères dépendantes à des substances. Néanmoins, lors de la période du post-partum, certaines mères dépendantes à des substances essayent de sortir rapidement de la maternité en quête de substances, laissant l'enfant seul, sans contact rapproché, sans soin et sans alimentation.

De plus, une longue hospitalisation des nouveau-nés sans leur mère ainsi que le transfert des nouveau-nés dans l'unité des soins intensifs sont également des facteurs de perte de garde parentale (Sarkola, Kahila et al. 2007).

C'est pourquoi, l'accompagnement des mères dépendantes à des substances de la part des professionnels de la santé lors de leur séjour à la maternité est indispensable pour favoriser le lien mère-enfant.

Il est essentiel que les professionnels de la santé évaluent la relation mère-enfant afin de permettre la mise en place d'un réseau de soutien lors du retour à domicile de ces mères (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), 2010-2011).

Il est donc indispensable que les services de soutien et de suivi soient adéquats pour ces familles et que la maman reste auprès de son nouveau-né durant le sevrage pour que le lien mère-enfant se crée le plus rapidement possible.

Plus ce suivi sera régulier, continu et complet, plus il sera facile d'évaluer les capacités de la maman à faire face aux difficultés de materner.

D'après une « enquête rétrospective menée de 1988 à 1993 dans le nord des Hauts-de-Seine en l'absence d'une prise en charge structurée, des résultats catastrophiques sur le plan social

sont apparus avec seulement un tiers des enfants élevés par leur mère » (Lejeune, 2007). Et d'après Canfield, Radcliffe, Marlow, Boreham, & Gilchrist, le soutien informel est un facteur associé à la perte de soins des enfants chez les mères dépendantes à des substances.

Ainsi au Canada, on décrit plusieurs études sur des programmes distincts dans différentes villes où chacun des points problématiques de la relation entre mère dépendante-enfant est travaillé dans le seul but d'améliorer cette même relation si importante pour la vie des deux intervenants.

Par exemple, à Montréal, le Centre Hospitalier de l'Université (CHUM) propose un programme pré, per et postnatal pour les parents dépendants à des substances qui vise à les préparer à la naissance de leur nouveau-né et au sevrage de celui-ci. Le service a créé une vidéo à ce propos. Ce programme a également pour objectif de favoriser le lien parents-enfant en impliquant les parents dans les soins et le traitement de leur nourrisson.

À Vancouver, le *Sheeway Project* créé en 1993 a pour objectif d'aider les femmes enceintes dépendantes à des substances et leurs enfants au niveau de leurs conditions de vie et de leurs soins de santé.

« Les objectifs de ce centre sont :

- de réduire l'isolement des femmes dépendantes à des substances à haut risque de complications obstétricales ;
- de créer un lien de confiance avec des intervenants et ainsi faciliter les liens avec d'autres centres spécialisés ;
- d'assurer les soins de santé ;
- de réduire les effets négatifs sur le fœtus de l'exposition in utero aux substances psychoactives ;
- de référer dans des centres spécialisés de toxicomanie ;
- de soutenir la mère dans son rôle de parent ;
- d'offrir des ateliers de développement et de stimulation pour l'enfant » (Lecompte et al., 2002).

Chaque ville met en avant un sujet sur lequel est axé son programme afin de faire évoluer positivement cette relation, pour remédier aux lacunes et autres problèmes qui pourraient survenir. Tout cela est mis en pratique dans le seul but de pouvoir soutenir, aider et permettre à chacun de pouvoir élever son enfant dans les meilleures conditions.

## Méthodes

### 1 Question de recherche

Comment optimiser la prise en charge des mères dépendantes à des substances : comparaison entre plusieurs services spécifiques, en Belgique et au Luxembourg ?

#### 1.1 Objectifs

- Comment les professionnels de la santé optimisent la prise en charge des mères dépendantes à des substances :
  - Savoir comment les mères dépendantes à des substances peuvent-être prises en charge de manière spécifique.
  - Comprendre les enjeux et les difficultés spécifiques de cette prise en charge.
  - Comment les professionnels impliqués perçoivent leur rôle professionnel dans la situation.
- Quelle est la différence entre les deux services bas-seuil et/ou l'hôpital :
  - Constater si la spécificité d'un service optimise la prise en charge des mères dépendantes à des substances.
  - Du point de vue des professionnels : quelles sont les difficultés à régler (de la part des professionnels).
  - Contribuer à optimiser la santé des mères dépendantes à des substances.

#### 1.2 Les différents types de services interrogés

##### 1.2.1 L'association sans but lucratif « Parentalité- addiction » de Bruxelles

L'association sans but lucratif (ASBL) « Parentalité-Addiction » de Bruxelles vise spécifiquement, des femmes enceintes, des mères ou des parents qui consomment des produits psychotropes. Une équipe pluridisciplinaire est à disposition de ces mères et offre un cadre rassurant à ces patientes. Cette ASBL fonctionne avec un accueil bas seuil<sup>2</sup>, la porte est ouverte lors des jours ouvrables, il n'y a pas d'horaire, pas de frein financier, c'est gratuit, il n'y a aucune mesure d'exclusion. Les mamans sans mutuelle, sans papiers légalisés sont accueillies et les professionnels s'arrangent pour trouver des solutions postérieurement. Cette ASBL est en lien avec l'hôpital Saint-Pierre et se situe à proximité de celui-ci.

---

<sup>2</sup> « par définition la personne n'a pas besoin d'exprimer une demande pour être accueillie et considérée » (Chobeaux, 2011 )

Les rendez-vous sont soit individuels, soit familiaux, soit en couple. De l'aide à domicile est également mis en place au sein de ce service. Il n'existe pas de protocole défini lors du suivi des femmes dépendantes à des substances au sein de ce service, le suivi est adapté en fonction du cas.

### **1.2.2 L'association sans but lucratif « Parentalité » du Luxembourg**

L'ASBL « Parentalité » du Luxembourg fonctionne également avec un système bas seuil et est semblable au service Parentalité-Addiction de Bruxelles. Cette ASBL fait partie d'une grande fondation « Jungend an Drogenhëllef ». Il y a plusieurs services comme le service de consultation, le service de substitution, le service des logements structurés et le service bas-seuil. Ensuite, il y a le service Parentalité qui encadre la femme enceinte, les mères ou parents toxicomanes ou qui ont connu des problèmes de toxicomanie ou qui ont des enfants placés. Des visites à domicile sont également mises en place au sein de ce service. Le service Parentalité travaille en partenariat avec les quatre maternités du Luxembourg.

### **1.2.3 Le service kangourou du Centre Hospitalier du Luxembourg**

Le Centre Hospitalier du Luxembourg possède un service kangourou depuis environ 3 ans. Le service kangourou fait partie d'un service de maternité hospitalier classique, avec quelques chambres spécifiques pour les mères dépendantes à des substances appelées chambres kangourou. Ces chambres consistent à donner la possibilité à la maman d'être auprès de son bébé durant son sevrage étant donné que le temps d'hospitalisation est beaucoup plus long pour le nouveau-né en sevrage que pour un autre nouveau-né. Il en résulte une amélioration du lien mère-enfant et permet aux soignants d'observer ce lien. Cette méthode kangourou, permet aux mamans d'être le traitement psychologique et physique lors du sevrage de leur nouveau-né. La patiente bénéficie d'une surveillance classique en matière de post-partum, il n'y a rien de particulier à surveiller, hormis le lien mère-enfant qui va être la surveillance principale.

Les professionnels du service kangourou et du service « Parentalité » du Luxembourg commencent à mettre en place un protocole de prise en charge plus précis et plus élaboré. Ce protocole est pour le moment une trame qui n'est pas encore à 100% validée. Les professionnels aimeraient néanmoins l'avoir sur format papier officiel afin de pouvoir le distribuer aux patientes. Pour l'instant, ils leur montrent par écrit comment ils fonctionnent, ce qu'il va se passer en pré-, et post-partum.

## **1.3 Recueil des données**

### **1.3.1 Choix des intervenants**

Il me semblait pertinent d'étudier plusieurs terrains dans des pays différents et de les comparer, en Belgique à Bruxelles et au Luxembourg, en interrogeant les professionnels de la santé selon la méthode qualitative par des entretiens qualitatifs semi-directifs. Au début de mon projet, je voulais étudier deux services de néonatalogie, un dans un hôpital à Bruxelles et l'autre dans un hôpital à Luxembourg. Ensuite, j'ai finalement interrogé deux associations sans but lucratif, une à Bruxelles et une à Luxembourg et un service Kangourou dans le Centre Hospitalier du Luxembourg suite aux contacts que j'ai eu avec des professionnels qui m'ont conseillé ces différents services spécifiques. Les professionnels sélectionnés sont des personnes travaillant dans le milieu de la parentalité et de la toxicomanie à Bruxelles et à Luxembourg.

### **1.3.2 Choix des outils**

#### **1.3.2.1 Elaboration du guide d'entretien**

J'ai tout d'abord choisi les trois thèmes qu'il me semblait capital de faire apparaître dans le guide d'entretien : lien mère-enfant, la déculpabilisation des parents face au syndrome de manque de leur enfant et l'importance ou non de la spécificité d'un service dans la prise en charge des mères dépendantes à des substances. En partant de ces trois thèmes, j'ai construit environ deux à trois questions par thème. Ensuite, j'ai annoté les mots-clefs essentiels en parallèle à chaque question afin de pouvoir rebondir par des questions de relance. Ces mots-clefs ont été d'une grande aide lors de mes entretiens, de manière pratique ils m'ont permis d'approfondir les réponses reçues de la part des professionnels de la santé en leur posant des questions de relance et de savoir si les thèmes attendus avaient été abordés ou pas.

Vous trouverez en annexe la justification des thèmes étudiés dans ce guide.

#### **1.3.2.2 Le guide d'entretien qualitatif semi-directif**

##### **Mot d'introduction**

« Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être interviewé et de me consacrer du temps aujourd'hui. En quelques mots, l'entretien d'aujourd'hui consiste à m'aider dans la réalisation de mon mémoire de deuxième année master en santé publique. Cette recherche a pour but de comprendre de quelle manière les mères dépendantes à des substances sont prises en charge

par des professionnels de la santé dans des services spécifiques. Cela me permet également de recueillir votre avis et votre opinion personnelle.

Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera confidentiel. Serait-il possible d'enregistrer l'entretien ? C'est pour faciliter notre discussion et éviter des erreurs lors de la prise de notes.

La durée de l'entretien devrait en principe durer une heure. Avez-vous des questions avant d'entamer l'entretien ? »

## 1. Questions générales

1.1. Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

1.2. Comment les prenez-vous en charge ?

Mots clefs :

- Spécificité
- Procédure
- Privilégier l'accueil
- Créer un climat de confiance
- Équipe pluridisciplinaire
- Écouter
- Soutenir
- Impliquer les parents dans les soins et les traitements
- Valoriser leur rôle parental
- Gérer des accès de violence
- Promotion de la santé
- Conseiller
- Faire de l'éducation
- Suivi régulier, continu et complet
- Aider à faire face aux difficultés
- Soutien social

1.3. En quoi est-ce différent d'une prise en charge générale/habituelle ?

Mots clefs :

- Spécificité de la prise en charge

- Particularité
- Etat d'hypersensibilité permet de s'adapter aux besoins (femmes non-dépendantes)
- Naturel de ressentir les besoins de l'enfant (femmes non-dépendantes)

## 2. Lien mère-enfant

### 2.1. Comment travaille-t-on la question du lien mère-enfant ?

Mots-clefs :

- Procédure
- Evaluation de la relation mère-enfant
- Mère dépendante = aimante et fuyante (en quête de drogue)
- Lieu : maternité ?
- Moment le plus important pour mettre en place ce lien
- Implication dans les soins
- Equipe pluridisciplinaire
- Suivi efficace
- Apprentissage des bases
- Stimuler l'interaction et la communication parents/enfant

## 3. Culpabilité des parents face aux syndromes de manque de l'enfant

### 3.1. Percevez-vous parfois un sentiment de culpabilité de la part des parents face aux syndromes de manque de leur enfant ?

- ⇒ Si oui, comment y faites-vous face ?
- ⇒ Si non, comment feriez-vous lors d'un constat éventuel pour y faire face ?

Mots-clefs :

- Implication des parents dans les soins
- Préparer aux comportements de l'enfant
- Stratégies pour calmer l'enfant, pour s'en occuper
- Prévention du comportement irritable, inconsolable
- Prévention des troubles de l'alimentation et du sommeil
- Encourager dans le rôle d'apprentissage

#### 4. Spécificités existantes ou non des professionnels de la santé et du service

##### 4.1. En quoi la prise en charge pourrait-elle être améliorée si elle était spécifique ?

Mots-clefs :

- Spécialisation
- Procédure
- Service spécifique
- Avantages
- Inconvénients
- Lien avec leur service
- Formation du personnel soignant
- Eviter les craintes et les préjugés

#### **Mot final**

« Merci beaucoup de m’ avoir consacré du temps, je n’ ai plus de questions à vous poser. Avez-vous quelque chose à ajouter qui vous semble important et que j’ aurais pu oublier lors de l’ entretien ? »

Avant d’ entamer mes entretiens qualitatifs semi-directifs, j’ ai testé la compréhension des questions avec une personne volontaire neutre qui ne connaissait rien à propos des mères dépendantes à des substances. Les questions étaient compréhensibles et n’ ont donc pas dû être modifiées.

#### **1.3.2.3 Déroulement des entretiens**

Dix entretiens ont eu lieu durant la période du 11/01/2018 au 08/02/2018 auprès des professionnels âgés de 26 à 58 ans ayant donné leur accord. Les entretiens sont individuels et semi-directifs. La durée des entretiens varie entre 25 et 45 minutes. L’ échantillon est composé de 10 professionnels de la santé. Dans le projet de mon mémoire, j’ identifiais 12 professionnels de la santé à interroger mais après 10 entretiens, je me suis rendue compte que la plupart des informations transmises par les professionnels avaient atteint la saturation des données. Je n’ ai donc pas voulu en interroger davantage. J’ ai interrogé 5 professionnels de la santé au sein du service Parentalité-Addiction à Saint-Pierre : une sage-femme, une psychologue, une assistante sociale, une éducatrice et un médecin généraliste. Quatre professionnels de la santé au sein du service kangourou du Centre Hospitalier du

Luxembourg : une infirmière pédiatrique, une psychologue, une assistante sociale et la chef de service et l'éducatrice au sein du service Parentalité du Luxembourg.

Un des entretiens s'est déroulé en binôme étant donné qu'au Centre Hospitalier du Luxembourg l'assistante sociale et la psychologue travaillent généralement en binôme avec les patientes, elles ont trouvé plus pertinent d'être interrogées ensemble.

#### **1.4 Méthodes d'analyses des données**

Une fois que les entretiens ont été réalisés et enregistrés, chacune des réactions des intervenants ont été retranscrites mot à mot, manuellement. Ensuite, pour l'analyse des entretiens, j'ai suivi les étapes de l'analyse thématique décrite par Paillé et Mucchielli (2016). J'ai réalisé une lecture attentive et approfondie de chaque interview et mis en avant les parties importantes en les classant dans des catégories. Une fois les catégories prédéfinies, je les ai classées de façon cohérente par rapport aux dires des différents professionnels. J'ai poursuivi l'analyse en créant des sous-catégories et en faisant émerger des ensembles thématiques. Enfin, des arbres thématiques sont apparus au sein des différentes catégories (Paillé & Mucchielli 2016).

Les résultats sont présentés de manière textuelle en partant des dires des professionnels tout en les comparant et ensuite, j'inclus les verbatims des professionnels dans les différentes catégories prédéfinies.

L'annotation B1 à 5 et L1 à 5 correspondent au professionnel interrogé et au lieu. B = Bruxelles et L = Luxembourg.

## Résultats

	<b>Luxembourg</b>	<b>Bruxelles</b>
<b>Différents services</b>	Le service Kangourou, qui fait partie du centre hospitalier du Luxembourg, est en lien avec le service Parentalité.	L'hôpital Saint-Pierre est en lien avec le service Parentalité-Addiction.
<b>Collaboration entre l'ASBL et l'hôpital</b>	Deux services qui travaillent ensemble, le service Kangourou prend en charge la mère depuis l'accouchement jusqu'à la sortie de la maternité ensuite le service Parentalité prend le relais → Collaboration	L'hôpital Saint-Pierre ne s'occupe que des côtés techniques de l'accouchement à la sortie de la maternité mais pas de l'aspect psychologique. C'est le service Parentalité-Addiction qui s'occupe de cet aspect lorsque les patientes sont hospitalisées avec leur nouveau-né → La collaboration pourrait-être optimisée, pour le moment ils sont fort indépendants l'un de l'autre
<b>Pluridisciplinarité</b>	Indispensable.	Indispensable mais parfois cela peut impressionner les patientes.
<b>Réunions pluridisciplinaires entre les deux services</b>	Réunions hebdomadaires.	Le lien et les réunions entre l'hôpital et l'ASBL sont à optimisée de par les dires des professionnels de l'ASBL.

<b>Formation du personnel pour la prise en charge des mères dépendantes à des substances</b>	Formation par expérience, sur le terrain et lors de séminaires.	Formation par expérience, sur le terrain et lors de séminaires.
<b>Protocole</b>	Ebauche de protocole encours.	Aucun protocole.
<b>Récolte d'informations psychologique</b>	Service parentalité : ils ne parlent pas du vécu des patientes, ils n'ouvrent pas les mauvais tiroirs. Service kangourou : aucune information à ce sujet.	Ils parlent du vécu de la patiente et de sa relation avec ses parents.
<b>Créer un climat de confiance</b>	Indispensable, mais compliqué et nécessite du temps.	Indispensable, mais compliqué et nécessite du temps.
<b>Mise en place du lien mère-enfant</b>	Le plus tôt possible, en prénatal. Si difficultés en prénatal, le lien doit se créer absolument en post-partum immédiat.	Le plus tôt possible, en prénatal. Si difficultés en prénatal, le lien doit se créer absolument en post-partum immédiat.
<b>Sécurité de l'enfant</b>	La sécurité et le bien-être du nouveau-né priment d'où la nécessité de bien connaître la patiente et son environnement.	La sécurité et le bien-être du nouveau-né priment d'où la nécessité de bien connaître la patiente et son environnement.
<b>La culpabilité des mères dépendantes à des substances</b>	La très grande majorité des mères culpabilisent vis-à-vis du syndrome de manque de leur bébé mais leur façon de l'exprimer diffère. Les rares cas de non-culpabilité → dénis de grossesse, dénis de toxicomanie.	La très grande majorité des mères culpabilisent vis-à-vis du syndrome de manque de leur bébé mais leur façon de l'exprimer diffère. Les rares cas de non-culpabilité → dénis de grossesse, dénis de toxicomanie.

## 1 Comparaison entre la prise en charge des mères dépendantes à des substances à Bruxelles et à Luxembourg

J'ai pu constater, qu'en ce qui concerne les différents services spécifiques interrogés, il n'existe pas de réelle différence entre la prise en charge des mères dépendantes à des substances à Bruxelles et à Luxembourg.

Néanmoins, à Bruxelles, aucun protocole n'est prédéfini pour ce type de prise en charge alors qu'à Luxembourg, une ébauche de protocole est en cours d'élaboration afin de pouvoir le transmettre aux différents professionnels de la santé et aux patientes. De plus, il existe une collaboration entre le service Parentalité du Luxembourg et le Centre Hospitalier du Luxembourg (le service Kangourou). Il y a des réunions hebdomadaires qui ont lieu pour les patientes aussi bien en pré-, per- qu'en post-partum. Soit c'est l'hôpital qui est mis au courant régulièrement des accouchements qui vont avoir lieu avec une personne à risque ou alors c'est l'hôpital qui signale au service Parentalité la situation d'une femme enceinte avec suspicion de dépendance. Ensuite l'équipe interne (le service Kangourou) et externe (le service Parentalité) créent ensemble un plan de prise en charge pour la future maman. L'équipe interne prend en charge la patiente jusqu'à la sortie de la maternité et ensuite c'est le service externe qui prend le relais. Durant ces réunions, les professionnels se demandent comment agir ensemble et ce qu'ils peuvent mettre en place pour que ces nouveau-nés et ces femmes se sentent le mieux possible. Une des professionnelles dit « *je trouve que notre collaboration est très bonne parce qu'on installe notre procédure dès qu'on a une femme enceinte, on en parle et on essaye de voir un peu la suite des choses.* » [L5]

Par contre, à Bruxelles, les professionnels de la santé travaillant dans l'ASBL Parentalité-Addiction de Saint-Pierre préconisent davantage de réunions avec l'hôpital Saint-Pierre. Un des professionnels dit que le lien entre le service Parentalité-Addictions et l'hôpital pourrait être optimisé parce que pour le moment c'est basique. « *Notre lien avec l'hôpital Saint-Pierre est en construction, je dois parfois faire des séminaires pour essayer de mieux faire connaître les produits, comment un traitement de substitution fonctionne, ce qu'il faut faire et ne pas faire. On voit que la méconnaissance fait faire des erreurs. C'est pour ça que c'est vraiment intéressant de travailler en partenariat avec l'hôpital. En faisant les séminaires c'est chouette parce qu'à la fin de ceux-ci, c'est un moment de rencontre, de questions-réponses. Ce sont des échanges avec eux et ils peuvent également nous apprendre des choses. Ils nous appellent quand ils ont besoin de nous dans leur service plutôt que d'y aller de*

*manière systématique. Parfois je me demande si on ne devrait pas être plus présent même si participer à toutes leurs réunions, ce n'est pas possible. » [B1]*

### **1.1 Récolte d'informations psychologiques auprès des professionnels de Bruxelles et du Luxembourg**

A Bruxelles, deux des professionnels de la santé (une psychologue et une sage-femme) questionnent les patientes sur leur passé familial en partant de leur vécu, par exemple en leur demandant, *« vous quand vous étiez petit, à quel moment vous avez senti que vos parents finalement n'étaient plus tout à fait adéquats, quels étaient vos manques, de quoi vous avez manqué ? Ils nous disent qu'il leur a manqué ça, ça, ça. Donc voilà ça veut dire qu'un bébé a besoin de ça, ça, ça. » [B3]* *« Je travaille vraiment beaucoup sur l'empathie. J'essaye toujours de leur faire ressentir comment leurs parents à eux prenaient soin d'eux sauf que moi je ne reste pas là-dessus parce que ça c'est vraiment le rôle de la psychologue mais en les amenant sur ce terrain-là, on peut alors dégager des pistes pour dire : ah mais si toi tu as connu une maman qui te chantait des berceuses le soir, ça te faisait quoi ? Ça te faisait du bien, ah mais cool ben on peut peut-être essayer ça pour ton bébé alors on chante une berceuse. Etre parents, c'est être actif et être en évolution tout le temps donc c'est un peu accompagner, soutenir ça dans les besoins qu'ils ont eus à ce moment-là et puis dans les besoins de l'enfant. » [B4]* Par contre au Luxembourg, l'éducatrice que j'ai interrogée dans le service Parentalité préfère ne pas ouvrir de mauvais tiroirs, *« j'évite d'ouvrir les mauvais souvenirs qui peuvent poser problème avec le lien qu'elle peut avoir avec son bébé. » [L5]*

## **2 La prise en charge hospitalière des mères dépendantes à des substances vue par les professionnels de la santé travaillant en extra-hospitalier**

A Bruxelles, j'ai constaté que la prise en charge à l'hôpital des mères dépendantes à des substances est souvent perçue comme moins humaine par certains professionnels de la santé travaillant en extra-hospitalier au sein de l'ASBL Parentalité-Addiction. *« La manière dont on travaille ici (dans l'ASBL) c'est une manière d'humaniser ces personnes alors qu'à l'hôpital on n'humanise pas les gens, on n'humanise ni les gens ni les professionnels, ici du coup tout le monde devient un être humain. [B1]*

*Une femme dépendante à des substances est déjà vite jugée mais quand elle est enceinte, il y a énormément de jugement, elle se sent montrée du doigt. Il y a beaucoup de jugement pas spécialement dans le langage mais dans le non-verbal. Elles sont vite stigmatisées. Quand on n'est déjà pas très bien mais qu'en plus on a ce regard sur nous. [B1]*

*Elles n'ont pas leur place dans le système hospitalier, ce n'est pas adapté pour elles, elles doivent se lever tôt parce qu'il y a un horaire et il faut le respecter, il faut des vignettes, ce n'est pas leur mode de vie. Maintenant, il est essentiel de travailler avec l'hôpital parce que tout le monde devrait pouvoir accueillir n'importe qui sans jugement, mais dans la réalité des faits, ce n'est pas toujours le cas. Parfois au niveau financier, il y a beaucoup d'hôpitaux qui n'accueillent pas les patients quand il n'y a pas de couverture sociale. [B4]*

*J'ai déjà eu des remarques qui ont été faites à moi du style : « Ah, ce sont les petits bonbons du week-end ! » Une remarque vraiment trash, si déjà ça me blesse en tant que professionnelle, je n'imagine pas ce qu'elles doivent parfois entendre. » [B1]*

Au Luxembourg, aucune critique n'a été formulée lors des entretiens à propos de la prise en charge hospitalière.

Après réflexion, je me suis demandée pourquoi les professionnels avaient ce point de vue-là par rapport à la prise en charge des mères dépendantes à des substances. J'ai réalisé que l'hôpital avait le mauvais rôle à jouer en post-partum avec ces mères. Ils sont les premiers à constater si le lien mère-enfant est présent ou absent, si la mère est apte à s'occuper de son enfant ou si un placement est nécessaire pour la sécurité du nouveau-né.

### **3 La spécificité de la prise en charge des mères dépendantes à des substances**

#### **3.1 L'importance de la pluridisciplinarité**

Tous les professionnels de la santé interrogés, à Bruxelles et au Luxembourg, s'accordent à dire que la pluridisciplinarité est indispensable dans ce type de prise en charge. « *La particularité, je dirais que c'est quand même le côté pluridisciplinaire, il n'y a rien à faire, on ne peut pas aider une femme toxicomane avec une seule compétence. On a besoin d'une assistante sociale, on a besoin d'une psychologue, on a besoin d'une sage-femme, on a besoin d'un médecin, on a besoin d'infirmières, ...* » [B4] « *La pluridisciplinarité est indispensable, indispensable parce que je pense qu'on a toutes nos spécificités et parfois on va toutes jouer un peu « le rôle de l'autre ».* [B1] « *La prise en charge est toujours décidée en pluridisciplinarité interne et externe, le service parentalité vient ici (au Centre Hospitalier du Luxembourg) à des réunions qu'on organise avec le pédiatre, la chef d'unité, la psychologue, l'assistante sociale, ...* ». [L3 et L4] Par contre un des professionnels de Bruxelles pense que cette pluridisciplinarité peut parfois faire peur aux patientes lors du suivi, « *elles peuvent être*

*effrayées et le vivre de manière oppressante étant donné qu'il y a beaucoup d'intervenants. »*  
[B2]

### **3.2 La formation spécifique des professionnels de la santé**

Aucun des professionnels de Bruxelles et du Luxembourg n'a été formé au préalable pour prendre en charge des mères dépendantes à des substances mais lorsqu'ils travaillent, ils suivent des formations, des séminaires et se forment sur le terrain grâce à l'expérience qu'ils acquièrent. *« On est formé petit à petit en observant, en entendant, en écoutant, en posant des questions, en faisant des recherches et en ayant un bon sens professionnel ».* [L3 et L4] *« Je n'ai jamais suivi de formation et je pense que ça en demande une quand même ».* [B4]

## **4 La prise en charge des mères dépendantes à des substances**

### **4.1 La création du climat de confiance**

Certains professionnels de la santé de Bruxelles, trouvent que créer un climat de confiance avec des mères dépendantes à des substances est compliqué *« parce que les patientes sont méfiantes, ont vécu des ruptures et des expériences difficiles avec le milieu médical ».* [B1] *« Ce sont des personnes qui ont tellement de manque primaire, qui n'ont pas été bien soignées, qui n'ont pas été bien accompagnées physiquement ou dans leur comportement psychique et intellectuel donc ce sont des gens un peu paumés qui ne savent pas très bien finalement mettre des priorités dans leur vie et qui ont un manque de confiance en eux, donc ça c'est la première chose à faire avec eux. »* [B3]

D'après un professionnel de la santé travaillant à l'hôpital du Luxembourg, le climat de confiance s'établit parce que la plupart des patientes restent dans le secteur hospitalier durant le sevrage de leur nouveau-né. Ce séjour dure longtemps et c'est grâce à cette durée que le lien de confiance peut se créer. L'essentiel pour créer un climat de confiance à l'hôpital d'après un des professionnels du Luxembourg est de ne pas juger ces patientes et de les considérer comme n'importe quelle maman qui vient dans leur service. *« La toxicomanie, c'est une pathologie et on doit essayer d'aider la patiente à surmonter ça. Maintenant, je ne peux pas dire qu'il n'y ait jamais de jugement ».* [L2]

*« Le but est de faire connaissance le plus tôt possible dans la grossesse de la dame et de lui expliquer un peu comment nous on s'imagine la prise en charge et qu'on essaye d'être un maximum transparent avec elle ».* [L4]

Créer un climat de confiance est indispensable pour les professionnels aussi bien à Bruxelles qu'à Luxembourg mais est compliqué et nécessite du temps. Il est donc nécessaire que les professionnels restent en permanence en contact avec les patientes en pré-, per- et post-partum.

## **4.2 Le lien mère-enfant**

### **4.2.1 Le moment le plus opportun pour mettre en place le lien mère-enfant**

Dans les deux entités, certains professionnels de la santé s'accordent sur le fait que le moment le plus opportun pour mettre en place le lien mère-enfant est le plus précocement possible c'est-à-dire durant la grossesse. « *Le plus vite possible, dès la naissance, même dès le début de la grossesse.* » [B1] « *Pour moi ça commence déjà au moment de la grossesse.* » [B5] « *Tout le temps, notre service c'est d'abord parentalité avant l'addiction.* » [B2] « *On essaye de commencer en prénatal.* » [L4]

Néanmoins d'autres professionnels pensent que c'est plus opportun d'attendre la naissance étant donné que les mères dépendantes à des substances n'arrivent pas toujours à imaginer leur enfant tant qu'il n'est pas né. « *Alors c'est une question qui est parfois difficile pour les mères quand l'enfant n'est pas encore né et quand on n'est pas encore dans du pratico-pratique, dans du concret et donc on leur demande d'imaginer, certaines mères me disent, avec quoi vous venez ?* » [B3] « *Parfois à l'accouchement il y a un « déclic » et une conscientisation qu'elle a un petit être en elle.* » [B1] « *Dès la naissance, on essaye de séparer le moins possible l'enfant de la maman.* » [L1]

La plupart des professionnels estiment que la mise en place du lien mère-enfant doit se faire le plus tôt possible, en prénatal mais avec certaines patientes cela est compliqué. Ils sont néanmoins tous d'accord que ce lien doit absolument se créer en post-partum immédiat.

## **4.3 L'importance de l'enfant lors de la prise en charge des mères dépendantes à des substances**

Lors des entretiens, les professionnels de la santé des deux entités m'ont expliqué que le côté le plus difficile de cette prise en charge spécifique est de juger de la nécessité d'un placement éventuel. La sécurité du nouveau-né passe avant tout donc il est essentiel de bien évaluer la situation. « *Moi je garde toujours ce truc de me dire que c'est le bien de l'enfant qui prime parce qu'il n'a rien demandé et qu'il débarque et qu'il est fragile et qu'il faut l'aider.* » [B4] « *Nous ce qui compte c'est le bien-être, la sécurité de leur bébé, qu'elles mettent au monde*

*un enfant sain et qu'on les aide et qu'on les encadre au mieux avec ça tout en travaillant avec elles. » [L5]*

Tous les professionnels de la santé sont d'accord pour dire que la sécurité et le bien-être du bébé priment d'où la nécessité de bien connaître la patiente et son environnement.

#### **4.4 Le sentiment de culpabilité des parents face au syndrome de manque de leur enfant**

La majorité des professionnels de la santé ont souvent perçu un sentiment de culpabilité de la part des parents lors du syndrome de sevrage de leur enfant « *Oui, ça toujours, vraiment c'est rare, j'ai vraiment très rarement vu des mamans face au manque, indifférentes. J'en ai connu une j'ai envie de dire, mais c'est une femme qui était déjà dans le déni de grossesse, qui était dans les consommations à fond et qui était complètement dans le déni de manière globale donc elle, elle ne réalisait même pas. J'ai même dû lui dire, vous vous rendez compte que si votre bébé n'était pas à l'hôpital aujourd'hui et bien il serait mort et elle ne réagissait pas. » [B3]*

*« J'ai vu beaucoup de parents culpabiliser, des regrets, de se dire zut maintenant que je le vois, je n'aurais pas dû faire ça. Du coup elles se mettent la pression à fond et elles se disent maintenant que mon bébé est là, plus jamais, plus jamais je lui ferai subir ça. » [B4]*

*« Alors, oui je vais prendre le cas de la dernière patiente que l'on a eue parce que c'est vrai qu'elle est restée longtemps donc ça me revient tout de suite c'est suite à des scores de Finnegan très élevés qu'elle s'est rendue compte que c'était lié à sa consommation, elle s'est sentie très mal et elle a commencé à culpabiliser ». [L1]*

*« J'ai déjà vu des mamans qui disaient « oh mais ça se sont les coliques, ça c'est parce qu'il fait chaud ou froid, ça c'est parce qu'il a faim, ... ». Ou soit des mamans qui rentrent dans une colère extrême en disant ça c'est parce que vous donnez trop de méthadones, le sevrage n'est pas bien fait, le pédiatre n'a pas le temps, le service n'est pas assez bien, ... donc on remarque que c'est quand même une culpabilité mais qui peut être exprimée de manières différentes et qui du coup est parfois un peu paradoxale parce qu'il y en a certaines qui en viennent à complètement ne plus être dans la réalité de ce qui est en train de se passer pour leur bébé ». [B4]*

*« Oui énormément, j'ai beaucoup de mères qui même peu de temps avant l'accouchement se culpabilisent beaucoup et c'est pour ça qu'elles veulent arrêter leur traitement parce qu'elles disent, je ne veux pas que mon bébé soit dépendant ou je ne veux pas qu'il fasse un sevrage et alors à ce moment-là ce n'est pas ce qu'il y a de mieux non plus parce que si elles s'arrêtent*

*brusquement là aussi elles peuvent indirectement causer des torts au bébé et que le bébé à ce moment-là ne se sente pas bien mais c'est vrai que beaucoup de mamans vont avoir mal pour leur bébé quand ils vont montrer ces syndromes de sevrage. » [L5]*

*« Oui toujours, c'est plutôt rare quand ce n'est pas le cas ! » [L3 et L4]*

La majorité des mères dépendantes à des substances n'arrivent pas à imaginer le syndrome de manque de leur enfant avant qu'il ne naisse. C'est lorsqu'elles visualisent les signes et symptômes et un score de Finnegan élevé qu'elles réalisent qu'elles sont responsables de ce syndrome.

Un seul professionnel interrogé de Bruxelles ne constatait pas souvent ce sentiment.  *« Pas souvent, j'ai dit pas souvent parce que j'ai peur d'oublier quelqu'un qui avait vraiment de la culpabilité mais ce n'est pas souvent. » [B5]*

Un des professionnels du Luxembourg pense que supprimer complètement cette culpabilité est utopique  *« parce qu'elles savent très bien les mamans que c'est à cause de leur consommation que le bébé est dans cet état-là donc je crois qu'on ne pourra jamais retirer complètement la culpabilité. » [L2]*

Les professionnels des deux entités conseillent le peau à peau pour calmer l'enfant en phase de sevrage.

Et à Bruxelles et à Luxembourg, les professionnels constatent que la très grande majorité des mères culpabilisent vis-à-vis du syndrome de manque de leur nouveau-né mais leur façon de l'exprimer diffère. Les rares cas de non-culpabilité s'observent dans les cas de dénis de grossesse ou de dénis de toxicomanie.

## **5 Le rôle du père**

J'ai constaté lors de mes entretiens avec les différents professionnels que le rôle du père est peu abordé par ceux-ci que ce soit à Luxembourg ou à Bruxelles. Néanmoins, certains professionnels du Luxembourg et de Bruxelles essayent de l'inclure dans la prise en charge lorsqu'il est présent.  *« On essaye d'inclure un maximum les pères ou les partenaires même si ce n'est pas toujours évident. S'ils sont motivés à participer au projet Kangourou, on ne les exclut pas du tout. On inclut les personnes qui peuvent être ressources dans la famille. Et on leur explique au niveau du lien en quoi consiste un projet kangourou parce qu'il y en a qui ont déjà entendu parler de ce projet-là, peut-être avec du bouche à oreilles à l'extérieur, mais il y en a qui n'ont jamais su ce qu'était un projet kangourou donc leur expliquer pourquoi le peau à peau est important, pourquoi le lien est important, ... ça les motive peut-être aussi d'intégrer ce processus de kangourou et d'être en contact rapproché avec le bébé. » [L3 et L4]*  *« On accueille des mamans*

*qui n'ont pas d'accès aux soins enfin des mamans, je dis toujours des mamans parce que vous êtes sage-femme (rire) mais les papas aussi illégaux ou sans mutuelle, ... on les accueille et on s'arrange après pour trouver des solutions. » [B2] « L'aspect affectif c'est quelque chose qu'on va travailler d'abord vraiment sur du long terme, donc on donne des informations mais on sait qu'on va devoir y revenir, y revenir encore et on sait qu'on va surtout à un moment donné passer par leurs histoires à elles (aux mamans). Je parle des mamans parce qu'on voit beaucoup plus souvent les mamans que les papas mais quand on a le choix on essaye de voir les papas c'est pareil, on les remet en situation. » [B3]*

*« Le service parentalité et nous, le service Kangourou, on a mis pour le moment au point une sorte de petit contrat qu'on passe on va dire avec la patiente ou même avec le couple, s'ils sont en couple. Parce qu'on a des mamans consommatrices mais parfois on a aussi des papas consommateurs » [L3 et L4]*

Parfois, malheureusement le père n'est pas un soutien pour la maman. Une des professionnelles du Luxembourg m'a fait part d'un exemple concret.

*« La semaine dernière on en a encore retiré un enfant à sa famille et franchement c'est très dur quoi parce que cette maman était sous l'emprise du papa et elle-même était horriblement triste de devoir laisser son enfant mais elle ne pouvait pas se retirer de l'emprise du papa et donc ça c'est difficile pour nous de comprendre. Mais bon, elle n'avait pas de moyens, elle me disait oui mais je ne saurai pas vivre, oui mais allez en foyer, oui mais c'est comme si j'allais en prison, enfin voilà c'est complètement différent d'une prise en charge classique où l'arrivée est heureuse, où les dames ont beaucoup de choses à apprendre tout de même parce qu'en trois jours apprendre à s'occuper d'un bébé c'est déjà très compliqué mais alors quand il y a des situations comme ça autour, c'est vraiment encore plus difficile je dirais. » [L2]*

## Discussion

### 1 Résumé des résultats

J'ai pu constater une grande similitude entre les dires des professionnels de la santé, que ce soit au Luxembourg ou à Bruxelles, dans les ASBL ou dans le service kangourou. Il n'existe donc pas de différence fondamentale entre les services interrogés en Belgique et au Luxembourg concernant la prise en charge des mères dépendantes à des substances. Néanmoins, j'ai relevé une différence de transmission d'informations relative à la psychologie entre les deux ASBL. A Bruxelles, deux des professionnels de la santé (une psychologue et une sage-femme) questionnent les patientes sur leur passé familial. Les professionnelles les font parler de leur vécu afin qu'elles reproduisent ce qu'elles ont apprécié de la part de leurs parents et qu'elles évitent de reproduire elles-mêmes les mauvaises expériences vécues durant leur enfance. Par contre au Luxembourg, l'éducatrice que j'ai interrogée dans le service Parentalité préfère ne pas ouvrir de mauvais tiroirs parce qu'elle n'est pas thérapeute et parce qu'elle a l'impression que cela peut poser problème au niveau du lien que les mères dépendantes à des substances créent avec leur enfant.

La prise en charge de ces mères est assez similaire d'un pays à l'autre, néanmoins, une ébauche de protocole de prise en charge est en cours au Luxembourg afin de systématiser ce suivi pour les professionnels de la santé et de permettre d'expliquer aux patientes le déroulement de leur prise en charge. Par contre, à Bruxelles, dans les services interrogés, aucun protocole n'est prédéfini concernant la prise en charge et le suivi des mères dépendantes à des substances.

Tous les professionnels de la santé rencontrés à Bruxelles et à Luxembourg s'accordent à dire que la pluridisciplinarité dans la prise en charge des mères dépendantes à des substances est indispensable. Les équipes disposent de psychologues, de sages-femmes, de médecins, d'assistantes sociales, d'éducatrices, ... Néanmoins, une des professionnelles de la santé de Bruxelles pense que l'intervention de plusieurs intervenants en même temps peut parfois effrayer les patientes et être vécu de manière oppressante. C'est pourquoi, même si la pluridisciplinarité est indispensable elle doit s'effectuer pas à pas afin d'éviter un blocage des patientes et d'éviter à celles-ci de se retrouver en face de l'équipe au complet et de donner une impression de tribunal enquêteur.

En outre, tous les professionnels de la santé de Bruxelles et du Luxembourg sont d'accord pour dire que la sécurité et le bien-être du bébé priment d'où la nécessité de bien connaître la patiente et son environnement afin de pouvoir prendre les mesures nécessaires en cas de risque ou de problèmes.

Tant à Bruxelles qu'à Luxembourg, les professionnels constatent que la très grande majorité des mères culpabilisent vis-à-vis du syndrome de manque de leur nouveau-né, mais leur façon de l'exprimer diffère. Les rares cas de non-culpabilité s'observent dans les cas de déni de grossesse ou de déni de toxicomanie.

Les professionnels aussi bien à Bruxelles qu'à Luxembourg estiment que créer un climat de confiance est indispensable mais reste complexe et nécessite du temps. Il est donc nécessaire que les professionnels restent en permanence en contact et à l'écoute des patientes en pré-, per- et post-partum.

La plupart des professionnels estiment que la mise en place du lien mère-enfant doit se faire le plus tôt possible, en prénatal. Par contre, certaines patientes ne sont pas conscientes qu'elles vont avoir un enfant tant qu'elles ne sont pas dans du pratico-pratique. C'est pourquoi, tous les professionnels de la santé sont néanmoins d'accord pour dire que ce lien doit absolument et au plus tard se créer en post-partum immédiat.

Aucun des professionnels de la santé interrogés que ce soit à Luxembourg ou à Bruxelles n'a été spécifiquement formé au préalable à la prise en charge des mères dépendantes à des substances. Par contre, ils sont formés sur le terrain notamment en observant, en écoutant, en posant des questions et grâce à l'expérience des anciens membres de l'équipe. De plus, dans la majorité des cas, ils ont suivi des formations et des séminaires au cours de leur carrière dans le domaine de la toxicomanie.

J'ai constaté qu'à Bruxelles la prise en charge hospitalière des mères dépendantes à des substances est plutôt perçue négativement par les professionnels de la santé de l'ASBL Parentalité-Addiction. Ces professionnels constatent un manque de compétences (surtout psychologiques et parfois médicales) et de connaissances dans le domaine des addictions pour prendre en charge ces mères de manière optimale. Aucune critique n'a été formulée à ce propos au Luxembourg. Je me suis donc interrogée sur ce problème et j'en ai conclu qu'il provient probablement d'un manque de communication et de collaboration entre le service extra-hospitalier de Bruxelles (le service Parentalité-Addiction) et l'hôpital Saint-Pierre. C'est aussi un manque de temps qui pourrait être la cause d'un taux peu élevé de formations dans le domaine de l'addiction. Les grandes différences entre les deux pays sont l'organisation, la collaboration et la communication entre l'ASBL et l'hôpital qui est davantage optimisée du côté luxembourgeois. Le Luxembourg est actuellement en train de créer une ébauche de protocole concernant la prise en charge des mères dépendantes à des substances que l'ASBL et l'hôpital devront respecter. De plus, des réunions hebdomadaires sont organisées entre les deux services. A Bruxelles, aucun protocole n'est prédéfini et l'hôpital et l'ASBL se

rencontrent seulement quand ils ont besoin de renseignements. Les réunions ne sont pas systématiques et d'après les dires des professionnels de l'ASBL Parentalité-Addiction, j'ai pu constater que l'hôpital Saint-Pierre prenait plutôt en charge les mères dépendantes à des substances d'un point de vue strictement clinique et pratique en tenant moins en compte le côté psychologique et médical lié à la dépendance. C'est le service Parentalité-Addiction qui s'occupe de cet aspect. En outre, il y a une demande formelle de mettre en place davantage de réunions entre l'hôpital et l'ASBL de la part des professionnels de la santé travaillant au sein de l'ASBL. D'après les dires des professionnels de la santé du service Parentalité-Addiction, il serait important d'optimiser leur collaboration avec l'hôpital Saint-Pierre. Je pense donc qu'il serait intéressant que la communication entre Saint-Pierre et le service Parentalité-addiction soit davantage optimisée et se fasse de façon plus systématique comme au Luxembourg. Je pense également que l'idée de créer un protocole pourrait les aider à améliorer leur collaboration et leur efficacité étant donné qu'ils travailleraient de façon protocolaire, c'est-à-dire que la manière de suivre les patientes accueillies à l'hôpital et au sein de l'ASBL serait coordonnée et ajustée au cas par cas. La collaboration entre les deux entités pourrait donc être optimisée ce qui pourrait améliorer la prise en charge de ces patientes.

## **2 Liens entre la revue de la littérature et les résultats récoltés sur le terrain**

J'ai relevé de nombreuses similitudes entre la revue de la littérature et les résultats obtenus suite aux entretiens qualitatifs semi-directifs.

D'après Stocco (2007), « la famille d'origine est très souvent « responsable » de l'usage des drogues de ces jeunes femmes qui ont, pour la plupart, subi des abus de violences psychiques et/ou physique durant leur enfance ». (Stocco, 2007) D'après les dires des différents professionnels interrogés, j'ai pu constater qu'il existe un problème majeur dans l'enfance de ces patientes. C'est pourquoi certains professionnels essaient de travailler les aspects positifs qui ressortent de leur relation avec leurs parents afin qu'ils puissent reproduire la même chose avec leur enfant et d'une certaine manière oublier les aspects négatifs de leur relation alors que d'autres préfèrent les ignorer de peur d'interférer dans la relation de la mère et de son nouveau-né.

D'après les auteurs de la revue de la littérature et les professionnels interrogés, la pluridisciplinarité est indispensable dans ce type de prise en charge.

D'après les recherches que j'ai effectuées, le syndrome de sevrage du nouveau-né, peut avoir un impact sur l'attachement mère-enfant. Celui-ci est souvent séparé de sa mère pendant cette

période alors que Hodgson et Abrahams (2012) affirment qu'il est essentiel de laisser les mères dépendantes avec leur nouveau-né. Le fait de maintenir ce lien mère-enfant inclut d'autres avantages, « tels qu'un moins grand nombre d'admissions en néonatalogie, un plus grand taux d'allaitement maternel, une moins grande utilisation de la pharmacothérapie et des hospitalisations plus courtes » (Counson, Decortis et al. 2014). Tous les professionnels interrogés, insistent sur l'importance du lien mère-enfant dans cette prise en charge. De plus, grâce au service kangourou, ce lien est optimisé étant donné que les mères peuvent rester hospitalisées auprès de leur nouveau-né durant la période de sevrage. Par contre, concernant l'allaitement maternel, les professionnels qui ont abordés ce sujet lors des entretiens m'ont fait remarquer que malheureusement très peu d'allaitement maternel est mis en place dans la prise en charge des mères dépendantes à des substances. Il est souvent interdit à cause des additifs que les mères consomment ou parce que les mères ne désirent pas allaiter, souvent parce qu'elles estiment que leur état physique et psychique ne le permet pas.

Le père, dans la revue de la littérature, a souvent des difficultés à s'impliquer dans son statut de père car la mère lui laisse parfois peu de place dans la relation avec le nouveau-né.

Les professionnels n'abordent pas souvent le rôle du père lors des entretiens et lorsqu'ils en parlent, ils confirment que le père est souvent peu présent à l'hôpital et lors des rendez-vous au sein des ASBL. Néanmoins, certains papas sont parfois présents mais ne sont pas toujours un soutien pour les mamans. Elles sont parfois sous l'emprise et la domination du père.

La revue de la littérature montre que les professionnels de la santé doivent enseigner aux parents, les stratégies à adopter pour calmer leur enfant et pour s'en occuper lors du syndrome de sevrage. Ils doivent également prévenir les parents que le comportement irritable, inconsolable ainsi que les troubles de l'alimentation et du sommeil de leur enfant ne sont pas dirigés contre eux. Ces comportements peuvent générer un sentiment de culpabilité et d'incapacité chez les parents.

La majorité des professionnels interrogés sont d'accord pour dire que toutes les mères dépendantes à des substances culpabilisent lors du syndrome de sevrage de leur enfant et qu'il est essentiel de les aider dans ce processus en les informant, en les accompagnant, en les conscientisant, en les outillant, en les rassurant, en les valorisant et en sécurisant le nouveau-né notamment par la technique du peau à peau.

D'après Franchitto et al. (2000), aucune recommandation n'est spécifiée concernant la prise en charge des femmes dépendantes à des substances. Chaque professionnel de la santé suit sa propre méthode selon sa profession, son expérience professionnelle et ses moyens. Les dires

des professionnels sont similaires, aucun d'entre eux n'a été formé au préalable pour prendre en charge les mères dépendantes à des substances.

D'après Franchitto et al. (2000), l'ensemble des professionnels s'accordent à dire qu'une prise en charge spécifique et adaptée améliore considérablement le pronostic familial tant sur le plan médical que sur le plan social. J'ai pu le constater lorsque j'ai analysé mes différents entretiens et lors de la rédaction de mes résultats. Néanmoins, il n'existe pas assez de services spécifiques pour prendre en charge toutes ces futures mères, mères ou mères n'ayant plus leurs enfants à charge. Il serait intéressant d'informer et de former les services non-spécifiques adéquatement à la prise en charge des mères dépendantes à des substances.

### **3 La réflexivité personnelle**

J'ai été sensibilisée au sujet étudié suite aux expériences que j'ai vécues lors de mes passages dans des services non-spécifiques durant mes stages et vécus professionnels. En effet, il me semblait que les informations transmises aux mères dépendantes à des substances étaient lacunaires. Le personnel soignant manquait d'informations et de formation pour prendre en charge de manière adéquate ces patientes. Je partais donc avec un a priori très négatif mais j'ai été très agréablement surprise lors de mes entretiens avec le personnel interrogé par le fait qu'il existe de nombreux services spécifiques aux mères dépendantes à des substances et que ceux-ci se développent de plus en plus. J'ai constaté une réelle implication et de vraies connaissances pour prendre en charge ces mères dépendantes à des substances tant au niveau psychologique que social et médical. J'ai pris conscience de l'intérêt réel et nécessaire de donner une information spécifique et de prendre en charge de manière adéquate les mères dépendantes tant pour elles-mêmes que pour leurs enfants.

L'addiction à des substances est un réel problème de société qui ne cesse de croître. Une prise en charge adéquate tant au niveau médical que psychologique permet de limiter un peu les dégâts liés à l'addiction à des substances. De plus, j'ai un réel intérêt pour ce sujet, étant donné que je souhaite que les professionnels de la santé puissent se rendre compte de l'importance d'une prise en charge adéquate et de l'information transmise aux mères dépendantes à des substances, afin d'améliorer la qualité de vie de ces patientes. Par contre, suite aux dires des professionnels de la santé travaillant à Bruxelles et des recherches littéraires que j'ai effectuées, j'ai constaté que dans les services non-spécifiques, la prise en charge des mères dépendantes à des substances pourrait-être optimisée et est parfois effectuée avec de nombreux a priori. Il serait donc intéressant ultérieurement d'optimiser la prise en charge des mères dépendantes à des substances dans les services non-spécifiques. On peut se poser la

question de savoir si les professionnels interrogés répondent de manière suffisamment objective aux questions posées. C'est pourquoi, je pense qu'il serait intéressant de ne pas uniquement interroger les professionnels mais également de les observer sur le terrain afin d'avoir une idée plus neutre de leur travail.

Ces recherches permettront de mettre en évidence les lacunes dans les services non-spécifiques et donc d'optimiser la prise en charge particulière des mères dépendantes à des substances.

#### **4 Les limites du travail**

J'ai fait preuve de la plus grande neutralité possible lors de la réalisation des entretiens, lors de l'analyse des entretiens qualitatifs semi-directifs et lors de la rédaction des résultats.

Mon mémoire est limité par la subjectivité même d'une enquête basée sur un questionnaire semi-directif. En effet, la semi-directivité oblige le questionnant à orienter le questionné dans la direction décidée par celui-ci. Même si les questions sont le plus ouvertes possibles, les réponses ne seront pas totalement objectives. Les réponses sont aussi limitées par la sensibilité et le ressenti émotif des questionnés. Certains mettent plus en avant, le côté humain de leur travail dans les réponses données alors que d'autres insistent plus sur le côté pratique et technique.

De plus, j'ai seulement interrogé des professionnels de la santé travaillant dans des services spécifiques aux mères dépendantes à des substances (deux ABSL et un service kangourou qui a été créé spécifiquement pour les mères addictes même s'il se situe dans un service de maternité général). Je n'ai pas interrogé de services d'accouchement ou de maternité non-spécifiques aux mères dépendantes à des substances.

J'ai comparé deux pays sur base de trois services spécifiques pour les mères dépendantes à des substances. Il pourrait-être intéressant d'en comparer davantage afin d'obtenir des résultats plus précis et complets ou encore d'explorer la même situation dans d'autres pays.

Ce n'est également pas une étude d'évaluation. Après cette étude, nous ne savons toujours pas si une manière de prendre en charge est plus optimale, plus efficace qu'une autre prise en charge. Un score de qualité des services spécifiques étudiés n'a pas été établi. Nous savons seulement qu'une collaboration entre un hôpital et un service spécifique pourrait peut-être optimiser l'efficacité.

## 5 Les recherches futures

A la fin de la réalisation de mon mémoire, j'ai pu relever des pistes d'action et/ou perspectives de recherche.

Je pense qu'il pourrait être intéressant de parler du rôle du père dans cette situation étant donné qu'il est très peu mentionné au cours des entretiens qualitatifs semi-directifs et souvent peu présent dans son rôle de père. On pourrait également approfondir la problématique du placement des enfants dans des familles d'accueil ou dans des cas d'adoptions, du point de vue des professionnels de la santé et des familles d'accueil ou adoptives.

Il serait également intéressant de se pencher sur le problème de l'alcoolisme étant donné que durant mes recherches, j'ai constaté que l'alcool est la substance entraînant une addiction, la plus tératogène pour le fœtus par rapport à n'importe quelles autres drogues illicites.

Un autre sujet intéressant serait d'interroger les mères dépendantes à des substances pour avoir leur point de vue quant à la prise en charge dont elles bénéficient dans des services spécifiques pour les mères addictes et dans des services non-spécifiques. Il serait également intéressant de comparer la prise en charge des mères dépendantes à des substances par des professionnels de la santé travaillant dans des services non-spécifiques avec les résultats obtenus par des professionnels travaillant dans des services spécifiques. Cela permettrait de mettre en évidence s'il existe une grande différence de prise en charge de ces mères, des informations qui leur sont données et des conséquences ultérieures qui pourraient en résulter.

Comme nous l'avons constaté dans l'étude, les services spécifiques prennent en charge les patientes dépendantes à des substances de manière davantage optimisée que dans les services non-spécifiques grâce à leur formation et leur expérience professionnelle.

## Conclusion

En conclusion, j'ai constaté qu'il n'existe pas de réelle différence de transmission d'informations et de prise en charge entre les services spécifiques à Bruxelles et à Luxembourg sur base des trois services interrogés dans ce mémoire. Néanmoins, j'ai constaté une collaboration entre l'ASBL du Luxembourg et le Centre Hospitalier du Luxembourg. Les professionnels de la santé du Luxembourg font part de leur satisfaction quant à cette collaboration. Ils organisent des réunions hebdomadaires entre les deux services et mettent en place un protocole pour la prise en charge des mères dépendantes à des substances. Ce protocole permettra de se faire une idée plus précise, plus objective tant sur le plan psychologique que médical de la patiente. Ce protocole permettra également d'informer adéquatement les mères sur leur future prise en charge.

A Bruxelles, jusqu'à présent, aucune ébauche de protocole n'est mise en place. De plus, la collaboration entre l'ASBL « Parentalité-Addiction » et l'hôpital Saint-Pierre pourrait-être optimisée d'après les dires des professionnels travaillant dans l'ASBL. Les deux services ne se réunissent que lorsque des questions se posent et non pas de manière systématique.

La prise en charge des mères dépendantes à des substances demande des actions spécifiques de la part des professionnels de la santé. Il serait intéressant d'optimiser la collaboration entre les deux entités, comme le fait le Luxembourg, par la mise en place d'un protocole de prise en charge commun et un partenariat. Il serait peut-être également souhaitable que le personnel des services non-spécifiques y soit également sensibilisé notamment en formant les professionnels et en établissant un protocole afin d'optimiser cette prise en charge.

## Bibliographie

Canfield, M., Radcliffe, P., Marlow, S., Boreham, M., & Gilchrist, G. (2017). Maternal substance use and child protection: a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care. *Child Abuse Negl*, 70, 11-27. doi:10.1016/j.chiabu.2017.05.005.

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. (2018). "Syndrome de sevrage du bébé". [En ligne] : disponible sur : <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/centre-des-naissances-du-chum/apres-la-naissance/syndrome-de-sevrage-du-bebe>, (consulté le 12/01/18).

Chobeaux, F. (2011). L'accès aux soins en accueils à bas seuil d'exigence. *Le Carnet PSY*, (7), 40-41.

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). (2010-2011). *Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse*. [En ligne] : disponible sur : [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20\\_6/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20_6/site/html/cours.pdf), (consulté le 30/06/17).

Counson, F., et al. (2014). "Prise en charge des enfants à risque de sevrage." Tijdschrift van de Belgische Kinderarts= Journal du Pédiatre Belge.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017). "Luxembourg Country Drug Report 2017" [En ligne] : disponible sur : [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/luxembourg/drug-use\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/luxembourg/drug-use_en) (consulté le 18/05/18).

Franchitto, M., et al. (2000). "Toxicomanie, femmes enceintes et maternité: une nécessaire évolution de la prise en charge." Revue Documentaire Toxibase 2: 1-12.

Hall, Wexelblatt, Greenberg. (2018). Surveillance of Intrauterine Opioid Exposures Using Electronic Health Records. doi: 10.1089/pop.2017.0184.

Hodgson, Z. G. and R. R. Abrahams (2012). "A rooming-in program to mitigate the need to treat for opiate withdrawal in the newborn." Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada **34**(5): 475-481.

Hogge, M. and C. Stévenot (2016). "L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles".

Imbert, G. (2010). "L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie." Recherche en soins infirmiers(3): 23-34.

Kramer, J. F., et al. (1975). "La Pharmaco-dépendance: Manuel établi d'après les rapports de groupes d'experts de l'OMS et d'autres publications de l'OMS".

Lecompte, J., et al. (2002). Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec. Bibliothèque nationale du Québec, ISBN 2-551-21611-7.

Le gouvernement du Grand-Duché du Luxembourg. (2017). « Rapport national sur l'état du phénomène des drogues et des toxicomanies au G.-D. de Luxembourg » En ligne : <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2017/12/2017-12-21-rapport-revis/index.html>, consulté le 03/01/18.

Lejeune, C. (2007). "Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité." Alcoologie et addictologie **29**(4): 443-448.

Maïca, R., et al. (2010). "Prendre en soin une femme enceinte usagère de substances psychoactives en Alsace: le réseau maternité et addictions." Psychotropes **16**(3): 33-46.

Nezelof, S. and C. Dodane (2010). "Quand les processus addictifs rencontrent ceux de la parentalité: un climat de turbulences psychiques." Psychotropes **16**(3): 9-16.

Paillé, P. and A. Mucchielli (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd, Armand Colin.

Paolo Stocco, « Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques », *Psychotropes* 2007/3 (Vol. 13), p. 251-265. DOI 10.3917/psyt.133.0251.

Plettinckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. & Gremeaux, L. (2014). Rapport national sur les drogues 2014. Tendances et évolutions. WIV-ISP, Bruxelles.

Sarkola, T., et al. (2007). "Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems." *Acta Paediatrica* **96**(11): 1571-1576.

Simmat-Durand, L. (2007). "La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions." *Déviance et société* **31**(3): 305-330.

Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, Lacaze, O'Flaherty. (2018). « La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse ». [En ligne], disponible sur : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/opioides-pendant-la-grossesse>, (consulté le 25/01/18).

Thoreau, C. (2010). "Kangourou: un lieu de vie pour les mères toxicomanes avec enfants. ASBL Tremplaine (Belgique)." *Psychotropes* **16**(3): 57-66.

Turnbull, C. and D. A. Osborn (2012). "Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem." *The Cochrane Library*.

## Annexes

### 1 Annexe 1

#### Listes et détails des réunions durant l'année académique 2017-2018

23/04/17	Acceptation de la part du co-promoteur de me suivre dans mon mémoire
16/08/17	Première rencontre avec le promoteur et élaboration du sujet de mémoire
28/09/17	Promoteur : correction du projet de mémoire et finalisation
06/11/17	Rencontre entre le promoteur et le co-promoteur sur Skype. Explication de la réalisation d'un guide d'entretien
27/11/17	Appelle téléphonique pour éclairer les remarques de la revue de littérature et du guide d'entretien faites par e-mail de la part du promoteur.
15/12/17	Rencontre avec le promoteur pour finaliser mon guide d'entretien.
09/12/17	Rencontre avec le co-promoteur pour avoir son avis concernant le guide d'entretien utilisé pour les entretiens qualitatifs semi-directifs.
20/01/18	Rencontre avec le co-promoteur concernant certaines clarifications des différentes entretiens qualitatifs semi-directif.
12/02/18	Rencontre avec le promoteur pour m'aider dans la future analyse de mes entretiens qualitatifs.
16/05/18	Rencontre avec le promoteur, débriefing et commentaires sur l'entièreté du mémoire.
20/05/18	Rencontre avec le co-promoteur, débriefing et commentaires sur le mémoire

## 2 Annexe 2

### Justification des différents thèmes utilisés dans le guide d'entretien qualitatif semi-directif

#### L'importance du séjour en maternité pour favoriser le lien mère-enfant

L'ensemble des auteurs du document, 'Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge', s'accordent à dire que le séjour en maternité est la période la plus importante pour apprendre les bases d'une prise en charge et mettre en place un soutien médico-psycho-social à long terme aux mères dépendantes à des substances. Il est donc indispensable de la part des professionnels de la santé d'accompagner ces mères lors de leur séjour à la maternité afin de favoriser un lien mère-enfant. Plus ce suivi sera régulier, continu et complet, plus il sera facile d'évaluer les capacités de la maman à faire face aux difficultés de mater. C'est pourquoi, en maternité, pour établir et renforcer le lien parents-enfant, pour prévenir la séparation et les conséquences sur le développement affectif et cognitif de l'enfant au sein des situations familiales chaotiques, il est indispensable de mettre en place une équipe pluridisciplinaire (comme des obstétriciens, des sages-femmes, des pédiatres en néonatalogie, des anesthésistes, des infirmières pédiatriques, une « équipe de liaison de type ECIMUD (Équipe de coordination et d'intervention mobile auprès des usagers de drogues) qui est une pièce maîtresse du dispositif, avec une assistante sociale et une psychologue. » (Lejeune 2007) Cette pluridisciplinarité permet à chaque professionnel de travailler à son niveau pour assurer un suivi efficace et pertinent. « C'est la reconnaissance mutuelle du rôle, de la spécificité et des limites de chacun qui permet une articulation suffisamment souple des différentes interventions. » (Franchitto, Peyrefort et al. 2000)

#### Les professionnels de la santé déculpabilisent les parents face aux comportements de dépendance de leur enfant

D'après Lecompte, Perreault, & Venne, l'implication des parents dans la pratique des soins de leur nouveau-né est indispensable. Un nouveau-né qui a été en contact avec des substances psychoactives in-utéro est souvent stressé à cause de sa dépendance à ces substances. Pour éviter une hyperexcitation du nouveau-né et une mauvaise gestion de l'enfant, les professionnels de la santé doivent enseigner aux parents, les stratégies à adopter pour calmer leur enfant et pour s'en occuper. Ils doivent également prévenir les parents que le comportement irritable, inconsolable ainsi que les troubles de l'alimentation et du sommeil de leur enfant ne sont pas dirigés contre eux car ces comportements peuvent générer un sentiment de culpabilité et d'incapacité de la part des parents. Il est donc nécessaire que les parents soient encouragés dans leur rôle d'apprentissage pour favoriser le lien parents-enfant. « La recension

des écrits de De Stefano et al. (1989) affirme que lorsque le parent est préparé aux comportements particuliers de son enfant, il est plus en mesure d'avoir une attitude positive et de surmonter ces difficultés, ce qui diminue le risque d'abandon par le parent. » (Lecompte, Perreault et al. 2002)

#### La prise en charge des mères dépendantes à des substances par des professionnels de la santé

Les troubles de l'attachement mère-enfant, la maltraitance et les risques de séparation sont les conséquences d'une maman perturbée et d'un nouveau-né en souffrance mais également et surtout à cause des **prises en charge inadaptées** par les équipes obstétrico-pédiatriques. (Lejeune 2007) Par contre, d'après Franchitto, Peyrefort, & Tellier **aucune recommandation** n'est spécifiée concernant la prise en charge des femmes dépendantes à des substances. Chaque professionnel de la santé **suit sa propre méthode selon sa profession, son expérience professionnelle et ses moyens**. Néanmoins, le personnel va se retrouver face à des **obstacles semblables** comme par exemple lors du post-partum, il est essentiel qu'un travail d'accompagnement soit réalisé pour les mères dépendantes à des substances en maternité afin d'évaluer les capacités de la patiente à faire face aux difficultés qu'elle vit et qu'elle rencontrera.

**Nom et prénom :** Boedts Perrine

**Titre du mémoire :** La prise en charge des mères dépendantes à des substances dans plusieurs services spécifiques à Bruxelles et à Luxembourg : enjeux et difficultés.

**Promoteur et co-promoteur :** Professeur Pablo Nicaise et Docteur Jean Bottu.

## Résumé

### Introduction

La prise en charge des mères dépendantes à des substances est une prise en charge spécifique qui peut être problématique lorsque les professionnels ne sont pas formés et informés quant à ce type de prise en charge. Ce mémoire consiste à comparer la prise en charge de mères dépendantes à des substances en pré-, per- et post-partum dans des services spécifiques à Bruxelles (Belgique) et à Luxembourg (Luxembourg).

### Méthodes

La méthode consiste à questionner par des entretiens qualitatifs semi-directif dix professionnels travaillant dans ces services selon la méthode qualitative. Les services spécifiques interrogés sont : une association sans but lucratif « Parentalité » (où j'ai interrogé un professionnel) et un service Kangourou au sein du Centre Hospitalier du Luxembourg (où j'ai interrogé quatre professionnels) à Luxembourg et une association sans but lucratif « Parentalité-Addiction » (où j'ai interrogé cinq professionnels) à Bruxelles.

### Résultats

Les résultats montrent que le lien mère-enfant est indispensable dans ce type de prise en charge et doit se mettre en place le plus tôt possible. Si cela n'est pas possible en pré-partum, il est alors indispensable qu'il se crée en post-partum immédiat.

Les professionnels de la santé travaillant avec les mères dépendantes à des substances affirment que dans la majorité des cas, les mères montrent un sentiment de culpabilité.

Les professionnels insistent tous sur l'importance de la pluridisciplinarité dans le suivi des mères dépendantes à des substances mais aucun n'a été formé spécifiquement à cette prise en charge et cela tant à Bruxelles qu'à Luxembourg. Par contre lorsqu'ils travaillent dans ces services spécifiques, ils suivent des formations, des séminaires et se forment sur le terrain.

Il existe un partenariat avec mise en place d'un protocole de prise en charge entre les deux services à Luxembourg tandis qu'à Bruxelles la collaboration avec le service de maternité de l'hôpital Saint-Pierre se fait quand les besoins se présentent.

### Discussion

La prise en charge des mères dépendantes à des substances demande des actions spécifiques de la part des professionnels de la santé. Il serait intéressant que le personnel des services non-spécifiques y soit sensibilisé notamment en formant les professionnels et en établissant un protocole afin d'optimiser cette prise en charge.

### Mots-clefs

Addict mothers, managed care, mother-child relationship, neonatal abstinence syndrome.

Mères toxicomanes, prise en charge, lien mère-enfant, syndrome de sevrage du nouveau-né.

