

## **Pourquoi une pédiatre a-t-elle publié sur Buprénorphine et grossesses de toxicomanes en France ?**

E. Mazurier

Service de pédiatrie 2 Hôpital Arnaud de Villeneuve

CHRU de Montpellier France

[e-mazurier@chu-montpellier.fr](mailto:e-mazurier@chu-montpellier.fr)

Nous manquons en France de données chiffrées précises sur le nombre de femmes enceintes sous opiacés. Une estimation effectuée par l'Inserm en 1998 proposait un chiffre de 1000 à 2500 grossesses annuelles survenues sous buprénorphine haut dosage et 160-300 sous méthadone (1). Le syndrome de sevrage du nouveau-né aux opiacés est un motif rare d'hospitalisation dans les services de néonatalogie. Au début des années 1990 dans notre service, avant que soit développé une offre de prise en charge spécifique il était d'environ 0,2%. Depuis la mise en place d'un accueil particulier de cet enfant et sa mère il est actuellement de 1% (données personnelles). Cette pathologie reste donc peu fréquente.

La possibilité de substitution aux opiacés d'abord par la méthadone en 1993 en France puis par la Buprénorphine utilisée sans AMM dans cette indication dès les années 1995 a permis à des femmes sous opiacés illicites de sortir de la clandestinité, se stabiliser socialement, et de pouvoir entrer dans un filière de soins répondant à leur besoin qui leur était proposé.

En tant que pédiatre j'ai été interpellée par l'absence de dispositif permettant d'accueillir les femmes sous traitement de substitution aux opiacés comme les autres mères en situation de vulnérabilité psychologique, ou précarité sociale. Elles faisaient et fond encore parfois l'objet de suspicion sans vraiment d'évaluation objective quand à leur capacité réelle de s'occuper d'un enfant. Elles étaient et sont parfois encore considérées d'emblée, sans distinction de situation, comme des personnes non crédibles, des personnes non fiables, des personnes manipulatrices.

Compte tenu des données à l'époque dans la littérature que les taux de séparation mère sous opiacés enfant étaient élevés 52% à 12 mois, 91% à 24 mois (2), que l'absence de visites en néonatalogie était un des facteurs de risques de la séparation mère enfant. Partant du principe que la substitution permettait une stabilisation de la femme, et que ces mères devaient être considérées comme toutes les autres mères vulnérables avec des risques de fragilité dans l'établissement de la relation mère enfant, il a été proposé dès 1995 dans le service que les enfants nés de mères sous opiacés puissent rester en maternité auprès d'elles et être traités si le besoin s'en faisait ressentir dans la chambre de leur mère. La surveillance et le traitement était sous la responsabilité d'une équipe de pédiatrie qui se déplaçait en maternité. Nous nous sommes aperçus que ces mères non seulement étaient capables de rester 10-15 jours voir trois semaines en maternité auprès de leur enfant, soit pendant toute la durée de traitement du syndrome de sevrage, mais qu'elle s'emparait de cette offre de proximité qui leur était faite et l'utilisait de manière active. Ces mères s'investissaient pour la plus part auprès de leur enfant. Nous estimons à environ 2% les femmes en très grandes difficultés qui ont quitté la

maternité et d'emblée laissé leur bébé en néonatalogie classique (données personnelles). A la suite de cette première expérience a été proposé au congrès de médecine périnatale de Brest (France) en 1996 le premier poster témoignant du devenir des enfants nés de femmes dépendantes aux opiacés sous traitement par la Buprénorphine® (Temgesic) (3, annexe 1)

Nous avons développé auprès de ses enfants et ses mères et pères un accompagnement spécifique individualisé basée sur les principes d'un accueil bienveillant, d'une écoute empathique, d'une confiance réciproque permettant une alliance thérapeutique. L'équipe pédiatrique en maternité les soutient activement à être les premières personnes ressources pour leur bébé. Les parents sont accompagnés dans les gestes spécifiques d'apaisement du bébé. L'équipe prend le relai pour apaiser le bébé lorsque les parents parfois épuisés en font la demande. Un réel partenariat s'instaure entre les parents et l'équipe (4-5).

Autour de la famille le personnel pédiatrique travaille en multidisciplinarité et collaboration avec le personnel obstétrical, avec l'équipe des services sociaux, avec les services de psychologie, de pédopsychiatrie, d'addictologie, le médecin de famille (6)..... Le retour à domicile ou en structure d'accueil à la sortie de la maternité fait l'objet d'une préparation attentive, des liens sont établis avec les partenaires sur les besoins spécifiques de la famille. Ces partenaires peuvent être multiples en fonction de la nécessité familiale : services de PMI, médecin de famille, pédiatre, pédopsychiatre, .....

Cette prise en charge de l'enfant n'a pu se faire sans outil précis.

Tout d'abord un outil commun à l'équipe pédiatrique d'évaluation du syndrome de sevrage : nous avons opté pour le Score de Finnegan qui permet une analyse fine du sommeil et de la plus ou moins grande facilité à s'alimenter (7).

Puis l'utilisation d'un protocole précis commun à toute l'équipe pédiatrique pour le traitement médicamenteux du syndrome de sevrage. Nous avons opté pour le traitement proposé par LP Finnegan (7).

Cette prise en charge n'a pu se faire sans un partenariat très proche notamment avec une sage-femme de coordination, les équipes de pédopsychiatrie et les services sociaux.

A la suite cette initiative des actions locales (création d'une coordination parentalité usage de drogues), régionales (information, formation) et nationales (création d'un groupe de recherche grossesse et ad diction GEGA) ont vues le jour donnant lieu à diverses publications (8,9).

Cette prise en charge n'aurait pu se faire sans le regard de bienveillance que les soignants ont su porter sur ces mères.

**Au cours de ce séjour en maternité dans ce cadre soutenant, la femme en traitement de substitution aux opiacés peut faire l'expérience d'être reconnue comme une mère avec ses forces notamment celle d'être elle seule la mère de ce bébé. De pouvoir faire appels au besoin à des professionnels soignants non jugeant. Nous pensons que cette expérience peut concourir à l'établissement d'un lien mère enfant de qualité pouvant participer à la prévention de la maltraitance.**

- 1- Ministère de la santé, INSERM. Evaluer la mise à disposition du Subutex<sup>®</sup> pour la prise en charge de la femme dépendantes des opiacés, rapport du groupe de travail, juin 1998. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- 2- Wilson GS. Clinical studies of infants and children exposed prenatally to heroin. Ann N Y Acad Sci. 1989;562:183-94.
- 3- Mazurier E, Sarda P, Boulot P. Traitement par la buprénorphine (Temgésic<sup>\*</sup>) de la dépendance aux opiacés chez la femme enceinte. XXVI<sup>èmes</sup> Journées de la Société de Médecine Périnatale Brest 1996
- 4- Mazurier E, Sarda P, Rieu D. Traitement du syndrome de sevrage aux opiacés du nouveau-né en unité kangourou. XXXI<sup>ème</sup> Congrès de l'Association des Pédiatres de Langue Française Arch Fr Pediatr 1996
- 5- Mazurier E et les puéricultrices de l'unité kangourou du CHU de Montpellier. La prise en charge pédiatrique, le syndrome de sevrage. In : Grossesse et toxicomanie (Edit. Dr F. Molénat). Erès ; 2000. p56-61
- 6- Mazurier E, Chanal C, Misraoui M, Toubin RM et al. De la femme à l'enfant, les liens interprofessionnels autour de la femme enceinte toxicomane. Arch Pediatr 2000 ; 7 Suppl 2 : 281-2
- 7- Finnegan LP, Kaltenbach K . Neonatal abstinence syndrome. Primary Care, edition II Hoekelman, RA. Friedman, SB. Nelson J and Seidel, HM. (Eds), C.V. Mosby Co St Louis, MO 1992: 1367-1378
- 8- Chanal, C, Toubin RM, Benos P, Mazurier E, Misraoui M, Clutier J, Boulot P, Molénat F. Cellule Parentalité et usage de drogues: résultats périnataux et psychosociaux. In Médecine Périnatale, 31<sup>èmes</sup> Journées Nationales. Eds Arnette, Paris. 2001, pp107 -123.
- 9- Lejeune C, Simmat-Durand L, Gourarier L, Aubisson S ; Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA). Prospective multicenter observationnal study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. Drug Alcohol Depen 2006;82:250-7.

**Annexe 1 Traitement par la Buprénorphine® (Temgesic) de la dépendance aux opiacés chez la femme enceinte**  
**XXVI èmes Journées de la Société de Médecine Périnatale. Brest 1996**

La panoplie des traitements de substitution en cas de toxicomanie aux opiacés s'est enrichie depuis quelques années de substances agonistes - antagonistes telle que la Buprénorphine. La littérature rapporte peu d'éléments concernant l'utilisation de ces molécules chez la femme enceinte. Nous rapportons six observations recrutées en un an (du 01/07/1994 au 01/07/1995) sur une population de 2 150 naissances (2,8/1000).

**Les mères :**

La toxicomanie est ancienne (entre 2 et 15 ans), deux d'entre-elles sont primigestes. Leur âge est compris entre 24 et 35 ans. La grossesse est spontanée, souhaitée dans 1 cas sur 6. Elle est de découverte tardive en raison de l'irrégularité des cycles. La Buprénorphine pour quatre d'entre-elles a été débutée au second trimestre. Les posologies vont de 0,6 à 10 mg/J par voie orale. Aucune n'a pris de façon associée de l'héroïne, deux prenaient des barbituriques, une des benzodiazépines sur ordonnance médicale. Sous surveillance régulière et prise en charge sociale, médicale et psychologique, les six grossesses ont pu être menées à terme sans complication (ni souffrance fœtale, ni syndrome de manque, ni overdose ni infection ou menace d'accouchement prématuré). L'accouchement a lieu à terme 6 fois sur 6 (terme de 39 SA à 41 SA), sous anesthésie générale une fois, sous anesthésie péridurale trois fois.

**Les nouveau-nés :**

Nés une fois par césarienne pour stagnation de la dilatation et cinq fois par voie basse. Deux enfants étaient hypotrophes (PN moyen 2 750 g, minimum 2 500 g, maximum 3 000 g). L'indice d'Apgar était en moyenne de 9 à une minute, de 10 à 3 minutes. Les enfants ont tous bénéficié d'une hospitalisation en maternité auprès de leur mère. Le syndrome de sevrage côté selon le score de Finnegan supérieur ou égal à 8, a débuté entre 6 et 48 heures de vie. Le traitement par Elixir Paregorique ou Chlorpromazine a duré en moyenne 11,5 jours. Aucune mère n'a allaité.

**Devenir :**

Actuellement avec un recul allant de 7 à 18 mois, cinq sur six enfants vivent avec leur mère, un a été placé en famille d'accueil à 6 mois. Un seul âgé de 18 mois reste hyper-excitabile et cinq autres ont un développement psychomoteur normal. Quatre mères sont toujours sous Buprénorphine, une sous Méthadone.

**Commentaires :**

Ces observations soulignent l'utilité de la Buprénorphine comme alternative au traitement par la Méthadone chez la femme enceinte. Des études prospectives permettront de confirmer la bonne tolérance fœtale et néonatale de la Buprénorphine chez la femme enceinte dépendante des opiacés.