

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 60

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR
SCHNEEGANS Lou
Née à Strasbourg le 19/03/1993

Le vécu des femmes sous médicament de substitution aux opiacés de leur prise en charge durant la périnatalité. Étude au sein du réseau des microstructures médicales d'Alsace.

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Président de thèse : Professeur Nicolas SANANES

Directrice de thèse : Docteur Émilie WACK

nom et initiales	sp ²	services hospitaliers affectés / localisation	post-section du Conseil National des Universités
MIGUELLO LI, Jean-Philippe	MSM LS	- Pôle d'activités médicales chirurgicales Centre vasculaire - service de chirurgie cardio-vasculaire / Meuse Hospital (M)	21.01 Chirurgie thoracique et cardiaque vasculaire
MIGNON Didier	MSM MS	- Pôle cardiologie - service de cardiologie et cardiologie interventionnelle (M)	41.01 Pharmacologie et toxicologie (section biologie)
MIGNON Michel	MSM LS	- Pôle cardiologie / cardiologie interventionnelle / Meuse-Hosp - service d'angiologie et cardiologie interventionnelle / Meuse	41.01 Cardiac pharmacology - Interventional (type medical)
MINEUR Jean	MSM MS	- service de Rhumatologie / Centre de Médecine - Pôle d'activités médicales / Meuse-Hosp	44.01 Rhumatologie (section biologie)
MORIN Nicolas	MSM MS	- Pôle de santé publique et santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Centre de Mé - Biostatistiques et épidémiologie / Centre de recherche / Hôpital Civil	41.04 Biostatistique, informatique médicale et Technologies de l'Informatique (section biologie)
MOTTE Pascal	MSM LS	- Pôle (Repos - Santé Médica Médicale) Centre ambulatoire - service de Laboratoire Médecine / Meuse Hospital (M)	41.05 Radiologie
MOURGUES Laurent	MSM LS	- Pôle de Pharmacie / Pharmacie - Laboratoire de Pharmacie et Pharmacologie Centre-ambulatoire-ambulatoire (M)	41.01 Chimie / Pharmaceutique fondamentale
MOTTE Olivier	MSM MS	- Pôle d'activités médicales chirurgicales Centre vasculaire - service de Cardiologie / Meuse Hospital (M)	21.02 Cardiologie
MULLER Pierre	MSM LS	- Pôle d'opérations médicales - Ophtalmologie / Meuse - service de Ophtalmologie / Meuse Hospital (M)	21.01 Ophtalmologie
MUTTER Didier	MSM MS	- Pôle hépatogastro-entéro / Hôpital Civil - service de chirurgie hépatogastro-entéro / Meuse	21.02 Chirurgie digestive
MUTTER Jean-Luc	MSM LS	- Pôle d'opérations - service de médecine nucléaire et médecine nucléaire / Meuse	41.01 Radiologie et médecine nucléaire
NOL Georges	MSM MS	- Pôle d'opérations - service de radiothérapie / Meuse	41.01 Cancérologie - Radiothérapie (section biologie)
NOUAFY	MSM MS	- Pôle d'opérations interventionnelles chirurgicales Centre-ambulatoire - service anatomopathologie et de laboratoire chirurgicale - Me	41.01 Anatomopathologie - Laboratoire
OHANA Richard	MSM MS	- Pôle d'opérations / Imagerie médicale Centre vasculaire / Meuse - Pôle d'activités médicales - Imagerie médicale Centre vasculaire	41.01 Radiologie et imagerie médicale (section biologie)
OLIVIERO Antoine	MSM LS	- service de Cardiologie / Meuse Hospital (M)	21.01 Cardiologie
OLIVIERO Anne	MSM MS	- Pôle d'opérations / Meuse Hospital - service de chirurgie thoracique / Meuse Hospital (M)	21.01 Chirurgie thoracique et cardiaque vasculaire
OLIVIERO Catherine	MSM LS	- Pôle d'opérations - Médecine / Meuse Hospital - service de Médecine / Hôpital de Neurologie	41.01 Médecine
OLIVIERO Thierry	MSM MS	- Pôle d'opérations / Imagerie médicale Centre vasculaire / Meuse - Centre de formation et de recherche en oncologie des cancers de la cavité toracique	41.05 Radiothérapie - Médecine d'urgence (section Médecine / Urgences)
Mme TERRETTA Denise	MSM MS	- Pôle hépatogastro-entéro / Hôpital Civil - service de chirurgie hépatogastro-entéro / Meuse Hospital (M)	21.02 Chirurgie digestive
OSCARO Valérie	MSM LS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de l'arbre respiratoire - service de chirurgie hépatogastro-entéro / Meuse Hospital (M)	21.01 Chirurgie digestive
OSY Thierry	MSM MS	- ICAMC - Département de médecine oncologique	41.02 Cancérologie - Section ville (section oncologie clinique)
OSY Xavier	MSM MS	- ICAMC - Département de médecine oncologique	41.01 Cancérologie - Section ville (section oncologie clinique)
OSTERHOF Jean	MSM LS	- Pôle d'opérations / Meuse Hospital / Meuse Hospital - service d'opérations / Meuse Hospital / Meuse Hospital	41.01 Anesthésiologie - Réanimation - Médecine d'urgence (section biologie)
OSTROWICKI Jean	MSM MS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Généraliste (Meuse) - service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Neurologie	41.01 Nutrition
OSTROWICKI Jean	MSM LS	- Pôle d'opérations - service de Neurochirurgie / Hôpital de Neurologie	41.02 Neurochirurgie
OSTROWICKI Jean-Benoît	MSM LS	- Pôle cardiologie - service de Médecine (opé, consultation d'urgence médicale-judiciaire et Laboratoire de Toxicologie / Centre de Mé - service de médecine (opé) / Centre de Médecine	41.01 Médecine légale et droit de la santé
OSWALD Jean-Marie	MSM MS	- Pôle de Gastrologie digestive, hépatique et de l'arbre respiratoire - service d'Hépatogastro-entérologie et d'activités vasculaires / Me	21.01 Chimie / Gastro-entérologie
OSWALD Jean	MSM MS	- Pôle cardiologie - Département d'opé (la chirurgie) et d'activités vasculaires / Meuse	41.01 Nutrition et biologie nutritionnelle
OSWALD Jean	MSM LS	- Pôle de Gastrologie digestive, hépatique et de l'arbre respiratoire - service de chirurgie générale et digestive / Me	21.01 Chirurgie générale
OSWALD Jean-Claude	MSM MS	- Pôle de Pathologies digestives, hépatiques et de l'arbre respiratoire - service de chirurgie générale et digestive / Me	21.01 Chirurgie générale
OSWALD Jean-Claude	MSM MS	- Pôle d'opérations / Meuse Hospital - service de Médecine / Meuse Hospital	41.01 Médecine
OSWALD Jean-Claude	MSM LS	- Pôle d'opérations / Meuse Hospital - service d'opérations / Meuse Hospital / Meuse Hospital	41.02 Radiologie et imagerie médicale (type biologie)
OSWALD Jean-Claude	MSM MS	- Pôle d'opérations / Meuse Hospital - service de Gastrologie digestive / Me	41.01 Gastrologie - Section ville (section oncologie clinique)

DL - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	USP	Services hospitaliers et Institut / Laboratoire	Sous-section du Conseil National des Universités
Willy KROEMER		- Pôle Oncologie - Service de Médecine Cellulaire et Imagerie Moléculaire / ICMC	43.01 - Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme ANNE-CÉCILE HERTELÉ		- Pôle de Pharmacologie - Service de Pharmacologie Clinique / Faculté de Médecine	46.01 - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; toxicologie Epitomé, pharmacologie thérapeutique
BOUFRANC Jean		- Pôle de Spécialités Médicales (Ophtalmologie) / SMC - Service de Neurologie, Transplantation / M-C	32.01 - Neurologie
Mme DOMINIQUE VÉLIERE		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique Génétique / Centre Hospitalier Grol	47.04 - Génétique (ophtalmologie)
BUNDET Corinne		- Pôle Oncologie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICMC	43.01 - Biophysique et Médecine Nucléaire (ophtalmologie)
BOMBOUR Olivier		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / IF	44.01 - Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		- Pôle de Biologie - Institut de Recherches Cliniques de Biochimie	45.01 - Biochimie - Microbiologie ; ophtalmologie ophtalmologie - Microbiologie - Biologie
Mme DELMAS Anne		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie Médicale (PMM) - Institut de Biologie / Faculté de Médecine	45.01 - Parasitologie et mycologie (ophtalmologie)
Mme SANDRINE FAYE		- Pôle Oncologie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire (ICM)	43.01 - Biophysique et Médecine Nucléaire
CHRISTOPHE GARNIER		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Clinique / Centre Hospitalier Grol	43.04 - Immunologie
GAFFURI Roberto		- Pôle Oncologie - Service d'Imagerie Fonctionnelle / SMC	43.04 - Radiologie et Imagerie Nucléaire (ophtalmologie)
Mme ISABELLE GONZALEZ		- Pôle Tête et Cou - CTO - Service de Neuro-Otologie / IF	42.02 - Neurologie
COUMAR Corinne		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / SMC	42.01 - Génétique, pathologie (ophtalmologie)
CHRISTEN Christophe		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Clinique / Centre Hospitalier Grol	42.01 - Immunologie (ophtalmologie)
CHRISTOPHE HENRIQUEZ		- Pôle Oncologie - UFR317 - Imagerie Nucléaire / IF	43.01 - Biophysique et Médecine Nucléaire
CLÉMENTINE RICHARD		- Pôle Ophtalmologie - Médecine Nucléaire / Centre et Service - Service de Médecine Nucléaire / Centre Hospitalier Grol	43.01 - Radiologie
Mme COGNETTE Marie-Alexandre		- Pôle Spécialité Ophtalmologie - Ophtalmologie - Service de Maladies Infectieuses et Parasitaires / SMC	33.04 - Ophtalmologie - Maladies infectieuses
SALF WISSE Christelle		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / SMC	44.01 - Biochimie et biologie moléculaire
DANON Christophe		- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMC - Service de Maladies Infectieuses et Parasitaires / SMC	45.01 - Ophtalmologie - Maladies infectieuses
CLÉMENTINE JEAN-BAPTISTE		- Pôle des Spécialités Ophtalmologie, Neurologie et de la Transplantation - Service de Chirurgie Générale et Spécialité / IF	33.01 - Chirurgie générale
DEVYS Pierre		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique Génétique / Centre Hospitalier Grol	47.04 - Génétique (ophtalmologie)
Mme DOMINIQUE VÉRIE		- Pôle Tête et Cou - CTO - Service de Neurologie / Centre Hospitalier Grol	32.01 - Neurologie
DELLÉ Pascal		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Chimie et Biologie moléculaire / SMC	44.01 - Biochimie et biologie moléculaire
Mme ZWANG Hui		- Pôle de Neurobiologie - Service de Neurobiologie et de Neurosciences Fondamentales / SMC	34.01 - Neurologie
Mme FERRIERE ANASTASIE Audrey		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Contribution d'Experts Médico-Légaux et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	30.01 - Médecine Légale et Toxicologie
TEJERRE David		- Pôle Tête et Cou - CTO - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - Centre Hospitalier de Haute-Normandie	45.04 - Thérapeutique, Médecine cardiovasculaire, Radiobiologie
TEJERRE David	23	- Pôle de Biologie - Labo de Parasitologie et de Mycologie médicale / PMM (P) et Service	45.01 - Parasitologie et mycologie (ophtalmologie)
DELEP Jean		- Institut de Neurologie / Centre de Médecine - Pôle de Neurologie et de Neurosciences - Service de Neurologie / Centre Hospitalier Grol	34.01 - Neurologie (ophtalmologie)
BARTHELEMY Pierre		- Pôle de Biologie - Centre de Recherches Biologiques et Médicales (CRBM)	43.01 - Biochimie - Microbiologie ; ophtalmologie ophtalmologie - Microbiologie - Biologie
BOYER Christophe		- Pôle de Neurologie - Service de Neurologie et de Neurosciences Fondamentales / SMC	44.01 - Neurologie (ophtalmologie)
BOUFRANC Jean		- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMC - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / SMC	43.01 - Biophysique et Médecine Nucléaire (ophtalmologie)
BOUFRANC Jean		- Pôle de Biologie - Institut de Recherches Cliniques de Biochimie	45.01 - Biochimie - Microbiologie ; ophtalmologie ophtalmologie - Microbiologie - Biologie

NOM et Prénoms	ES*	Services Hospitaliers et Institut / Lieu d'activité	Spécialisation du Conseil National des Universités
VOISARD Frédéric		- IGH de Biologie - Institut (Université) de Bactériologie / IGH de S et D de la	41.01 Cytoph ; bactériologie-virologie (biologie)
Mme ELIE Noémie		- IGH de Biologie - Laboratoire de virologie et hépatite virales	42.01 Bactériologie-virologie ; hépatite virales hépatite ; hépatite virale-virologie
Mme VIGNÉ Thérèse		- IGH de Médecine Interne, Immunologie, Nutrition, Endocrinologie, pédiatrie (IMMEDI) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Beauvergne	43.01 Immunologie
Mme TOLLAND-BEDOUX Emile		- IGH de Biologie - Institut (Université) de Bactériologie / IGH de S et D de la	44.01 Diphthé ; Bactériologie et virologie (Bactériologie)
FINA Véry		- IGH de Immunologie expérimentale - Service de physiologie et physiologie fonctionnelles / IGH	44.02 Immunologie (général clinique)
Mme LAURENTIN		- IGH de biologie- chimie et de chimie - Service de Chimie Analytique / Institut de Beauvergne	44.03 Chimie générale
LELIER Marie		- IGH de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / IGH de Beauvergne	44.04 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (général biologie)
WALLET Laurent		- IGH de Biologie - Laboratoire d'immunologie hépatique - Hôpital de Beauvergne	45.01 Hématologie ; Transfusion général hématologie-hépatologie
Mme WELLMAN-KURBE		- IGH de Biologie - Laboratoire de virologie / Institut de la	46.01 Immunologie-Mycologie ; hépatite virales général Bactériologie-virologie et mycologie
Mme VILLARD Emile		- IGH de Biologie - Laboratoire de bactériologie et de physiologie médicale / IGH de S et D de la	46.02 Bactériologie et mycologie (général biologie)
Mme ZACCARANO et MAZZOTTONI		- IGH de Médecine Interne et de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Beauvergne	47.01 Pédiatrie
M. Jeffrey		- IGH de Immunologie expérimentale - Service de physiologie et de physiologie fonctionnelles / IGH	48.01 Immunologie (général clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monopartenant)

M. JONAS-DUBOIS Pascal	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESVS) Institut d'Ancienne Pathologie	12	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
------------------------	--	----	--

B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monopartenant)

Mme CHAMBERS Emile	ESVS-UMR 5583 - équipe MRS (unité de Médecine)	49	Neurologie
M. GUERINIER Mathieu	ESVS-UMR 5583 - équipe MRS (unité de Médecine)	50	Néphrologie
M. NEILL Nils	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESVS) Institut d'Ancienne Pathologie	51	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
M. GAZIE Jean	UMR-UMR 5583 - équipe MRS (unité de Médecine)	52	Neurologie
Mme KHALIL Fabrice	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESVS) Institut d'Ancienne Pathologie	53	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme COCHETTE Marianne	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESVS) Institut d'Ancienne Pathologie	54	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme YAUSSA Martin	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESVS) Institut d'Ancienne Pathologie	55	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
M. WANDON Thibault	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESVS) Institut d'Ancienne Pathologie	56	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
M. DUPONT Alexis	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESVS) Institut d'Ancienne Pathologie	57	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

CL - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

M. AUL. DUMAS Clève
 M. AUL. GIES Jean-Luc
 M. AUL. GROS GUY-GEORGE
 M. AUL. GUILLOU Hélène
 M. AUL. HILLOUPPE
 M. AUL. RICHARDI Isabelle

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr V. CHAMBE Juliette
 M. LOUENEC MATTEO

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr B. LAZARUS Clève
 Dr B. POCHE Armand
 Dr H. LAURENT Just
 Dr S. KATINE Anne-Elisabeth
 Dr S. BERTY Veronique

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr JOSTRUC Corinne	• Pôle médical - clinique de Pathologie - Service de Médecine pédiatrique spécialisée et de soins d'urgence (SAP)
Dr DEMAN H. Marie	• Pôle Oncologie - médecine clinique / Service d'hématologie - Service d'Oncologie Médicale / CACS
Mme Ch. COURCOUON Média	• Pôle de Pharmacie pharmaceutique - Service de Pharmacie - SMI / SMI / N. ou H. Hôpital G. G.
Dr FANCHER Pierre	• Pôle de Pathologie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'accompagnement palliatif, à l'EMAD / Anderson
Dr LEBEVRE Nicole	• Pôle de Spécialité Médicale - Cardiologie - Néphro (SAP) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / N. ou H. Hôpital G. G.
Dr BESARD Gabriel	• Pôle de Soins Palliatifs et Soins de Suite - Service de Soins Palliatifs - SMI / Hôpital G. G.
Mme LUC DE W. F. F. F.	• Pôle de Spécialité Médicale - Cardiologie - Néphro (SAP) - SMI
Dr ROSSELLO Olivier	• Pôle de Diagnostic et d'Explorations - Service de Diagnostic Instrumental / SMI
Dr DEY DANI	• Pôle Soins de suite - soins de suite / SMI - Unité d'Urgence - Centre de soins de l'infirmerie de suite / N. ou H. Hôpital G. G.
Mme Dr. BOUTE (MUTUAL) Carole	• Pôle Urgence - Service de chirurgie générale / Hôpital de Hautepierre
Mme Ch. RONDREZ Catherine	• Pôle de Diagnostic et d'Explorations - Centre d'Imagerie Médicale / SMI / SMI
Dr THÉBAULT Vincent	• Pôle Néphro - Néphrologie / SMI - Service des Urgences Médico-Chirurgicales (médecines) / Hôpital de Hautepierre
Mme Ch. LUCAS Anne	• Pôle Urgence - SMI / SMI - Médecine générale et pédiatrie - SMI

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- 1. **Wendell et il s'agit d'un membre de l'institut**
 GUYARD Marie-Blanche et Jacques (médecine)
 MARCEL Jean-Louis (sciences et biologie moléculaire et cellulaire)
- 2. **pour trois ans (du septembre 2007 au 31 août 2011)**
 BELLOC Jean-François (Sciences de Technologie)
 CHRISTOPHE Daniel (Médecine (Psychiatrie et Neurologie))
 DUBOIS Jean-Marie (Psychiatrie)
 GILBERT Daniel (Psychiatrie)
 HODER Jean-Marcel (Chirurgie orthopédique et de la main)
 JACQUESOTTE Yvonne (généraliste, médecine d'urgence et pédiatrie)
 MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
 ROSE Gérard (Généraliste)
- 3. **pour trois ans (du septembre 2002 au 31 août 2006)**
 DUBOIS Marie (Généraliste et pédiatrie)
 HENRISSA Marie (généraliste et pédiatrie)
 JACQUESOTTE Yvonne (Généraliste)
- 4. **pour trois ans (du septembre 2002 au 31 août 2007)**
 MARIOTTI Gilberte (Médecine)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

PROFESSEUR : DR. D. HODER :

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Dr DANTON Dominique	(2019-2020)
Dr HENTZ Patrick	(2019-2020)
Dr LARDY Jean-Luc	(2019-2020)
Dr MAHE Antoine	(2019-2020)
Dr MONTAUDO Estelle	(2019-2020)
Dr ROLLE Sylvain	(2019-2020)
Dr SCHAFFNER Catherine	(2019-2020)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Nicolas Sananes,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Émilie Wack,

Je te remercie pour tes conseils et tes encouragements lors de mon stage dans ton cabinet qui m'ont aidée à reprendre confiance en moi. Tu as accepté d'être ma directrice de thèse et je me suis lancée dans l'aventure du sujet que tu m'as proposé et qui te tenait à cœur. J'ai beaucoup appris tout au long de la réalisation des entretiens et de leur analyse. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail enrichissant.

À Madame le Docteur Claire Dumas-Breitwiller,

Je te remercie de m'avoir beaucoup appris lors de mon stage SASPAS à la maison de santé du Neuhof. Connaissant ton intérêt pour la santé de la femme et faisant partie du RMS, il était tout naturel pour moi de te demander si tu étais d'accord de participer à mon jury de thèse. Je te remercie de l'attention que tu portes à ce travail de thèse.

À Monsieur le Docteur Thierry Royer,

Je me souviens de notre discussion sur les bénéfices du RMS pour les femmes, lors de mon stage SASPAS à la maison d'arrêt de l'Elsau. Connaissant votre implication dans le RMS en tant que psychiatre, je suis heureuse de pouvoir vous compter dans mon jury et vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail de thèse.

Aux médecins du RMS,

Je remercie chaleureusement tous les médecins de microstructure qui m'ont répondu. Je suis tout particulièrement reconnaissante à celles et ceux qui m'ont mis en contact avec des femmes acceptant de participer à cette étude. Sans vous et sans elles, ce travail n'aurait pu avoir lieu.

À ma famille,

Je remercie mes parents Anne-Sophie et Olivier, mes grands-mères Mamie Chou et Mamie Claude, mon frère Axel, ma sœur Emma et tout le reste de ma famille qui m'ont soutenue pendant toutes ces longues années d'étude de médecine. J'ai une pensée émue pour mon grand-père Marc, docteur en médecine, qui nous a quittés au début de mon internat. Je vous aime toutes et tous très fort !

À mes amies,

Carine, Cécilia, Alma, Elen, Laure, Mazarine, Thérèse, Agathe, Marielle, je suis très heureuse de vous compter parmi mes amies. Merci pour tous les bons moments passés ensemble et les nombreux autres à venir !

À Arthur,

Merci pour ta présence, tes conseils et tes encouragements en toutes circonstances tout au long de mon internat et de la rédaction de ce travail de thèse. Je suis heureuse de vivre avec toi et de savoir que ce n'est que le début d'une longue histoire. Je t'aime !

RÉSUMÉ

Introduction : L'accompagnement durant la périnatalité de femmes sous médicament de substitution aux opiacés (MSO) nécessite un soutien et une prise en charge appropriés dans la gestion du traitement, la promotion de la santé physique et mentale et la création du lien mère-enfant. Ce suivi peut être réalisé dans le réseau des microstructures médicales (RMS), dispositif de proximité au sein d'un cabinet de médecine générale. L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu de la prise en charge pendant la périnatalité de femmes sous MSO suivies en RMS en Alsace.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés entre mars et juillet 2022 auprès de huit femmes ayant mené à terme au moins une grossesse sous MSO et suivies en RMS au moment de la grossesse et dans les premiers mois de vie de l'enfant.

Résultats : La relation de confiance et l'accompagnement tout au long de la périnatalité par le médecin de microstructure sont essentiels. Sur le plan obstétrical et addictologique, les facteurs améliorant le vécu sont la perception d'une relation d'aide et d'attention aux besoins des femmes, l'existence d'une cohésion entre les différents professionnels et l'apport positif d'une formation en addictologie. L'accueil réservé à leurs confidences ainsi qu'une éventuelle perception de stigmatisation vont impacter leur vécu. Avoir le droit d'être mère, entendre des explications avec bienveillance de la part du médecin de microstructure, des sage-femmes et du pédiatre sur le MSO et son adaptation nécessaire, sur le syndrome de sevrage du nouveau-né et sa prise en charge peuvent apaiser les femmes. Lors des premiers jours à la maternité, le partenariat avec les soignants, l'implication et la valorisation des parents dans les soins de leur enfant contribuent à diminuer les sentiments de culpabilité et d'inquiétude. Lors du retour à domicile, un étayage professionnel et un soutien à la parentalité sont appréciés. En accord avec la femme, aborder la relation avec le conjoint et l'entourage permet d'apporter un soutien en cas de vécu familial difficile.

Conclusion : Il ressort de notre travail l'importance pour les femmes d'être écoutées avec bienveillance et considérées comme des mères normales. Elles ont besoin d'être informées et rassurées dans le non-jugement tout au long de la périnatalité.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE	12
REMERCIEMENTS.....	14
RÉSUMÉ	16
TABLE DES MATIÈRES	17
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	23
INTRODUCTION	24
I. Substances psychoactives.....	24
1) Définitions : Troubles liés à l'usage de substances et dépendance.....	24
2) Épidémiologie	25
3) Structures de soins et d'accompagnement	25
II. Opioides.....	27
1) Définition et épidémiologie	27
2) Médicaments de substitution aux opiacés.....	27
III. Les femmes usagères de drogues.....	29
1) Épidémiologie	29
2) Retard dans les approches centrées sur les femmes.....	30
3) Évitement des questions autour des substances psychoactives.....	31
4) « <i>Spécificité gynéco-obstétricale</i> » des femmes usagères de drogues	31
IV. Périnatalité chez les femmes usagères de drogues.....	32
1) Épidémiologie	32
2) Craintes perçues en lien avec la grossesse	32
3) Grossesse et MSO	33
4) Périnatalité et histoire familiale	34
5) Obstacles à la prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues	34
6) Risques obstétricaux et néonataux et protocoles de prise en charge.....	35
QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES	37

I. Question de recherche.....	37
II. Hypothèses de recherche	37
MATERIEL ET MÉTHODE	39
I. Choix de la méthode.....	39
II. Population étudiée	39
1) Définition de la population d'étude	39
2) Procédure de recrutement	40
III. Élaboration du guide d'entretien.....	40
IV. Recueil, traitement et analyse de l'information.....	41
V. Ethique	41
RÉSULTATS	42
I. Présentation des participantes	42
II. Tableaux récapitulatifs	43
1) Comment définiriez-vous la place prise par l'équipe du RMS pendant votre grossesse et dans les deux ans suivant l'accouchement ?	44
2) Quelle a été la place accordée à l'écoute de votre corps et de vos ressentis par les soignants pendant la grossesse et après l'accouchement ?	50
3) Avez-vous pu discuter avec l'équipe du RMS ou d'autres soignants de ce que signifiait la grossesse pour vous ?	58
4) Vous êtes-vous sentie accompagnée pour devenir la mère que vous souhaitez ?.....	61
5) Quels ont été vos ressentis avec les soignants concernant le MSO ?	64
6) Vous êtes-vous sentie soutenue par l'équipe du RMS et par les soignants impliqués dans le suivi ? Et plus particulièrement vous êtes-vous sentie soutenue dans les actions que vous avez pu mettre en place pendant la grossesse et l'année suivant l'accouchement ?.....	74
7) Qu'avez-vous ressenti en rencontrant votre bébé ?	81
8) Comment avez-vous vécu la prise en charge de la douleur ?	84

9) Quel a été le vécu du syndrome de sevrage du nouveau-né s'il a été présent ?.....	89
10) Comment avez-vous vécu le retour à la maison ?.....	98
11) Vous êtes-vous sentie accompagnée par l'équipe du RMS ou d'autres professionnels de santé dans la création du lien avec votre bébé ?.....	103
12) Une place a-t-elle été accordée à votre conjoint et à l'entourage par les soignants ?.....	112
13) Pour finir, est-ce que vous voulez parler d'autres points ?.....	119
III. Synthèse des résultats.....	120

1) 1 ^{ère} hypothèse : Les intervenants de microstructure peuvent occuper une place importante dans la période de la périnatalité et jouer un rôle dans la continuité des soins.....	121
2) 2 ^{ème} hypothèse : Le vécu émotionnel des femmes, la perception qu'elles ont d'elles-mêmes, de leur corps et de leur fécondité nécessitent une attention particulière de la part des professionnels de santé.	122
3) 3 ^{ème} hypothèse : La grossesse a une signification variable d'une femme à l'autre et peut influencer sur son vécu de la périnatalité.	124
4) 4 ^{ème} hypothèse : Pour accompagner la femme à devenir mère, il est important que les soignants sachent se détacher de la norme de la « mère idéale ».	125
5) 5 ^{ème} hypothèse : Il peut exister une culpabilité par rapport à la prise du MSO durant la grossesse.	125
6) 6 ^{ème} hypothèse : Le soutien perçu par la femme peut favoriser l'alliance thérapeutique avec la patiente et au contraire le jugement perçu mener à une altération de la relation avec les soignants.	127
7) 7 ^{ème} hypothèse : La rencontre avec le nouveau-né est le début de la vie avec l'enfant réel à la différence de l'enfant imaginé dans le ventre de la mère.....	128
8) 8 ^{ème} hypothèse : A la maternité, l'accouchement et la prise en charge de la douleur peuvent nécessiter des adaptations compte tenu de la prise d'un MSO.....	129
9) 9 ^{ème} hypothèse : Le syndrome de sevrage du nouveau-né nécessite une prise en charge anticipée intégrant pleinement la mère.	129

10) 10 ^{ème} hypothèse : Le retour à la maison peut susciter des craintes que les soignants peuvent tenter d'atténuer par des mesures d'anticipation et une prise en charge à domicile.	132
11) 11 ^{ème} hypothèse : La création du lien mère-enfant se développe pendant toute la périnatalité et peut bénéficier de l'accompagnement de tous les professionnels de santé impliqués pendant le suivi de grossesse, à la maternité puis à domicile.	133
12) 12 ^{ème} hypothèse : La place du conjoint et père de l'enfant ainsi que l'existence d'un soutien de sa part peuvent être discutées avec les soignants. Un accompagnement de leur part peut être profitable à la mère, tout comme l'accompagnement de son entourage si elle le désire.	135
13) Autres points	136
DISCUSSION DE LA MÉTHODE.....	137
I. Les biais concernant la procédure de recrutement des participantes	137
II. Les biais concernant les entretiens	137
DISCUSSION DES RÉSULTATS	139
I. Le RMS.....	139
1) Le médecin de microstructure.....	139
2) La psychologue et le psychiatre	140
3) Le travailleur social.....	141
II. Le vécu physique et psychologique pendant la grossesse	142
1) Sensations corporelles.....	142
2) Ressentis psychologiques.....	144
III. Perception des normes sociales	147
1) Droit d'être mère.....	147
2) Droit de garde	147
IV. Vécu de la prise en charge concernant le MSO et les consommations	148
1) Prescription du MSO.....	148
2) Ressentis	149
3) Analyse toxicologique	150

4)	Formation des professionnels	151
V.	Vécu des relations.....	152
1)	Investissement personnel des femmes	152
2)	Vécu des interactions	152
3)	Apports du travail en réseau pluriprofessionnel	154
VI.	Premiers jours avec l'enfant.....	154
1)	Accouchement et prise en charge de la douleur.....	154
2)	Rencontre avec le bébé	155
VII.	Vécu du syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN).....	156
1)	Importance des connaissances anténatales.....	156
2)	Évaluation du SSNN	156
3)	Prise en charge	157
4)	Allaitement.....	160
VIII.	Vécu du retour à la maison	161
1)	Inquiétudes	161
2)	Étayage professionnel à la sortie de la maternité.....	161
3)	Réduction des risques pour l'enfant.....	162
IX.	Accompagnement dans la création du lien mère-enfant.....	163
1)	Création du lien.....	163
2)	Soutien à la parentalité.....	164
X.	Place du conjoint et de l'entourage.....	165
1)	Le conjoint	165
2)	L'entourage	166
XI.	Autres points évoqués par les femmes : Formation et sensibilisation pour tous les soignants	167
	CONCLUSION	168
	ANNEXES	171

I. Guide d’entretien semi-directif	171
II. Notice d’information et de non-opposition	172
III. Tableau 1 : Présence ou absence du SSNN et son mode de prise en charge évoqué dans les récits	174
IV. Tableau 2 : La place du conjoint en tant que père, l’existence ou non d’un soutien à la mère et d’un accompagnement par les soignants.....	175
BIBLIOGRAPHIE	177

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

NN : Nouveau-Né

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RMS : Réseau des MicroStructures médicales

RSA : Revenu de Solidarité Active

SF : Sage-Femme

SSNN : Syndrome de Sevrage du Nouveau-Né

INTRODUCTION

I. Substances psychoactives

1) Définitions : Troubles liés à l'usage de substances et dépendance

Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), les substances psychoactives ont des effets immédiats sur les perceptions, l'humeur et le comportement. Parmi les facteurs de vulnérabilité à leur usage sont décrits des déterminants sociaux, culturels et biologiques. Certaines substances psychoactives ont un usage réglementé (alcool, tabac, médicaments psychotropes) et d'autres un usage interdit (cannabis, héroïne, cocaïne, ecstasy entre autres). Outre les risques à court terme (surdosage, accident, violences) et les risques à long terme d'ordres sanitaire, socio-économique et personnel, la consommation de substances psychoactives peut engendrer une dépendance, c'est-à-dire une « *situation dans laquelle se trouve une personne qui ne peut plus se passer du produit sans ressentir un manque d'ordre physique et/ou psychique* ». (1) La dépendance physique se traduit par une tolérance et un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation qui peut durer quelques jours tandis que la dépendance psychique, le *craving* peut durer plusieurs années. (2)¹

La classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM-10) distingue parmi les troubles liés à l'usage de substance, l'usage nocif et la dépendance. L'usage nocif se caractérise par la répétition de la consommation induisant des dommages médicaux (psychiatriques, somatiques) ou sociaux pour la personne ou pour son environnement sans atteindre les critères de la dépendance. La dépendance se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer (perte de contrôle de l'usage).

Nous utiliserons dans notre travail la dénomination correspondant à la CIM-10 des troubles liés à l'usage de substances et nous désignerons les sujets consommateurs par l'expression « usagers de drogues ».

¹ Cadet-Taïrou A., Néfau T., Janssen E. Héroïne et autres opioïdes. In : Drogues et addictions, données essentielles, ouvrage collectif de l'OFDT sous la direction de Morel d'Arleux J. Edition 2019, p 136-140

2) Épidémiologie

Selon le rapport de l'OFDT, *Drogues et addictions données essentielles édition 2019*, les usagers d'opioïdes, de cocaïne et d'autres drogues illicites sont très majoritairement masculins à 77 %. Ils sont à 80 % âgés de 30 ans et plus avec un âge moyen de 38,5 ans. Leurs conditions de vie sont précaires. Néanmoins ils existent également des usagers socialement insérés. (3)²

Les rapports de l'OFDT (2019, 2022) soulignent que les dommages sanitaires et sociaux sont conséquents. La mortalité est principalement liée aux intoxications aiguës. Le partage des seringues et du matériel de préparation ou de snif et d'inhalation est à l'origine de transmissions virales. Les usagers problématiques de drogues sont souvent polyconsommateurs avec une pratique de l'injection intraveineuse estimée à 129 000 personnes en France en 2019. (4)³ (5) Ces constatations justifient des politiques de santé publique de prévention, de soins et de réduction des risques.

3) Structures de soins et d'accompagnement

3.1. CSAPA et CAARUD

Les CSAPA, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie proposent un accueil ambulatoire ou des soins résidentiels collectifs (centres thérapeutiques résidentiels et communautés thérapeutiques). Ils ont une mission de soins et d'accompagnement.

Les CAARUD sont des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues. Leur objectif est d'accueillir les usagers de drogues qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins afin de leur proposer des actions de réduction des risques.

² Brisacier AC, Lermenier-Jeannet A., Palle C. Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins. In : *Drogues et addictions, données essentielles*, ouvrage collectif de l'OFDT sous la direction de Morel d'Arleux J. Edition 2019, p 60-66

³ Obradovic I., Morel d'Arleux J. Synthèse et perspectives. In : *Drogues et addictions données essentielles*, ouvrage collectif de l'OFDT. Edition 2019, p 15-25

Le fonctionnement des CSAPA et des CAARUD est porté soit par des associations soit par des établissements publics de santé. Leur financement dépend de l'assurance maladie.

3.2. ELSA

Les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ont été créées en 1996. Ce sont des équipes pluridisciplinaires formées en addictologie. Les professionnels impliqués sont des médecins, des infirmiers, des psychologues et des travailleurs sociaux. Leurs missions comprennent la formation et l'assistance des soignants dans les services non addictologiques, l'intervention auprès des patients en appui des équipes dans ces services ainsi que le développement de liens de travail avec des acteurs intra- et extra- hospitaliers pour l'amélioration des prises en charge des patients présentant une addiction. (6)

Il existe des consultations « Périnatalité et Addictions » dédiées au suivi de femmes enceintes usagères de drogues et/ou sous MSO. Au Centre Hospitalo-Universitaire de Strasbourg, cette équipe comprend des sage-femmes, un médecin psychiatre-addictologue, un psychiatre et une assistante sociale. (7)

3.3. Le Réseau des MicroStructures médicales (RMS)

Le Réseau des MicroStructures médicales en Alsace est issu de l'association Ithaque basée à Strasbourg. Il a été créé en 1999. Il s'agit d'un dispositif de proximité prenant en charge des personnes présentant une ou plusieurs addictions ou des personnes en situation de précarité ou des personnes présentant une souffrance psychique. Une microstructure est constituée, au sein d'un cabinet de médecine générale, d'une équipe comprenant un travailleur social, un psychologue et un médecin généraliste. Une permanence assurée par un psychiatre peut également être organisée au lieu du cabinet de médecine générale depuis 2008. L'objectif est de proposer une prise en charge pluridisciplinaire au patient au sein même du cabinet de son médecin généraliste, de manière gratuite pour lui et non stigmatisante. Cette organisation en « petite équipe de proximité » permet au médecin généraliste d'obtenir un soutien pluriprofessionnel dans l'accompagnement de patients nécessitant des prises en soins complexes. Les intervenants se rencontrent régulièrement en réunions de synthèse, afin d'élaborer une stratégie thérapeutique personnalisée en présence ou non du patient.

Les microstructures sont au nombre de quinze en Alsace en 2022. Dans le Bas-Rhin, il en existe onze situées à Bischwiller, Hochfelden, Lingolsheim, Wisches et Villé dans un cabinet de la localité ainsi qu'à Strasbourg dans six cabinets différents. Dans le Haut-Rhin, il en existe cinq, réparties entre Colmar, Fréland, Mulhouse et Thann où elles sont deux.

II. Opioïdes

1) Définition et épidémiologie

Les opioïdes constituent une famille de substances dérivées de l'opium issu du pavot. Cette famille est composée de médicaments analgésiques : codéine, poudre d'opium, tramadol, morphine, oxycodone, fentanyl. Également sur prescription médicale existent les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) : Chlorhydrate de méthadone et Buprénorphine Haut Dosage (BHD). Enfin le troisième groupe concerne les substances illicites dont font partie l'opium, l'héroïne et des nouveaux produits de synthèse dérivés du fentanyl. (2)

En 2019, on estime le nombre d'usagers d'opioïdes à 203 000 personnes en France. Selon les données collectées par les CSAPA, le nombre d'usagers d'héroïne dans le mois serait de 127 000 individus. La même année, environ 180 000 personnes ont pris un médicament de substitution aux opiacés (données de la Sécurité sociale). L'usage concomitant d'héroïne et d'un MSO est fréquent et concernerait deux tiers des patients. (5)

2) Médicaments de substitution aux opiacés

Les MSO ont été développés depuis le milieu des années 1990, dans le contexte de l'épidémie de sida touchant les usagers de drogues par voie injectable dans le cadre d'une politique de réduction des risques. La substitution consiste à « *prescrire des médicaments à base de dérivés morphiniques pour compenser les effets du manque lors de l'arrêt de la consommation d'héroïne ou d'autres opioïdes* ». (3) Ce traitement médicamenteux est à inclure dans une prise en charge plus globale, médicale, psychologique et sociale. L'impact

positif de cette prise en charge est l'accès au soin, la réduction de la mortalité, de la morbidité et des dommages sociaux. (8)⁴

Les deux principales molécules sont le chlorhydrate de méthadone et la buprénorphine haut dosage. Le chlorhydrate de méthadone existe sous forme de sirop et de gélule pour la prise en charge de l'addiction. Depuis 2022, il existe le Zoryon® qui a l'Autorisation de Mise sur le Marché dans le traitement de fond des douleurs d'origine cancéreuse d'intensité modérée à sévère. (9) La BHD est commercialisée sous deux formes, Subutex® sous forme de comprimés sublinguaux et Orobupré® sous forme de lyophilisats oraux. Enfin existe la buprénorphine en association avec la naloxone, un antagoniste opiacé Suboxone® sous forme de comprimés sublinguaux.

Le chlorhydrate de méthadone doit être initié par un médecin exerçant en CSAPA ou à l'hôpital et peut être relayé, une fois le patient stabilisé, par un médecin de ville disposant d'une ordonnance de délégation à son nom. Le cadre de prescription de la BHD est plus souple, l'initiation de la prescription peut être réalisée par tout médecin.

Les objectifs et les motivations des personnes sous MSO peuvent être différents et évoluer au cours de la prise en charge. Il peut s'agir de diminuer ou cesser les consommations d'opiacés illicites en poursuivant le MSO au long cours ou bien de parvenir à terme à l'arrêt du MSO en plus de l'arrêt des consommations de drogues. (8)

Le nombre de personnes traitées par MSO tend à se stabiliser autour de 180 000 en 2019. Pour 140 000 d'entre eux, la prescription est effectuée par un médecin libéral représenté quasi exclusivement par les médecins généralistes. La BHD est prédominante dans les prescriptions (64 % des MSO). (3)

⁴ Conférence de consensus, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, Recommandations (version courte). ANAES et Fédération française d'Addictologie, juin 2004, p. 1-8

III. Les femmes usagères de drogues

1) Épidémiologie

En France, la part des femmes usagères de drogues est estimée à un quart de la population usagère de drogue. (10)⁵ (11)⁶ L'estimation du nombre de femmes qui prennent un MSO est de 45 000 femmes.

Les femmes usagères de drogues sont plus jeunes que les hommes et ont plus souvent des enfants. (12)⁷ (11) Les âges de plus fortes consommations coïncident avec la période de vie féconde. (13)⁸ (14)⁹ Les produits consommés sont les opiacés (héroïne ou médicaments de substitution), le tabac, le cannabis, la cocaïne et les médicaments psychotropes. (10) Les femmes sont moins touchées que les hommes par les troubles liés à l'usage de drogues mais elles constituent un groupe vulnérable dont l'état de santé est plus dégradé que celui des hommes. (15)¹⁰ (11) La prévalence de violences verbales, physiques, sexuelles et de comorbidités psychiatriques est particulièrement importante. (16)¹¹ (17)¹² (15) (18)¹³ (11) (19)¹⁴ 50 à 80 % des femmes usagères de drogues subissent des violences, ce qui constitue un pourcentage trois fois supérieur à celui de la population générale. (17) Le travail de Jauffret-Roustide *et al* s'appuie sur les données issues de l'enquête ANRS-Coquelicot menée entre

⁵ Bazire A., Proia-Lelouey N. Toxicomanie et grossesse : enjeux des remaniements psychiques de la grossesse sur la problématique addictive. *Revue Filigrane*. 2016, vol 25, numéro 1, p. 147-165

⁶ Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Kudawu Y., Le Strat Y., Couturier E., et al. Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. *M/S hors-série n° 2*. Mars 2008, vol. 24 : p. 111-121

⁷ Esquivel T. Les enfants de parents toxicomanes. *Revue Toxicobase*. 1994, volume 4 : p. 1-15

⁸ Cohen-Salmon J., Marty F., Missonnier S. Addiction et grossesse : du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né. *Psychiatrie de l'enfant*. Février 2011 vol 54 : p 433-468

⁹ Courty P. Grossesse et opiacés. *Le Courrier des addictions*. 2012 (14), n° 3 : p. 1-3

¹⁰ Caron C. Le point sur Femmes, mères, enfants et consommation de drogues. *SWAPS, Santé Réduction des Risques Usages de Drogues*. 2001, numéro 24 : p. 1-4

¹¹ Escots S., Suderie G. *Revue de la littérature : Femmes et addictions*. Institut d'anthropologie clinique. Janvier 2013, p. 1-50

¹² Stocco P. Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. *Psychotropes*. 2007/3-4, vol 13 : p. 251 à 265

¹³ Guyon L., De Konink M., Morissette P., Chayer L. Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie ; 1998, 118 pages

¹⁴ Whittaker A. *Guide to Problem Substance Use During Pregnancy*, Drugscope, 3^{ème} édition 2011, adaptation française Bonnet N., Chihaoui T. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD, 1^{ère} édition 2013, 336 pages

2004 et 2007. Le volet socio-anthropologique de l'étude a consisté en la réalisation d'entretiens qualitatifs auprès de 87 personnes usagères de drogues dont 30 femmes. La moitié d'entre elles dit avoir subi durant l'enfance et l'adolescence des violences verbales, physiques ou des abus sexuels au sein de leur famille. De plus leurs trajectoires de vie sont souvent « *chaotiques, scandées par des ruptures de vie* ». (11)

2) Retard dans les approches centrées sur les femmes

Les études dans le domaine du mésusage des drogues se sont peu intéressées à la situation spécifique des femmes jusque dans les années 2000. (16) Les femmes usagères de drogues ont souffert d'un manque d'intérêt à leur égard d'une part du fait de leur nombre plus faible que celui des hommes et d'autre part du fait de jugements de valeur négatifs de la part des intervenants et de la société dans son ensemble. (18) (20)¹⁵ Les femmes étaient peu prises en charge jusqu'aux années 1980. L'épidémie de sida et la transmission materno-fœtale ont modifié les pratiques. (20) Cependant, il est démontré qu'il existe un retard dans les approches curatives et préventives auprès des femmes, comparativement aux approches développées pour les hommes. (18) Ainsi, Escots S. et Suderie G. relèvent dans différents travaux des différences de genre entre hommes et femmes tant sur le plan de la santé mentale que des complications somatiques, de la situation sociale (précarité, difficultés familiales etc.) et de la motivation à entreprendre un traitement. Ces différences indiquent « *des besoins différents dans les modalités de traitements* ». (16) Les travaux sur l'évaluation de l'efficacité de programmes centrés sur les femmes sont peu nombreux. Dans ce but, une méta-analyse *Effectiveness of substance abuse treatment programming for women : a review* (Ashley et al 2003) a été réalisée. Parmi les axes d'interventions permettant de lever des obstacles à l'accès aux soins des femmes, les chercheurs ont identifié des services variés tels la prise en charge et les soins des enfants, les transports, les soins prénataux, une prévention HIV spécifique, des programmes dédiés en santé mentale, des programmes ouverts seulement aux femmes, des groupes de pairs etc.

¹⁵ Simmat-Durand L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions, *Déviance et Société*. Mars 2007, vol. 31 : p. 305 à 330

3) Évitement des questions autour des substances psychoactives

Les professionnels de santé peuvent avoir une certaine réticence à parler des consommations avec les femmes, voire oublient de leur poser ce type de questions. (21) (16) S'ajoute à cela, l'omission volontaire de la part des femmes de leur consommation par crainte des conséquences aussi bien de la part des services sociaux, du corps médical que de leur famille. (18) (22)¹⁶ (23)¹⁷ (16) (24)¹⁸ Des études réalisées depuis le début des années 2000 montrent une diminution de ces craintes depuis l'évolution des prises en charge. (22) Il y a ainsi un véritable enjeu à s'intéresser à la prise en charge des femmes usagères de drogues.

4) « Spécificité gynéco-obstétricale » des femmes usagères de drogues

En France, les centres de soins spécialisés proposent des soins somatiques et une prise en charge psycho-sociale, mais rarement des consultations de gynécologie ou de planning familial. Lejeune C. *et al* mettent en avant l'importance de prendre en compte « *la spécificité gynéco-obstétricale des femmes sous traitement de substitution* » et ce, de manière précoce. Ainsi un suivi gynécologique régulier, des consultations dédiées à la contraception et un contact systématique entre le prescripteur de la substitution et l'équipe de maternité durant la grossesse sont primordiales. (24) Cet axe de prise en charge doit bénéficier à la mère et à l'enfant. En effet, un écueil fréquent dans certains travaux interrogeant des femmes usagères de drogues a été de s'intéresser à la consommation de substances psychoactives et au devenir de l'enfant et moins à la mère en tant que femme et personne à part entière, ce qui favorise une représentation incomplète de la réalité. (18) Certains auteurs ont ainsi évoqué le fait que les femmes sont uniquement perçues dans leur fonction reproductrice (20) (22) (11), que « *parler de la femme toxicomane, c'est donc parler de la mère toxicomane* ». (15) (18)

¹⁶ Simmat-Durand L., Vellut N., Jauffret-Roustide M., Michel L., Mougel S., Lejeune C., et al. Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? *Psychotropes*. 2013, vol. 19, n° 3-4 : p. 35-60

¹⁷ Lacrouts-Négrier N., Roux C., Taboada M., Ebert J., et Schmelck MA. Maternité, interactions mère-enfant et toxicomanie : connaissance des populations et trajectoires. Centre Horizons et Centre de Psychologie de l'enfance et de l'adolescence de l'Université Paris X-Nanterre. Août 2001, 114 pages

¹⁸ Lejeune C., Simmat-Durand L., Aubisson S., Gourarier L., Piquet M. Grossesse et Substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Rapport de l'OFDT. 2003, 144 pages

Le Guide concernant l'usage des substances psychoactives durant la grossesse a été traduit et enrichi de l'édition originale écrite par Whittaker A. *Guide to Problem Substance Use During Pregnancy*. (19) Les soins de préconception sont évoqués encourageant les professionnels de santé en contact avec des femmes et des hommes usagers de drogues à questionner systématiquement le désir d'enfant et à « ouvrir le dialogue [...] sur la planification familiale, la sexualité à moindre risque, l'utilisation des préservatifs, les méthodes de contraception, et les problèmes de fertilité masculins et féminins ». Il est opportun de proposer un dépistage des maladies transmissibles par le sang et une aide au sevrage tabagique. « Des interventions brèves pour réduire la consommation d'alcool, l'usage de drogues illicites (de rue) et l'injection » sont également pertinentes. (25)¹⁹

IV. Périnatalité chez les femmes usagères de drogues

1) Épidémiologie

500 à 2500 grossesses sont menées à terme chaque année en France par des femmes usagères de drogues selon Franchitto M.C. *et al* (2000). (26)²⁰ Toubiana (2011) évoque 2400 à 5000 naissances par an. (10) Brisacier A.C. donne un pourcentage de 5 % des femmes âgées de 15 à 44 ans traitées par un MSO qui ont accouché en 2016 en France. (27)²¹ Ainsi parmi les 45000 femmes précédemment citées, l'estimation du nombre d'accouchements de femmes sous MSO est de 2250 naissances en 2016.

2) Craintes perçues en lien avec la grossesse

La grossesse est un temps de crise, une période de remaniements physiques et de vulnérabilité psychique. (10) Elle peut être source de valorisation et d'un sentiment de

¹⁹ Whittaker A. Les points clés. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD ; 2013, p 29-33

²⁰ Franchitto M.C., Peyrefort E., Tellier G. Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. Revue Documentaire Toxibase. 2000 ; volume 2 : p. 1-12

²¹ Brisacier A.C. Tableau de bord : Traitements de substitution aux opioïdes. OFDT. 2019 ; p 1-19

nouvelle identité en tant que future mère. Mais elle peut aussi être source d'anxiété et de culpabilité. (10) (26) (23) (18) La femme enceinte usagère de drogues peut éprouver des craintes concernant le risque de placement de l'enfant et les risques obstétricaux et néonataux. Elle peut redouter « *d'être considérée comme une mère indifférente ou inapte si elle ne parvient pas à décrocher ou à réduire sa consommation de drogue* » et enfin elle peut ressentir de la culpabilité en cas de syndrome de sevrage. (28)²²

3) Grossesse et MSO

De nombreux auteurs s'accordent à dire que la grossesse est un moment-clé pour instaurer un suivi médico-social avec l'introduction ou la poursuite d'un MSO. La femme enceinte est considérée comme une priorité en matière de médicament de substitution. (15) (8) (14) (26) (16) (29)²³ Les schémas de prise en charge sont identiques à ceux en l'absence de grossesse. (15) (26) Chlorhydrate de méthadone et BHD ne sont pas tératogènes. (15) (14) (29) L'analyse d'une cohorte concernant 259 mères substituées par chlorhydrate de méthadone ou BHD ayant accouché entre octobre 1998 et octobre 1999 ne montre pas de différence significative dans les données périnatales entre les deux MSO. (24) Les effets bénéfiques des MSO sont nombreux. La stabilisation des prises limite les risques de fortes variations de concentration en opiacés source de mal-être fœtal et de fausse couche. (14) (24) La surveillance prénatale est meilleure avec une diminution importante des risques obstétricaux. De plus, la prescription des MSO nécessitant des consultations dédiées favorise un suivi addictologique et médical régulier et la substitution peut participer à une « *resocialisation* » de la mère. (26) (12) En post-partum, le risque de reprise des consommations de substances psychoactives est important. (12) (18) Le traitement est donc à poursuivre à une dose suffisante (8) (24) pour parvenir à un bon équilibre. (15) Hoareau E. écrit ainsi : « *L'arrivée d'un enfant encourage les démarches de soin et de stabilisation sociale ; le rythme de vie de l'enfant soutient la régulation de l'usage ou l'observance du*

²² Whittaker A. Evaluer la situation. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD ; 2013, p 53-57

²³ Whittaker A. Les drogues et leurs effets sur le développement du fœtus. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD ; 2013, p 143-152

TSO. A l'inverse, la séparation (placement, garde attribuée au conjoint ou à la belle-famille) se traduit par des usages plus à risques ». (30)²⁴

4) Périnatalité et histoire familiale

La femme peut avoir besoin d'un accompagnement et d'un soutien dans la construction de la relation à son enfant pendant la grossesse, à la naissance et dans les premiers mois de vie, ceci afin de limiter les troubles de l'attachement mère-enfant. La périnatalité peut être définie comme une période de deux ans environ qui s'étend de la conception à l'autonomisation de l'enfant. (23) Le concept de maternité ou maternalité décrit « *la capacité de penser mentalement un enfant et d'acquérir une nouvelle expérience de vie. Il s'agit d'un apprentissage culturel qui se réalise à travers l'image que la femme a de sa propre mère et son identification avec elle* ». (17) (10) Or les femmes usagères de drogues ont souvent des modèles parentaux défaillants. (18) La relation à leur propre mère a souvent souffert de carence (17), d'abandon pouvant alterner avec des moments d'intrusion occasionnant des difficultés d'identification (12) et une absence de modèle positif. (17) En outre, il est fréquent de retrouver dans les antécédents familiaux des consommations d'alcool, de stupéfiants (17) (18), des pathologies psychiatriques, ainsi qu'une pauvreté économique et culturelle. (17)

5) Obstacles à la prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues

La littérature existant sur les femmes usagères de drogues explore les domaines sociaux, économiques, sanitaires et donne des recommandations de prises en charge. La parole est cependant peu donnée aux femmes sur leur vécu de la prise en charge. Ainsi, les études ne se penchent pas sur leur ressenti des interactions avec les professionnels de santé. Ces interactions sont pourtant loin d'être simples et apaisées. Ainsi, jusque dans les années 1990, le signalement à la naissance était évident pour les professionnels des services socio-

²⁴ Hoareau E. Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites), hypothèse sur les stéréotypes structurant les pratiques professionnelles à l'égard des personnes usagères de substances. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD ; 2013, P 34-45

sanitaires dans un contexte de méconnaissance des questions touchant aux drogues, de rareté de ces situations et d'impuissance ressentie. Les mentalités ont évolué avec la lutte contre le sida, la formation des personnels et le développement des MSO. Un « *décalage entre la volonté de bien faire et le sentiment d'être confronté à des personnes différentes* » (20) peut cependant persister au sein des équipes médicales et sociales. En effet, des obstacles à la prise en charge des femmes usagères de drogues pendant leur grossesse sont bien décrits dans la littérature. Parmi eux figurent le risque de jugement arbitraire, les préjugés, le risque de stigmatisation, la notion de menace potentielle pour l'enfant, les exigences envers elles, encore plus importantes qu'envers les femmes enceintes non-usagères de drogues. (26) (21) (20) Simmat-Durand exprime qu'« *elles découragent souvent les personnels, qui culpabilisent et finalement leur en veulent de ce rejet qu'ils n'assument pas* ». (20) Franchitto M. C. et al mettent en avant qu'il est nécessaire afin de contrer ces obstacles de « *travailler à froid sur les représentations que le personnel médical a des drogues, de la toxicomanie et des femmes enceintes toxicomanes et d'obtenir l'adhésion du service sur les différents principes de base* ». (26)

6) Risques obstétricaux et néonataux et protocoles de prise en charge

Dans la littérature, il est spécifié qu'il est « *impossible de démarquer les effets d'une drogue de ceux des facteurs sociaux, physiques ou économiques associés* ». (18) Ainsi tabagisme, poly-consommation, suivi prénatal insuffisant, précarité, pauvreté, instabilité familiale, mauvaise alimentation, mauvaise hygiène, comorbidités psychiatriques etc. interagissent pour constituer de multiples facteurs de risques obstétricaux et néonataux responsables de prématurité et de retard de croissance intra-utérin. (31)²⁵ (14) (12) (18) Il a été prouvé dans plusieurs études qu'« *une prise en charge précoce par une équipe obstétricale et pédiatrique expérimentée réduit considérablement les morbidités associées* ». (15)

Depuis 2009, des protocoles de prise en charge sont rédigés par des réseaux périnataux. (31) Les professionnels clés autour de la femme enceinte usagère de drogue sont

²⁵ Chanal C., Molénat F., Toubin RM., Boulot P. Grossesse et addictions : un modèle de réseau personnalisé de soins. La Lettre du Gynécologue. 2014 ; numéro 388 : p. 26-29

le médecin traitant, la sage-femme référente en binôme avec le gynécologue-obstétricien, le pédiatre. Les acteurs associés sont la pharmacovigilance, le suivi addictologique, l'anesthésiste, l'assistante sociale, le psychiatre ou pédopsychiatre et l'équipe de Protection maternelle et infantile (PMI). (31) Les réseaux périnatalité et addiction constituent des équipes pluriprofessionnelles favorisant l'accès et le maintien en soins dans une attitude cohérente de non-jugement. En effet, le « *vécu des femmes vis-à-vis des équipes soignantes est un facteur déterminant de la qualité et des résultats des prises en charge* ». (16)

QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

I. Question de recherche

Quel est le vécu des femmes sous MSO et suivies en RMS en Alsace de leur prise en charge durant la périnatalité au sein de la microstructure et au sein des autres structures de santé impliquées ?

II. Hypothèses de recherche

Les hypothèses suivantes ont été formulées au vu des données de la littérature :

- Les intervenants de microstructure peuvent occuper une place importante dans la période de la périnatalité et jouer un rôle dans la continuité des soins.
- Le vécu émotionnel des femmes, la perception qu'elles ont d'elles-mêmes, de leur corps et de leur fécondité nécessitent une attention particulière de la part des professionnels de santé.
- La grossesse a une signification variable d'une femme à l'autre et peut influencer sur son vécu de la périnatalité.
- Pour accompagner la femme à devenir mère, il est important que les soignants sachent se détacher de la norme de la « mère idéale ».
- Il peut exister une culpabilité par rapport à la prise du MSO durant la grossesse.
- Le soutien perçu peut favoriser l'alliance thérapeutique avec la femme et au contraire le jugement perçu mener à une altération de la relation avec les soignants.
- À la maternité, l'accouchement et la prise en charge de la douleur peuvent nécessiter des adaptations compte tenu de la prise d'un MSO.

- La rencontre avec le nouveau-né est le début de la vie avec l'enfant réel à la différence de l'enfant imaginé dans le ventre de la mère.
- Le syndrome de sevrage du nouveau-né nécessite une prise en charge anticipée intégrant pleinement la mère.
- Le retour à la maison peut susciter des craintes que les soignants peuvent tenter d'atténuer par des mesures d'anticipation et une prise en charge à domicile.
- La création du lien mère-enfant se développe pendant toute la périnatalité et peut bénéficier de l'accompagnement de tous les professionnels de santé impliqués pendant le suivi de grossesse, à la maternité puis à domicile.
- La place du conjoint et père de l'enfant ainsi que l'existence d'un soutien de sa part peuvent être discutées avec les soignants. Un accompagnement de leur part peut être profitable à la mère, tout comme l'accompagnement de son entourage si elle le désire.

MATERIEL ET MÉTHODE

I. Choix de la méthode

Cette étude s'intéresse aux expériences des participantes, aux interprétations et aux significations qu'elles ont pu donner à leur vécu. Le choix de l'analyse qualitative est cohérent. En effet, il s'agit d'analyser et de tenter de comprendre des ressentis et des comportements dans un contexte précis de recherche à partir de témoignages recueillis. (32)

Nous avons fait le choix de l'entretien semi-directif ciblé. Ces entretiens se concentrent sur une expérience précise en posant des questions ouvertes afin d'explorer les hypothèses précédemment formulées, construites à partir des données de la littérature. Le guide d'entretien est dit « semi-directif » car il est composé de questions ouvertes qui amènent des réponses détaillées et non simplement une réponse par « oui » ou par « non ». Des questions de relance peuvent préciser des points s'ils n'ont pas été spontanément abordés par la participante. (32) (33)

II. Population étudiée

1) Définition de la population d'étude

Les critères d'inclusion sont :

- Grossesse menée à terme datant de moins de dix ans,
- ET grossesse sous MSO ou MSO initié pendant la grossesse,
- ET femme suivie en RMS au moment de la grossesse.

Les critères d'exclusion sont :

- Interruption Volontaire de Grossesse (IVG),
- Grossesse arrêtée,
- Grossesse hors suivi RMS,

- Grossesse sans MSO,
- Femmes ayant cessé le suivi en RMS et perdues de vue par le médecin généraliste au moment des entretiens de thèse.

La durée de recrutement a été fixée arbitrairement à dix ans afin que les souvenirs du vécu de la périnatalité ne soient pas trop anciens.

2) Procédure de recrutement

Le recrutement des participantes à l'étude s'est déroulé entre février 2022 et juillet 2022. Les méthodes utilisées ont consisté en des courriels et des contacts téléphoniques auprès des trente-huit médecins du réseau en Alsace. La prise de contact avec ces médecins s'est faite en lien avec l'association Ithaque, porteuse du réseau des microstructures médicales en Alsace, et sa médecin coordinatrice le docteur Anny Zorn. Par ailleurs, le sujet de l'étude a fait l'objet d'une présentation à la journée des microstructures médicales du Grand Est le 12 mars 2022.

Sur les trente-huit médecins contactés, vingt-huit ont répondu. Vingt-deux médecins ont rapporté ne pas avoir dans leur patientèle de femmes correspondant aux critères d'inclusion et six médecins ont proposé à une ou plusieurs de leurs patientes de participer. Neuf femmes ont été contactées par l'investigatrice et ont accepté de participer à l'étude. Huit femmes ont effectivement participé à l'étude. Une femme initialement d'accord pour participer ne s'est pas présentée le jour de l'entretien et n'a plus répondu à l'investigatrice. Trois femmes qui auraient pu entrer dans l'étude ont été considérées comme indisposées pour des raisons personnelles (situation de vie, difficultés de suivi) par les professionnels du RMS et la participation à l'étude ne leur a pas été proposée.

III. Élaboration du guide d'entretien

Afin de tester nos hypothèses, nous avons défini un ensemble de douze questions regroupées dans une guide d'entretien consultable en annexe I. Lors de l'entretien, nous

commençons par poser la question de la place prise par le RMS pendant la périnatalité. Puis, nous interrogeons les participantes sur leur vécu des modifications corporelles et psychologiques, la signification de la grossesse et l'existence d'un accompagnement à la fonction de mère. Ensuite, nous les questionnons sur leur ressenti avec les soignants concernant le MSO et la perception d'un soutien de la part des soignants. Lors de l'accouchement, nous explorons la rencontre avec l'enfant, la prise en charge de la douleur et le vécu du SSNN s'il a été présent. Enfin, nous abordons le vécu du retour au domicile, la création du lien mère-enfant et la place de conjoint et de l'entourage.

IV. Recueil, traitement et analyse de l'information

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. Les informations recueillies sont répertoriées dans des tableaux récapitulatifs. Chaque tableau explore une question et regroupe les témoignages de chaque participante concernant ce critère. À partir des tableaux récapitulatifs, sont mis en avant les points qui se rejoignent dans les vécus, les perceptions, les attentes des femmes ainsi que les points qui divergent. Ces résultats sont ensuite discutés afin d'ouvrir de nouvelles réflexions.

V. Ethique

L'étude a été soumise au comité d'éthique des Facultés de Médecine, d'Odontologie, de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux de Strasbourg qui a émis un avis favorable. Un consentement signé a été recueilli auprès des participantes. La notice d'information présentée aux participantes se trouve en annexe II.

RÉSULTATS

I. Présentation des participantes

Nous avons mené un total de huit entretiens d'une durée moyenne de 75 minutes entre mars et juillet 2022. Parmi les huit participantes, deux femmes avaient eu deux grossesses sous MSO alors qu'elles étaient suivies en RMS. Ainsi pour les participantes F et H, nous avons précisé pour chaque question leur vécu pour chacune des deux grossesses. Pour les participantes D et G, les grossesses sous MSO qui n'ont pas été suivies dans le cadre du RMS n'ont pas été incluses dans l'étude. Néanmoins, les femmes ont pu évoquer leur vécu et le mettre en relation avec le vécu de la grossesse entrant dans le champ de l'étude. Dans ce cas, une vigilance particulière a été accordée afin de comprendre de quelle grossesse ces femmes parlaient. Les informations utiles pour bien comprendre leur vécu ont été ainsi prises en compte.

Le sujet de l'étude étant intime et peu exploré, les données socio-économiques sont réduites au minimum afin de recueillir de façon anonyme le récit de vie des femmes.

Tableau 1 : Présentation de l'âge, du MSO, du nombre d'enfants nés sous MSO et du nombre de grossesses correspondant aux critères d'inclusion pour chaque participante :

Participant	Âge	MSO	Nombre d'enfants nés sous MSO	Nombre de grossesses incluses dans l'étude
A	39 ans	Méthadone	1	1
B	33 ans	Méthadone	1	1
C	40 ans	Buprénorphine	1	1
D	34 ans	Méthadone	3	1
E	39 ans	Méthadone	1	1
F	31 ans	Méthadone	2	2
G	35 ans	Méthadone	2	1
H	37 ans	Méthadone	2	2

Les femmes ont rencontré différents intervenants pendant la périnatalité. Pour plus de clarté, un tableau les répertorie pour chaque participante.

Tableau 2 : Les principaux intervenants pendant la périnatalité que les femmes ont cités en plus des professionnels de la microstructure :

P.	Pendant la grossesse	Accouchement et post-partum
A	Gynécologue libéral, sage-femme (SF) à domicile	Unité Kangourou de l'hôpital α , SF à domicile
B	Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de l'hôpital α	Unité Kangourou de l'hôpital α , unité mère-enfant, PMI, pédopsychiatre et psychomotricienne
C	Gynécologue de l'hôpital β , SF de l'hôpital β	Hôpital β , SF à domicile
D	Gynécologue pour les échographies, puéricultrice de l'ELSA	Hôpital γ , puéricultrice de l'ELSA
E	Suivi partagé entre l'hôpital δ en-dehors de l'Alsace, la microstructure et l'hôpital ϵ en Alsace	Hôpital ϵ , PMI, kinésithérapeute à domicile, centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), hôpital ζ
F	Les deux grossesses : ELSA de l'hôpital α	Hôpital α et pour la première grossesse transfert à l'hôpital ζ après la naissance
G	ELSA de l'hôpital α , SF à domicile	Unité Kangourou de l'hôpital α , SF à domicile, PMI
H	Première grossesse : hors ELSA sans précision Deuxième grossesse : ELSA de l'hôpital α	Première grossesse : Hôpital ϵ , pédiatre libérale Deuxième grossesse : Hôpital α

II. Tableaux récapitulatifs

Chaque tableau regroupe le vécu de chaque participante pour une question donnée. Dans cette partie, nous faisons une courte analyse des témoignages des femmes avant de les citer. Les femmes n'ont pas toujours directement répondu à la question posée. Ainsi les éléments compilés dans chaque tableau ont été recueillis dans tout l'entretien.

1) Comment définiriez-vous la place prise par l'équipe du RMS pendant votre grossesse et dans les deux ans suivant l'accouchement ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Une place jugée primordiale pendant la périnatalité, la femme mettant en avant qu'il s'agit du bien-être d'un enfant : <i>« C'était primordial parce qu'on parle de la vie d'un enfant quand même et de son bien-être à la naissance et puis après et pendant la grossesse aussi. »</i> • Accent mis sur l'adaptation des posologies de MSO et les explications sur les risques pour le fœtus d'une mauvaise gestion du traitement : <i>« Une place importante, surtout au niveau médical par rapport à mon traitement, où j'ai été quand même comment dire, bien conseillée dès le départ. [...] Moi j'aurais eu tendance, si j'avais pas questionné mon médecin ou prévenu mon médecin que j'étais enceinte, j'aurais eu tendance à la diminuer cette méthadone®. Alors qu'en fait c'est tout le contraire, il faut pas la diminuer quand on est enceinte. Justement elle augmente en même temps que notre volume d'eau corporel augmente. Donc sachant que si on n'augmente pas au fur et à mesure la dose de méthadone®, il peut y avoir une mort fœtale, voilà. »</i> • Suivi et discussions avec le médecin généraliste et la psychologue de la microstructure ayant permis de dépasser le sentiment de panique initial pour mettre en place une prise en charge : <i>« Je l'ai appelée en panique 'qu'est-ce que je dois faire, qu'est-ce qu'il faut faire ?' Alors elle m'a donné vraiment toutes les directives au fur et à mesure : aller au laboratoire faire la prise de sang et ensuite me parler de tout ce qui irait avec la grossesse, c'est-à-dire il va falloir consulter une sage-femme, continuer la psychologue et puis voir au niveau de ma grossesse qui n'est pas commune puisque je prenais des substituts. Donc oui c'était tout un plan en fait qui s'est mis en place au fur et à mesure, voilà une chose après l'autre mais on l'a fait comme j'étais déjà enceinte de trois mois. Euh et puis choisir une gynécologue. [...] Et donc tout de suite faire une échographie. Donc en fait j'ai été très bien aiguillée. »</i> • Présence et écoute des intervenantes de microstructure ayant permis à la femme d'entendre qu'elle avait le droit d'avoir un enfant : <i>« Mais ils ont vu que moi de base, je suis quelqu'un [...] d'hyper paniquée tout de suite. Je peux fondre en deux secondes à l'idée d'une chose ou d'une autre. [...] Donc en plus</i>
---	--

	<p><i>là, j'étais enceinte et puis c'était tout nouveau et puis il fallait que je l'annonce à ma famille aussi. [...] Heureusement que j'étais dans cette microstructure [...] qui ont vraiment aidé à dédramatiser tout ça et que la grossesse, j'y avais droit moi aussi, qu'il fallait pas attendre des points de vue négatifs de l'un ou l'autre mais que j'avais le droit d'avoir ce bébé. [...] Parce que toute seule, j'sais pas ce qui se serait passé mais heureusement qu'ils étaient là ouais. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La longue relation et le lien avec le médecin et la psychologue de microstructure ont facilité le dialogue sans frein ni mal-être pour la femme : <p><i>« En fait c'est des gens que je voyais depuis longtemps. [...] J'avais un lien très fort avec ce médecin, cette psychologue donc on a vraiment pu échanger en toute confiance, d'où l'importance de trouver le bon interlocuteur, le bon médecin. Si on le sent pas, si on est pas à l'aise, [...] il faut faire des efforts soi-même pour s'entourer des meilleurs interlocuteurs et voilà. »</i></p>
B	<ul style="list-style-type: none"> • La place des intervenants de microstructure adaptée dans le juste milieu : <p><i>« Très bien, pas intrusive. Si on a besoin d'aide, on peut sinon elles nous laissent, juste bien, ouais. Elles étaient là quand il fallait, ouais, pas de trop, pas sur mon dos. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La confiance et l'écoute du médecin, le recours à la psychologue au sein de la microstructure : <p><i>« Je connais [le médecin du réseau] depuis longtemps donc j'ai confiance. [...] Ça faisait longtemps que je voyais plus la psy alors elle a senti et elle m'a fait revoir la psy de nouveau. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'importance de la connaissance par le médecin de microstructure de sa manière de fonctionner : <p><i>« Comme elle me connaissait, [...] elle sait comment me prendre. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une disponibilité mais sans obligation : <p><i>« Ils sont disponibles, oui. Elle est super la psychologue de là-bas [...]. Et l'assistante sociale, oui j'en ai eu besoin mais à la fin. Mais elle était aussi là. [...] [Le médecin] demande tout le temps : 'Est-ce que vous voulez voir ?' Même si on a pas de rendez-vous, on peut y aller quand elle est là la psy. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'aide de l'assistante sociale après l'accouchement pour des démarches administratives : <p><i>« A la sortie, l'assistante sociale, [...] m'a aidée à payer l'hôpital correctement et tout, pour la prise en charge parce qu'ils avaient fait des erreurs. »</i></p>

C	<ul style="list-style-type: none"> • Une place essentielle, rassurante, présente, « <i>un refuge</i> » : <i>« Elle a été essentielle pour moi parce qu'elle a été rassurante, présente. S'il y avait pas eu cette structure, je pense que j'aurais été bien plus perdue en fait ouais parce que le centre hospitalier, ça a été vraiment très compliqué. Oui il y avait quand même ce côté qui me rassurait, qui me disait : 'Bah non ne vous inquiétez pas'. Et ça a vraiment été une grande aide pour moi. »</i> • Après l'accouchement aussi, une place centrale dans le suivi après avoir rejeté le suivi hospitalier : <i>« J'ai très vite coupé les ponts avec l'hôpital. J'ai pas forcément fait tous les suivis nécessaires pour ma part parce que j'ai vraiment fait un blocage. Du coup bah ici c'était vraiment mon point médical où j'étais à l'aise, où j'étais entendue et où on était vraiment là pour moi. »</i> • La mise en avant que le médecin de microstructure est différent d'un médecin « <i>normal</i> », ce qui facilite son suivi et celui de sa fille : <i>« Mais ah non c'est clair par rapport à la petite, s'il y avait pas eu ici, ça aurait été bien plus compliqué. Si j'avais eu un médecin normal qui avait eu la même psychologie que les personnes à l'hôpital, ça aurait été vraiment très très compliqué. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Un suivi mensuel par le médecin de microstructure pour le MSO et pour le suivi de grossesse : <i>« Vu que pour mon traitement c'est [le médecin du RMS] que je vois du coup je la vois tous les mois. Mais c'est elle qui m'a suivie aussi la grossesse, je voyais le gynéco, c'était juste pour les échos. »</i> • Une place importante prise par la puéricultrice de l'ELSA et l'assistante sociale du RMS pendant la grossesse, à l'hôpital et après le retour à la maison avec la perception d'un accompagnement bénéfique : <i>« Ça m'a beaucoup aidée le réseau, c'est vraiment quelque chose qui est bien fait quoi pour les femmes, ça nous aide beaucoup. [...] On est vraiment très très bien accompagnée et ça fait du bien. »</i>
E	<ul style="list-style-type: none"> • L'accent mis sur le suivi du MSO par le médecin de microstructure : <i>« Tous les vingt-huit jours, je vois le [médecin du RMS] de toute manière pour l'ordonnance et le traitement. »</i> • Pendant la grossesse, ce suivi a été partagé entre le médecin de microstructure et l'hôpital δ d'une autre région :

	<p>« [Pendant la grossesse], des fois c'était cette médecin-là, des fois c'était le [médecin du RMS]. Ça dépendait quand j'étais [hors Alsace] ou quand j'étais ici en Alsace.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les autres professionnels impliqués ont été vus en-dehors de la microstructure : « Mais je veux dire sinon à ce moment-là, l'assistante sociale, j'avais pas trop vu. J'avais plus vu la PMI qui venait peser ma fille. Mais sinon la psychologue, j'avais vu une psychologue à la naissance à l'hôpital ε [en Alsace] genre je l'ai vu pendant un mois. C'est tout. »
F	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant la périnatalité, la place du médecin du RMS à l'écoute, attentive aux besoins de la femme et disponible : « C'était juste [le médecin du RMS] mais qui a très bien fait son travail, à l'écoute, bon accompagnement, toujours à me demander s'il fallait quelque chose. Avec elle, c'est toujours des consultations assez longues donc on a un entretien complet, c'est pas cinq min où le généraliste donne le médicament comme ça, ça dure une demi-heure, trois quarts d'heure. Donc elle fait un peu tous les rôles on va dire. Donc c'est [le médecin du RMS] qui m'a bien accompagnée, elle a fait la psychologue, elle m'a rassurée. »
G	<ul style="list-style-type: none"> • Les avantages du suivi pluridisciplinaire en microstructure et du passage au chlorhydrate de méthadone : « J'ai préféré parce que [le médecin hors RMS], elle était bien mais c'est vrai que le Subutex®, c'est peut-être pas assez fort pour moi et donc ce qui fait que j'ai rechuté aussi. [...]. Et [avec le médecin du RMS], il y a un suivi avec une psychologue, un psychiatre, une bonne équipe. » • L'aide de la psychologue de la microstructure ne s'est pas poursuivie dans le temps, la femme en tire cependant un bénéfice « J'ai eu la psychologue pas longtemps parce qu'elle voyait que j'allais bien psychologiquement, que je travaillais, que j'avais mes enfants, que j'étais bien donc on a pas fait ça longtemps. Mais ça a aussi peut-être débloqué des choses. » • Le psychiatre revu pour le passage à la forme gélules : « Le psychiatre, je l'ai revu parce que je suis passée en gélules [...]. Et puis comme j'avais en plus retrouvé du travail, déménagé, passé à une maison, il voyait que j'allais très bien psychologiquement donc on est passé aux gélules. » • Confiance envers le médecin de microstructure permettant de se sentir guidée dans la prise en charge de la grossesse et rassurée : « [Le médecin du RMS] m'a tout de suite orientée vers [l'hôpital α]. [...] J'ai confiance

en lui, j'ai tout de suite suivi son avis. Rien que pour en discuter, pour la prise en charge de l'accouchement et c'était aussi surtout pour me rassurer. Il voulait me rassurer par rapport [au premier enfant] que j'ai pas tout de suite dit au début et c'était pour me rassurer pour l'accouchement, le sevrage, le manque. »

- La mise en avant d'une relation privilégiée avec le médecin de microstructure masculin et l'apport incontestable des intervenantes femmes de l'équipe hospitalière :

« [Le médecin du RMS] m'a dit : 'Je m'y connais mais je ne suis pas gynécologue, je ne suis pas sage-femme, je ne suis pas une femme'. Voilà il a pas donné d'avis, il a eu raison de m'envoyer là-bas parce qu'il y a plein de questions, parce que je suis très à l'aise avec [lui], je l'adore et c'est pour ça que je le garde comme médecin. [...] On se parle de tout mais il y a des questions où il n'aurait pas pu me répondre aussi bien et me mettre peut-être à l'aise comme une femme, comme une maman. »

- L'apport du médecin de microstructure pour la continuité des soins :

« J'avais aussi besoin [du médecin du RMS] pour le reste après et j'étais quand même contente de retrouver mon médecin et ma vie et de savoir que si j'avais besoin, je pouvais lui parler. »

- Lors de la reprise du suivi avec le médecin de microstructure, la perception d'un soutien et d'un intérêt porté aux ressentis :

« [Le médecin du RMS] m'a posé mille questions je vous dis pas parce [qu'il] s'intéresse à tout, c'est ça qui est bien avec lui. Du coup l'émotionnel, comment j'étais rentrée, comment ça se passait avec le papa...Mais vraiment il s'occupe de tout. Donc il a pris la relève naturellement comme on était avant l'accouchement et la grossesse. »

- La maintien de la confiance et de la relation thérapeutique choisi par la femme malgré l'éloignement de son lieu d'habitation :

« C'est vrai que j'ai déménagé il y a deux ans [dans une autre ville] et [le médecin du RMS] voulait me diriger vers un médecin et j'ai refusé, je voulais pas quoi. [...] On est toujours venu, on s'est toujours déplacé parce que bon au moins on est sûr qu'on est bien soigné et suivi. On est plus rassuré. »

- La grossesse qualifiée de période difficile pendant laquelle un bon accompagnement est primordial :

« C'est vrai que c'est pas évident quand même, il faut avoir les épaules. Moi je pense pour une jeune fille si c'est son premier bébé wow ! Il faut déjà avoir les épaules et

	<p><i>surtout il faut être suivie dans une structure comme ça. »</i></p>
H	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en avant des qualités d'écoute et de l'échange avec le médecin de microstructure : <p><i>« C'est un docteur qui est très à l'écoute qui va poser beaucoup de questions. Moi j'en changerais pour rien au monde de docteur parce que c'était super quoi ! »</i></p> • Pendant la première grossesse, lors d'une consommation d'héroïne, la femme a vu dans le médecin de microstructure la seule personne de confiance pour la prendre en charge : <p><i>« Et à ce moment-là j'ai dû retourner chez [le médecin du RMS] parce que c'était ma seule béquille. Je ne voyais pas vers qui d'autre me tourner à ce moment-là. Bon en fait [le médecin du RMS], ça a été toujours le seul vers qui je suis allée. »</i></p> • Pendant la grossesse, la femme n'a pas ressenti le besoin de consulter les autres professionnels de la microstructure : <p><i>« C'était pas au moment où j'étais enceinte où j'ai eu le plus besoin d'avoir recours en fait à cette psychologue et à cette assistante sociale. »</i></p> • Cependant la possibilité de consulter lui est rappelée par le médecin de microstructure dans un souci de prévention des rechutes : <p><i>« Quand il voit que je suis en stress, quand il voit qu'il y a trop de choses en ce moment dans ma vie qui feraient que peut-être je pourrais revirer dans un mauvais...ben c'est vrai qu'il me le dit toujours, il me dit : 'Mais n'oubliez pas, si vous avez besoin de parler, vous pouvez me parler ou alors aller voir la psychologue du réseau.' »</i></p> • La femme se saisit de l'opportunité de parler avec la psychologue de la microstructure dans des périodes de fragilité qu'elle situe en-dehors des grossesses : <p><i>« J'ai eu besoin de cette psychologue plus à des moments où j'en pouvais plus dans ma vie, où c'était trop, où il y avait trop de choses au travail, il y avait la maison en construction, il y avait mon compagnon avec qui je ne pouvais pas en discuter parce que il comprend pas, normal il comprend pas. Et du coup ben j'ai eu besoin de parler à quelqu'un à ce moment-là parce que sinon je pense que j'aurais de nouveau mal tourné, je serais de nouveau partie sûrement dans une spirale démoniaque ! »</i></p>

2) Quelle a été la place accordée à l'écoute de votre corps et de vos ressentis par les soignants pendant la grossesse et après l'accouchement ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Découverte de la grossesse à la fin du premier trimestre : <i>« Bon j'ai appris que j'étais enceinte que au bout de trois mois donc douze semaines. »</i> • Dans un contexte d'arrêt de contraception et de difficultés professionnelles depuis deux ans, cette grossesse surprise a été vécue comme un cadeau : <i>« Pour moi, c'était un cadeau du ciel quoi ! Surtout que cette grossesse est survenue après deux ans de harcèlement moral au travail. Je prenais pas de contraception, je suis pas tombée enceinte pendant ces deux ans [...]. Et je me suis mise en arrêt maladie, je comptais plus revenir dans cette entreprise. Et ben au bout d'un mois, ben je suis tombée enceinte, direct ! Voilà donc déjà pour moi, c'était le bébé du bonheur. »</i> • Réactivation de souvenirs et réactions de panique tempérées par une présence, une écoute et un suivi mettant en confiance : <i>« Ça a réactivé des souvenirs oui, mais pas forcément mauvais. Pour moi, c'était tout nouveau. C'était un truc qui te tombe comme ça. Tu transpires beaucoup, tu paniques beaucoup, mais à côté de ça il y a des gens qui te parlent correctement, qui t'indiquent la marche à suivre et ça permet vraiment de pas psychoser quoi. Et donc oui sur le coup, ça a activé plein de choses. Mais ça c'est les hormones, c'est la grossesse. Mais voilà on apprend qu'on attend un bébé, c'est une multitude de sentiments. Et le fait d'avoir été bien écoutée et bien aiguillée, ça m'a vraiment permis de mener ma grossesse en toute confiance. »</i> • A la fin de la grossesse, la position en siège interprétée comme pouvant être une conséquence de la prise du MSO et la version, un geste mal vécu : <i>« Le bébé ne voulait pas se tourner dans le bon sens. Mais peut-être que ça, les produits ont eu un effet là-dessus. Peut-être que la méthadone® ou les médicaments que je prenais ont eu un effet sur le fait que le fœtus ne se tourne pas, les contractions musculaires, je ne sais pas du tout. En tout cas bon ben ça a été juste vers la fin où ça a un peu merdé parce qu'ils m'ont proposé une version. C'était l'enfer, c'est le pire geste qu'on m'a fait quoi et ça s'est très mal passé, le cœur du bébé a ralenti. »</i> • Prescription de pilule microprogestative vécue comme plutôt imposée sans explications perçues sur le moment : <i>« C'était un peu mal expliqué. Maintenant je comprends mieux beaucoup de choses.</i>
---	---

	<p><i>Parce que je sais qu'il y a des pilules où il y a des femmes qui font des trucs pulmonaires. J'ai ma voisine qui en a fait un justement avec la pilule où il y a les sept jours d'arrêt. Et comme je parlais de mes problèmes, parce que je fume, je bois, [...] et en plus après la naissance, j'ai eu une période de toxicomanie, le sang assez épais et qui coagule très vite et j'avais peur de ces trucs d'embolie pulmonaire là donc on m'a proposé cette pilule-là. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une absence de règles mal tolérée sur le plan des ressentis corporels : <i>« J'avais ce ressenti d'avoir de nouveau mes règles en fait, d'être une femme, d'avoir de nouveau des cycles réguliers, de savoir quand je suis en ovulation, quand je le suis pas, retrouver plutôt les sensations du corps, le désir, l'envie. Et j'ai l'impression que prendre la pilule, ça m'a un peu stoppé tout ça quoi. »</i>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Une grossesse non prévue découverte par des douleurs abdominales : <i>« C'était un accident. J'avais super mal au ventre et tout, je me sentais pas bien. [...] [Le médecin] m'a fait faire un test de grossesse, il était positif ouais. Et après elle m'a envoyée aux Urgences vite fait parce que j'avais vraiment très mal au ventre et je tombais dans les pommes et tout [...]. Dès que j'ai su que c'était un bébé, j'ai plus eu de crampes et ma gynéco elle m'a dit : 'Ça arrive souvent, les femmes qui savent pas, leur corps essaient de leur dire qu'il y a quelque chose'. »</i> • Les discussions autour de la réactivation des blessures permises par la relation ancienne avec le médecin et la psychologue de microstructure : <i>« La psy elle savait. Bah ils me connaissaient déjà en fait depuis des années. Donc [...] oui on en a parlé. »</i> • Le rappel des blessures de l'enfance par les professionnels hospitaliers vécu comme une stigmatisation : <i>« On m'a beaucoup dit que, vu que j'ai pas eu une enfance, une bonne enfance, je ferais pareil sur ma fille mais euh le [médecin du réseau], elle savait que c'était pas vrai. Je comprends qu'ils prennent des précautions mais les gens qui vont vraiment faire du mal à leurs enfants, ils vont pas le raconter, ils vont pas le dire. »</i> • Pendant la grossesse, le diagnostic de dépression posé par l'hôpital et le ressenti d'une absence de collaboration entre ville et hôpital : <i>« Ça allait pas trop à la maison en fait, j'arrivais plus à me lever le matin et tout. Et c'est quand j'ai commencé à en parler qu'ils [le suivi gynécologique] ont dit que je faisais une dépression. Après [...] je trouve que [le médecin du réseau] a pas eu son mot à dire et ils lui posaient plus la question [...], ils étaient plus en connexion. »</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • La question de la contraception vue avec le gynécologue, choix de la femme respecté mais pas d'explications particulières : <i>« Ils ont tout de suite demandé ce que je voulais et j'ai mis un stérilet et voilà. [...] Ils m'ont rien imposé du tout. »</i>
C	<ul style="list-style-type: none"> • La gestion du MSO est placée au premier plan avec l'importance d'être rassurée sur l'augmentation nécessaire de la posologie de BHD : <i>« Alors je vais surtout me diriger par rapport au traitement parce que c'est vraiment ce qui a été le point le plus important pour moi. [...] Plus le temps avançait, plus je sentais que ça me suffisait plus donc on a dû réajuster mon traitement et ça a été très compliqué pour moi parce que ben j'avais un peu l'impression de faire marche arrière. Psychologiquement c'était dur à accepter quoi et là-dessus [le médecin de microstructure] m'a énormément rassurée, m'a expliqué que c'était tout à fait normal et qu'on allait réaugmenter tout doucement, voir ce qui pouvait m'aller et que plus tard on se chargerait de redescendre tranquillement. Donc toujours rassurante, présente et vraiment rassurante et présente, c'est les deux mots. »</i> • Une facilité à exprimer ses craintes : <i>« J'ai cette habitude en fait de communiquer, de dire mes angoisses, d'être suivie ».</i> • La question de la contraception discutée avec le médecin de microstructure : <i>« On avait discuté ensemble, j'avais redemandé l'implant parce que la pilule, c'était un peu compliqué pour moi. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Une grossesse attendue : <i>« J'avais fait enlever mon stérilet par [le médecin du RMS] parce que je voulais retomber enceinte. »</i> • Une réassurance de la part du médecin de microstructure par rapport à des craintes liées à un écart de plusieurs années entre la deuxième et la troisième grossesse : <i>« Cette grossesse j'avais un peu plus peur vu qu'il y avait quand même six ans d'écart entre l'avant-dernier et la dernière. [...] C'était plus sur ça que [le médecin du RMS] était très présente. »</i> • Une absence d'inquiétude concernant les changements corporels : <i>« C'était pas ma première grossesse [...] et au niveau des changements je savais tout ce qui se passait donc il y avait pas besoin de m'accompagner sur ça. »</i> • Une discussion en amont de l'accouchement concernant la contraception avec le médecin du RMS :

	<p>« J'en avais déjà parlé avec [le médecin du RMS] avant d'accoucher. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une prescription par les SF de l'hôpital du DIU et la pose effectuée par le médecin de microstructure : <p>« C'est les sage-femmes qui me l'ont prescrit mais c'est [le médecin du RMS] qui, parce qu'ils peuvent pas le mettre tout de suite après l'accouchement, voilà du coup c'est [le médecin] qui me l'a mis après. »</p>
E	<ul style="list-style-type: none"> • Une grossesse non désirée découverte par surprise lors d'une échographie chez le gynécologue, le souhait de recourir à une interruption volontaire de grossesse : <p>« Ça faisait déjà je crois un mois et demi à peu près que j'étais enceinte. Je sais que quand j'ai découvert la grossesse à la base je voulais déjà faire une IVG à ce moment-là mais j'ai pas pu parce que ils ont dit que c'était [...] un peu trop tard. Mais parce qu'en fait je l'ai remarqué bizarrement, j'avais aucun symptôme vraiment, je croyais avoir mes règles [...] mais en fait c'était pas constant, c'était bizarre. C'est comme ça que j'ai remarqué. [...] J'étais allée voir justement une gynécologue en urgence comme ça et elle m'avait fait une sorte d'échographie [...] parce que d'abord je me suis dit peut-être c'est un problème, une maladie, j'en sais rien, et elle m'a dit : 'Ah non en fait vous êtes enceinte. Il y a déjà le fœtus'. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le ressenti d'une grossesse différente de la normale : <p>« C'est fatiguant mentalement et physiquement plus qu'une grossesse normale. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vécu émotionnel et relationnel complexe, discussion avec la psychologue de l'hôpital ε : <p>« Je suis déjà une personne assez sensible mais après oui pendant ma grossesse peut-être que j'étais un peu plus émotive. Après j'avais beaucoup de soucis avec le papa, donc ça je sais pas si c'est plutôt dû à lui ou à mon propre corps, je sais pas. A la psy j'avais parlé un peu de mes problèmes relationnels avec le père de l'enfant. Elle m'avait dit, elle pense pas que c'est dû à mon traitement. Elle a dit, elle pensait plutôt que c'était dû à lui, à son comportement à lui. Il mettait trop de pression sur moi. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après la naissance, la poursuite de la contraception par une pilule microprogestative par le gynécologue, une absence de discussion ressentie par la patiente : <p>« Après l'accouchement et la grossesse, non on a pas vraiment discuté de ça, [les gynécologues] ont juste continué à me donner la pilule et ils m'avaient donné des préservatifs et c'est tout quoi. Après ils m'ont dit c'est à moi de voir ce que je veux faire.</p>

	<p><i>Ils ont pas forcément trop discuté de ça. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème d'oublis fréquents de la pilule ayant conduit finalement à un changement de contraception par implant suite à une deuxième grossesse rapprochée pour laquelle la femme a fait une IVG : <p><i>« Je prenais pas souvent [la pilule] quoi on va dire. Et ben là dernièrement quand j'ai eu mon IVG et ben là on m'a mis l'implant. »</i></p>
F	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la première grossesse, test positif réalisé dans le cadre de mastodynies, étonnement car la femme pensait que les cycles seraient plus longs à se remettre en place : <p><i>« J'ai découvert quand j'étais enceinte de quatre semaines. [J'avais] les seins durs mais comme la table et douloureux mais vraiment douloureux, j'ai jamais eu cette sensation. [...] Et le lendemain matin, un jour après, j'ai dit : 'Faut quand même que j'aille à la pharmacie, c'est bizarre'. Parce que on avait des rapports non protégés mais je pensais pas, vu que j'étais sous traitement par méthadone®, que j'avais pas eu mes règles depuis un an et demi, je pensais que ça allait mettre au moins trois-quatre mois à se remettre en place. Et du coup j'ai fait le test un jour après et c'était positif. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors de la deuxième grossesse, test positif réalisé dans le cadre de nausées de début de grossesse : <p><i>« Et le deuxième bébé, ben j'avais pas mal aux seins, j'avais des nausées, très fortes d'un coup et les odeurs, mais c'est venu en une heure, c'est bizarre ça. Et pareil, toujours pas de rapports protégés et du coup j'ai fait un test. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors de la première grossesse, des questionnements et des craintes sur la bonne interprétation des symptômes de manque : <p><i>« C'est juste que ce qui était compliqué à gérer, c'est que on m'avait dit que pendant la grossesse, mon corps aurait peut-être besoin de plus de méthadone®. Et du coup, comme on me l'a dit, j'étais toujours à l'affût. Genre quand j'avais mal quelque part, j'étais toujours en mode : 'Est-ce que ça veut dire qu'il faut que je prenne plus de méthadone® ?' Donc j'avais un peu une psychose vis-à-vis de ça. Des fois, j'avais des doutes quand j'augmentais : 'Est-ce que c'était vraiment parce que je me faisais une psychose ou est-ce que c'était vraiment mon corps qui réclamait l'augmentation du traitement ?' Donc du coup ça c'est le seul truc que j'ai mal vécu vis-à-vis de la méthadone® pendant la grossesse. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La crainte de malformation ayant provoqué le besoin d'un arrêt net de la prise de

méthadone® pendant la deuxième grossesse, apparition de symptômes physiques et psychiques, l'aide du médecin de microstructure et de l'hôpital pour apaiser les inquiétudes et reprendre le MSO :

« Et pendant la deuxième grossesse, par contre, donc j'étais enceinte de quatre mois et j'avais déjà réussi à descendre assez bien jusqu'à cinq mg et je sais pas pourquoi d'un coup... Quand ma fille est née, elle a fait une atrésie de l'intestin grêle, et du coup, on sait pas si ça a un rapport avec la prise de méthadone® et du coup moi je me suis de nouveau fait une psychose. Je me suis dit : 'Il faut que j'arrête la méthadone® parce que sinon lui, il va peut-être avoir des problèmes'. Et du coup, j'ai arrêté net mais très mauvaise idée, j'ai tenu pendant six jours. J'avais des symptômes de manque et du coup j'ai commencé à faire, je pense, avec les hormones, j'ai fait une petite dépression. Du coup, je suis allée chez le [médecin du RMS], elle m'a prescrit des Seresta® en attendant de pouvoir refaire un traitement. [...] [À l'hôpital α], ils m'ont refait une ordonnance pour la méthadone®. »

- L'importance des rendez-vous de suivi prévus en avance :

« Je suis pas le genre de personne à appeler. J'ai un peu du mal, j'ai pas envie d'embêter les gens. Du coup j'attends soit qu'on vienne vers moi ou qu'il y ait ces rendez-vous. »

« Je vais pas vers les gens, mais une fois que je suis avec eux, je parle beaucoup. »

- Pendant la grossesse, des rêves autour des consommations de drogues, des réflexions sur les expériences passées et le fait de les assumer :

« Je rêvais beaucoup que je prenais de l'héroïne, que je fumais de la coke [...] alors que j'avais pas du tout envie de le faire. [...] Et pareil ouais je pensais à toutes les choses que j'ai pu faire dans le passé où que je suis pas fière. Mais que d'un coup je réalisais que si j'ai un enfant, ben va falloir tout lui expliquer. Et du coup, je pensais à des choses qui avant me tracassaient pas et que j'ai pu faire mais maintenant commençaient à me tracasser parce que je les assumais plus. Du coup ouais j'avais les nerfs d'avoir fait tout ça et j'assumais plus parce que, même si on dit pas tout à son enfant, moi j'ai envie d'être transparente. Et je sais pas comment... Si un jour elle voit quelqu'un dans la rue défoncé et qu'elle dit quelque chose : 'Oh regarde-les, t'as vu comment ils sont ! Qu'est-ce que je vais lui dire ?' Genre moi j'étais pareil ou rien dire. En même temps, j'ai pas envie de mentir donc ouais, j'ai commencé à réfléchir. Et ça a commencé à poser ces questions de transparence et d'assumer ce que j'ai pu faire. »

- Ces questionnements n'ont pas été discutés avec le médecin car la femme n'en

	<p>ressentait pas le besoin :</p> <p><i>« Non parce que je pensais vis-à-vis de moi, ça c'est moi. De toute façon, c'est des choses que j'ai fait qui me viennent en tête et est-ce que je les assume ? Ça, c'est avec le temps que je...soit que je vais digérer, soit que je vais leur en parler. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La femme interprète les rêves comme une éventuelle réactivation permettant « d'exorciser » les anciennes consommations alors même qu'elle s'était fixé un arrêt des drogues depuis sa première grossesse : <p><i>« Oui, ça manquait pas. [...] Dans ma tête, le jour où j'ai été enceinte, pour moi c'était hors de question. [...] Je pense que c'était une façon d'exorciser. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle n'en a pas non plus parlé par choix mais cela « aurait été possible à 100 % ». • Après la première grossesse, absence de contraception par peur de la femme et choix d'avoir un deuxième enfant rapproché : <p><i>« Non, je souhaitais pas parce que j'ai jamais pris de contraception et ça me faisait un peu peur et du coup j'ai pas pris de contraception. [...] On s'est dit il vaut mieux avoir un deuxième enfant assez rapproché ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Après la deuxième grossesse, contraception vue avec l'hôpital puis le médecin traitant, absence d'offre lui convenant, cependant ressenti d'une discussion ouverte et d'une bonne information : <p><i>« L'[hôpital] m'a demandé. J'ai tout de suite dit l'implant, ils me l'ont mis un jour après l'accouchement. Et du coup après, j'ai enlevé l'implant chez [le médecin de microstructure] [parce que j'ai eu mes règles pendant six mois]. Et après elle m'a prescrit la pilule microdosée. Mais par contre là j'ai fait un peu un down. Enfin, ça m'a aussi de nouveau plongée un peu dans un mauvais délire du coup je l'ai prise pendant six mois mais après j'ai arrêté. [...] Je peux bien en discuter. Après, j'ai rien trouvé là, mais c'est pas par rapport au docteur, c'est par rapport à ce qu'il y a sur le marché. Elle m'a mis toutes les offres que je pouvais avoir sur la table. »</i></p>
G	<ul style="list-style-type: none"> • Une grossesse désirée mais non attendue car la contraception avait été arrêtée depuis presque deux ans, découverte devant des signes incompris d'altération de l'état général : <p><i>« Je travaillais, j'étais très malade, je savais pas ce qui m'arrivait. Je me suis pas rendue compte que j'étais enceinte vraiment. Alors ça je m'y attendais pas du tout ! C'est vrai que j'avais un problème de fer, j'ai cru que c'était ça. Je travaillais, je rentrais, je dormais. Et heureusement c'est [le médecin du RMS] qui a dit : 'Mais c'est peut-être ça !' J'ai dit :</i></p>

	<p><i>‘Mais non ça va pas, c'est pas ça !’ Ben si c'était ça quoi. C'était une belle surprise. J'étais super contente. Parce qu'ils ont quand même sept ans d'écart donc c'était une belle surprise. Il était voulu hein. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une grossesse bien vécue et heureuse, apaisée par le fait d'avoir pu parler de la prise du MSO dès le début de la grossesse et d'avoir eu un suivi adapté : <i>« J'étais vraiment contente, c'était du bonheur. [...] Ce qu'il y a de bien par rapport [au premier enfant], c'est que j'ai pas attendu pour en parler. [...] [Le deuxième enfant] c'était plus cool parce que j'en ai parlé. J'ai eu une super grossesse grâce à ça et un bon suivi ce qui fait que moi j'étais apaisée. »</i> • L'intérêt du médecin de microstructure pour le vécu physique et psychique de la femme tout au long de la périnatalité : <i>« Il me pose toujours beaucoup beaucoup de questions. [...] Il me demande si ça va le travail, si ça va avec [mon compagnon] voilà il se rassure aussi que psychologiquement, ben que je vais bien. Du coup même par téléphone il se rassure toujours sur ça. Quand j'ai accouché pareil, il m'a posé plein de questions : si j'allais bien psychologiquement après l'accouchement, si j'avais des soucis. »</i> • Une contraception par pilule modifiée par un stérilet après une IVG, contraception décidée en accord avec la patiente et le gynécologue à l'hôpital η : <i>« J'ai eu la pilule en continu qu'on m'a prescrit [à l'hôpital α] et puis j'ai eu un petit souci, je suis retombée enceinte l'année d'après, j'ai fait une IVG que j'ai voulue. [...] Et puis maintenant [...] je vais poser le stérilet. »</i>
H	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois la contraception stoppée, la femme a effectué à chaque cycle des tests de grossesse et a découvert sa grossesse sans surprise : <i>« A partir du moment où j'ai arrêté la pilule, on a calculé l'ovulation et à chaque fois où j'étais censée être enceinte, ben on faisait des tests de grossesse et puis ça a pas loupé, je crois le deuxième mois j'étais déjà enceinte donc il n'y a pas eu de place au doute. A aucune des deux grossesses il n'y a eu du hasard. »</i> • Concernant le vécu des ressentis corporels et psychologiques, la femme exprime un désintérêt pour ces questions mais pense que le médecin de microstructure aurait été à l'écoute : <i>« Il est très très très très à l'écoute, des fois même trop ! Je veux dire dans ce truc [...] sensoriel où je le suis pas tellement en fait. En fait moi généralement je suis pas trop du genre à m'exprimer longuement pour ce genre de chose quoi. Donc je suis persuadée qu'il</i>

	<p><i>aurait été prêt à m'écouter si j'avais des choses à dire. Mais c'est vrai que je coupais court peut-être à toutes ces questions. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Après le deuxième accouchement une contraception initiale par implant puis par pilule discutée avec le gynécologue sans franche satisfaction ni adhésion de la part de la femme : <p><i>« C'est eux qui me l'ont proposé voilà et donc j'ai accepté. Ils me l'ont tout de suite mis avant ma sortie de l'hôpital et bon après je l'ai pas gardé parce que je ne cessais plus de saigner. [...] Je suis revenue à la pilule. [...] C'est pas que la pilule me convienne mieux. Ça me convient pas non plus de prendre la pilule tous les jours [...] parce que j'ai d'autres trucs à penser donc du coup des fois j'oublie. Mais les implants ou le stérilet, c'était pas pour moi. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une discussion avec le médecin de microstructure à propos de la pilule et du tabac, la proposition d'une contraception définitive : <p><i>« Récemment il m'a dit que je devais arrêter la pilule ou du moins réfléchir à autre chose parce que c'était vraiment pas bon pour moi vu que je fume. Il m'a donné les papiers pour que...moi je me suis dit : 'Ben moi j'ai eu des enfants c'est bon j'en ai chié, maintenant c'est au tour de mon compagnon'. Donc je me suis dit ça : 'C'est à toi de le faire maintenant, c'est ton tour, allez hop !' Mais il était pas d'accord. »</i></p>
--	---

3) Avez-vous pu discuter avec l'équipe du RMS ou d'autres soignants de ce que signifiait la grossesse pour vous ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion avec la psychologue de microstructure autour de la représentation du caractère exceptionnel du bébé pour la femme : <p><i>« Pour moi c'était le bébé miracle, le bébé cadeau, le bébé qui me montre qu'on a pas à subir des violences tous les jours au travail et qu'un jour on arrête et puis on a un bébé miracle qui arrive comme ça. Ouais on en a discuté. Pour moi, ça représentait énormément ce bébé, c'était peut-être ma seule occasion d'être mère. »</i></p>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Un désir d'enfant présent mais ce n'était pas le bon moment : <p><i>« Je voulais un bébé depuis toujours et elle est pas arrivée au bon moment. Donc j'avais plus de travail, ça allait pas trop avec mon conjoint. Ouais j'étais contente mais c'était pas le bon moment, j'aurais préféré un autre moment. Ça oui j'ai pu en parler ouais. »</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Expression d'un désir d'enfant ancien avec volontés de changement pour le bien-être de l'enfant, attentes qui n'ont pas pu être remplies : <i>« Parce que je l'attendais tellement que je m'imaginai autrement la grossesse quoi. Et ouais je voulais arrêter de fumer, je voulais ci, je voulais ça et en fait elle est arrivée comme ça. »</i>
C	<ul style="list-style-type: none"> • Une grossesse très attendue, l'importance des propos rassurants du médecin de microstructure sur le bon déroulé de la grossesse permettant la diminution des angoisses : <i>« Bien sûr ça signifiait énormément. J'attendais énormément cette grossesse. Je l'ai eue tardivement parce que justement dû à des années de consommation et tout ça. Et c'était un grand bonheur. En plus je savais que j'allais certainement en avoir qu'une dû à mon âge avancé. J'ai pu en parler avec [le médecin du RMS] qui comme dit m'a rassurée. [...] Elle m'a toujours dit : 'Vous inquiétez pas, laissez-vous porter et vous verrez que les choses se passeront comme il faut' et puis c'était le cas. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de besoin ressenti de discuter de la signification de la grossesse : <i>« Pas forcément parce que comme dit moi c'était une grossesse vraiment voulue, ben si on a dû en parler mais c'est pas ce qui m'a le plus aidée. »</i>
E	<ul style="list-style-type: none"> • Une grossesse surprise dans un contexte social précaire et relationnel difficile avec le conjoint, une méfiance vis-à-vis du MSO pendant la grossesse, la conclusion qu'une IVG aurait été son choix si elle avait été possible : <i>« C'était quand même une surprise, je savais pas quoi faire à ce moment-là, si je devais la garder ou pas suivant ma situation. [...] Comme j'avais pas de boulot, j'étais au RSA [Revenu de Solidarité Active]. En plus bon j'avais vingt-huit ans, au niveau de l'âge je trouvais que ça allait de devenir maman à ce moment-là. Mais [...] je me posais aussi des questions à me dire : 'Ah tiens avoir un enfant sous traitement ?', j'avais pas trop envie quoi non plus. [...] Avec son père c'est à ce moment-là en plus quelques mois avant la grossesse que ça commençait à aller mal entre nous. Donc il y avait trois points négatifs quand même ouais. Si j'avais pu l'enlever, je pense que, je sais pas, je l'aurais pas gardée. »</i>
F	<ul style="list-style-type: none"> • La grossesse ressentie comme un moyen de se réaliser soi-même et un nouveau départ : <i>« Oui, c'était comment dire un renouveau quand même. [...] Et pour moi, c'était je sais pas comme si c'était quelque chose qu'il fallait, c'est cette chose-là que j'attendais pour</i>

	<p><i>pouvoir me sentir bien, c'est ce qui m'a permis de me sentir moi-même et d'assumer ce que je suis. [...] Pour pouvoir redémarrer sur un bon pied. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce ressenti est valable pour les deux grossesses : <i>« Ben surtout la première grossesse parce que je pars de rien et à la fin il y a un bébé. Mais la deuxième grossesse aussi parce que ça appuie encore mon sentiment, ça confirme que c'est ce que j'aime, c'est ce qui me rend heureuse et ce qui m'épanouit. »</i> • La signification de la grossesse n'a pas été discutée lors de la première grossesse car il n'y avait pas vraiment de place pour cela : <i>« Avec les intervenants de [l'hôpital ζ] c'était compliqué parce que après la première grossesse du coup on était en réanimation pendant un mois et demi. Du coup, là c'était plus axé sur le bébé, c'était pas trop dans le ressenti genre 'Ah vous êtes heureuse ?'. Parce que pendant trois semaines on savait pas si elle allait vivre ou pas. »</i> • Pour la deuxième grossesse, la femme n'en ressentait pas le besoin mais savait qu'elle pouvait être écoutée : <i>« Comme j'étais plutôt bien, ça s'est plutôt bien fini, il y avait pas de problème et on a pas trop parlé de ça. Mais parce que j'en ressentais pas le besoin. Quand on est heureux, on a pas besoin de parler en général. »</i>
G	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants sont une forte motivation au maintien de l'arrêt de la consommation d'héroïne : <i>« C'est grâce à mes enfants que je m'en suis sortie [...] parce que sinon je serais pas là. [...] Comme leur père on l'a fait ensemble, [...] On s'est battu pour nos enfants. On a nos enfants avec nous, on les adore. »</i>
H	<ul style="list-style-type: none"> • Une réflexion autour de ses capacités à être mère mise en relation avec son vécu dans l'enfance avec ses propres parents ainsi que la crainte d'être égoïste et de ne pas être aimée de l'enfant : <i>« J'ai beaucoup beaucoup réfléchi au pour, au contre et à toute cette signification. 'Est-ce que moi qui avais eu des parents qui se sont toujours plus ou moins, enfin de si loin que je me souviens, qui s'étaient toujours un peu pris le bec, est-ce que ça valait le coup de concevoir alors que moi-même je ne me sentais pas du tout les épaules pour ?' Et puis j'avais pas du tout envie pour moi en fait, je me sentais trop égoïste à ce moment-là. J'étais trop égoïste pour me dire je vais élever un enfant seule. Et moi je voulais pas d'un enfant qui me déteste parce que je pense qu'à moi. »</i> • Une importance accordée à la situation stable et à la confiance accordée au

	<p>compagnon permettant d'envisager la conception alors même que la femme exprime une absence de désir d'enfant :</p> <p><i>« Si j'avais fait un enfant avec n'importe qui, je sais pas si j'aurais eu les épaules en fait et si j'aurais eu l'envie de m'en occuper. Parce que je voulais pas d'enfant moi à la base. [...] Du coup quand j'ai rencontré le papa de mes enfants, lui en fait j'ai vu que c'était quelqu'un de fort, de fiable et à aucun moment c'est moi qui lui ai proposé d'avoir un enfant, c'est lui qui a insisté. C'est là que je me suis dit : 'Bon allez hop'. [...] Je me suis dit : 'Voilà je suis amoureuse de toi, je suis bien avec toi, je sais que toi, tu seras là, je sais que toi, tu vas les gérer, tu vas bien t'en occuper.' »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sentiment d'avoir pu décider d'avoir des enfants grâce à des arguments mûrement réfléchis ayant permis ensuite de pouvoir les aimer : <p><i>« Je travaille avec des enfants donc je sais ce que c'est les enfants. [...] J'avais pas besoin d'avoir d'enfant. J'avais pas ce besoin-là vu que j'en voyais toute la journée, tout le temps. Fallait vraiment que la personne qui voulait des enfants avec moi me donne de bons arguments pour que j'accepte d'en faire. Bien sûr que je les aime mes enfants, ils sont super mais c'est parce qu'ils ont été réfléchis. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces questionnements ont été discutés avec la psychologue de microstructure mais la femme insiste bien sur le fait que c'était avant la grossesse : <p><i>« C'était plutôt cette période-là [avant la grossesse] où j'ai consulté la psychologue pour bien réfléchir à 'est-ce que ça vaut le coup d'avoir un enfant, est-ce que je suis faite pour avoir un enfant, est-ce que je pourrais gérer un enfant' et toutes ces questions-là. »</i></p>
--	---

4) Vous êtes-vous sentie accompagnée pour devenir la mère que vous souhaitez ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Entendre qu'elle avait le droit d'être enceinte lui a permis de se sentir accompagnée dans son futur rôle de mère : <p><i>« Et comment ? Bah en dédramatisant justement le fait que je sois enceinte que j'avais droit. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant la naissance, anticipation de la prise en charge en post-partum en unité Kangourou permettant un cadre rassurant pour la future mère : <p><i>« On a calculé la date d'accouchement et on m'a promis une place en unité</i></p>
---	--

	<p><i>Kangourou. [...] Et ça a été vraiment utile et nécessaire pour moi. [...] C'était rassurant pour moi avant l'accouchement de savoir que j'allais atterrir dans cette unité Kangourou. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout en reconnaissant ses difficultés personnelles, écoute et accompagnement bienveillant avec apprentissage des soins de <i>nursing</i> : <i>« Elles étaient là à l'écoute, elles me donnaient des conseils. [...] Elles étaient vraiment très douces, très gentilles. Et on était dans une unité Kangourou, on est là pour être cajolée quoi, parce qu'on a des difficultés, on a eu des difficultés dans la vie. »</i>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Un accompagnement réalisé par la PMI, la pédopsychiatre et la psychomotricienne en lien avec le médecin généraliste de microstructure : <i>« [Le médecin du réseau] me suit encore mais c'est avec la pédopsy et la PMI. [...] J'ai leur numéro de téléphone. Ils nous demandent si on a besoin d'aide. [...] Et [le médecin], là, ils lui parlent, ils lui disent tout, ils se parlent entre eux. Tout le monde discute comme ça y'a pas trois fois la même chose dite par la même personne. Si si on m'aide encore. Ils nous donnent plein de conseils. C'est bien. »</i> • Le ressenti de ne pas être une « mauvaise mère » aux yeux du médecin du RMS, l'absence de crainte de tout raconter : <i>« Là je sais que ce que je dis, y aura pas de conséquences parce qu'elle me connaît. Si j'étais une mauvaise mère, elle le saurait, elle ferait, elle prendrait. Mais elle sait comment je suis, elle sait que je vais pas lui faire du mal. Donc je sais que je peux lui dire que ça va pas, que j'ai craqué et que ci que ça. »</i>
C	<ul style="list-style-type: none"> • Des paroles de la part du médecin du RMS rassurant aussi sur la capacité à être mère, au contraire de l'hôpital β : <i>« Oui parce que comme dit l'hôpital, c'était plus de la culpabilisation tout ça que de me rassurer et de me dire que les choses allaient aller quoi. Mais ici la microstructure non non, ça a vraiment été toujours parfait, toujours encore une fois de la présence, de l'écoute et des paroles rassurantes. »</i> • Le sentiment d'être une « mère normale » communiqué par le médecin de microstructure : <i>« Une mère normale c'est ça vraiment. [...] Et [le médecin du réseau] m'a juste aidée à vivre avec ma fille normalement quoi, d'être heureuse et de profiter un maximum. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Une aide dans les interactions mère-enfant afin de favoriser le développement psychomoteur :

	<p>« Au début mon fils avait beaucoup de retard, jusqu'à l'âge de ses quatre mois il était pas assez éveillé [...] Alors après j'avais pas envie que ça recommence, que ça fasse pareil, du coup oui j'ai beaucoup posé de questions voilà au [médecin du RMS], à la puéricultrice et c'est vrai que ça m'a beaucoup aidée pour pas faire les mêmes erreurs. »</p>
E	<ul style="list-style-type: none"> • Une recherche d'aide plutôt auprès des proches, peu de contact avec les médecins concernant la maternité : <p>« On va dire mes proches m'ont un peu aidée, genre ma mère, ma sœur, mon entourage. J'en ai parlé un peu à tout le monde. Et moi-même. Sinon après au niveau des médecins et tout et tout, j'en parlais quand même un peu moins. Après oui je posais quelques questions mais on va dire les questions, je les posais quand même plus à mes proches. »</p>
F	<ul style="list-style-type: none"> • L'impression de ne pas s'être posée de questions sur ses représentations de future mère : <p>« Quand on a un bébé, c'est genre survivre une nuit après l'autre. Donc je pense que j'étais plus dans l'instant que dans ' ah j'aimerais être comme ça ou comme ça ou c'est ça que je voudrais représenter '. »</p> • La mise en avant d'une absence de craintes spécifiques et ainsi d'une absence de nécessité de se projeter : <p>« Je pense avec une première grossesse on se dit 'est-ce que je vais y arriver ?' mais on sait pas à quoi nous attendre donc j'avais pas de craintes spécifiques. Du coup j'avais pas de crainte donc j'ai pas eu à me projeter. »</p> • Le temps long d'hospitalisation a permis l'acceptation de son rôle de mère avant le retour au domicile, l'expérience et les repères acquis avec la première lui ont permis de se sentir en confiance pour le deuxième enfant : <p>« La première j'étais à l'hôpital pendant un mois et demi donc du coup j'ai eu le temps d'accepter mon rôle de maman. Le deuxième vu que j'avais déjà eu la première pour moi c'était facile vu que je savais comment ça allait être, comment ça se déroulait. »</p> • Après la naissance, des échanges qualifiés de 'maman à maman' et non pas vécus comme des besoins de discuter de la maternité avec le médecin : <p>« Ben quand j'allais chercher mon traitement, [...] j'expliquais [au médecin de microstructure] comment ça se passait à la maison. Et comme elle a trois enfants aussi, on était dans un échange mais plus dans un échange de maman-maman, genre oui c'est comme ça comme ça. Mais voilà c'était très bien, c'est ce qu'il me fallait en fait. Elle m'a écoutée. C'était des petites questions, c'était plus pour râler un petit peu genre :</p>

	<i>‘Punaise à la maison voilà !’ Mais c’était pas vraiment un besoin. »</i>
G	<ul style="list-style-type: none"> • Ressenti d’une culpabilité vis-à-vis de sa responsabilité dans la prise du MSO, l’évocation de l’image du ‘bébé en bonne santé’ : <i>« On a déjà cette peur que ce bébé n'aille pas bien à la naissance. On se culpabilise que c'est à cause de nous. On a fait le choix d'en avoir des enfants, on est sous traitement, ils peuvent être mal et on veut pas que notre bébé il soit mal à la naissance. C'est déjà horrible et en plus un petit bébé comme ça c'est dur quoi ! On s'imagine pas ça en accouchant. On s'imagine un bébé en bonne santé. »</i> • Rejet de la norme de la « mauvaise mère » : <i>« A cause du traitement, on s'imagine qu'il y a des choses qu'on peut pas comme les autres mères et en fin de compte si ! Oui c'est ça des choses comme ça, on m'a dit : ‘Vous êtes comme tout le monde, vous êtes comme les autres mères, il y a juste que vous restez un petit peu plus longtemps, on va un peu plus vous voir’. Ça aussi, elles pointaient le doigt dessus, sur ‘vous êtes comme les autres, il n'y a pas de problème, vos enfants ils sont comme les autres et vous aussi, vous êtes comme les mamans vous aimez vos enfants, c'est pas parce que vous avez pris quelque chose une fois ou deux ou dix ans que vous êtes des mauvaises mamans.’ »</i>
H	<ul style="list-style-type: none"> • Le sentiment d’avoir ses propres ressources vis-à-vis de la fonction de mère : <i>« Je travaille dans le milieu de l'enfance et j'avais des ateliers avec des mamans et des bébés bien avant en fait d'avoir mes propres enfants. Je faisais des ateliers mamans-bébé et donc ces questions-là liées à tout ça, j'avais pas besoin de les chercher auprès d'une tierce personne parce que je faisais des ateliers où les mamans elles étaient conviées en fait et elles venaient, c'était un échange entre elles pour discuter de leur vécu, de leur façon de faire etc. Donc je pense que j'en avais déjà assez des documentations on va dire. J'avais pas besoin de me tourner vers le réseau. »</i>

5) Quels ont été vos ressentis avec les soignants concernant le MSO ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance de ses efforts par le médecin de microstructure : <i>« Mon médecin savait que je touchais plus à rien en drogue, elle savait que j'avais fait beaucoup d'efforts pour baisser. [...] Vraiment dans la microstructure où j'étais, franchement on prenait le temps d'en parler. »</i>
---	---

- Déculpabilisation de devoir augmenter les doses, fierté personnelle dans la gestion du traitement, absence de gêne pour en parler :

« Ça s'est très bien passé. On voyait que c'étaient des gens qui avaient affaire à ce genre de cas. Donc ils m'ont complètement déculpabilisée du fait de devoir augmenter la dose pendant la grossesse. [...] J'étais pas du tout gênée de parler de ça, pas du tout. Parce qu'étant donné qu'avant la grossesse j'avais vraiment bien baissé, j'étais assez fière de moi donc du coup c'était pas un problème pour en parler. »

- Ajustement des posologies après la naissance :

« Après il a fallu baisser, on a quand même tenté de rebaisser la méthadone®. »

- Importance de ne pas se sentir une exception, un cas à part :

« Même la sage-femme franchement, elle m'encourageait : 'Vous êtes pas la première à accoucher sous méthadone®, non vous inquiétez pas'. Non c'était vraiment que des gens bienveillants. »

- Importance de l'expérience des soignants avec les MSO :

« Et franchement, ça aurait été tellement triste que je tombe sur des personnes [...] qui connaissent pas bien le sujet. »

- Soutien et aide perçus lors du séjour en unité Kangourou concernant les consommations d'héroïne :

« Le père au bout du troisième jour [...] est venu avec de l'héroïne le soir à l'hôpital donc en unité Kangourou. Et moi je me suis mise à chialer parce que je voulais pas retoucher à ça et j'en avais tellement envie, je l'ai pris la ligne d'héroïne et après je suis allée voir les soignants et tout j'ai dit : 'Écoutez faut qu'on parle, faut qu'on parle parce qu'il y a un truc qui va pas et là je vais pas pouvoir gérer ça toute seule, il faut vraiment que vous expliquiez au papa que la drogue n'a plus la place dans notre foyer'. Et je l'ai quand même menacé de lui dire que je rentrerai pas à la maison si ça c'est pas écarté. Et là elles ont su faire preuve vraiment de tact et tout, elles ont parlé au papa, elles ont dit ce que je venais d'endurer, bon une césarienne tout ça et tout. Et ils m'ont dit que c'était important maintenant de pas lâcher de vraiment accueillir cet enfant dans un foyer sain et 'la drogue faut la laisser de côté, on a des moyens de substitution c'est pas pour rien'. Et là j'ai vécu une crise à l'hôpital, c'était le troisième jour ou le quatrième jour et elles étaient toutes là, elles ont toutes répondu présentes pour m'aider à parler au papa. [...] C'est pour ça que pour moi cette unité elle a été très importante. »

- Evocation d'une reprise de consommation sur une période définie après

	<p>l'accouchement :</p> <p>« <i>Après la naissance j'ai eu une période de toxicomanie.</i> »</p>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Ecoute et gestion des symptômes de manque, adaptation du traitement, respect des souhaits personnels dans la microstructure : <p>« <i>La méthadone®, il faut l'augmenter quand on est enceinte. [Le médecin du réseau] me demandait bien si ça allait, si ça suffisait encore. Ouais elle faisait bien attention, elle m'avait bien tout expliqué. [...] Elle m'avait même conseillé de prendre plus, d'augmenter plus tôt et j'ai pas voulu [...]. Elle m'a laissée faire comme je voulais. Elle m'a pas obligée ni rien. C'était très bien.</i> »</p> • Perception de menaces lors des discussions sur la prise du MSO à l'hôpital : <p>« <i>Qu'ils le disent pas comme ça, qu'ils donnent envie de se confier, pas des 'sous la menace' en disant que si... Ils nous faisaient peur. Je pense c'est normal mais le dire autrement, votre bébé, je me rappelle pas bien mais je sais que je l'ai pris mal, je l'ai vraiment mal pris. Et je me suis pas sentie à l'aise. Ouais c'était toujours avec une épée au-dessus de la tête quoi. De dire si vous prenez pas bien votre traitement comme ça ou comme ça, ben y aura ces conséquences-là et c'est mal dit.</i> »</p> • Des conséquences perçues comme pouvant être dramatiques si l'on arrive pas à se conformer aux règles : <p>« <i>Enfin je veux dire une maman qui est super stressée et tout ça, elle aurait pu perdre son bébé à cause de ça enfin ouais. Il y a des mamans qui pourraient, je vais loin, mais qui pourraient se suicider parce qu'on les menace tellement parce qu'elles arrivent pas à ne pas... »</i></p> • Concernant les consommations de substances psychoactives, le sentiment de ne pas avoir eu des explications plus orientées sur la santé du bébé mais plutôt des reproches normatifs comme la « mauvaise mère » : <p>« <i>Il va y avoir un test et si j'ai craqué, y aura des grosses conséquences. Mais c'est même pas, [à l'hôpital] ils disent même pas pour la santé du bébé ou quelque chose. Ils devraient dire : 'Vous voyez vous faites du mal à votre bébé'. L'expliquer comme ça au lieu de dire : 'On va vous le prendre à la naissance parce que vous êtes une mauvaise mère'. Ouais c'est horrible, c'est pas bien dit.</i> »</p>
C	<ul style="list-style-type: none"> • Auprès du médecin de microstructure, l'acceptation que le MSO fait partie du soin : <p>« <i>Même si j'avais toujours le traitement et que pour moi bah voilà c'était pas une bonne</i></p>

	<p><i>chose mais bon j'étais habituée et je savais maintenant avec le temps que ben ça fait partie de mon soin. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôle d'accompagnement du médecin de RMS dans l'adaptation des posologies tout au long de la périnatalité : <i>« Mon traitement ayant augmenté donc on a eu une petite phase de stabilisation et puis ensuite on a descendu tranquillement et [le médecin de microstructure] a toujours été parfaite dans ce rôle d'accompagnement vraiment »</i> • Une absence de jugement de la part du gynécologue, <i>a contrario</i> une sensation de culpabilité permanente avec les sage-femmes : <i>« Lors de cours de préparation, des choses comme ça ou de rendez-vous je voyais pas forcément le gynécologue là oui c'était très compliqué. Mon gynécologue ça allait encore, il mettait pas le doigt dessus. Il n'avait pas de mot culpabilisant. C'étaient vraiment les infirmières quoi où c'était plus compliqué. »</i> • Une mise en avant des possibles risques liés à la prise de BHD et au tabagisme : <i>« [Les sage-femmes] me disaient que j'avais fait prendre des risques à mon enfant, qu'elle risquait de se retrouver en néonate'. En plus je fumais encore, j'avais énormément réduit mais j'arrivais pas du tout à arrêter de fumer donc elles rajoutaient encore ça. Enfin c'était vraiment, elles appuyaient, elles appuyaient sans cesse quoi. »</i> • La femme a bénéficié de quelques consultations avec une sage-femme tabacologue, plus compréhensive et à l'écoute, qualités qu'elle met en lien avec une formation appropriée : <i>« Elle était très compréhensive, c'était un peu la seule. [...] Ben forcément du coup parce qu'elle avait certainement cette formation. [...] Je me souviens d'ailleurs que je l'avais revue deux trois jours après et ça m'avait fait du bien de discuter avec elle. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Une évolution positive entre les naissances des deuxième et troisième enfants : le sentiment d'une formation des personnels hospitaliers : <i>« Pour la dernière, ça s'est très très bien passé. On voit que c'est vraiment une équipe qui est formée pour ça, qui ont l'habitude, que par exemple pour mon deuxième c'était pas du tout pareil. Vraiment on voit que en cinq ans, ça a énormément évolué sur ce terrain-là. Parce que voilà à la première grossesse²⁶ au niveau des sage-femmes, des infirmières et</i>

²⁶ Premier accouchement dans cet hôpital mais deuxième enfant

	<p><i>tout à l'hôpital, voilà on se sentait pas, je sais pas comment dire, voilà ils étaient pas assez formés sur ça. [...] Je me sentais pas forcément à ma place, j'avais l'impression de comme du jugement un peu, je sais pas, c'était assez compliqué vraiment. Mais la dernière non, je pense que en cinq ans, il y a eu beaucoup d'évolution à ce niveau-là et je l'ai ressenti quoi. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une évolution ressentie lors de l'entretien avec la pédiatre avant la naissance avec le passage d'un jugement négatif sur la prise de chlorhydrate de méthadone empêchant l'allaitement à un accord : <i>« Le pédiatre tout de suite m'avait dit : 'Ah non non mais jamais de la vie avec cette méthadone®, c'est trop !'. [...] Alors je pense qu'ils étaient peut-être pas autant formés que par contre pour la deuxième²⁷, j'ai vu [...] le pédiatre à l'hôpital avant d'accoucher en fait pour la question sur l'allaitement, pour voir si lui était en accord que j'allait et tout. [...] Elle m'a dit que oui il y avait aucun souci, que je pouvais allaiter quoi. »</i> • Un meilleur vécu de la prise en charge à l'hôpital grâce à une ouverture plus grande sur les traitements de la part des sage-femmes et du pédiatre mis en lien avec de plus grandes connaissances sur le sujet : <i>« On sentait qu'ils étaient plus ouverts sur le traitement, [...] ils connaissaient beaucoup plus les choses et au final on se sent mieux quoi. »</i>
E	<ul style="list-style-type: none"> • Des informations reçues sur la non-dangerosité de la prise de chlorhydrate de méthadone pendant la grossesse auprès d'un addictologue : <i>« À un moment on avait vu un spécialiste relié à l'hôpital δ et il m'avait donné un peu toutes les informations, de me dire que c'était pas très grave d'être enceinte sous traitement, que c'était moins grave que si j'étais sous héroïne par exemple. Il m'avait dit qu'il fallait un peu augmenter le traitement, que c'était un peu mieux au niveau de moi comment je le sentais en fait. [...] C'était un spécialiste de trucs des toxicomanes. »</i> • La nécessité d'augmenter les doses confirmée par le médecin de microstructure : <i>« En tout cas j'ai dû augmenter les doses. [...] Mais ça d'après le docteur, il a dit, il fallait quoi. »</i> • La position du médecin de microstructure rassurante concernant le MSO : <i>« Il m'avait dit que ça va, c'était normal, quelque chose de la vie qu'il faut pas prendre</i>

²⁷ Deuxième accouchement dans cet hôpital mais troisième enfant

mal quoi. Ah oui il est rassurant à ce niveau-là, c'est pour ça que ça va, j'aime bien ce médecin, il est rassurant au niveau du traitement et tout. »

- A l'hôpital, une absence de jugement concernant la prise de MSO, cependant le ressenti que ce serait différent s'il y avait des consommations d'héroïne :

« Ils m'ont bien fait comprendre qu'il y avait pas de différence, ils ont dit : 'C'est juste un traitement quoi'. Ils m'ont dit : 'Si j'étais encore sous drogue dure...', là on m'aurait jugée autrement. »

- Baisse progressive des posologies du MSO après la naissance :

« On m'avait dit de après baisser le traitement petit à petit sans pression quoi quand je le sentais. Voilà ça c'était le [médecin du RMS] et à l'hôpital. »

- Le risque de consommation d'héroïne dans des moments de plus grande fragilité :

« Même quand j'avais le traitement, c'est arrivé des fois oui quand dans ma vie il y a beaucoup trop de choses à supporter, là quand il y a tout qui me tombe dessus en même temps, là il y a des fois que ça peut arriver que genre je reconsume aussi. Mais après je prends mon traitement. »

- Le souhait exprimé d'arrêter le MSO avec la croyance que cela serait nécessaire pour être acceptée et non jugée :

« Pour être normale, ce serait encore mieux de pas consommer et de pas avoir de traitement non plus. [...] C'est moi qui veux ça mais en même temps aussi c'est vrai que peut-être, le truc que l'autre m'a mis tellement dans la tête, à me dire que voilà même l'autre conjoint peut-être il supportera pas non plus que je suis sous traitement. Je vais pas rester toute ma vie toute seule. Il y a pas beaucoup de gens qui acceptent ça. C'est pas un traitement pour le cancer ou quelque chose comme ça quoi, c'est un traitement où on se dit 't'as pris ce traitement parce que t'as consommé de la drogue dure' et ça souvent c'est mal vu. »

- L'expression d'une perte de temps si le sevrage n'est pas un succès, cependant la femme exprime aussi un doute du fait d'un état émotionnel fragile :

« Déjà ça me fait chier d'être sous traitement, alors devoir reprendre pour ensuite de nouveau peut-être être de nouveau sous traitement alors que j'ai trente ans là, voilà quoi ce seraient des pertes de temps. Donc j'espère pas. Mais après franchement je sais pas avec tous les trucs qui me tombent dessus, je suis quelqu'un d'assez fragile j'ai remarqué, donc je sais pas comment je réagis en fait. »

- La consommation de cannabis à des fins apaisantes :

	<p><i>« Le cannabis, ça je fumais que le week-end ou bien quand la petite dormait, ou bien quand par exemple j'étais très frustrée ou j'avais des disputes voilà c'étaient à ces moments-là. »</i></p>
F	<ul style="list-style-type: none"> • Une absence de jugement et une déculpabilisation sur les augmentations de posologie de la part de l'hôpital : <p><i>« Quand j'avais un doute sur s'il fallait augmenter ou pas, par exemple [à l'hôpital] ils essayaient de me faire déculpabiliser sur le fait de monter la prise de méthadone®. Aucun jugement par rapport à ça. »</i></p> • La sensation très appréciée par la femme de ne pas avoir été mise dans une case de 'toxicomane' : <p><i>« Non c'était vraiment cool quand j'arrivais là-bas, c'était un rendez-vous médical mais je venais comme une femme enceinte [à l'hôpital], je venais pas comme une femme enceinte anciennement toxicomane. Je me sentais pas dans un stéréotype, je me sentais pas jugée. Non c'était vraiment...j'étais une femme enceinte en fait sauf que on écoutait le bébé, sauf que elle me demandait par rapport à mon traitement. Mais à part ça après elle me demandait mon ressenti, si la grossesse se passait bien, si je mangeais bien, le poids. Non j'étais vraiment pas dans une case en fait, c'est ça que j'ai apprécié. Je ne me suis pas senti une femme toxicomane enceinte. C'était pas réducteur. »</i></p> • L'expression d'une prise régulière du traitement et d'une absence d'inquiétude mis à part le questionnement sur la malformation : <p><i>« Je sais que je [...] m'en sortais plutôt bien dans ma prise de méthadone®, que je suis assez stable par rapport à certaines personnes et du coup ma prise de méthadone® pendant ma grossesse, je l'aurais vécue bien à 100 % si j'aurais pas eu le problème pendant la première grossesse. »</i></p> • L'expression de la place bénéfique du MSO pendant la grossesse en substitut de la consommation de drogue : <p><i>« Je pense que la méthadone® pendant la grossesse, c'est déjà mieux que l'héroïne donc pour moi je pense que c'est une bonne chose et que c'est une bonne béquille on va dire. »</i></p>
G	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de jugement ressenti concernant la prise de MSO et adaptation des posologies en fonction des symptômes de manque : <p><i>« [La SF de l'ELSA] me demandait si j'avais eu des symptômes. [...] Je disais : 'Non ça va. Oh un petit peu la nuit.' Alors elle me disait : 'Non, non, on augmente, c'est le moment, il a pris du poids, il faut !' Donc on faisait de nouvelles prescriptions et on</i></p>

augmentait. J'étais bien avec cette équipe pour en parler. [...] Elle me rassurait sur ça, elle me déculpabilisait beaucoup. »

- Des explications de physiologie données par les sage-femmes pour expliquer la distribution de la méthadone® dans l'organisme, l'évocation du risque de fausse couche, explications perçues comme déculpabilisantes pour la femme :

« [La sage-femme] m'avait expliqué avec le sang, la circulation, le bébé qui pompe donc elle m'a dit que c'était même pas de ma faute. Il faut pas insister parce que au début je me laissais pas bien, je voulais pas augmenter. Et j'avais de nombreux symptômes, j'arrivais plus à dormir, j'avais des bouffées de chaleur la nuit, je transpirais. Elle m'a dit : 'Non, non et puis c'est pas pour ça, c'est pour le bébé que c'est mauvais quoi'. Elle m'a dit : 'C'est même pas le problème de vous', elle m'a dit : 'Vous allez le rendre malade quoi, vous allez peut-être pas le garder'. Alors c'est vrai que j'ai augmenté petit à petit. Plus il grossissait, plus le traitement montait. »

- À la suite de ces explications, la prise du traitement avait été séparée en deux prises matin et soir :

« Normalement un traitement c'est tous les vingt-quatre heures, avec [le deuxième enfant] je faisais six heures du matin et je reprenais à dix-huit heures. Je séparais mon traitement en deux parce que j'avais des symptômes le soir. [...] [La sage-femme] [...] m'a expliqué un schéma, elle m'a expliqué que forcément ça tenait pas assez d'heures. »

- Concernant l'éventuelle prise d'héroïne, une franchise de la part de l'équipe hospitalière appréciée par la femme :

« Quand même on se parlait clairement, on tournait pas autour du pot vous voyez. Elles me disaient : 'Est-ce que vous avez envie de consommer ? Est-ce que vous avez consommé ? Comment ça se passe ?' Non mais elles étaient gentilles mais elles savaient aussi poser les questions qu'il fallait quand il fallait, clairement et ça c'était bien parce que vous voyez, elles étaient franches quand même et ça je trouvais bien. »

- Une démarche de questionnement sur l'envie de consommer des substances psychoactives également présente avec le médecin de microstructure :

« 'Est-ce que vous avez des envies ?' Alors je disais : 'Aujourd'hui c'est un peu plus dur. Est-ce que j'y ai pensé ?' Comme je le fais avec [le médecin du RMS] encore aujourd'hui, on se parle sans tabou. [...] Il me demande toujours : 'Plus de drogue ? L'alcool ? Le cannabis ?' Alors que j'en ai jamais consommé mais il demande toujours, il veut toujours être rassuré. »

	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant la grossesse, l'existence de test urinaire non anxiogène pour la femme devant l'absence de consommation de substances psychoactives : <i>« On m'avait dit que j'allais être testée vers la fin de la grossesse. Moi je savais que je consommais pas, donc j'avais pas de souci. J'étais pas angoissée par ce test mais on m'avait prévenue par avance ce qui est normal. »</i>
H	<p><u>Lors de la première grossesse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La demande pressante de son compagnon d'arrêter le MSO avant la grossesse : <i>« C'est [mon compagnon] qui à l'époque où j'étais encore sous méthadone® liquide qui m'a dit : 'Allez on va faire un enfant, t'arrêtes la méthadone® !' Et c'est comme ça que du coup j'ai voulu arrêter la méthadone®. »</i> • En lien avec le médecin de microstructure, une réduction progressive des posologies de chlorhydrate de méthadone en vue de l'arrêt, réduction initiée avant la grossesse et arrêt effectif après le début de grossesse : <i>« Avec [le médecin du RMS], on a fait ce travail-là de passer de quatre-vingt-dix ou cent en fiole à cinq mg, quatre mg, trois mg, deux, un jusqu'à zéro mg en gélule. [...] Au tout début de ma grossesse, si je ne me trompe pas, j'étais quasi à zéro. »</i> • Reprise ponctuelle d'héroïne pendant la grossesse, la femme met en avant l'arrêt trop rapide du MSO, l'inactivité ainsi qu'un état psychologique non favorable à ce changement : <i>« A quatre mois et demi ou cinq mois de grossesse, j'étais toute la journée à la maison parce que je ne pouvais plus travailler et puis je pense que j'étais pas préparée psychologiquement. J'avais arrêté trop rapidement en fait je pense. »</i> • Elle s'est tournée vers le médecin de microstructure pour reprendre le MSO mais n'a pas souhaité discuter ni avec le médecin ni avec la psychologue de cette rechute parce qu'elle n'en ressentait pas le besoin expliquant qu'elle avait analysé seule les causes de cette rechute : <i>« J'avais pas besoin d'en discuter parce que je savais comment, je savais pourquoi. Parce que ben j'ai croisé une amie avec qui je m'entendais très bien pendant que j'étais dedans. J'avais croisé cette personne pendant que j'étais en inactivité chez moi à la maison. Donc sur le coup ben comme elle ne travaillait pas, elle s'est dit que c'était une super idée de me faire passer le temps, de venir un peu chez moi etc. Je ne lui ai pas dit non parce que j'étais pas contre à ce qu'elle vienne. Et puis voilà en fait je le savais, je savais que c'était pas bien. J'avais tout analysé. Je savais pourquoi à ce moment-là, le truc c'est que il</i>

suffisait de faire un faux pas pendant un ou deux jours et le processus était reparti. »

- Après la reprise de la méthadone®, la femme n'en a pas parlé à son compagnon ni à l'équipe obstétricale de l'hôpital :

« J'avais tellement honte que j'ai pas du tout dit à qui que ce soit, ni à mon conjoint ni même à l'hôpital, à personne que j'étais sous traitement méthadone®. Donc je suis arrivée à l'hôpital et l'équipe ne savait pas du tout que je prenais quoi que ce soit. »

- Après la naissance, lors du suivi avec la pédiatre, la femme n'a pas voulu parler du MSO ni du SSNN :

« La pédiatre de mon fils, c'est en fait par la suite, ma mère sa voisine c'est une pédiatre et donc pour moi il me semblait évident d'aller chez elle. Et comme je ne voulais pas qu'elle sache donc je suis allée avec mon fils seulement une fois qu'il était né et c'est moi qui lui apporté les documents. [...] Elle était surprise de voir qu'ils l'avaient vacciné contre l'hépatite B. 'C'est ça ils vaccinent pas tous les enfants ?' Mais comme moi j'étais considérée comme toxicomane, du coup ils lui avaient fait une première injection d'hépatite B. Elle comprenait pas pourquoi et moi j'ai fait la bête, j'ai dit : 'Ah moi je comprends pas non plus'. »

- Lors de la deuxième grossesse : suivi par l'ELSA, absence de ressenti de jugement :

« J'ai été vraiment très bien reçue. Le personnel était super. [...] Je pense que les gens là-bas, ils en voient des vertes et des pas mûres. Donc j'imagine que même l'étonnement sur leur visage, il n'y en a pas. »

- Lors du suivi en microstructure : Absence de jugement ressenti de la part du médecin et adaptation des posologies en concertation avec la femme avec nécessité de réajustements des posologies :

« Quand j'ai eu des petits accrochages comme ça là où j'ai dû revenir vers lui pour des augmentations de traitement, il m'a toujours donné moins que ce dont j'avais besoin mais ensuite il m'a bien dit que si ça n'allait pas, je devais revenir le voir. Donc c'est ce qu'on a toujours fait. »

6) Vous êtes-vous sentie soutenue par l'équipe du RMS et par les soignants impliqués dans le suivi ? Et plus particulièrement vous êtes-vous sentie soutenue dans les actions que vous avez pu mettre en place pendant la grossesse et l'année suivant l'accouchement ?

A	<ul style="list-style-type: none"> ● Un soutien salvateur : « Ça aurait pu tourner à la catastrophe. Franchement parce que si j'avais pas eu tous ces sourires, toutes ces mains tendues, je me serais écroulée. » ● Une facilité liée à des intervenants venant au domicile ou proches de chez soi : « J'ai la sage-femme qui venait à la maison, je pouvais faire des échographies [...] pas très loin de chez moi. » ● Un rappel de la nécessité de faire soi-même des efforts afin de pouvoir recevoir de l'aide et de pouvoir se faire comprendre : « C'est à nous aussi de faire les efforts, de dire ce qu'on ressent, de faire l'effort de dire ce qu'on ressent, de dire où on a des craintes parce que sinon ils peuvent pas nous aider. Donc le fait que je suis une fille qui parle beaucoup et qui n'a pas de filtre, qui en met parfois mais très peu, ça leur a permis aussi de savoir eux comment moi je sentais les choses. » ● Le conseil du choix de la microstructure pour les femmes usagères de drogues pour une meilleure connaissance des problématiques et un meilleur suivi, « un travail en amont » qui permet d'être bien entourée : « Et déjà quand on tombe enceinte et qu'on prend des drogues ou des trucs il faut vraiment privilégier les microstructures parce que ces médecins et ces psychologues ils ont l'habitude de ça. Et ça peut qu'être positif donc faut faire l'effort déjà que si on se drogue d'essayer de se faire soigner d'autant plus si on tombe enceinte. C'est un bébé, on peut le perdre, on peut le perdre ce bébé du bonheur si on fait pas les bonnes choses. » ● Un besoin d'accompagnement par des professionnels pendant une semaine en unité Kangourou : « Moi j'ai eu la chance de rester sept jours à la maternité. Pour moi c'était pas possible d'envisager moins. Je serais bien restée un jour ou deux de plus mais on m'a dit que c'était bon, que je pouvais partir, que tout était en règle et donc j'ai accepté au bout de sept jours de partir. »
---	--

B	<ul style="list-style-type: none"> • Une présence et une attention à ses besoins au sein de la microstructure par le médecin et la psychologue : <i>« Elles étaient là. Elles savaient comment j'étais, elles savaient quand j'avais besoin même sans parler. Elles voient la tête que je fais. [...] Ça coulait de source. »</i> • Le ressenti d'une absence de respect du suivi souhaité à l'hôpital et d'une absence de coordination avec le médecin généraliste : <i>« Ils ont pas pris en compte ce que [le médecin de microstructure] disait et ce que moi je voulais pour mon suivi.</i> • Un ressenti de pression et de menaces lors du suivi hospitalier, la crainte du placement de l'enfant : <i>« Ils obligent en fait, ils donnent pas le choix. Ils font des tests et ils menacent que si on fait ça, si on en prend encore comme ci-comme ça, on va nous prendre le bébé, on va nous enfermer et je trouve ça encore plus stressant. Que ouais déjà on s'en veut comme ça si on craque alors qu'on nous mette encore la pression par derrière. » [...] « Ben parce que quand ça commence après, pour le récupérer le bébé, il faut des années hein. Parce qu'on se renseigne après et quand je vois qu'il faut plus de deux ans pour récupérer son bébé, bah tu te dis, et que quelqu'un d'autre va s'en occuper parce que on est pas capable ou, on le sait hein. Mais dit avec des menaces, avec des trucs, y a certaines personnes ça marche pas. »</i> • Le ressenti d'une hospitalisation sous la contrainte : <i>« Alors déjà quand on dit y a que quatre places [en Unité Mère-enfant], je me dis, je suis tellement horrible qu'on me met dedans. On m'a forcée, on m'a pas laissé le choix. On m'a forcée. [...] Mais en fait ils ont fait comme si c'était moi mais c'était une menace. Soit j'allais là-bas de mon plein gré, soit ils faisaient un truc avec le juge et tout, alors que [...] elle venait de naître. »</i> • L'expression du regret d'avoir été honnête sur ses consommations et son vécu : <i>« Et des fois, je me disais que j'aurais mieux fait de rien dire du tout que je prenais de la méthadone® et faire comme ça. J'ai tellement regretté après ouais d'avoir raconté quand ça allait pas. »</i> • Le ressenti que les soignants hospitaliers ont suspecté un risque de maltraitance dont la femme se défend : <i>« J'avais l'impression qu'ils [le suivi hospitalier] lui demandaient pas alors que [le médecin du réseau] me connaît depuis longtemps, qu'ils lui ont pas demandé :</i>
---	---

	<p><i>‘Comment j’étais, est-ce que j’allais faire du mal à la petite, est-ce qu’elle ressentait ça ou pas ?’ Alors qu’ils se sont tout de suite fait une idée. Ils ont tout de suite fait comme si ça allait être grave. Je suis désolée, quelqu’un qui va pas bien du tout et qui compte faire des trucs comme ça, faire du mal, elle en parle pas, elle va pas en parler. Alors que moi j’en parlais, ouais. Si j’en avais pas parlé, on m’aurait laissée tranquille en fait. Ça aurait été peut-être plus grave en fait, je sais pas. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sentiment que son vécu personnel est utilisé pour justifier une prise en charge qu’elle rejette : <p><i>« [La psychiatre] disait des trucs horribles : ‘Avec votre vécu je sais pas comment vous faites pour tenir debout’. Comme si c’était, c’est horrible ce qu’elle dit. [...] On aurait dit qu’elle me disait que j’avais eu une vie tellement horrible que je devrais être complètement morte, par terre et euh que j’ai besoin d’aide absolument. Alors que oui j’avais besoin d’aide mais pas ça quoi, pas me faire enfermer. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sentiment d’être jugée par les professionnels censés l’aider alors même qu’elle porte déjà un jugement sur elle-même, un sentiment de détresse face à cette situation : <p><i>« Même après deux mois là-bas [en unité Mère-enfant], il y en avait où ça se ressentait que [les infirmières] nous prenaient pour des moins que rien quoi. On se sent déjà nous comme ça, on a pas besoin que les autres le fassent aussi. »</i></p>
C	<ul style="list-style-type: none"> • L’évocation du risque de dépression s’il n’y avait pas eu le soutien du médecin de microstructure : <p><i>« Heureusement qu’il y avait ici cette microstructure parce que s’il y avait eu que l’hôpital vraiment, j’aurais, je crois que j’aurais été de suite dans une dépression quoi, avant l’accouchement pendant et après. Et d’avoir cette écoute après ici et les mots rassurants du [médecin du réseau], ça m’a aidée à garder la tête haute et à me dire : ‘Ben non ça va aller’. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A la maternité : le ressenti d’être différente, de ne pas avoir été accompagnée, un ressenti de culpabilité difficile à supporter et provoquant une certaine détresse : <p><i>« A l’accouchement et les jours qui suivaient l’accouchement, on m’a clairement fait ressentir que j’étais différente des autres mamans. [...] C’était pas que des mots, c’était vraiment une attitude. Je voyais l’accompagnement et la présence qu’elles avaient avec les autres mamans et moi pas du tout en fait, elles venaient vraiment que pour faire ce qu’elles avaient à faire et repartaient et elles m’en demandaient pas plus et n’essayaient</i></p>

	<p><i>pas d'être plus présentes que ça. [...] Et de la culpabilisation aussi énormément vraiment, j'en ai pleuré. En plus, j'ai dû rester cinq jours parce que j'étais césarisée. C'était vraiment très très très compliqué. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de rencontre anténatale avec le pédiatre, rencontre brève avant la sortie de maternité : <p><i>« Je l'ai rencontré que le dernier jour quand il a fait la visite de la petite pour savoir si elle pouvait sortir. »</i></p>
D	<ul style="list-style-type: none"> • La perception d'un soutien présent, bienveillant, sans jugement : <p><i>« On voit qu'ils sont vraiment là, autant l'équipe que [le médecin du RMS], elles sont là pour nous aider au mieux quoi, c'est vraiment pas dans le jugement du tout, c'est vraiment pour nous aider quoi et on se sent vraiment très très bien soutenue. Ils sont à l'écoute déjà, beaucoup et puis les conseils, on voit que c'est des conseils bienveillants du coup dans ce sens-là on se sent pas seule quoi, on voit qu'on est bien accompagnée. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une aide perçue pour la mère et l'enfant et pas uniquement vis-à-vis de la mère : <p><i>« On sent vraiment qu'ils sont là pour nous aider, pour nous et notre enfant. »</i></p>
E	<ul style="list-style-type: none"> • La proposition de substituts nicotiques de la part de l'addictologue : <p><i>« Ils m'ont juste dit si jamais je veux, je peux avoir des patchs oui. D'ailleurs même l'addictologue qu'il y avait à l'hôpital ε, elle m'avait prescrit une fois, elle m'avait fait une ordonnance de nicorette et je les avais cherchés et genre je les ai pris deux fois et après j'ai pas continué. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une volonté personnelle de baisser le tabagisme en minimisant le rôle des soignants : <p><i>« En fait à la base c'était surtout pour moi-même en fait parce que je sais que c'est pas bon pour les enfants. C'est pas vraiment que je me suis sentie soutenue, après ils me l'ont dit à l'hôpital, les médecins mais c'est pas à cause d'eux que j'ai baissé. C'est plutôt pour moi-même et en même temps aussi pour mon conjoint, lui aussi il me mettait la pression pour que j'arrête de fumer. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu de suivi des recommandations des soignants, choix de gérer seule ses consommations, expression d'un lien avec le vécu émotionnel : <p><i>« Comme dit eux aussi ils m'ont dit de le faire, ils m'ont aidée, ils m'ont donné les choses pour le faire quoi. C'est juste après c'est moi, j'ai pas suivi vraiment ce qu'on me disait. Je l'ai fait pour moi quoi, dès que je le voulais. Après comme je l'ai dit, par exemple pendant un mois j'arrivais à arrêter de fumer, après je reprenais un peu, après</i></p>

	<p><i>je rediminuais de nouveau, c'était pas très stable. Ça dépendait vraiment de mon émotion. »</i></p>
F	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les actions mises en place par la femme, l'arrêt de la consommation d'alcool lui a semblé simple à effectuer : <p><i>« L'alcool, j'en buvais occasionnellement, enfin c'est-à-dire dans un restaurant, c'était pas une addiction pour moi. Du coup, l'alcool je pouvais arrêter facilement, c'était pas un problème. »</i></p> • Concernant le tabagisme, à la première grossesse la prescription de patch nicotiques par la sage-femme a permis le sevrage : <p><i>« Je fumais et à deux mois ou trois mois à l'hôpital, la [sage-femme] m'a donné des patchs et je crois qu'assez vite en deux-trois semaines, j'ai réussi à arrêter complètement et j'ai arrêté jusqu'à la fin de la grossesse. »</i></p> • Lors de la deuxième grossesse, la femme a eu également recours à l'aide du suivi hospitalier : <p><i>« Vu que j'avais eu ce moment de stress, j'ai pas réussi à arrêter le tabac. Mais j'ai essayé les patchs aussi, on m'a proposé. J'ai même fait de l'acupuncture pour le tabac. »</i></p> • L'importance d'avoir un espace de parole auprès de professionnels habitués à suivre des femmes enceintes sous MSO : <p><i>« [Le médecin de microstructure et les SF de l'ELSA] connaissent et je suis pas la première personne qu'elles voient. Et avec la famille même si ils veulent nous écouter, on n'est pas forcément à l'aise de raconter tout ce qu'on ressent. Et puis même ils peuvent pas comprendre certaines choses. Du coup c'est important de pouvoir se livrer à des personnes même en-dehors du cadre familial en fait. Déjà ça, c'est important et du coup c'était un grand bien. »</i></p> • Et en même temps, la mise à distance par la femme du 'médical' et la mise en avant de la personne avant la profession : <p><i>« Et toujours franchement en fait j'ai l'impression, c'est des femmes avant d'être des docteurs. Elles sont... quand je suis avec elles, j'ai l'impression plus de parler pas avec une amie parce qu'il y a quand même cette distance mais quand je leur parle, je parle plus à... j'oublie que c'est médical, je leur parle plutôt comme avec une personne, une femme que avec un docteur. »</i></p> • De même avec l'assistante sociale rencontrée à l'hôpital : <p><i>« J'ai vu l'assistante sociale aussi pendant les grossesses à chaque fois [à l'hôpital].</i></p>

	<p><i>Elle m'encourageait pour les aides pour le bébé, pour plein de choses, même pour un petit papier, elle nous aidait. [...] Genre hyper investie, elle était au taquet, elle était trop bien, trop gentille. [...] C'est une assistante sociale mais t'enlèves ce voile-là et t'es face à une personne qui te dit : 'Ah mais tu peux faire ça !' Il n'y a pas ce cadre-là et ça c'est trop appréciable. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>A contrario le rejet de l'assistante sociale de microstructure par manque de sympathie et de disponibilités perçu par la femme :</i> <p><i>« Je me souviens qu'à l'époque en plus c'était chiant parce qu'elle venait une fois par semaine, il faut être disponible à ce moment-là où elle est là et j'avais pas trop accroché [...], on dirait vraiment une assistante sociale un peu âgée, très fermée et sur le relationnel ça joue trop. »</i></p>
G	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le vécu de sa deuxième grossesse a été transformé par le fait d'avoir pu parler de la prise du MSO dès le début de la grossesse et de savoir que la prise en charge était adaptée :</i> <p><i>« On sait que son bébé est suivi, qu'il est en bonne santé et que on sait ce problème-là, ça change tout d'avoir parlé de ça avec des médecins. Ça m'a changé ma grossesse. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Importance de pouvoir se sentir à l'aise dans les interactions avec les SF :</i> <p><i>« On se sent pas bête de poser des questions déjà. Et comme elles en parlent tellement librement elles, on voit qu'elles sont à l'aise les sage-femmes [...] et du coup je me suis sentie complètement à l'aise. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Le ressenti d'une information complète tout au long du suivi :</i> <p><i>« [A l'hôpital] elles me parlaient de chaque étape de suivi, de tout. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mise en avant des actions réalisées par la femme prouvant ses efforts :</i> <p><i>« [Les sage-femmes] disaient : 'Mais non c'est pas de votre faute, surtout punaise vous vous en sortez, vous faites tout ce qu'il faut'. J'en ai déjà pleuré [...], elles ont su trouver les mots, elles étaient vraiment bien autant les sage-femmes que les psychologues. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pendant les dix jours d'hospitalisation après l'accouchement, le ressenti que l'équipe hospitalière était attentive à ses besoins et dans une relation d'aide :</i> <p><i>« Les sage-femmes aussi [à l'hôpital] pendant les dix jours où j'étais là-bas, elles m'ont bien suivie même psychologiquement parce que c'était pas évident tout ça, les dix jours, le Covid on pouvait pas sortir, [le bébé] prenait pas de poids, j'avais pas le droit de rentrer et donc elles venaient tout le temps dans ma chambre. Elles me parlaient, elles me demandaient si j'avais besoin de parler à quelqu'un... »</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Aide au sevrage tabagique par le médecin de microstructure : « <i>Même encore maintenant [le médecin du RMS], il me donne des patchs. J'essaye de diminuer, j'ai beaucoup diminué.</i> »
H	<ul style="list-style-type: none"> • Après la naissance du premier enfant et la discussion autour du MSO, la femme n'a pas ressenti de jugement de la part des soignants : « <i>L'équipe a été surprise, énormément surprise. Après est-ce qu'il y a eu du jugement ou pas ? En face de moi il n'y a personne [...] qui m'a montré quoi que ce soit. Après encore une fois je pense que j'étais tellement mal que je ne sais même pas si je l'aurais remarqué à ce moment-là.</i> » • Cependant pour sa deuxième grossesse, elle ne souhaitait pas être suivie dans le même hôpital par crainte d'être cataloguée mais sans blâmer les soignants : « <i>Vis-à-vis de que j'avais déjà accouché là-bas et que tout ce qui s'était passé, j'avais peur de retourner dans ce même service, qu'ils se disent 'Ah c'est celle-là !', ben je sais pas. Mais après je pense que ça n'a rien à voir avec eux.</i> » • Lors de la deuxième grossesse, une prise en charge par l'ELSA dès la fin du premier trimestre de grossesse : « <i>Au troisième mois je crois de grossesse ou quatrième mois, j'avais commencé à prendre des rendez-vous là-bas, j'avais tout bien fait. [...] Là-bas en fait ils ont tout un service en fait qui gère tout ça donc ils sont habitués. Ils ont des gens qui sont là que pour ça et qui ont l'habitude de gérer ce genre de personnes quoi.</i> » • L'abord par le médecin de microstructure de l'aide à l'arrêt du tabagisme, prise en charge non souhaitée par la femme : « <i>À plusieurs reprises je sais qu'il m'avait fait part du fait que si je voulais arrêter de fumer, que je pouvais être aidée. [...] Mais j'ai toujours plus ou moins géré toute seule. [...] J'avais toutes les infos, je les avais cherchées de mon côté.</i> » • Ainsi lors de la tentative d'arrêt du tabagisme, la femme a écouté l'avis de son compagnon sur la potentielle dangerosité de la cigarette électronique sans chercher d'information complémentaire auprès du médecin de microstructure : « <i>J'ai essayé d'arrêter par mes propres moyens en prenant comme dit la vapote, la cigarette électronique avec la nicotine qu'il fallait jusqu'à redescendre la nicotine au plus bas. Et puis après quand je suis tombée enceinte, mon compagnon qui avait lu beaucoup de trucs disait : [...] 'Au moins la cigarette on sait que c'est de la merde mais la vapote on sait pas ce qu'il y a dedans et on sait pas ce que ça peut faire au bébé.'</i> [...]

Et donc pour lui il valait mieux que je fume cinq clopes que je vapote comme ça toute la journée ce truc-là [...] C'était un avis personnel, j'ai pas trop cherché d'info là-dessus. »

7) Qu'avez-vous ressenti en rencontrant votre bébé ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Un regret de ne pas avoir vu le nouveau-né (NN) au moment de l'accouchement : <i>« Je sais pas si c'était à cause de la péridurale qu'on me l'a pas mis au sein [...]. J'étais encore endormie, je sentais pas mes douleurs. J'aurais aimé qu'on me le pose dans les bras, j'aurais aimé même deux heures ou trois heures après qu'on me le donne, qu'on me le donne cinq minutes, que je puisse voir mon bébé qui venait de naître. »</i> • Lors de la rencontre le lendemain, bonheur et fierté d'avoir son bébé près de soi et d'en prendre soin : <i>« Déjà j'ai ressenti un manque en le voyant je me suis dit : 'Mais tu m'as manqué petit con, t'étais où ?' J'ai pleuré, je l'avais enfin dans ma chambre à moi quoi. Enfin je pouvais m'en occuper, lui parler, lui faire des petites caresses, apprendre à comment on change un bébé. Ils m'ont bien montré après. [...] J'étais heureuse. [...] J'étais en pyjama et j'avais une tête pas possible avec mon bébé dans les bras, je faisais des photos dans le miroir, j'étais trop fière. »</i>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Une douleur mal contrôlée empêchant la rencontre immédiate avec le bébé : <i>« J'avais trop mal. La péridurale, elle avait pas marché. Je m'en veux mais la première chose que j'ai pensé quand on me l'a posé sur le ventre c'est : 'Non enlevez-la parce que j'ai trop mal'. »</i> • Une rencontre différée dans la chambre mais heureuse, le sentiment d'un tête-à-tête précieux avec son bébé : <i>« C'est plutôt après l'accouchement, dans la chambre. J'étais contente, j'étais contente que y'avait pas de visite, qu'elle était que à moi. J'étais un peu triste que le papa à cause du Covid y puisse pas être là mais non, j'étais heureuse là-bas. Je l'attendais depuis des années. J'étais contente. [...] Je l'ai aimée tout de suite. »</i>
C	<ul style="list-style-type: none"> • Une rencontre parfaite, émerveillée : <i>« Pendant la césarienne, je l'ai eue très rapidement, ça a vraiment été trop rapide et puis on est un peu dans les vapes. Et ensuite bah oui je l'ai vue deux heures après et là c'était juste parfait forcément. Je l'ai gardée tout de suite avec moi. [...] J'étais juste pleinement</i>

	<i>heureuse d'avoir ma fille et c'était incroyable. Un grand bonheur. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Une petite fille très désirée pendant la grossesse et un grand bonheur lors de la rencontre : <i>« J'avais déjà deux garçons du coup je voulais tellement une petite fille que voilà déjà tout au long de la grossesse c'était merveilleux mais alors à l'accouchement [...] quand je me suis remis de mes émotions ça a été que du bonheur. »</i>
E	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant la césarienne en urgence vécue difficilement, la vision brève du NN : <i>« Ah parce par exemple le moment où elle est sortie de mon ventre, ben là comme dit la césarienne elle s'est assez mal passée, ça fait que j'étais en plein vomissement, [...], je perdais énormément de sang. En fait on me l'a juste vite fait montrée [...]. Donc déjà là c'est sûr que ça m'a fait plaisir de la voir vite fait mais elle était plein de sang et tout donc j'ai pas trop pu voir la chose parce que quand je l'ai vu ben après j'ai tout de suite revomi, j'étais vraiment au bout de ma vie à ce moment-là. »</i> • Dans la chambre après la césarienne, la prédominance de douleurs ayant empêchée la rencontre avec le bébé : <i>« Même ça après pendant toute une nuit j'étais...en fait c'est lui qui l'avait prise dans les bras et il avait voulu me la montrer à un moment mais moi j'étais tellement sur ma douleur que je sais pas comment dire mais je m'en foutais un peu. C'est méchant à dire mais j'avais tellement mal que nan c'était, j'arrivais pas. »</i> • La rencontre a pu avoir lieu après la diminution des douleurs : le ressenti de plusieurs émotions : émerveillement, fierté et peur : <i>« Quand je me suis réveillée après que les douleurs sont un peu parties le lendemain matin, là quand on me l'a mis à côté de moi là oui je sais pas, là je l'ai vue un peu autrement, là je me suis dit, quand même, je sais pas comment dire, je trouvais ça beau. J'étais contente quand même de moi. On va dire j'étais fière. Malgré tout, malgré les problèmes que j'ai eu pendant ma grossesse, pendant l'accouchement, pendant tout enfin. [...] Et après comme dit je ressentais de la fierté mais en même temps de...j'avais tout de suite senti un peu de...comme dit tout se relie un peu à ma relation avec son père. Je sentais que... 'Comment je vais faire en fait ?' Tout de suite quand je l'ai vu, j'ai tout de suite pensé genre à plus tard. On va dire, le moment présent il a été assez court à me dire : 'Ah tiens je suis fière de moi, mon bébé est beau' et tout. Après je me suis tout de suite dit : 'Ah mince c'est bien beau tout ça, mais comment ça va se passer quoi ?' »</i>
F	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la première grossesse, premières réactions de bonheur puis crainte de ne

	<p>pas y arriver devant les pleurs de l'enfant puis réengagement en faveur de l'enfant une fois le diagnostic posé :</p> <p><i>« Alors accouchement, on me l'a posée dessus, trop contente, trop heureuse, émue tout ce que vous voulez. Après on savait pas qu'elle avait le problème mais du coup elle faisait que pleurer parce qu'elle avait mal au ventre et elle hurlait, elle hurlait. Et le lendemain dans la chambre, j'ai dit à mon conjoint : 'Mais tu te rends compte que ça va être tout le temps comme ça, qu'est-ce qu'on va faire ? Peut-être qu'on n'a pas bien fait d'avoir un bébé ?' Là je me suis sentie vraiment surpassée d'un coup comme elle faisait que pleurer. Et là j'ai eu un peu peur d'un coup et après quelques heures après on s'est rendu compte qu'elle avait un problème et du coup là je m'en suis voulu d'avoir ressenti ça. Mais du coup on a compris pourquoi elle pleurait. Et du coup là j'étais de nouveau genre : 'Non mais je veux pas que mon bébé meure'. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors de la deuxième grossesse, une acceptation du rôle de mère et une absence de doute facilitée par l'absence de pleurs : <i>« Et le deuxième par contre, c'était nickel genre j'ai eu aucun doute. Le bébé était trop gentil, enfin trop gentil, il pleurait pas. Et j'ai accepté ce rôle de nouveau tout de suite. »</i> • Les premiers jours de vie du deuxième enfant vécus en intimité exclusive : <i>« Cette fois-ci y avait pas le papa vu qu'il fallait qu'il garde la première. Et du coup là j'étais en tête à tête avec le bébé. C'était pas que c'était encore mieux mais genre comme on est fatiguée après la naissance, j'ai pas à m'occuper de si mon conjoint il vit bien la chose ou pas, là c'était vraiment je suis sur moi-même et sur le bébé. »</i>
G	<ul style="list-style-type: none"> • Un accompagnement par l'équipe de sage-femmes qui a permis à la femme de se sentir 'comme en famille' lors de l'accouchement : <i>« C'était beau, c'était super ! Le deuxième déjà on est moins angoissée, on a moins peur et puis [...] je me sentais bien entourée par cette équipe. Donc je l'ai fait seule et c'était super. J'avais l'impression que j'étais en famille franchement, elles étaient bien. »</i> • Lors de la rencontre avec le nouveau-né, de l'amour et de la fierté ressentis : <i>« Plein d'amour, j'étais contente, j'étais fière de moi. »</i>
H	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de l'accouchement du premier enfant, sentiments d'amour et de joie : <i>« Bah avec mon fils, c'était je pense comme toutes les femmes, l'accouchement il s'est passé normalement. Donc j'étais avec mon compagnon, c'était beaucoup d'amour, beaucoup de joie, c'était très bien. »</i> • Lors de la naissance du deuxième enfant par césarienne, la rachianesthésie a été

	<p>transformée en anesthésie générale ce qui a différé la rencontre avec l'enfant :</p> <p><i>« Je me suis réveillée en salle de [réveil] et c'est seulement ensuite que j'étais complètement dans les vapes qu'ils m'ont ramené le bébé donc c'est pas la même chose, c'est pas pareil. [...] Il me semble qu'ils m'ont laissé me réveiller doucement et ensuite [...] je l'ai pas portée bien sûr que non mais elle était à côté de moi, je pouvais la voir. [...] J'étais très contente. Beaucoup de joie. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des enfants attendus et aimés dès leur naissance : <p><i>« Comme dit je les attendais tous les deux avec impatience, j'étais très contente voilà et je les ai aimés tous les deux. »</i></p>
--	--

8) Comment avez-vous vécu la prise en charge de la douleur ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • L'argument de l'impossibilité de prendre trop d'antalgiques à cause de l'allaitement : <p><i>« Bah le problème c'est que comme j'essayais l'allaitement, la douleur ben alors tu peux pas prendre cinquante médocs c'est pas possible hein tu dois, tu dois vivre avec. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une relativisation de la douleur par le bonheur d'avoir son enfant près de soi : <p><i>« Donc c'est vrai que ça, le fait d'être heureuse et qu'on m'a confortée dans le fait que j'avais le droit, moi aussi à avoir un enfant en amont avant la césarienne, que j'y avais droit et ben tout ça a juste fait que quand j'avais mon bébé près de moi, c'est pas que je l'oubliais la douleur parce qu'à chaque pas ça te le rappelle mais tu relativises en fait. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une « forme d'acceptation » de la douleur considérée comme nécessaire à l'enfantement, les suites d'un « combat » tout au long de la grossesse : <p><i>« Pour un enfant, on le reçoit pas comme ça, par une cigogne quoi. On doit le porter, le dorloter, on doit plus fumer, on doit plus boire, on se bat pour lui pendant des mois. Une fois qu'il est là tout ce qu'on veut, c'est qu'il soit en bonne santé, qu'on découvre rien de dramatique. Donc la douleur en fait, tu l'acceptes, c'est une acceptation. C'est une acceptation et puis comme je vous ai dit, je l'ai pas mal pris parce qu'il fallait bien passer par un moment de douleur. Et les jours passant, les fois où tu te lèves pour le changer ou les fois où tu te lèves pour aller le chercher, le mettre à la pouponnière, ou ci ou ça, je veux dire au fur et à mesure les douleurs, elles sont moins fortes et puis voilà. »</i></p>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Un dysfonctionnement de la péridurale :

	<p><i>« Elle était en train de me recoudre et ils savaient pas que la péridurale marchait pas, donc elle me recousait à vif. Et je disais : 'J'ai trop mal, j'ai trop mal'. Elle me disait : 'C'est pas possible'. Ils ont regardé, en fait ça marchait pas. Heureusement je savais pas, j'appuyais sur le bouton, je croyais que ça marchait. Donc dans la tête ça a marché un peu le placebo. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le regret de ne pas avoir eu de cours de préparation à l'accouchement : <i>« J'ai pas eu, vu que j'avais un mois d'avance, j'ai pas eu, ça je trouve ça un peu bête aussi, vu qu'il y a eu le confinement, on a pas eu les cours de préparation. »</i> • Hospitalisation avant un déclenchement prévu qui n'a finalement pas été nécessaire, absence d'explications en avance sur le déclenchement imputée au manque de temps des professionnels : <i>« C'est vrai que pendant les deux semaines où j'étais à l'hôpital, on m'a même rien dit. On m'a même pas expliqué exactement comment le déclenchement ça allait se passer, on m'a dit qu'on expliquerait juste avant. Moi je regardais sur internet quoi, donc avec un ballon ou alors avec des médicaments. Ça j'ai pas pu bien en discuter. Ils ont pas trop le temps peut-être, partout ça manque de personnel, c'est pas leurs compétences, je pense c'est le temps, ils ont pas de temps. Je voulais pas aussi, je suis pas chiant, je pose la question si après j'insiste pas trop en fait. Ouais j'aurais dû peut-être. Je pense que si quelqu'un insiste, il veut vraiment savoir, elles auraient pris le temps de lui dire. »</i>
C	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la consultation anténatale avec l'anesthésiste : absence de difficulté pour parler de la prise en charge de la douleur, réassurance : <i>« J'avais moi un petit peu peur après je pense que c'est des a priori j'allais dire d'anciens toxicomanes mais j'avais peur que ça suffise pas en fait. On est tellement habitué au produit que du coup j'avais un peu cette angoisse et je lui en ai parlé et du coup il m'a dit : 'Non vous inquiétez pas, ça devrait aller et si vraiment ça n'ira pas on ajustera le moment venu'. [...] Pour moi c'était important que les choses soient claires et surtout [...] il fallait que je sois rassurée là-dessus donc il fallait communiquer pour ça. »</i> • Aucune difficulté dans la gestion de la prise en charge de la douleur après l'accouchement : <i>« Ça allait, je prenais même pas forcément tout ce qu'on me donnait parce que ben les médicaments c'est bon et ça allait quoi. Très vite, j'ai fini par arrêter les médicaments. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Un accouchement très rapide sans effet de l'anesthésie péridurale : <i>« Bon ça a été difficile parce que j'ai accouché très vite, c'était trop rapide, du coup j'ai</i>

	<p><i>eu très mal parce que j'ai eu la péridurale qui a pas fonctionné. Quand ils étaient en train de me la mettre, j'avais tellement de contractions qu'ils ont eu du mal à me la poser. Et au moment où elle était posée, bah la petite est sortie du coup elle a même pas eu le temps de faire effet. Du coup ça a été très rapide même pour la petite elle était pas très bien, un accouchement trop rapide c'est pas bien non plus. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les suites de l'accouchement : des douleurs ressenties comme peu importantes et gérables par la femme avec un antalgique de palier I : <i>« Après j'ai tellement eu mal pendant l'accouchement que après avec la petite et tout le bonheur, j'ai plus eu aucune douleur vraiment. [...] [Dans les jours suivants l'accouchement] ils nous donnent en systématique du Dafalgan® je sais et c'était rien de plus que des douleurs de règles, j'ai pas eu plus de douleur. »</i> • Lors de la consultation prénatale avec l'anesthésiste : une absence de gêne de parler du MSO de la part de la femme et une absence de jugement de la part de l'anesthésiste : <i>« On nous demande quel traitement on prend et tout. Moi je le dis tout le temps [...] parce que je sais que j'ai plus de mal à être endormie [...]. Je sais que c'est compliqué, on m'a dit que c'était à cause de la méthadone® vu que c'est un dérivé de morphine. [...] Et avec la méthadone® il y a certains médicaments qu'on peut pas prendre donc j'en parle tout le temps vraiment. [...] J'ai pas l'impression que ça ait changé quoi que ce soit avec une autre dame. »</i>
E	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la césarienne en urgence, l'impression de ne pas être assez anesthésiée, un questionnement sur l'éventuel frein des médecins à cause du MSO : <i>« Moi je sais pas si c'était à cause parce qu'ils avaient peur comme j'étais sous traitement mais ils voulaient pas trop... Donc franchement la douleur c'était horrible. [...] On m'a pas beaucoup anesthésiée. »</i> • Au retour dans la chambre, l'impression de ne pas être soulagée des douleurs, le refus ressenti de la part du médecin d'augmenter les paliers d'antalgiques : <i>« Après la césarienne quand on vous remet dans votre chambre, [...] souvent quand je leur demandais, les infirmiers : 'Ah ça me fait encore très mal qu'est-ce qu'on peut faire ?' Ils demandaient je crois à la chef de service et elle disait : 'Non, non ça va passer, essayez de [...] supporter'. [...] Peut-être vers la fin quand j'ai commencé un peu à péter les plombs, je crois qu'on m'a donné un tout petit peu [de morphine]. [...] Toute la nuit c'était un enfer. »</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • La survenue d'une atonie utérine lors de la césarienne ayant rendu encore plus difficile le vécu de la douleur : <i>« Pendant ma césarienne et ben j'ai eu le problème donc avec mon utérus qui est devenu tout plat et en fait ils devaient me pomper, repomper mon utérus [...] en faisant des pressions sur la cicatrice quoi. [...] Ça c'était pendant deux jours. [...] Alors c'est pour ça que moi je l'ai encore plus mal vécue que quelqu'un d'autre niveau césarienne. »</i>
F	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre anténatale avec l'anesthésiste ayant permis d'expliquer à la femme l'adaptation des doses pour la péridurale : <i>« Les deux fois j'ai dit que je prenais de la méthadone®. [...] Il m'a dit : 'Ben c'est bon à savoir, ce sera pour la péridurale parce que souvent on a plus mal ou on a plus de résistance par rapport à la péridurale'. »</i> • L'impression d'avoir été bien prise en charge voire « même mieux prise en charge et mieux surveillée » par la sage-femme de l'ELSA : <i>« Ben la première, le travail a duré assez longtemps. Du coup la douleur, c'était douloureux hein ! Mais à partir du moment où ils ont pu me poser la péridurale, ils me l'ont posée. [...] Donc prise en charge je pense normale. Et apparemment comme je prenais de la méthadone®, [...] je pouvais mettre plus de doses vous savez pour appuyer, je crois que j'avais droit à plus de doses pour la douleur. Et pour le deuxième bah là j'ai eu moins de chance parce qu'il y avait moins de places dans les salles d'accouchement, du coup j'ai eu ma péridurale beaucoup plus tard. Et du coup, là c'est pareil je pense que c'était une prise en charge normale par rapport à l'affluence. Mais la douleur ouais c'était douloureux, je sais pas si c'était plus qu'une femme normale ou pas mais c'était douloureux. »</i> • Après les accouchements, douleurs contrôlées par l'antalgique de palier I : <i>« J'avais pas mal moi après mes accouchements. [...] J'avais la méthadone®, le paracétamol et le truc de fer. Et c'est tout. »</i>
G	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre anténatale avec l'anesthésiste : le sentiment d'être prise en charge par un professionnel qui a de l'expérience avec des femmes sous MSO et qui dialogue sans jugement : <i>« Elle m'a posé plein de questions et pareil elle m'a mis à l'aise. Ça se voyait qu'elle avait déjà travaillé avec des jeunes, des gens qui étaient là-dedans, qui étaient sous traitement. »</i> • Lors de l'accouchement, alors que la douleur était non contrôlée, l'anesthésiste en

	<p>concertation avec la femme a décidé de réinjecter une dose par la péridurale :</p> <p><i>« J'ai eu la péridurale et je m'étais endormie parce qu'elle m'a soulagée et quand je me suis réveillée, wow j'avais super mal ! [...] J'arrivais même plus à parler [à l'anesthésiste], j'arrivais même plus à me faire comprendre tellement je souffrais. [...] L'anesthésiste, c'était une petite jeune, elle est restée avec moi longtemps dans la chambre et elle réfléchissait, elle cherchait. Elle a regardé mon dossier, elle me posait des questions sur mon traitement parce qu'elle était au courant. Mais de là elle a dit : 'Attendez, vous avez pris votre traitement ce matin mais à part ça, vous avez pas repris ?' Bah si j'ai dit : 'Là il y a une heure'. [...] J'ai eu la péridurale à dix-neuf heures, je venais de prendre mon traitement qui venait d'agir et elle m'a injecté la péridurale juste après. Elle m'a dit : 'Je comprends ce qu'il y a eu', et donc elle m'a réinjecté un peu de péridurale et c'était super après, c'est passé. [...] J'ai eu aucune douleur pour tout le reste, c'était super. [...] C'est vrai que vous voyez heureusement qu'elle a cherché à comprendre parce que sinon j'aurais souffert comme pas possible. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Après la naissance, une fois dans la chambre, pas de nécessité de prise d'antalgiques : <p><i>« J'ai jamais rien demandé comme anti-douleurs. »</i></p>
H	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre avec l'anesthésiste avant la naissance, connaissance du MSO mais absence de discussion autour des interactions possibles avec l'anesthésie et absence de questions de la part de la femme à ce sujet : <p><i>« L'anesthésiste, je l'ai vu pour ma fille, ça c'est sûr pour préparer la césarienne [...] parce qu'elle était en siège. [...] Oui il savait. [...] Non et puis je m'étais pas posé la question. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors de la césarienne, un échec de la rachianesthésie ayant conduit à une prise en charge par anesthésie générale, la femme évoque un sous-dosage en anesthésiant qu'elle met en lien avec la prise de chlorhydrate de méthadone : <p><i>« Je pense que lié à mon problème d'addiction, quand [...] ils ont voulu me faire la césarienne et que du coup j'avais un anesthésiste étudiant. Il m'a mis avec un espèce de glaçon du froid, il me demandait si je sentais encore les jambes en me posant donc ce glaçon sur mon corps puis sur mes jambes etc. et en me demandant si je sentais encore. Je lui disais : 'Oui oui je ressens encore, je ressens encore, je ressens encore' jusqu'à ce que je sente qu'on me coupe dans le ventre et que je hurle. C'est à ce moment-là qu'ils font rentrer mon compagnon [...] et puis immédiatement ils le ressortent parce que je suis</i></p>

	<p><i>en train de hurler et qu'il faut me mettre le masque sur le visage parce que ils m'ont endormi donc entièrement. Et je pense que ça doit être lié à mon addiction, à mon traitement je veux dire de méthadone®. [...] Je pense que c'est lié au fait que peut-être je supportais plus en fait que des personnes habituellement qui ont mon poids et ma corpulence. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sentiment d'une mauvaise évaluation de l'efficacité de l'analgésie de la part de l'anesthésiste jugé non expérimenté par la femme, absence de critique ou de ressentiment envers l'anesthésiste : <p><i>« Et puis je me suis posée plein de questions quand même pourquoi ça s'est passé comme ça. Mais une fois qu'après j'avais la petite, c'est vrai que j'en ai plus du tout reparlé. Bon moi j'avais compris en fait ce qui s'était passé. Pour moi c'était un étudiant qui a sans doute mal évalué. J'avais pas besoin de plus d'explications, j'avais compris. Tout le monde doit un jour, comment dire apprendre voilà. Pour moi c'était ça en fait. Et il n'y a pas eu de mal. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Après la naissance, le souvenirs de douleurs que la femme a choisi de gérer sans en parler particulièrement avec les soignants : <p><i>« Je ne suis pas quelqu'un qui me plaint beaucoup de douleur et puis je me dis que si j'ai mal, ça va passer. [...] Je me souviens que ça fait mal. J'ai pas posé de questions vis-à-vis de cette douleur. »</i></p>
--	---

9) Quel a été le vécu du syndrome de sevrage du nouveau-né s'il a été présent ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de syndrome de sevrage : <p><i>« Ils m'ont dit : 'Y a aucun symptôme de manque'. »</i></p>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Incompréhension et regret devant le sentiment de ne pas avoir eu les explications nécessaires sur le syndrome de sevrage : <p><i>« A la naissance, le syndrome de sevrage, on m'avait rien dit du tout. J'savais même pas. Bon elle est venue vite, elle est venue un mois en avance à ce qu'il paraît, [à l'hôpital] ils m'auraient expliqué ça le mois d'après quoi. [...] Après même pendant le syndrome de sevrage et tout ça, on m'a rien expliqué du tout. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure connaissance du syndrome de sevrage plus tôt dans la grossesse

	<p>aurait été une motivation à ne pas consommer de substances psychoactives :</p> <p><i>« On devrait le savoir au début, ça nous empêcherait de prendre. Ça nous donnerait plus envie de faire attention. [...] Ça on devrait le voir au début, toutes les conséquences que ça peut avoir ce syndrome. Et parce qu'on voit, c'est du concret, on voit ce que ça peut faire, qu'est-ce qu'elle peut avoir. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une aide présente en unité Kangourou, l'apprentissage des soins de <i>nursing</i> pour calmer les symptômes, une aide pour l'allaitement : <p><i>« Ils me disaient juste que je devais la garder contre moi ouais. Oui ils me disaient comment faire pour la calmer. [...] Et si j'avais besoin d'aide, je les appelais et tout ça. J'arrivais pas à la faire téter là-bas, on me laissait allaiter. »</i></p> • L'allaitement maternel participant au sevrage du NN, le désarroi devant son interdiction en service de psychiatrie et le sentiment d'un manque de formation : <p><i>« [Le médecin du réseau] et [en unité Kangourou], on m'avait toujours dit que si comme ça, ça lui fait petit à petit, vu qu'elle va boire moins de lait, ça va lui faire un sevrage tout doucement. Alors que [en unité Mère-enfant], j'avais pas le droit. Alors elle a arrêté la méthadone® d'un coup tout sec. Alors que moi je voulais continuer à allaiter pour qu'elle arrête la méthadone® tout doucement et là-bas j'avais pas le droit, c'est eux qui ont décidé, j'avais pas le droit point. Ouais alors que c'est carrément autrement que ce que [l'unité Kangourou] disait. Donc ils sont pas du tout formés pour ça. »</i></p> • Un ressenti de culpabilité : <p><i>« Bah on s'en veut, ouais, on est pas bien. »</i></p>
C	<ul style="list-style-type: none"> • Une inquiétude et une culpabilité majorées par les réponses des sage-femmes : <p><i>« Elle avait le score Finnegan à faire régulièrement. Là aussi c'est des moments où parfois elle avait des petits spasmes donc ça m'inquiétait énormément et quand je demandais aux infirmières qui passent : 'Ah mais oui mais ça vous savez, c'est à cause du traitement'. Je peux le concevoir mais j'aurais, je sais pas c'était comme dit toujours trop dans la culpabilisation. C'était vraiment difficile. [...] Donc oui j'étais forcément dans cette culpabilisation parce que ben c'était de ma faute et quand elle avait ses petits spasmes, je me disais 'bah voilà c'est de ta faute, s'il y avait pas eu ce traitement elle irait bien mieux' mais finalement ben ça allait quoi. »</i></p> • Les signes du SSNN avaient été expliqués avant la naissance par une SF : <p><i>« Lors de l'un de mes rendez-vous avec la sage-femme, elle m'avait expliqué qu'effectivement on passerait voir la petite régulièrement pour prendre son score. »</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La connaissance de ces signes et du score, la prise en charge des besoins du NN sont des éléments rassurants mais avec toujours ce sentiment de culpabilité : <i>« Je savais ce qui se passait, je savais à quoi ça servait et c'était même plutôt rassurant parce que oui du coup voilà on la prenait en charge pour ça, si elle avait des besoins ben voilà ils auraient été couverts donc non ça c'était plutôt une bonne chose. Forcément il y avait un peu de la culpabilisation parce que si j'avais pas fait toutes ces erreurs, on en serait pas là mais c'était rassurant que les choses soient faites tout de même bien sûr. »</i> • L'allaitement perçu comme participant au sevrage du nouveau-né : <i>« Je ne sais plus avec qui c'était [le médecin du réseau] ou l'hôpital, on m'avait dit que ça pouvait être une très bonne chose que ça l'aiderait aussi également par rapport au traitement. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • La consultation prénatale avec la pédiatre : discussions autour du syndrome de sevrage et de l'allaitement : <i>« C'était aussi pour discuter [du syndrome de sevrage]. Bon moi je connaissais comme dit puisque j'avais déjà vécu ça avec mon fils mais oui ils en ont parlé aussi de ça et puis elle m'a aussi conseillé d'allaiter la pédiatre contrairement à la première fois avec mon fils. »</i> • Une surveillance pendant dix jours à la maternité avec calcul du score de Finnegan ayant constitué un contexte rassurant pour la femme : <i>« Il y a un score pour les enfants voilà et on voyait qu'elles étaient pas vraiment formées pour ça [lors de la deuxième grossesse], ça allait mais c'était pas au top quoi. Je veux dire que la dernière grossesse du coup, là on voyait qu'elles savaient ce qu'elles faisaient. [...] Ça me rassurait quand même de rester les dix jours parce que voilà moi j'avais quand même peur de rentrer à la maison et voilà qu'elle commence à faire un syndrome à la maison parce que ça peut aller jusqu'au dixième jour hein le syndrome de sevrage. Du coup pour moi, on m'aurait dit de partir avant, j'aurais pas été rassurée par exemple. »</i> • L'application des conseils de <i>nursing</i> donnés par le médecin du RMS et la puéricultrice de l'ELSA permettant de calmer l'enfant et de ne pas instaurer de médicaments : <i>« Elle était quand même un peu agitée, elle avait quand même un petit score [...] mais grâce à tous les conseils du [médecin de microstructure] et de la puer' ben j'ai appliqué tout ce qu'ils m'ont dit et tout, j'arrivais tout le temps à la calmer et ça n'allait pas plus loin quoi. Du coup ils ont pas eu besoin de l'hospitaliser. Je faisais beaucoup de peau à</i>

	<p><i>peau. [...] [La puéricultrice] m'a appris à faire des bains enveloppés parce que les bébés qui sont en sevrage ils ont besoin d'être tout le temps contenus et du coup on faisait des bains enveloppés dans un linge. [...] On a beaucoup parlé sur le portage parce que quand on est sous méthadone® les enfants pour éviter le syndrome de sevrage ça leur fait du bien qu'on fasse beaucoup de peau à peau. Du coup elle m'avait bien aidée avant pour les écharpes de portage, apprendre à faire les nœuds et tout. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une attention perçue de la part des sage-femmes de la maternité afin de pouvoir appliquer ces conseils de <i>nursing</i> : <i>« Même les infirmières, c'est là que j'ai vu quand même qu'elles étaient beaucoup mieux formées que la première grossesse parce qu'elles m'avaient mis le lit collé au mur exprès pour que je puisse dormir avec la petite sur moi et puis bon pour pas qu'elle tombe. [...] Au début j'avais encore pas l'écharpe de portage, ils m'ont même prêté une écharpe. »</i> • La notion du bénéfice de l'allaitement comme aide au sevrage : <i>« [Le médecin du RMS] et la puer' m'avaient dit que ça serait bien d'allaiter parce que la méthadone® passe un petit peu dans le lait et du coup ça pouvait aider pour le sevrage. »</i>
E	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre anténatale avec un addictologue et un pédiatre : le souvenir d'une absence de discussion du SSNN : <i>« Le jour où j'avais vu l'addictologue [hors Alsace], il y avait aussi un pédiatre. Ils étaient deux donc on avait pu parler quoi : [...] 'Comment ça pouvait se passer une grossesse sous traitement. Et un peu après par la suite avec l'enfant, que en général ça se déroule quand même normalement'. On avait pas parlé de sevrage. »</i> • L'impression d'une découverte de l'existence du SSNN à l'hôpital : <i>« J'ai tout découvert à l'hôpital. Déjà le syndrome de sevrage, je savais même pas que il aurait fallu que mon bébé soit sevré, ça par contre je savais pas du tout, ça on me l'avait pas dit ni [hors Alsace] ni ici [en Alsace]. »</i> • L'impression de ne pas recevoir les explications adaptées ou bien de ne pas les comprendre : <i>« Toutes les nuits en fait ils surveillaient sa température mais ils nous disaient pas vraiment pourquoi mais après c'est là qu'ils ont dit : 'Écoutez ce serait bien de faire un sevrage nanani nanana'. Ça c'était un peu mal expliqué, soit c'était mal expliqué soit c'est nous qui avons mal compris, je sais pas. »</i> • Une justification de ses craintes lors de l'apparition du SSNN, un ressenti de culpabilité :

	<p>« Après quand j'ai su qu'il y a eu le sevrage trois jours après sa naissance et là je me suis dit : 'Ben ça commence bien, j'avais bien fait d'avoir peur quoi !' Parce que ça c'était vraiment chiant quoi, ben de se dire que c'est à cause de moi qu'elle a dû être sevrée d'un côté. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un vécu difficile, angoissant devant la nécessité de soins en néonatalogie pendant un mois et demi : <p>« Là il y avait plus de fierté, là c'est plutôt de l'angoisse quoi, de se dire [que] ça commence pas si bien que ça ses premiers jours. Après heureusement au bout d'un mois et demi le sevrage s'est passé. [...] C'était long à être en néonatalogie jour et nuit. En plus elle avait des perfusions partout. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'information donnée par les médecins sur la durée variable du SSNN : <p>« Il y a des enfants deux semaines le sevrage il est fait. Il y en a, ça dure plus longtemps quoi', ils m'avaient dit les médecins. Moi bon c'était quand même un mois et demi. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'expression de questionnements sur les risques d'accoutumance : <p>« Si elle va devenir accro aussi ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> • La présence des deux parents en continu, le nursing avec beaucoup de peau à peau : <p>« On est resté là-bas camper. Genre normalement il y avait juste un lit une place et son petit bac à elle mais dans le petit bac, elle voulait jamais dormir déjà, donc on était obligé de la mettre sur nous en peau à peau, plutôt sur son père comme il était souvent torse nu, un peu sur moi, et il y avait aussi une espèce de canapé qu'on pouvait mettre en canapé lit donc ça fait que son père et moi on dormait là-bas tout le temps. Lui il s'était mis en arrêt de travail et on était là tout le temps. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'allaitement déconseillé à l'hôpital, les justifications perçues par la femme sont d'ordre social, psychologique et enfin pharmacologique : <p>« On m'avait dit comme je suis sous traitement et tout et comme je suis à la recherche d'un emploi et comme le père n'est jamais là non plus pour m'aider vraiment, je suis plutôt comme une mère célibataire et ben l'hôpital m'avait dit que je devrais quand même plutôt pas faire d'allaitement quoi, donner le biberon tout de suite. Parce que ça allait être trop de pression pour moi et en plus au niveau du traitement, on sait pas... »</p>
F	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations sur le SSNN (signes, imprévisibilité) ont été cherchées par la femme elle-même ainsi que reçues et discutées en consultation avec la sage-femme et le médecin de microstructure :

« Quand j'ai su que j'étais enceinte, j'ai tout de suite regardé sur internet et après en consultation on en a parlé avec [la sage-femme] et avec [le médecin du RMS] aussi. Mais je me souviens que [la sage-femme] me disait que ça veut rien dire, qu'il y a des femmes qui prennent cent mg et les enfants n'ont aucun symptôme, il y en a qui prennent cinq mg et les enfants ont des symptômes, c'est vraiment propre à chaque personne. »

- Pendant la grossesse, la projection de pouvoir éviter le SSNN :

« Je crois que j'étais trop optimiste. Dans ma tête je me disais que j'allais passer à travers, que le bébé avait peu de chance d'en avoir. »

- Lors des discussions avec la SF, l'impression d'avoir eu des réponses honnêtes à ses questions, l'expression d'une compréhension de sa part vis-à-vis des événements qui ne se prévoient pas :

« Après elle était assez honnête je pense. Elle disait que il y a des choses, elle peut pas répondre, que c'est moi et mon corps et que on verra la naissance. Moi je le prenais pas mal, elle est pas voyante quoi ! Mais sur toutes les choses où elle pouvait me répondre, elle me répondait. Mais après les choses 'Est-ce que le bébé va être en manque ?' 'Est-ce qu'il y aura des malformations ?' Ça, elle ne pouvait pas me répondre et ça je pouvais l'entendre, il y avait pas de souci. »

- Lors de la première grossesse, en contexte d'opération de l'atrésie de l'intestin grêle et de septicémie, il n'a pas été possible de franchement déterminer si un SSNN a eu lieu même si la femme penche plutôt en faveur de sa présence :

« Moi je pense. [Les médecins] pensent mais ils étaient pas sûrs. En fait elle avait son problème et donc à un jour et demi, le professeur l'a opérée, il lui a mis une poche. Et en fait elle faisait de l'hypertonie, l'hypertonie c'est quand même un peu le syndrome de sevrage. Mais ils savaient pas si c'était par rapport à la douleur ou par rapport à ça. Et du coup elle faisait de l'hypertonie, elle a pris vachement de médicaments à base d'opiacés justement. Et même je crois que l'opiacé la calmait pas donc on sait pas si c'était des médicaments ou pas. Elle était même sous valium® je crois parce qu'elle était trop en crise d'hypertonie et elle avait mal à cause de l'opération qu'elle avait subie. Du coup syndrome de manque ils savaient pas me dire en fait. »

- Pour contrer le vécu de l'incertitude sur la survie de l'enfant, se mettre « en mode automatique » :

« Ben pareil au jour le jour parce qu'une fois on vous dit qu'elle va pas vivre, après on vous dit peut-être qu'elle va survivre. Au bout d'un moment on se met en mode

	<p><i>automatique et c'est au jour le jour et on fait ce qu'on peut et on est là et c'est tout ce qu'on peut faire en fait. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'allaitement encouragé par la SF de l'ELSA en laissant la décision à la femme, le bénéfice d'un sevrage pour l'enfant : <p><i>« C'était bien parce qu'elle disait : 'Ne vous foutez pas la pression, dites-vous si vous avez envie de le faire on le fera mais si vous changez d'avis à l'accouchement y a pas de souci, je vous dis juste que c'est mieux pour l'enfant parce que comme vous prenez de la méthadone®, ça va peut-être plus lui faire du bien comme ça passe un petit peu dans le lait', si je me trompe pas. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Concernant le score de Finnegan de surveillance des signes du SSNN, il a pu être rapidement arrêté lors de la naissance du deuxième enfant contrairement à la première : <p><i>« Bah c'est ce qu'il faisait avec la première fille. Tous les jours le docteur ou la puéricultrice venait et elle avait cette feuille justement où elle cochait. Et le deuxième elle a fait ça deux trois jours mais comme y avait rien, on a arrêté. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La surveillance du SSNN devait durer sept-huit jours mais a été écourtée à cinq jours pour le deuxième enfant devant l'absence de symptômes : <p><i>« Comme je devais rester [sept-huit] jours pour voir s'il y avait du sevrage, ça je l'ai vachement mal vécu parce que comme c'était pendant le Covid, [ma fille] avait pas le droit de venir. [...] Je le vivais trop mal, du coup ils m'ont laissé partir au bout de cinq jours parce que le bébé n'avait pas de symptômes de manque. »</i></p>
G	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la naissance, des explications données par les sage-femmes et la pédiatre sur le SSNN, ses signes et sa prise en charge avec un accent mis sur la réassurance, le <i>nursing</i> et la nécessité de la participation de la mère, une franchise appréciée par la femme : <p><i>« [Les sage-femmes] m'ont tout expliqué : la prise en charge à sa naissance, la surveillance, le rythme cardiaque, les traitements. [...] C'est carrément le pédiatre qui est venu me voir même avant l'accouchement. [...] Et elle m'a dit : 'On va y arriver, j'ai vu des cas les plus biens comme les plus pires, et ben [votre enfant] on va le prendre en charge ! Faut pas vous inquiéter'. [...] Elle m'a dit : 'Écoutez on va faire au mieux, vous allez faire du peau à peau, on va vous apprendre, on va essayer de faire le plus possible, de rien lui donner, voilà on va tenir bon, vous aussi.' Mais elle a dit : 'J'ai besoin de vous, c'est un truc d'équipe, si vous faites pas le jeu, on y arrivera pas.' Parce que elle</i></p>

	<p><i>m'a dit : 'Le médicament, c'est la maman !' Elle m'a dit : 'Syndrome de sevrage tout ça, trois quarts du boulot c'est à la maman de le faire.' Par contre sur ça, elle a pas été gnangnan. Elle me l'a dit clairement, elle me l'a bien fait comprendre. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une prise en charge en unité Kangourou prévue pour sept jours minimum, information qui a été donnée dès le départ à la mère : « <i>On m'a dit que c'était sept jours pour être sûr pour la surveillance. Ça aussi c'est bien parce qu'ils me l'ont tout de suite dit. Ils ont été honnêtes. »</i> • Lors de l'hospitalisation, devant l'inquiétude de la mère sur des éventuels signes de SSNN, la pédiatre a encouragé et valorisé le <i>nursing</i> et la place primordiale de la mère : « <i>C'était à un moment où il était un peu pas bien, je m'en souviens parce que j'avais demandé à quelqu'un de venir le voir et [la pédiatre] était descendue spécialement. Elle avait dit : 'Écoutez c'est pas dramatique, c'est vrai qu'il est un peu transpirant' et il pleurait. Elle m'a dit : 'Tenez je vous le donne' et en deux minutes il avait arrêté quoi ! Je l'avais pris deux minutes. Elle m'a dit : 'Vous voyez !' Elle a dit à ma maman : 'Regardez, vous voyez, il y a que elle qui peut le calmer quoi !' Mais du coup ben j'ai tenu bon. [...] J'ai marché pendant des heures, pendant des jours, je vous le dis franchement. J'ai fait ça tout le temps, il a été collé à moi à tout le temps. [...] Elle m'a félicité le dernier jour. Elle m'a dit : 'Vous voyez, on y est arrivé !' »</i> • Le choix éclairé de la femme de ne pas allaiter respecté par les SF de l'hôpital : « <i>[Les sage-femmes] m'avaient dit : 'Il n'y a pas de problème, ça n'a rien à voir l'allaitement avec le traitement et tout, que j'avais droit, c'était pas mauvais, que c'est pas pour ça que le lait est mauvais !' Moi j'imaginai ça carrément que je pouvais pas donner mon lait quoi ! Non non elles m'ont expliqué qu'il n'y avait pas de problème et voilà. Et c'était un choix, j'ai pas allaité. [...] Elles m'ont posé la question : 'Vous êtes sûre ? Okay on vous donne un comprimé c'est réglé !' Elles ont pas été embêtantes elles ont pas été insistantes. »</i>
H	<p><u>Lors de la naissance du premier enfant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La femme a espéré l'absence de SSNN : « <i>J'ai prié pour que ça passe. Je me suis dit : 'Allez j'ai pris trois fois, j'ai pas beaucoup de méthadone®, allez ça va passer !' J'avais déjà entendu des récits qui disaient que dans leurs cas, le bébé était venu au monde et il n'y avait pas de souci. »</i> • Sentiment de honte vis-à-vis des soignants et souffrance devant les symptômes de

manque présentés par son enfant :

« J'ai accouché de mon fils à sept heures le matin et puis la journée il allait bien. Et puis vers vingt-deux heures le soir, il se met à pleurer, à pleurer, à pleurer, il ne s'arrête plus de pleurer. Il commençait à se griffer dans le visage et partout. C'est là qu'à vingt-trois heures, j'ai dû cracher le morceau quoi ! [...] Là j'en ai discuté avec le personnel soignant et je l'ai vécu très mal. [...] C'était le drame en fait parce que je me sentais bête, je me sentais mal. [...] Tout le long de son hospitalisation, je le sentais jamais vraiment bien en fait le petit malgré qu'ils savaient sûrement faire leur job mais [...] même s'ils ajustent effectivement les doses, les petits ressentent tout et ils sont très malades. »

- Le nouveau-né a été traité par morphine et sevré progressivement :

« Ils l'ont mis sous morphine et donc il a été deux semaines et demie hospitalisé parce qu'ils descendent très, très progressivement, tout doucement et tant que la morphine n'est pas à zéro, ils ne peuvent pas sortir. »

- La femme a demandé aux soignants de ne pas expliquer au père le SSNN :

« J'ai dit à toute l'équipe médicale que je ne voulais absolument pas que le papa il soit au courant. Et donc pendant deux semaines et demie, l'équipe médicale a dit que mon fils avait un problème, qu'il était inapte à la vie extra-utérine. »

- Lors de la naissance du deuxième enfant, absence de SSNN :

« J'étais sous traitement par méthadone®, j'avais les doses bien gérées. [...] Ma fille il n'y avait pas du tout de syndrome de manque. »

- La femme émet des hypothèses quant aux causes du SSNN chez son fils, absent chez sa fille et particulièrement elle met en avant l'instabilité des concentrations en MSO pendant la première grossesse alors que lors de la deuxième grossesse, les prises étaient quotidiennes avec un taux stable et un suivi adapté :

« Pour moi un enfant sur deux en fait a été en syndrome de manque à la naissance et ça a été mon fils le premier quoi. Alors que c'est avec lui où j'ai eu le moins de méthadone® dans le corps. [...] Avec mon fils, j'étais stressée et comme dit j'avais fauté quelques temps avant et puis mon traitement n'était plus du tout adapté et puis c'était du gros n'importe quoi. Je pense que c'est pour ça, il n'y avait pas la même dose dans mon corps à moi jusqu'à la fin de ma grossesse. Je pense que c'est ça qui a fait un dérèglement total. Alors que ma fille quand je suis arrivée pour faire la césarienne, c'était une longue période à la même dose avec un suivi. »

10) Comment avez-vous vécu le retour à la maison ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Le suivi par la sage-femme au domicile : « <i>T'as la sage-femme qui continue à venir. »</i> • L'anticipation avec la préparation de la chambre et l'envie de commencer une vie de famille : « <i>On avait tout préparé en amont. Il y avait le lit, il y avait tout et puis j'étais heureuse de commencer cette nouvelle vie à trois avec papa avec moi et avec [l'enfant] quoi. J'avais l'impression d'être dans un cocon. »</i> • Le sentiment d'avoir été bien préparée et informée en unité Kangourou : « <i>En fait je me sentais bien, il y avait pas de souci. [...] On m'a tellement dorlotée en unité Kangourou, qu'on m'a appris tellement de choses, on m'a bien formée sur le fait de comment tenir le bébé, quand le changer, être attentif à ses pleurs. On m'a tellement expliqué de choses, on m'a tellement rassurée quand il y a eu cette histoire avec l'héroïne [...] Mais à la maison non, je me suis sentie bien. Et je pense que le message était passé pour le papa aussi. Donc après en fait voilà c'était super. »</i>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Une crainte de rentrer par rapport à la drogue et au conjoint, la crainte d'être seule malgré les difficultés à l'hôpital : « <i>J'avais peur de rentrer au début [à cause de] la drogue et [du] papa. [...] J'avais peur d'être seule. [...] J'avais peur à cause du papa plus. »</i> • Une réassurance grâce à l'apprentissage des gestes en unité Mère-enfant : « <i>J'avais un peu peur et après je me rassurais parce que ça venait tout seul. [...] Je pense que c'est des questions normales qu'on se pose. [...] Moi je suis restée longtemps à l'hôpital donc je savais un peu tout. [...] Là-bas, j'ai appris à donner le bain. Alors que les autres mamans elles restent deux ou trois jours et après elles partent. [...] Franchement, moi j'ai eu du mal là-bas. On m'engueulait souvent parce qu'il fallait tenir comme ça et pas comme ça. Alors seule à la maison, j'aurais eu vraiment peur. Je suis vraiment contente qu'on m'ait bien appris à donner le bain et les choses importantes comme ça ouais, qu'est-ce qu'il faut faire quand ils veulent pas manger. »</i> • Des discussions sur l'environnement de vie avec le médecin de microstructure et une anticipation du retour à la maison : « <i>Avec le [médecin du réseau] on a parlé de où je vivais, de comment ça va être à la maison quand on va rentrer et tout ça. On parle bien de l'environnement. »</i>

C	<ul style="list-style-type: none"> • Un sentiment de délivrance lors du retour au domicile : <i>« La liberté ! Ah vraiment le troisième ou le quatrième jour à l'hôpital, j'ai complètement craqué parce que c'était trop. 'Est-ce qu'il y a eu un peu de dépression post-partum ?' Je sais pas mais ça, plus ça, plus ça, je pouvais plus, j'ai vraiment craqué et j'ai eu une crise de larmes terrible. Et le cinquième jour, [...] ils ont failli garder la petite parce que son poids était pas suffisamment remonté. Donc là pareil un peu craquage, pour moi c'était hors de question et puis finalement la pédiatre a été super parce qu'elle m'a dit : 'Écoutez donnez-lui un bibi, on la pèse après, si le poids est dans les clous, on vous laisse sortir'. Et c'est passé comme ça. Donc ça, ça a été vraiment cool. Mais ouais comme dit la liberté, j'avais juste hâte de rentrer, de plus avoir cette pression de l'hôpital et du personnel soignant et de pouvoir profiter pleinement de ma fille. »</i> • Quelques craintes sur le fait de bien faire les choses tempérées par un suivi à domicile par une sage-femme : <i>« Je pense qu'on est toutes un peu pareilles et on s'estime jamais être les meilleures ou faire au mieux. Donc bien sûr un milliard de questions : 'Est-ce que je vais y arriver ? Est-ce que je vais pas lui faire du mal ? Est-ce que je vais faire bien ceci cela ?' Après il y a une sage-femme qui est venue à domicile qui était parfaite également et qui était également au courant de mon traitement mais qui a été vraiment très bien. Elle était merveilleuse. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Un retour au domicile bien vécu grâce à tous les conseils reçus et la poursuite de l'accompagnement à domicile par la puéricultrice et l'assistante sociale : <i>« Bah super comme dit j'avais tellement eu de bons conseils et puis on n'est pas lâchée. [La puéricultrice] venait encore à la maison, bon moins souvent que quand j'étais à l'hôpital bien sûr mais elle venait encore. Et ils m'avaient demandé si je voulais que la puéricultrice de PMI prenne le relais mais moi j'avais pas voulu parce que ça se passait très bien, j'en ressentais pas le besoin. Pour mon fils j'avais eu la PMI mais là pour ma fille j'en ressentais pas le besoin. Du coup j'avais dit non. Mais la puéricultrice [de l'ELSA] et l'assistante sociale [du RMS] venaient à la maison aussi, je crois que pendant six mois, je crois que c'est six mois après l'accouchement. »</i> • Une aide dans la durée très appréciée permettant de ne pas sortir de l'hôpital sans aide à domicile : <i>« Parce que sinon on rentre à la maison, parce qu'on a toutes les aides à l'hôpital, et si arrivée à la maison il y a plus rien, ben c'est difficile. Je pense que nan c'est vraiment</i>

	<p><i>très bien qu'elles continuent quelques mois après. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un accompagnement proposé mais non obligatoire : <i>« Ils nous disent tout avant, on est au courant de tout ce qu'il va se passer. Ils nous prennent pas par surprise quoi. Et puis je veux dire, c'est pas obligatoire. Si j'aurais voulu refuser tout ça, j'aurais pu. C'est vraiment quelque chose pour nous aider quoi. C'est pas en mode 't'as pas le choix', c'est vraiment pour nous aider. On le prend si on veut, si on pense qu'on a pas besoin d'aide ben on dit non. Mais je veux dire, on se sent pas obligé de le faire. »</i>
E	<ul style="list-style-type: none"> • D'un côté une satisfaction de partir de l'hôpital, d'un autre côté une situation de logement précaire : <i>« C'était bien, on était content de enfin rentrer, enfin sortir de cet hôpital, pour un peu se retrouver. C'était juste voilà, ça aurait été mieux de se dire juste : 'Ah tiens on va rentrer chez nous dans notre maison' parce que en fait chez mes grands-parents, j'avais ma chambre aménagée au garage et un lit une place seulement. Donc on va dire rentrer à la maison c'était bien, on était content mais après on se disait : 'Mince on va faire comment maintenant ? Notre couple plus notre bébé, on va devoir vivre plusieurs mois dans cette chambre aménagée au garage'. Donc voilà on était content mais on va dire on se posait plein de questions quoi ! »</i> • Par ailleurs conflits fréquents durant les premiers mois de vie de l'enfant : <i>« A part le logement, les autres problèmes c'était ben les conflits entre mon conjoint, moi et mon grand-père. Parce que on va dire mon grand-père le premier mois ça allait, mais après on était quand même chez lui. On se disputait chez lui, on était H vingt-quatre chez lui, un couple avec un enfant chez un vieux de plus de quatre-vingts ans, donc il y avait aussi des conflits avec mes grands-parents, en même temps des conflits avec mon conjoint. Donc en fait la petite dès les premiers mois de sa vie, elle a toujours été aussi un peu dans les conflits. »</i> • Grâce à l'entourage familial, le matériel pour le bébé était présent : <i>« Au niveau de tous les accessoires, ça allait parce qu'heureusement j'avais des frères et sœurs qui avaient déjà eu des enfants, donc j'avais un siège auto, une poussette, tous ces trucs là ça va. »</i> • La sollicitation de l'assistante sociale de la commune de résidence de la femme afin d'obtenir un logement : <i>« Je l'ai sollicitée l'assistante sociale et c'est là qu'on a fait une recherche de logement.</i>

	<p><i>[...] J'ai quand même dû attendre un an et quelques mois. [...] C'est l'assistante sociale de mon village [pas du RMS]. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'attribution d'un logement ayant permis d'un côté une diminution des tensions, d'un autre côté d'autres difficultés se sont présentées nécessitant la poursuite d'un suivi par les services médico-sociaux : <p><i>« On va dire là ça fait vraiment depuis que j'ai mon logement [...] qu'on est au calme. [...] Mais c'est juste ici j'ai un peu d'autres problèmes comme dit avec sa suspicion de maladie²⁸, le fait que je sois toute seule, enfin je suis mère célibataire maintenant donc j'ai un grand logement de soixante mètres carrés. Et avec moi et ma fille toutes seules que j'arrive pas à aménager pour le moment. [...] Mais ça je vois déjà avec justement l'assistante sociale, la PMI, la maison des services. L'assistante sociale de la maison des services, elle va voir pour m'aider genre pour acheter un lave-linge, une cuisinière, comme je suis au RSA, j'ai des revenus assez bas. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Depuis la séparation du père de l'enfant, d'un côté le ressenti d'une diminution des pressions, l'arrêt des disputes mais d'un autre côté une vulnérabilité à être mère célibataire, le regret de ne plus être une famille : <p><i>« Je trouve que d'un côté au niveau de la pression oui je m'en sors mieux mais d'un autre côté, je trouve que c'était quand même bien des fois quand il était là quoi. J'avais plus l'impression, pour ma fille quoi en fait, d'être une famille. Alors que maintenant je suis toute seule, elle a plus de papa. Enfin je veux dire déjà avant il était jamais là la semaine, il est au travail, il est militaire. Mais par exemple c'est pour ça la semaine je remarque pas trop en fait la différence et [...] quand le week-end arrive, je me retrouve là avec ma fille toute seule à pas savoir quoi faire. C'est compliqué. Mais d'un côté au moins je me dis c'est vrai que après le week-end souvent il était là, on faisait quoi, on se disputait. Elle, elle voyait des disputes. Comme dit, ça dépendait de son humeur. Il y a des week-ends, ça pouvait être vraiment tellement bien, comme il y a des week-ends, ça pouvait être l'enfer. »</i></p>
F	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la naissance de la première fille, le quotidien s'est remis en place rapidement en rentrant au domicile même si initialement le couple a pu ressentir un vide du fait de la fin de la prise en charge hospitalière : <p><i>« Ben la première c'était compliqué parce que on s'habitue à la structure médicale. On</i></p>

²⁸ Suspicion de maladie mitochondriale

	<p><i>s'habitue à être dans une chambre, déjà on s'occupe de rien, y a pas de ménage à faire, y a pas de bouffe à faire, on est infantilisé un petit peu. Du coup on est que focus sur le bébé. Du coup, là on rentre à la maison, [...] c'est bizarre en fait, il faut reprendre ses marques [...]. Ça se fait naturellement. C'est de toute façon quand on a faim, on fait à manger pour elle enfin pour nous. Tout le quotidien, il se fait, on réfléchit pas, il faut quelque chose, on le fait. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour la mère, la principale difficulté du retour à la maison était le besoin de l'enfant d'être beaucoup dans ses bras et au sein : <p><i>« Depuis la réanimation, en fait nous on était tout le temps là, du coup c'était que du peau à peau, le papa ou moi et à la maison, elle voulait que être portée par moi. Du coup vis-à-vis aussi de l'allaitement donc ça c'était un peu compliqué. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour le deuxième enfant, la seule crainte du retour au domicile était l'éventuelle jalousie de la première fille : <p><i>« J'avais plus peur que la petite l'accepte pas ou qu'elle se sente rejetée elle. C'était ma seule crainte, je pense comme toutes les parents qui viennent avec un deuxième enfant. Mais à part ça on était sur un petit nuage. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le lien entre les deux enfants a pu se faire en quelques mois même s'il a fallu un temps d'acceptation pour l'aînée : <p><i>« Elle s'approchait de lui, des fois elle était toute gentille et d'un coup elle mettait des claques comme ça, c'est venu de nulle part. On lui expliquait : 'Non c'est bébé, caresse-le'. Du coup au bout de trois mois, changement radical, elle lui faisait que des bisous, des câlins. Elle dit : 'C'est bébé, gentil'. Elle l'a adopté. [...] Elle fait tout pour lui, elle l'aime trop. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le couple n'a pas eu besoin d'aide extérieure, la puéricultrice de PMI est passée uniquement deux fois après le retour au domicile après les deux naissances : <p><i>« [Le médecin de microstructure] m'a appelé la PMI qui est venue deux fois je crois après l'accouchement à la maison. Elle a pesé le bébé, tout allait bien. Elle est passée deux fois et comme c'était bon, c'était bon ! »</i></p>
G	<ul style="list-style-type: none"> • Un retour à la maison bien vécu car la sortie avait été autorisée devant la bonne santé du nourrisson : <p><i>« Je me sentais en confiance. [...] Je savais qu'en rentrant, j'avais le droit de rentrer parce qu'il était apte, il était bien et il avait pris du poids et parce qu'il avait pas de symptômes. C'est vrai que ces dix jours ils étaient longs mais ils étaient quand même</i></p>

	<p><i>bénéfiques parce que je suis rentrée en me disant que c'était bon. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le passage rassurant d'une sage-femme au domicile deux fois la première semaine pour le suivi du poids et la surveillance de l'absence de signes de SSNN : <i>« [La sage-femme] est venue deux fois pour le peser, pour être aussi sûre qu'il prenait du poids après le retour [...] Et puis il était bien. Pareil c'est une sage-femme qui s'y connaissait pas et moi j'ai voulu la garder. Elle s'est entretenue avec [l'hôpital a], on lui a un peu appris les bases du sevrage, du manque. Ils lui ont dit : 'Écoutez il y a pas de souci, il est sevré, il y a pas de problème, c'est pour ça qu'on le laisse rentrer mais si déjà vous y allez, vérifiez quoi !' Mais après elle s'était un peu renseignée sur les syndromes, qu'est-ce qu'il pourrait y avoir et en fin de compte, elle avait sa liste pareil et il n'y avait pas de souci. [...] Ça rassure toujours. »</i> • Pour la suite de la prise en charge médicale, le choix de la PMI avec l'importance pour la femme de faire le lien entre pédiatre de la PMI et l'ELSA qui l'avait suivie : <i>« Je suis allée à la PMI pour avoir un pédiatre. Je leur ai tout de suite parlé et ils étaient au courant. Je leur ai donné le numéro [de l'hôpital] et tout ça. J'avais préféré en parler et qu'elles s'entretiennent avec elles et donc on leur a expliqué, elles étaient aussi super. »</i>
H	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien familial de la part du compagnon et de sa mère, absence de crainte : <i>« J'avais pas peur parce que comme dit j'étais bien entourée. J'avais mon compagnon qui lui voulait absolument ses enfants. Donc je savais que j'allais avoir de l'aide et [...] ma mère très, très présente. [...] J'ai eu beaucoup, beaucoup de soutien. »</i>

11) Vous êtes-vous sentie accompagnée par l'équipe du RMS ou d'autres professionnels de santé dans la création du lien avec votre bébé ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Une projection dans le rôle de maman : <i>« Pour moi déjà, c'était naturel. [...] Je commençais à regarder l'émission les maternelles tous les matins. Je mettais les dessins animés avant oui-oui et tout. Bon il était tout petit, il s'en foutait le gamin. Mais bon voilà j'ai commencé à me projeter dans ce rôle de maman. J'étais vraiment connectée quoi avec tout ça. »</i> • L'aide de la sage-femme au domicile : <i>« Et la sage-femme qui s'est occupée de moi à la maison, elle m'a vraiment bien aidée</i>
---	--

	<p><i>pour l'allaitement qui a été un peu foiré à l'hôpital. Elle m'a aidée, elle m'a conseillée sur les tire-laits tout ça. Elle m'a dit comment faire, comment gérer pour essayer de tirer le maximum de lait, lui donner le moins possible de complément. Elle était vraiment à l'écoute quoi. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le recours au médecin si besoin, aux professionnels présents dans le suivi déjà avant l'accouchement : <p><i>« Et puis ouais, j'avais une question à poser, j'appelais mon médecin traitant. S'il me fallait quelque chose ou quelqu'un, j'appelais les personnes qui ont été là pour moi avant l'accouchement. »</i></p>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Une réflexion initiée en unité Mère-enfant par les questionnements des professionnels sur les ressentis de la proximité avec le bébé, des pleurs du bébé, de la sensation du bébé « d'être bien » : <p><i>« On me demandait ce que je ressens quand je l'ai contre moi. Je trouvais ça bien qu'on se demande si je suis bien avec elle, comment je ressens quand elle pleure ou des choses comme ça. [...] Ça m'a aidée. Ben c'est vrai qu'on se pose pas forcément la question. [...] Je trouve ça bien parce qu'on se met à réfléchir. C'est vrai que ça va vite de secouer le bébé quand on en peut plus. Donc oui se poser la question : 'Comment je ressens ? Est-ce qu'elle m'aime ? Est-ce qu'elle se sent bien avec moi ?'. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sentiment de ne pas être mise en difficulté vis-à-vis de ces questions : <p><i>« Moi ça allait, ça coulait de source. Ça va j'ai pas eu trop de questions là-dessus en fait je pense qu'il le voyait que ça allait. Elle était contre moi tout le temps. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Après le retour au domicile, l'accompagnement par la PMI, le pédopsychiatre et la psychomotricienne qualifié de non oppressant : <p><i>« [Le suivi PMI et pédopsychiatrique] me posent la question, ils n'imposent pas. Et si j'ai envie de les voir, je les vois, ils me demandent dans combien de temps et si j'ai besoin, j'ai leur téléphone. C'est pas une obligation, on est pas opprimée. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une aide permettant de comprendre des difficultés et de les surmonter : <p><i>« Ben elle a appris à marcher à quatre pattes. Elle avait vraiment peur, j'ai compris des choses en fait pourquoi elle voulait jamais se mettre sur le ventre. On m'a dit : 'C'est sûrement parce qu'elle se rappelle que quand elle était couchée, elle avait très mal au ventre donc c'est pour ça que maintenant elle a peur de se mettre à quatre pattes sur le ventre'. Ils m'expliquent les choses. Ils savent quand même prendre en charge. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un suivi permettant d'apprendre à réagir, un soutien vis-à-vis de l'entourage, une

	<p>explication des erreurs commises :</p> <p><i>« Et de comment réagir correctement aux choses, que ça sert à rien de lui taper sur la main. Il y a plein de choses comme ça que je savais mais que c'est bien qu'il y ait quelqu'un derrière moi parce que pour l'expliquer aussi à l'entourage, à la mamie de pas lui taper sur la main, le pourquoi du comment. C'est bien. Et le papa quand c'est non c'est non, ben un bébé ça sert à rien, quand ça veut quelque chose, ça veut quelque chose. C'est bien que quelqu'un d'autre soit là pour nous soutenir. Ou quand on fait une erreur de nous le dire. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des ateliers pour entrer en relation avec l'enfant proposés par l'équipe de pédopsychiatrie ou par la PMI : <p><i>« Il y avait des ateliers massages pour se mettre en relation avec l'enfant. Ils font des trucs biens. Franchement il y a tout pour les mamans. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cependant une méfiance persiste vis-à-vis des soignants suite au vécu traumatique lors de son hospitalisation : <p><i>« La PMI tout ce groupe-là, j'ai quand même un peu peur de ce que je leur dis. Je me méfie, j'ai toujours peur de ce qui risque d'arriver parce que, avec ce qui s'est passé à l'hôpital, qu'on m'ait enfermée comme ça. ...] Je pèse les mots que je dis là-bas. »</i></p>
C	<ul style="list-style-type: none"> • Le lien avec l'enfant n'a pas pu être vécu pleinement à la maternité : <p><i>« C'est censé être un merveilleux souvenir et [...] à la première visite de la petite chez le [médecin de microstructure] quand elle m'a demandé comment ça s'est passé, j'en avais limite les larmes aux yeux et je lui ai dit : 'C'était une catastrophe, c'est juste un mauvais souvenir quoi'. C'est vraiment dommage, parce que même si on est à l'hôpital, on est enfermée, bah voilà c'est les premiers jours avec votre enfant et ça doit juste être merveilleux. Et pour moi, ça a été vraiment très, très, très compliqué. [...] C'est vraiment dommage parce que on s'attend à ce que le milieu médical comprenne quand même plus de choses et puis finalement ça a pas été le cas et ça a vraiment pas tout gâché, je peux pas dire tout gâché, mais si j'étais pas dans ce sentiment de culpabilité, je pense que j'aurais vraiment pu vivre à 300 % ses premiers jours alors que là c'était pas le cas. J'étais vraiment pas bien. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de l'allaitement difficile et ressenti d'une difficulté à obtenir de l'aide : <p><i>« Pour l'allaitement, j'ai dû attendre le deuxième jour la nuit qu'une infirmière tout à fait charmante vienne enfin et m'entende et comprenne que ben c'est compliqué, que j'arrive</i></p>

pas à pratiquer l'allaitement et je le veux vraiment et c'est elle qui a pu trouver une solution. [...] Et ben comme dit, il a fallu attendre le deuxième jour de nuit pour que quelqu'un vienne enfin à l'aide quoi. Et ça c'est dommage, j'aurais aimé que ben tout de suite toutes soient présentes. »

- *A contrario, une aide importante, douce, rassurante de la part de la sage-femme à domicile, le regret de ne pas avoir pu bénéficier de cette attitude à l'hôpital :*

« On a revu l'allaitement ensemble, elle m'a beaucoup aidée. Et franchement si je l'avais eue elle à l'hôpital, ça aurait été merveilleux quoi, ça aurait été juste parfait. Et donc oui ça allait très bien, elle m'avait enlevé les agrafes tout ça, elle était très douce, elle était top, vraiment. [...] La moindre question elle y répondait, rassurante, présente, elle me donnait son numéro, elle me disait : 'Si vous avez des questions ou quoi ou si quelque chose ne va pas, vous m'appellez'. Donc elle était vraiment parfaite. »

- *Un suivi à domicile par une sage-femme prévu par l'hôpital :*

« C'était l'hôpital qui m'avait pris rendez-vous avec elle directement. »

- *Les premières consultations chez le médecin permettant de rassurer sur la santé du nourrisson et sur les compétences de mère :*

« On est même tout de suite venues chez le [médecin du réseau]. Et ben elle a trouvé la petite en pleine forme donc euh toujours rassurante. C'était voilà juste bien. »

- *Pas d'attente particulière concernant la promotion de la création du lien, le sentiment que la connexion était bien présente :*

« J'attendais pas forcément grand-chose parce que ben j'avais vraiment le sentiment qu'on avait une vraie connexion avec ma fille et que tout allait très bien. »

- *Lors d'une hospitalisation à l'âge de un mois et demi, le sentiment des pédiatres d'un attachement trop grand et l'organisation d'une consultation avec une psychologue, qui n'a pas trouvé nécessaire de poursuivre un suivi :*

« Je leur ai expliqué que ben justement par rapport à la mort subite du nourrisson, j'avais très peur et que je la surveillais énormément. Et [les pédiatres] trouvaient que justement c'était trop, j'étais [...] trop attachée. Du coup elles m'ont pris un rendez-vous [...] pour que je vois une psychologue et que je discute de cette relation avec elle et que j'apprenne un petit peu à me détacher. Et puis ben finalement le rendez-vous, on s'est vu qu'une fois parce que la psychologue a trouvé que on voyait qu'il y avait une connexion entre la petite et moi. Elle disait : 'On voyait que le petit avait confiance en moi et que pour elle il y avait pas lieu d'avoir un suivi plus que ça quoi'. »

D	<ul style="list-style-type: none"> • Une écoute attentive de ses craintes, une aide dans les interactions avec sa fille, la reconnaissance de ses efforts et de ses compétences : <i>« Avec mon fils j'ai eu un peu de mal, vraiment j'avais pas envie de reproduire les mêmes erreurs et oui [le médecin du RMS et la puéricultrice de l'ELSA] étaient vraiment à l'écoute sur ça, sur mes peurs, sur mes craintes et elles m'ont beaucoup aidée à pas reproduire les mêmes erreurs. Et puis aussi elles étaient tout le temps comment dire à me féliciter, elles voyaient que je m'en sortais très bien et vu que c'était les mêmes qui m'avaient suivie pour mon fils, elles me disaient : 'Regarde tous les efforts que t'as fait et tout !'. Et vraiment elles étaient là, elles sont super vraiment, ça m'a beaucoup aidée pour le lien avec ma fille. »</i>
E	<ul style="list-style-type: none"> • La nécessité exprimée de dormir avec l'enfant mise en lien avec la période du syndrome de sevrage et l'habitude d'une grande proximité corporelle : <i>« Et c'est ça le problème d'aujourd'hui que j'ai un lit bébé mais elle ne dort jamais dedans. Elle a pris tellement l'habitude d'être avec moi depuis sa naissance que c'est impossible de la faire dormir dans sa chambre, je suis obligée de la faire dormir avec moi. »</i> • Un suivi par la PMI initialement au domicile puis dans les locaux, le suivi par une kinésithérapeute à domicile : <i>« Au début elle venait à domicile. Après on va dire vers ses six mois, fallait aller au rendez-vous voir la PMI et la médecin de la maison des services. [...] La kiné [...] vient à domicile pour ma fille. [...] On m'a un peu accompagnée, enfin la PMI et la kiné un peu mais sinon c'est tout. [...] Après le reste c'est moi. »</i> • Après la naissance, une maladie mitochondriale a été suspectée devant des retards de développement, un suivi pluridisciplinaire auprès de la PMI, du CAMSP et du pédiatre hospitalier spécialisé a été mis en place, ces différents intervenants reconnaissent ses compétences de mère : <i>« La PMI, [l'hôpital ζ] et le CAMSP ouais, ils m'ont déjà dit, bon que je suis une bonne maman, que tout va bien mais que oui après il y a quelques trucs des fois à m'aider un peu. »</i> • La place du médecin de microstructure plutôt réservée au suivi du MSO : <i>« En général quand je vois le [médecin du RMS], c'est plus pour renouveler mon traitement. On se parle pendant quinze-vingt minutes, on parle de tout et de rien, de comment je me sens, plus au niveau du traitement. [...] Des fois j'y vais avec ma fille, des</i>

	<p><i>fois j'y vais sans ma fille. Il demande juste comment ça va quoi et sinon comme j'ai dit, on parle que du traitement. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une situation souhaitée par la femme avec le ressenti d'avoir déjà à côté trop d'intervenants médicaux pour le suivi de l'enfant : <p><i>« Ça me va comme ça. Comme j'ai dit avec tous les trucs que j'ai avec [l'hôpital ζ] et la PMI, le CAMSP, j'en ai un peu marre en vrai de parler tout le temps de ... »</i></p>
F	<ul style="list-style-type: none"> • La sensation d'avoir pu créer le lien avec la première fille par le peau à peau en réanimation et la présence des deux parents en continu permise par la mise à disposition d'une chambre dans le service : <p><i>« Bah nous le lien on l'a créé parce que justement on était là, on partait jamais de l'hôpital [...]. Quand un dormait, l'autre il faisait le peau à peau. Quand l'autre il en pouvait plus de faire le peau à peau, parce qu'il faut rester comme ça longtemps pendant six heures, ben l'autre il prenait la relève. C'était comme ça qu'on a fait le lien. Et je pense que ça a marché, parce que au bout de deux semaines, quand on prenait notre douche ou quand on venait manger, les puéricultrices elles venaient nous chercher parce qu'elles arrivaient pas à calmer le bébé quand il pleurait. Y a que nous quand on venait qu'elle se calmait. [...] Et franchement le fait qu'il y ait une chambre dans le même service, qu'on ait pas à rentrer à la maison se changer, qu'on ait juste à penser à notre bébé, c'est vraiment trop important. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les visites de la sage-femme de l'ELSA et de la psychologue du service de réanimation, l'une et l'autre à l'écoute du couple : <p><i>« La [sage-femme] venait toujours nous voir déjà. Il y a une psychologue qui est venue avec qui on a parlé deux-trois fois aussi. Non ils étaient à l'écoute. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'expression d'une difficulté à exercer les soins de <i>nursing</i> au NN, le ressenti d'un accompagnement oscillant entre l'aide et le refus de la part des puéricultrices : <p><i>« En réanimation c'est ce que j'aimais pas, c'est que selon les puéricultrices, y en a une qui nous donnait le pouvoir qu'on a sur notre bébé : 'Mais non faut le changer ! Il faut qu'elle s'habitue à vous, faut qu'elle vous sente, allez-y je reste à côté de vous !' Il y en a d'autres qui étaient vachement : 'Non mais vous avez pas à le faire, c'est à nous de le faire, ne touchez pas le bébé !' »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En quittant le service de réanimation pour les soins intensifs puis le service de médecine, l'incitation à prendre soin de son enfant : <p><i>« Là on nous a dit : 'Mais oui changez le bébé ! C'est à vous de le faire, c'est votre</i></p>

enfant, c'est votre bébé, prenez en soin !' Ils nous encourageaient. Genre nous, on n'osait plus le faire, du coup, là ils nous encourageaient et plus on descendait plus c'était cool. »

- Le choix de l'allaitement maternel exclusif pour la première fille mais qui a été vécu comme une instrumentalisation de son corps :

« Ouais en fait ma première je l'ai allaitée jusqu'à ce qu'elle ait dix mois, mais elle était tout le temps au sein. Au bout d'un moment, je supportais plus qu'elle me touche en fait. Parce que dès qu'elle venait, c'était pour téter. J'avais l'impression d'avoir un petit morpion sur moi. Au bout d'un moment, on a besoin de retrouver son corps un peu et là j'en avais marre. Et du coup, j'ai réussi à arrêter pendant la dépression que j'ai faite pendant le début de grossesse. Là j'ai dit : 'Non j'en peux plus faut que j'arrête'. J'ai réussi à la laisser pleurer, parce qu'avant j'arrivais pas à la laisser pleurer. »

- Le souhait exprimé pour le deuxième enfant d'un allaitement mixte, bien accepté par la SF de l'ELSA avant l'accouchement mais dénigré par les SF de la maternité après la naissance, moment où la femme se sentait vulnérable :

« Et du coup pour la deuxième grossesse, je voulais faire un allaitement mixte. A l'hôpital, la [SF] pareil elle m'a dit : 'Pas de souci vous verrez à l'accouchement et tout'. Et du coup quand j'ai accouché, j'ai dit : 'Allaitement mixte, je veux une fois lui donner le sein, une fois lui donner le biberon'. Par contre [à la maternité, la SF] me dit : 'Mais non il faut pas, il faut faire que de l'allaitement parce que sinon vous allez pas être assez stimulée !' J'ai dit : 'Oui mais j'ai déjà une ordonnance pour un tire-lait, je vais tirer mon lait. Je veux juste pas qu'il soit tout le temps collé à moi à allaiter'. Du coup elles m'ont dit : 'Non, non !' Et du coup j'ai pas pu faire l'allaitement mixte. Au bout de cinq jours d'allaitement normal, il était déjà accro aux seins et il acceptait plus la tétine du biberon. [...] Elles étaient tout de suite en mode sur les grands chevaux et du coup nous à ce moment-là, on est un peu en vulnérabilité. Là maintenant je dirais : 'Mais je fais ce que je veux en fait !' Mais là on vient d'accoucher, on est un peu vulnérable, on est fatiguée et tout. 'Mais c'est pour mon bébé peut-être que je ne fais pas bien'. Du coup on écoute ce que les professionnels nous disent. Mais alors que en fait des fois je pense qu'il faut s'écouter. »

- Des répercussions sur les relations avec le NN et l'expression d'un ressentiment à l'égard des SF qui ne l'ont pas accompagnée dans son choix :

« Après c'est des nuits où le petit il est tout le temps collé à soi, genre en fait le problème c'est la fatigue. Et ce qui est compliqué après, c'est que quand on est fatigué, on a moins

de patience, enfin il y a plein de choses qui en découlent. Du coup je leur en veux un peu par rapport au fait d'avoir insisté pour faire un allaitement unique. »

- Pour la femme, la création du lien mère-enfant se développe avec le temps et la connaissance de l'enfant :

« En fait avec le premier, on dit toujours que c'est instantané l'amour mais moi pour moi, c'était pas instantané. C'était genre 'trop bien bébé' après t'as la rechute quand t'arrives dans la chambre où t'es seule face à ton bébé et là tu te dis : 'Ouais mais voilà c'est mon bébé, j'ai de l'amour mais c'est pas l'amour qu'on m'a toujours dit'. Et moi je trouve que j'ai appris à aimer mes enfants en les connaissant, en apprenant à les connaître. C'était pas quelque chose de magique. J'ai appris à les découvrir et c'est là que mon amour, il s'est démultiplié. »

- La reconnaissance de ses compétences de mère par sa famille :

« Qui disait [que] je me débrouille bien avec les enfants ? Ben [...] c'est plutôt ma mère, enfin la famille et ma belle-mère, mon conjoint parfois quand il est de bonne volonté. »

- La conscience de ses compétences sans avoir besoin d'approbation de la part du médecin de microstructure :

« Je pense que j'ai fait les choses bien sans me vanter. Et de toute façon quand je fais les choses mal, je le sens. Et du coup, là comme je me suis pas posée la question, je pense que ça veut dire que j'ai fait du mieux que j'ai pu. Je dis pas que j'étais magnifique mais j'ai fait du mieux que j'aurais pu faire. [...] Je pense que [le médecin du réseau] sent que j'attends pas une approbation de sa part. Je lui dis ce que j'ai à dire, elle m'écoute. [...] J'attends pas forcément qu'elle me dise : 'Ah c'est bien ou faut faire comme ça !' »

- Avec le deuxième garçon, la création du lien qualifiée de naturelle pour la mère et pour l'enfant également dans un mode plutôt fusionnel :

« C'était vraiment l'après-accouchement que j'ai pas eu, là que j'ai eu vraiment parfait. Genre on est rentré, je l'avais tout le temps sur moi. En plus comme je travaille pas moi, pendant des mois genre on était vraiment tout le temps collé ensemble. On a pu créer ce lien hyper facilement. C'était vraiment naturel. Même pour lui, j'ai l'impression que c'était naturel. »

- Pendant les premiers mois de vie du deuxième enfant, la femme a vécu un épisode d'anhédonie ayant duré quelques jours et ayant motivé l'arrêt de la pilule, l'interaction avec ses enfants en était perturbée et limitée aux gestes du quotidien, cependant la courte durée de l'épisode a permis de ne pas impacter la création du

	<p>lien :</p> <p><i>« Du coup je me faisais violence. J'arrivais pas à jouer avec eux comme d'habitude mais je faisais le repas, je les mettais au lit, je leur faisais un petit sourire. Je me forçais un peu. J'essayais de ressortir de ce truc. Mais après j'étais pas comme d'habitude mais ça n'a pas duré. Mais je faisais ce qu'il fallait faire mais pas avec plaisir ou naturel et je donnais pas d'attention pour jouer avec eux. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La femme est soucieuse de consacrer assez de temps et d'attention à chaque enfant individuellement : <p><i>« Ils vont à la crèche et j'ai fait en sorte justement de pour qu'on profite l'un de l'autre, il y a un jour quand [ma fille] est à la crèche, [mon fils] il est avec moi et le lendemain quand il est à la crèche, elle est avec moi. Enfin justement pour pouvoir profiter individuellement de chaque enfant, qu'ils aient pas à pâtir du fait que j'ai fait deux enfants en peu de temps. »</i></p>
G	<p>Un soutien ressenti de la part du médecin du RMS, également après l'accouchement :</p> <p><i>« Il m'a bien soutenue aussi par la suite. »</i></p>
H	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de nécessité d'implication du médecin de microstructure dans l'accompagnement à la création du lien avec l'enfant : <p><i>« [Le médecin du RMS] est génial mais là-dessus je ne me souviens pas qu'il m'ait aidée à créer un lien avec l'enfant. [...] Je crois que c'était plutôt pas la peine. [...] Je pense qu'avec mon fils, il y avait d'autres soucis. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Allaitement non poursuivi dans la durée par insuffisance de lait puis par difficultés organisationnelles : <p><i>« J'ai allaité pendant deux semaines à temps plein on va dire. Quand j'ai commencé à avoir un peu moins de lait, j'ai pas persévéré. En fait c'était à [l'hôpital], ils m'ont dit : 'Bah on va compléter avec des petits biberons'. Et donc on a commencé à compléter avec des petits biberons et puis ensuite petit à petit je me suis dit ce que je sortais de mes seins c'était de moins en moins donc j'ai arrêté. Avec ma fille il me semble même que j'ai allaité un peu moins longtemps parce que justement quand je suis rentrée à la maison, j'avais un fils de dix-huit mois qui sautait sur le canapé à côté de moi alors que j'essayais de donner le sein et ça m'a découragée. Et puis j'ai arrêté. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'aide et la présence de la pédiatre pour le premier enfant très appréciées par la femme : <p><i>« Elle a été très présente, la pédiatre. Surtout avec mon fils, parce qu'il nous a fait des</i></p>

	<p><i>coliques [...]. Pendant trois mois, mon fils pleurait franchement seize à dix-sept heures sur vingt-quatre. Je me souviens bien marchant dans l'appartement avec le petit presque en train de m'endormir. Je me voyais tomber avec lui sous moi. Enfin je me faisais des films dans ma tête que un de ces quatre, j'étais tellement fatiguée que je vais m'écrouler avec lui en m'endormant et qu'il va se passer un drame tellement c'était devenu horrible. Et là j'ai beaucoup discuté avec elle. On a changé x fois de lait. Elle a été très présente effectivement. »</i></p>
--	--

12) Une place a-t-elle été accordée à votre conjoint et à l'entourage par les soignants ?

A	<ul style="list-style-type: none"> ● Présence du conjoint aux rendez-vous chez la gynécologue : « <i>Il allait avec moi chez la gynécologue pour faire les échographies et tout. »</i> ● Père présent à la naissance et inclus par l'équipe de la maternité : « <i>Ils ont même fait rentrer le papa alors que normalement il font pas rentrer les gens en césarienne d'urgence. [...] Le papa a eu [le NN] pendant deux heures en peau à peau. »</i> ● Père inclus par la sage-femme au domicile dans les soins du nourrisson : « <i>Je pense qu'il était toujours attentif. Quand la sage-femme expliquait des trucs, il était là, il était présent. Il était assis à côté de nous et elle hésitait pas à parler avec lui. »</i> ● Le père a sa place dans la famille, il a aussi sa part d'efforts à fournir : « <i>C'est la naissance de ma famille donc pour moi c'est pas possible d'exclure le père que ce soit de la part de tel ou tel. Pour moi, c'était pas possible. Le père, il était là quand il y avait les rendez-vous et voilà. Encore une fois, c'est aussi des efforts à faire hein. S'il ne se montre pas présent et s'il fait pas un pas, je pense que ouais l'histoire de l'héroïne à l'hôpital, ça l'a un peu refroidi. Il a vu là du coup que j'étais vraiment accrochée à notre famille. Oui le papa était écouté. »</i> ● Difficultés relationnelles avec la belle-mère : « <i>La belle-mère [...] m'a cassé les pieds. Que j'ai encore du mal à voir aujourd'hui tellement elle me fait peur cette femme. »</i>
B	<ul style="list-style-type: none"> ● Des difficultés relationnelles avec le père du bébé, des reproches de sa part d'avoir parlé de ses difficultés, un manque de soutien de sa part voire même une violence : « <i>Et le papa, il est un peu con donc c'était assez dur. C'est toujours très dur. Mais ouais,</i>

	<p><i>lui il est pas encore grand dans sa tête en fait, il voulait pas être encore père. [...] En plus le papa, il est pas du genre gentil, hein. C'est : 'T'as vu si t'avais fermé ta gueule, ben on aurait pas eu tout ça'. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Par crainte de l'éventuelle réaction des soignants, la femme choisit de ne pas parler des violences conjugales : <p><i>« Comme là, ça se passe pas bien avec le papa et tout je préfère ne pas le dire. Parce que je veux pas qu'il arrive quelque chose, qu'on me la prenne à cause de lui ou qu'il se passe autre chose en fait. Je me dis [que] c'est pas encore si grave que de devoir en parler voilà. Dans le temps j'en aurais parlé pour avoir un peu d'aide et là non, non, je veux plus, j'ai trop peur des conséquences après. »</i></p> • Inclusion du père dans le suivi : <p><i>« Il avait le droit d'assister à tout. Et [le médecin du réseau], c'est là qu'elle l'a connu. [...] Avec la psychologue aussi, je crois qu'ils ont parlé une fois. Enfin oui il était là. S'il avait des questions aussi, il était vraiment avec. Ça c'est bien. »</i></p> • Après la naissance, la possibilité de parler avec le père et la pédopsychiatre de la relation avec le bébé : <p><i>« On va voir la pédopsy [avec le père], on discute de comment, la relation. [...] Je crois qu'on était ensemble à la maison un mois et demi - deux mois et après il est parti en prison de nouveau tout de suite. [...] Donc on doit réapprendre à vivre tous ensemble. »</i></p> • Des difficultés relationnelles avec la belle-mère, une confusion des places de grand-mère et de mère : <p><i>« Elle est vachement envahissante en fait. Des fois elle s'appelle maman au lieu de mamie, enfin des trucs comme ça. »</i></p> • La possibilité d'en parler avec le médecin de microstructure ou avec la PMI et le sentiment qu'une intervention de leur part est possible si elle est souhaitée par la femme : <p><i>« Si je voudrais, oui la PMI elle lui dirait ou le [médecin du réseau] elle lui dirait aussi. Elles sont là si on a besoin. Si moi je voudrais qu'elle lui en parle de ça, elle lui en parlerait oui. [...] Le [médecin du réseau] me donne des conseils : 'Il faudrait que vous lui disiez ça qu'elle doit plus venir le soir'. »</i></p>
C	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien important perçu de la part du conjoint et des sœurs : <p><i>« Mon conjoint a toujours été présent et il me donnait tout ce dont j'avais besoin. Il me rassurait énormément quand j'en avais besoin donc voilà il était parfait ! [...] Mes sœurs</i></p>

	<p><i>oui pareil elles étaient là pour moi énormément même. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence et écoute du conjoint par le gynécologue et le médecin du RMS, attache forte au médecin de microstructure pour les deux membres du couple : <i>« Le gynécologue répondait aux questions de mon conjoint, le prenait vraiment en compte. [...] Et [le médecin du réseau] pareil, elle a toujours été très présente pour nous. Mon conjoint est également suivi ici et je viens de [loin] et si j'ai gardé [ce médecin] c'est justement pour ça parce que pour nous elle est parfaite, elle nous a énormément apporté et pour rien au monde, je voudrais un autre docteur. »</i> • Difficultés relationnelles avec sa mère, absence d'attente envers le médecin pour l'accompagner : <i>« Ma mère, c'est un peu compliqué la relation qu'on a, donc là par contre c'était un peu difficile. [...] Non j'attendais pas forcément quelque chose [du médecin du réseau] là-dessus et je pense que si [le médecin] me l'avait proposé par exemple un rendez-vous avec ma mère pour peut-être lui faire comprendre certaines choses ou autre, je pense que j'aurais certainement refusé parce que ouais je la connais, elle est très fermée, elle a du mal à entendre les choses donc je pense que ça aurait été un peu peine perdue en fait. »</i> • Dans son parcours de prise en charge addictologique, la proposition d'accompagner sa mère lui avait déjà été faite : <i>« [Pendant] la post-cure où j'ai été, on m'a proposé ces choses-là parce que j'ai des histoires familiales. Donc ils m'ont proposé de faire venir ma mère et qu'on discute un peu de certaines choses. Mais j'ai refusé parce que [...] je sais qu'elle est complètement fermée surtout si c'est d'autres personnes comme ça qui rentrent dans les histoires familiales, donc elle se serait braquée. »</i> • La femme avance que si sa fille était dans ce cas-là, elle serait volontaire pour discuter avec le médecin : <i>« Je sais que moi maintenant si ma fille devait être dans ce cas-là ben je serais heureuse de l'aider et de venir justement à ces rendez-vous, d'en entendre plus, oui complètement donc c'est vraiment intéressant oui c'est clair. »</i>
D	<ul style="list-style-type: none"> • Le conjoint associé à la prise en charge et aux conseils transmis : <i>« [Le médecin du RMS et la puéricultrice] lui donnaient aussi des conseils pour pouvoir me décharger un peu et tout. Vraiment on sent qu'elles étaient aussi là pour lui. »</i> • L'entourage connaît la prise du MSO et est rassuré qu'il y ait un suivi approprié : <i>« Tout le monde est au courant pour la méthadone®, il y a pas de sujet tabou. [...] Du</i>

	<p><i>coup j'ai expliqué à mon entourage, bon elles ont jamais rencontré [le médecin du RMS et la puéricultrice] hein mais tout mon entourage était au courant de comment j'allais être suivie et au final ça rassure aussi notre entourage de savoir qu'on est bien accompagnée. »</i></p>
E	<p><u>Le conjoint :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La méconnaissance du conjoint concernant le MSO aboutit à des croyances qui sont en partie intégrées par la femme : <p><i>« C'est juste c'est lui qui se met ça en tête et alors je pense que d'un côté il me le met dans une part de ma tête. Il voit ça négativement. »</i></p> • La tentative infructueuse de faire comprendre son traitement au conjoint y compris par les explications du médecin de microstructure : <p><i>« J'ai déjà essayé plusieurs fois. Une fois justement comme dit, je l'ai exprès emmené à un rendez-vous chez [le médecin du RMS] pour qu'il entende un peu le discours du [médecin]. En sortant de là, je me rappelle il avait dit, il s'en fout que ce soit un médecin ou quoi qui dit ça, il a dit, lui il a sa propre opinion sur ça et voilà. »</i></p> • L'impression que le MSO est la cause de tous les problèmes pour son conjoint : <p><i>« Au début si, au tout début dans les premiers mois de relation, il me disait que voilà il allait être là, me soutenir, que c'était pas grave. Mais après genre tous les problèmes de couple qu'on a pu avoir dans notre vie, il relie toujours tout ça à ça. Alors que des fois ça a même rien à voir. Enfin pour lui, c'est devenu limite une excuse. »</i></p> • Labilité émotionnelle et violences physiques de la part du conjoint : <p><i>« Comme dit c'est juste un peu son humeur, elle est très changeante chez lui. Donc des fois, ça pouvait bien se passer et des fois il cherchait pas à comprendre que [...] j'avais une grossesse, par exemple si on se disputait et qu'il veut me pousser, il me pousse. »</i></p> • L'impression d'un soutien négatif et de l'impossibilité d'intégrer plus le conjoint dans la prise en charge : <p><i>« On va dire pour la méthadone® c'est négatif et pour le reste de la vie, ouais c'est moyen. [...] Non il aurait pas pu plus s'intégrer non je pense pas. »</i></p> <p><u>L'entourage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une grossesse perçue comme bien acceptée par la famille mais la crainte d'être jugée si la prise de MSO était plus connue : <p><i>« Après bon comme dit pour l'instant c'est bien accepté mais en fait faut aussi savoir que dans ma famille, il n'y a [presque] personne qui sait que je suis sous traitement. [...] Mon</i></p>

	<p><i>conjoint le sait, mon grand frère le sait et ma mère le sait. Mais ma mère, [...] je lui ai dit que c'était un traitement genre pour le cannabis. Parce qu'après je sais pas comment ils réagiraient si je disais la vérité. Là je serais sûrement jugée en tant que mère. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étonnement face à la compréhension exprimée par son frère : <i>« Ah lui il sait que c'est un traitement de méthadone®. Et justement lui il m'a dit, il m'a pas jugé nan justement il a dit que il trouve ça bien parce que il m'a dit que il avait des doutes sur ma consommation d'avant. Il a dit il préfère savoir ça que... Il a bien pris, ça m'a étonnée. Mais il a bien pris. »</i> • L'impression que les grands-parents ne pourraient pas accepter le MSO qui serait considéré comme un problème supplémentaire en sus des difficultés relationnelles et économiques : <i>« Ben genre mes grands-parents qui m'ont élevée, ils ont plus de quatre-vingts ans. [...] Et comme ils savent déjà que j'ai eu beaucoup de problèmes dans ma vie. Avec mon ancien ex, c'est allé quand même jusqu'au tribunal pour violences conjugales. Là le père de ma fille, lui aussi plein de disputes, plein de problèmes. Je suis au RSA. Enfin il y a plein de problèmes autour de moi déjà, donc je pense qu'ils supporteraient pas de savoir ça. »</i> • Le père décrit comme ayant un regard sévère sur les consommations de drogues : <i>« Mon père il est très sévère sur ces choses-là. Déjà, il trouve que les gens qui fument rien que le cannabis, ils ont un problème psychologique. [...] Lui il me jugerait je pense. »</i> • La mère met en avant les bénéfices du maintien d'un traitement de substitution aux drogues par rapport aux risque d'un sevrage : <i>« Elle l'a pas trop mal pris, enfin comment dire, elle l'a un peu jugé à moitié en fait. Elle était d'un côté contente de se dire que je prends un traitement plutôt que je fume du cannabis mais [...] elle a peur justement [que] si je diminue et j'arrête, ça veut dire que je vais peut-être reprendre. »</i>
F	<ul style="list-style-type: none"> • Le conjoint a pu rencontrer le médecin du RMS et la SF de l'ELSA, avoir des informations sur le traitement et l'importance du suivi : <i>« [Chez le médecin du RMS] quand il venait avec moi, c'est plus quand j'étais pas enceinte, il écoutait comment ça se passait un traitement. Mais la [SF] c'est vraiment tout ce qui est autour du bébé et de la grossesse. [...] Elle me demande déjà à moi s'il a le droit d'être dans la pièce, si j'ai envie. Si je dis oui, [...] elle l'intègre à la consultation. [...] Lui il a pas entendu ce qu'il voulait entendre, il a vraiment tout entendu et il a</i>

	<p><i>compris que c'était pas comme si je prenais un doliprane® et que je pouvais m'en passer même si j'ai mal à la tête, que là c'était vraiment important pour le bébé. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un soutien sans jugement de la part du conjoint pendant la grossesse et après l'accouchement, l'absence de reproches concernant la malformation intestinale ou le risque de SSNN : <p><i>« C'est lui qui m'a poussée à reprendre la méthadone® avant de tomber enceinte, c'est lui qui m'a amenée au rendez-vous, pas de jugement rien et [...] non plus vis-à-vis de l'accouchement par rapport au fait qu'elle a fait l'atrésie. Il m'a jamais fait la réflexion que ça pouvait être de ma part, même si moi je lui ai déjà dit ma théorie. Il l'a écoutée, mais il m'a jamais dit quoi que ce soit ou reproché quoi que ce soit dans un moment de dispute ou peu importe, il m'a jamais rien dit. Et même quand elle faisait l'hypertonie [...], il m'a jamais... Alors que moi j'étais trop mal, je m'en voulais parce que pour moi je pense qu'il y a quand même un lien, lui il pensait pas. Enfin il me culpabilisait pas ! »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de nécessité ressentie d'en parler à l'entourage voire même un certain mal-être vis-à-vis de sa mère concernant le MSO : <p><i>« Non j'en ai parlé à personne. Même si ma mère, elle doit se douter mais j'en ai pas parlé. [...] En plus comme je lui en ai fait baver quand j'étais jeune avec la drogue. [...] Déjà je suis pas à l'aise et j'ai pas envie de partager ça avec elle. [...] Ma famille en général, mes cousins, cousines, j'ai deux-trois amies mais pareil je leur parle pas du traitement. J'ai pas besoin d'en parler. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La femme ne relève pas de confusion entre les places de grand-mère et de mère : <p><i>« Tous les jours, elle vient. [...] Elle prend la place qu'on lui laisse. Genre elle est beaucoup là, mais c'est nous qui lui laissons cette place. Si maintenant on voudrait qu'elle soit moins là, elle serait moins là. Pour moi, [...] la place qu'elle a, elle est parfaite. »</i></p>
G	<ul style="list-style-type: none"> • Le futur père intéressé et inclus dans le suivi de la grossesse : <p><i>« On allait souvent ensemble chez le [médecin du RMS] [...] mais [à l'hôpital] c'est vrai qu'il est pas beaucoup allé parce que par rapport à la distance. [...] Il était quand même venu à un rendez-vous le tout premier [...] parce que il s'intéressait. Et du coup [les SF de l'ELSA] l'avaient vu et puis elles savaient aussi son parcours à lui. On en a parlé, son suivi, elles savaient qu'on était un couple, tous les deux quoi ! Non mais elles parlaient aussi de lui par rapport au bébé, à moi si j'étais suivie, s'il m'aidait. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La femme souligne le soutien et l'entraide au sein du couple dans le maintien de l'arrêt des consommations d'héroïne :

	<p><i>« Je suis avec le papa qui lui aussi est suivi, on a fait ça ensemble. [...] Lui aussi il se bat, il travaille. C'est un combat tous les jours parce qu'il faut pas craquer. Il faut être fort psychologiquement. Quand ça va pas, on s'en parle. Il y a des jours où on se le dit, l'autre rassure l'autre, l'autre dit à l'autre : 'Non, non, on va pas craquer maintenant, c'est débile !' Après c'est aussi ça qui nous rend plus fort. On est ensemble. Il y en a que ça marcherait pas. Il y a des couples justement, parce l'autre il coule l'autre, l'autre il craque. Il faut dire ce qui est, on connaît des gens dans cet entourage, des couples qui étaient ensemble et ça n'a pas marché parce que ben ça sépare les gens. Nous ça nous a rendus plus fort, clairement, ça nous a soudés. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'entourage parle librement du MSO et est rassuré par le suivi spécialisé hospitalier : <p><i>« On en parle librement même à nos familles. [...] Nos beaux-parents sont au courant, nos frères, nos sœurs aussi [...]. On est bien entourés. [...] La famille était rassurée surtout pour le bébé. Parce que c'est vrai que de leur temps, ils connaissent pas ça mes parents. Ils avaient pas forcément les bonnes informations. [...] Sur internet on voit des trucs catastrophiques. Et donc on les a rassurés. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'implication de la grand-mère maternelle dans le suivi hospitalier en accord avec la participante : <p><i>« Ma maman m'accompagnait à chaque rendez-vous [à l'hôpital]. [...] Ils lui ont tout expliqué donc ça rassurait toute la famille quoi ! [...] Chaque fois qu'il y avait ma maman, sachant qu'ils m'ont demandé avant s'il pouvait en parler devant elle, ils l'impliquaient, ils lui en parlaient, ils essayaient de la rassurer sachant que c'était la mamie. »</i></p>
H	<ul style="list-style-type: none"> • La femme ne s'attend pas à ce que son compagnon la comprenne : <p><i>« Mon conjoint lui, il comprend pas du tout comme beaucoup de monde je pense, comme tous les gens qui n'ont jamais eu affaire je pense à la drogue, lui il comprend pas du tout comment est-ce qu'on peut avoir un moment d'égarement comme ça alors que on a une famille, alors qu'on a des projets. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle préfère ne pas partager avec son conjoint ni avec sa mère la prise du MSO et les prises d'héroïne : <p><i>« J'ai fait tellement de fautes, j'ai tellement fauté, repris, repris refauté, à la fin quand j'en ai été à accoucher de notre fils, c'était bon, je pense que j'en avais déjà fait voir de toutes les couleurs à ma mère et mon compagnon je voulais pas [en parler]. »</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Compagnon présent à la maternité mais tenu à l'écart du suivi et du traitement du SSNN : <i>« Mon conjoint lors de ma première hospitalisation pendant les deux semaines et demie, les fois où les soignants venaient parler, c'était avec moi toute seule. Ou alors des fois, ils venaient mais on était tous les deux ensemble et ils venaient pour dire des trucs 'oui voilà on a fait le test des oreilles, c'est bon machin'. On était ensemble mais à aucun moment pendant les deux semaines et demie, à aucun moment mon mari n'a parlé seul avec les soignants. »</i> • Compagnon présent en début et fin de grossesse mais absent lors du suivi, absence de rencontre avec l'ELSA : <i>« Il m'a accompagnée une fois pour l'un, une fois pour l'autre [pour la première échographie]. Il travaille beaucoup en fait. [...] Il était là au deux accouchements. »</i> • Proximité et présence de la grand-mère maternelle : <i>« Ma mère très, très présente. [...] [Les enfants] considèrent la maison de ma mère comme leur deuxième maison. »</i>
--	---

13) Pour finir, est-ce que vous voulez parler d'autres points ?

A	<ul style="list-style-type: none"> • Une proposition d'information et de sensibilisation dans les cabinets de médecine et les laboratoires pour permettre d'ouvrir le dialogue aux femmes sous MSO : <i>« Je pense qu'il faudrait que le message soit plus fréquent, par exemple dans les maternités, chez les médecins ou chez les obstétriciens, des fascicules qui disent : 'Grossesse sous méthadone® ou Subutex® c'est pas une fatalité' ou un truc comme ça. Un titre accrocheur qui montre à ces femmes qui n'osent pas parler de leur dépendance. Parce que je pense, qu'il y en a plein qui n'osent pas le dire et qui font les choses qu'il faut pas, notamment réduire le traitement. [...] Moi je pense qu'il faudrait un truc vraiment percutant où vraiment tu te dis : 'C'est pas une fatalité, tu peux faire ta grossesse, mener ta grossesse à terme, tu seras écoutée, tu seras encouragée, on va pas te lâcher dans la nature comme ça !'. Voilà pour moi, ça serait vraiment un truc important vraiment délier les paroles quoi. »</i>
B	Absence d'ajout à l'entretien
C	<ul style="list-style-type: none"> • Une formation des professionnels de santé en-dehors des microstructures :

	<p><i>« Comme dit pour moi c'est vraiment le milieu médical hors de de la structure parce qu'ici on sent vraiment qu'ils ont toutes les informations par rapport aux addictions, que il y a pas de ratés, tout est dit, tout est écouté, entendu et compris, que le milieu médical à l'hôpital c'est tout autre chose et c'est vrai que s'ils pouvaient, alors je sais pas s'ils ont eu ou pas du tout ces informations ou faire comprendre les choses je pense que ça aiderait quand même pas mal. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappel que les problématiques d'addiction ne sont pas rares et qu'il faut sortir des stéréotypes : <p><i>« Parce que ok elles travaillent pas qu'avec des personnes qui ont des addictions mais il peut y en avoir une de temps en temps, je pense que j'étais pas la seule et ni la première ni la dernière. Je trouve ça dommage, leur réaction, c'est dommage quoi, c'est pas ce qu'on attend du milieu médical et ça a été trop vu comme la toxicomane voilà enfin et c'est pas correct quoi. »</i></p>
D	<ul style="list-style-type: none"> • L'importance de s'exprimer sur le sujet pour que les prises en charge évoluent : <p><i>« Si ça peut aider d'autres mamans par la suite quoi et oui bah il faut en parler pour que les choses avancent. »</i></p>
E	Absence d'ajout à l'entretien
F	Absence d'ajout à l'entretien
G	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt du suivi en microstructure généralisé à toutes les personnes sous MSO : <p><i>« Pour des gens qui ont des rechutes ou qui ont des gros traitements, il leur faut des microstructures. »</i></p>
H	Absence d'ajout à l'entretien

III. Synthèse des résultats

Dans cette partie, nous synthétisons les éléments qui se rejoignent dans les vécus des femmes et ceux qui divergent.

1) 1^{ère} hypothèse : Les intervenants de microstructure peuvent occuper une place importante dans la période de la périnatalité et jouer un rôle dans la continuité des soins.

La place du médecin de microstructure a été définie comme primordiale et essentielle par les participantes A et C. Pour plusieurs femmes, le médecin a fait le diagnostic de grossesse ou a fait partie des premières personnes à être informées de la grossesse. Il ressort des différents témoignages qu'un lien ancien de confiance existait entre le médecin et la femme. Les qualités du médecin citées par la majorité des femmes sont l'écoute, l'échange, la disponibilité. De plus, pour la participante B, l'absence d'obligation de la part du médecin a été particulièrement importante. L'accompagnement effectué par le médecin de microstructure ainsi que la réassurance prodiguée ont été très importants pour la majorité des femmes. Elles ont fait confiance à leur médecin généraliste pour les adresser à l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), prise en charge qui s'est effectuée en accord avec la femme (participantes B, F, G, deuxième grossesse H).

La majorité des femmes ont relevé que le médecin de microstructure avait sa pleine place dans le suivi du MSO, les adaptations de posologie en discussion avec la femme et les explications sur la nécessité d'augmenter les posologies en fonction des modifications corporelles en lien avec la grossesse. Pour les participantes F, G, H, une fois que l'équipe hospitalière spécialisée dans le suivi des femmes enceintes sous MSO a pris le relais, ce sont les sage-femmes de l'ELSA qui discutaient principalement du traitement avec les femmes pendant la grossesse. Après l'accouchement le médecin de microstructure est redevenu l'interlocuteur principal concernant le MSO. S'inscrivant dans le suivi au long cours, les participantes C et G ont plus détaillé comment le médecin de microstructure a pris la relève.

Concernant les autres professionnels en microstructure, la psychologue a été consultée par plusieurs femmes au début de leur suivi en microstructure ou pendant des moments de fragilité en-dehors de la grossesse. Les participantes A et B ont consulté la psychologue pendant leur grossesse. La proposition de rencontrer la psychologue si besoin a été rappelée par le médecin à plusieurs des femmes. Cette offre d'aide était vue positivement par les femmes. Par ailleurs pour certaines d'entre elles, c'est la psychologue de l'équipe hospitalière qui a été consultée pendant la grossesse.

L'assistante sociale du RMS a été sollicitée par une participante (B) dans le cadre de difficultés avec le règlement de la prise en charge hospitalière. Les autres femmes n'ont pas sollicité l'assistante sociale de la microstructure.

2) 2^{ème} hypothèse : Le vécu émotionnel des femmes, la perception qu'elles ont d'elles-mêmes, de leur corps et de leur fécondité nécessitent une attention particulière de la part des professionnels de santé.

Les femmes ont rapporté être sensibles et fragiles (A, B, E) et avoir l'habitude de se confier (B, C, F). Les participantes ont exprimé l'importance de sentir que leurs confidences étaient entendues dans le but de les aider. Ceci a été particulièrement souligné par les participantes A et B qui ont exprimé que la connaissance de leur histoire personnelle par le médecin de microstructure et la psychologue leur permettait d'exprimer leurs ressentis, là où des intervenants ponctuels pouvaient être perçus comme illégitimes (B). Ainsi pour la participante B, les interactions avec les soignants hospitaliers (ELSA, service de psychiatrie) ont majoré sa détresse. Pour d'autres, les interactions avec les soignants hospitaliers (ELSA, pédiatre en maternité) ont permis un apaisement et une réassurance. Par ailleurs, plusieurs femmes ont souligné l'intérêt du médecin de microstructure qui posait des questions et montrait qu'il était à l'écoute. Une situation divergente a été celle de la participante E pour qui le vécu émotionnel et relationnel avec le conjoint a été très complexe dans un contexte social précaire avec violences psychologiques et physiques de la part du conjoint. Elle dit ne pas avoir cherché d'aide auprès de la microstructure pour ces difficultés, elle en a discuté avec la psychologue de l'hôpital. Le rôle dévolu au médecin de microstructure a surtout été cantonné au MSO. Pour la participante G, le fait d'avoir pu parler de la prise de méthadone® dès le début à l'équipe obstétricale contrairement à sa grossesse précédente lui a procuré un apaisement et un vécu plus serein de sa grossesse.

Les façons de penser des femmes peuvent constituer des atouts dans certaines situations ou bien leur être préjudiciables. Il peut être utile d'en avoir la connaissance afin de mieux les prendre en charge. Ainsi la participante H se perçoit comme étant raisonnée²⁹. D'après l'interprétation issue des entretiens, nous pouvons entendre des conséquences néfastes lors de certains événements, comme son début de consommation d'héroïne pendant l'adolescence alors qu'elle souhaitait prouver par l'expérience à son copain qui consommait de l'héroïne les méfaits de cette drogue³⁰. Cette manière de réfléchir pourrait la conduire à

²⁹ « Je pense que dans mon cas, je suis quand même quelqu'un de réfléchi malgré tout, malgré ce qu'on peut penser et mes mauvais choix d'avant, je pense que je réfléchis un peu à ce que je fais ». (H)

³⁰ « Parce que j'avais plus d'autres armes, j'avais plus d'autres arguments [...] j'ai pris au début pour lui montrer à quel point ça faisait mal de voir l'autre dans un état déplorable. Et je me suis fait prendre à mon propre jeu en fait. » (H)

d'autres décisions délétères et en avoir conscience pourrait permettre aux soignants d'interroger son vécu et ses réflexions. La participante F se perçoit comme vivant au jour le jour sans se poser trop de questions³¹. Cette attitude peut surprendre mais a pu constituer une capacité utile lors de l'hospitalisation en réanimation de son premier enfant, situation où elle est restée centrée sur l'instant présent sans se projeter de façon angoissante dans l'avenir.

La découverte de la grossesse était une surprise pour cinq femmes sur les huit (A, B, E, F, G) et pour deux d'entre elles à la fin du premier trimestre (A, E). Les symptômes ayant mené à la découverte de la grossesse étaient variés : douleurs abdominales, métrorragies, mastodynies, nausées, altération de l'état général. Ces signes physiques ont mené dans certains cas le médecin de microstructure à faire pratiquer un test de grossesse ou la femme d'elle-même a pensé à faire un test de grossesse. Dans un cas (participante E), la découverte a été fortuite à l'échographie pour des métrorragies inexplicables. Dans un cas (participante F), la femme avait une aménorrhée depuis un an et demi dans un contexte de prise de méthadone® et d'héroïne et a été étonnée de la rapidité de la conception car elle pensait que les cycles seraient plus longs à se mettre en place.

Le vécu des modifications corporelles pendant la grossesse n'a été que peu exploré par les femmes dans leurs réponses. Les ressentis corporels étaient plutôt mis en lien avec les symptômes de manque. En effet, toutes les femmes ont rapporté en avoir discuté avec le médecin de microstructure et souvent avec les sage-femmes de l'ELSA. Ainsi les participantes ont parlé de leur corps comme d'un corps de femme usagère de drogue avec la problématique prépondérante des symptômes de manque. Nous pouvons entendre des difficultés à se définir et se considérer comme uniquement une femme enceinte.

Concernant la contraception, six d'entre elles ont vu avec la/le gynécologue (A, B, E, F, G, H), deux d'entre elles en ont également parlé avec le médecin de microstructure (F, H) et deux n'ont vu qu'avec le médecin du RMS (C, D). Lors des discussions avec le gynécologue, il semblerait que les femmes aient ressenti un manque d'explications. Le choix a eu lieu en général juste après l'accouchement. Quatre femmes sur les huit étaient insatisfaites de leur contraception (A, E, F, H) et deux d'entre elles ont mis en avant qu'aucune contraception ne leur convenait (F, H). Celles-ci ont pu en discuter avec le

³¹ « *Les choses se sont faites d'elles-mêmes. Je suis un peu fataliste moi ça se fait ça se fait.* » (F)

médecin de microstructure et se sont senties correctement informées. Quatre femmes ont eu recours à une IVG à la suite d'échecs de contraception (A, D, E, G).

3) 3^{ème} hypothèse : La grossesse a une signification variable d'une femme à l'autre et peut influencer sur son vécu de la périnatalité.

Dans notre étude, six femmes sur les huit ont exprimé avoir un désir d'enfant (A, B, C, D, F, G). La participante E aurait souhaité recourir à une IVG si elle avait pu. Le vécu de la périnatalité a été difficile du fait de la précarité socio-économique, des craintes vis-à-vis du MSO et des violences conjugales. La participante H a exprimé une absence de désir d'enfant. Elle a relié son éventuelle incapacité à être mère à son vécu familial dans l'enfance. Les arguments réfléchis apportés par un nouveau compagnon l'ont conduite à accepter d'avoir des enfants. Elle a avancé que grâce à ce raisonnement, elle a pu aimer ces enfants. Le vécu des événements de la grossesse était également présenté de manière réfléchie et non pas dans les affects.

L'enfant a pu revêtir une signification particulière : évocation d'un sentiment miraculeux (participante A), moyen de se réaliser soi-même et d'avoir un nouveau départ (participante F), motivation au maintien de l'arrêt des consommations d'héroïne (participante G). Les participantes A et C ont évoqué qu'elles n'auraient sûrement pas d'autres enfants et l'enfant à venir en a été d'autant plus important. Pour la participante B, la grossesse n'est pas arrivée « *au bon moment* » : difficultés avec le conjoint, perte de son travail en période d'essai, volontés de changement pour préparer la grossesse non réalisées. Ces difficultés ont influé sur son vécu de périnatalité.

Trois des femmes ont rapporté avoir spécifiquement parlé de la signification de la grossesse avec la psychologue de microstructure (A, B, H).

4) 4^{ème} hypothèse : Pour accompagner la femme à devenir mère, il est important que les soignants sachent se détacher de la norme de la « mère idéale ».

Dans les entretiens, plusieurs femmes ont exprimé l'importance d'avoir entendu qu'elles avaient le droit d'être mère et qu'elles n'étaient pas de mauvaises mères (A, B, C, G). Ces affirmations ont permis de dédramatiser la grossesse (A), de pouvoir parler sans crainte de conséquences au médecin de microstructure (B), de vivre normalement et d'être heureuse (C), de se sentir être comme les autres mères (G). Le médecin de microstructure a été le principal intervenant dans cet accompagnement ainsi que les sage-femmes de l'ELSA pour la participante G. Par ailleurs, les femmes ont souvent été rassurées par le médecin de microstructure et ont beaucoup utilisé ce terme que ce soit sur le déroulé de la grossesse, le MSO, le droit d'être mère, les capacités à être mère etc. Les femmes ont mis également en avant l'accompagnement bienveillant d'autres professionnels à la fonction de mère par exemple en unité Kangourou (participante A) ou par l'équipe de PMI, pédopsychiatre et psychomotricienne (participante B) ou par le duo médecin en microstructure et puéricultrice de l'ELSA (participante D).

Trois femmes ont rapporté ne pas avoir spécialement eu besoin de la microstructure pour ces questions. La participante E s'est plutôt tournée vers ses proches. La participante H a rapporté avoir eu ses propres ressources et ne pas avoir sollicité d'aide auprès de la microstructure pendant sa grossesse. Elle avait consulté la psychologue avant la grossesse concernant ses questionnements sur la maternité. La participante F a qualifié ses échanges avec le médecin de microstructure comme des « *échanges de maman à maman* ». Dans ses interactions avec les soignants, elle a mis en avant la personne avant la profession. Nous pouvons entendre une volonté de proximité, de mise à distance du statut formel du sachant face au patient.

5) 5^{ème} hypothèse : Il peut exister une culpabilité par rapport à la prise du MSO durant la grossesse.

Les participantes B, C, E, G ont exprimé de la culpabilité à prendre un MSO. La participante G a exprimé sa crainte de ne pas accoucher d'un bébé en bonne santé du fait de la prise d'un MSO. La participante E a avancé que pour « être normale », elle aurait dû sevrer

du MSO et des substances psychoactives, tout en émettant des doutes sur la réussite du sevrage. La participante C a évoqué avoir eu besoin de temps et d'accompagnement pour accepter que la prise du MSO faisait partie des soins. Dans le discours de la participante H, nous pouvons entendre un sentiment de honte vis-à-vis de son entourage et de certains professionnels de santé à prendre de la méthadone®. Elle n'a pas souhaité en parler au médecin de microstructure ni à la psychologue et a analysé seule les raisons des prises de substances psychoactives pendant sa première grossesse (la baisse trop rapide du MSO, l'inactivité et un état psychologique non favorable).

La participante A a été la seule à faire part d'un sentiment de fierté encouragé par la reconnaissance de ses efforts par le médecin de microstructure. La participante F a vu la place du MSO pendant la grossesse comme bénéfique. La crainte de malformation ressentie lors de sa deuxième grossesse a pu être dépassée dans les discussions avec le médecin et les sage-femmes de l'ELSA.

Aucune femme n'a ressenti de jugement de la part du **médecin de microstructure** concernant la prise d'un MSO pendant la grossesse. Au contraire, pour la plupart des femmes, il était important d'être rassurée, conseillée, déculpabilisée concernant la prise du MSO et la nécessité d'augmenter les posologies (A, B, C, E, F, G, H). Toutes ont évoqué l'adaptation des posologies au fur et à mesure de la grossesse et trois d'entre elles ont également évoqué la baisse du MSO après la naissance (A, C, E). Elles ont reçu des explications sur l'adaptation du MSO en lien avec l'évolution de la grossesse et la croissance du fœtus par le médecin de microstructure et pour certaines par les sage-femmes de l'ELSA (A, B, C, E, F, G). Les participantes A et G avaient ainsi des connaissances physiologiques sur l'augmentation du volume de distribution plasmatique. La participante G avait de plus la connaissance du risque de fausse couche. Concernant les éventuelles consommations de substances psychoactives, la participante G a été la seule à évoquer que le médecin de microstructure la questionnait sur l'envie de consommer.

Concernant les **soignants hospitaliers**, les ressentis étaient divergents entre celles qui se sont senties à l'aise pour parler du MSO avec les sage-femmes (participantes A, D, F, G, H pour sa deuxième grossesse) et celles qui se sont senties culpabilisées (participantes B et C).

La participante B a rapporté avoir consommé des substances psychoactives pendant sa grossesse sans plus de précision. Lors des rendez-vous de suivi et des tests urinaires, elle s'est sentie menacée d'hospitalisation en milieu psychiatrique fermé et du placement de son enfant.

Elle a aussi évoqué les risques obstétricaux et psychiatriques pour la femme enceinte si les pressions sont trop fortes. Pour la participante C, les difficultés ont été vécues à la maternité principalement par les échanges avec les sage-femmes qui, selon l'interprétation de la patiente, la culpabilisaient d'être sous MSO et de ne pas avoir réussi à arrêter le tabagisme. Elle avait la sensation qu'elles insistaient sur les risques qu'elle faisait prendre à son enfant. La participante E a ressenti à l'hôpital une absence de jugement concernant la prise de méthadone®. Cependant elle avait le sentiment que cela aurait été différent en cas de consommations d'héroïne.

Pour celles au contraire où le suivi hospitalier s'est très bien passé, aucune n'a rapporté avoir eu de consommations d'héroïne pendant la grossesse (D, F, G, H pour sa deuxième grossesse). La participante F s'est sentie accueillie par les sage-femmes de l'ELSA comme une femme enceinte et non « *pas comme une femme enceinte anciennement toxicomane* ». Elle a relevé l'importance des rendez-vous de suivi prévus en avance. La participante G a apprécié le questionnement direct concernant les consommations. Sur la problématique de consommation d'héroïne, la participante A s'est sentie aidée et soutenue à la maternité après l'accouchement lorsque son conjoint a apporté de la drogue dans sa chambre.

Les participantes A, B, C, D ont mis en avant que les connaissances des soignants sur les MSO sont importantes pour bien les prendre en charge. La participante D a eu deux grossesses suivies dans le RMS à cinq ans d'intervalle. Elle a ressenti une évolution positive flagrante lors des interactions avec les soignants à la maternité, qu'elle a attribué à une meilleure formation. Le vécu du post-partum en a été grandement amélioré. La participante F a souligné l'importance d'avoir un espace de parole auprès de professionnels habitués à suivre des femmes enceintes sous MSO.

6) 6^{ème} hypothèse : Le soutien perçu par la femme peut favoriser l'alliance thérapeutique avec la patiente et au contraire le jugement perçu mener à une altération de la relation avec les soignants.

Toutes les femmes ont perçu un soutien bienveillant de la part du médecin de microstructure. Pour certaines ce suivi a permis d'éviter de plus grandes difficultés psychologiques (A, C). Plusieurs femmes ont souligné l'importance d'avoir l'habitude de voir

des femmes usagères de drogues et sous MSO pour bien les prendre en charge (A, B, D, G, H). La participante A a mis également en avant qu'un investissement personnel ainsi qu'une coopération entre le médecin et la femme était nécessaire à une bonne prise en charge. Le suivi en microstructure était conseillé aux autres femmes sous MSO par les participantes A, C, D, G.

Vis-à-vis des **personnels hospitaliers**, nous pouvons noter deux vécus opposés. Les participantes B et C n'ont pas ressenti de soutien. La participante B a mis en avant l'absence de respect de ses choix personnels et un manque de coordination avec la médecin de microstructure. Elle a regretté d'avoir été honnête sur son vécu et ses consommations. Au vu de son vécu de la prise en charge, la femme a montré une perte de confiance vis-à-vis du système hospitalier et a évoqué la possibilité de ne plus choisir d'être transparente pour une future grossesse. Nous pouvons y voir un échec dans la mise en place de la relation de confiance soignant-patiente. La participante C a ressenti une différence avec les autres mères et un manque d'accompagnement par les sage-femmes à la maternité. Au contraire, d'autres femmes ont eu un vécu plus positif de leurs interactions avec les soignants hospitaliers dans une relation d'aide et une attention à leurs besoins (A, D, F, G). La participante A a rappelé l'importance de ne pas se sentir une exception, un cas à part ce qui lui a été transmis par la sage-femme. Ce que déplore la participante C qui s'est senti considérée « *comme la toxicomane* ».

Concernant le soutien à des actions mises en place comme la réduction voire l'arrêt du tabagisme, les participantes C, E, F, G, H en ont parlé. Certaines ont mis en avant leur volonté personnelle de baisser et ont minimisé le rôle des soignants (E, H). D'autres ont été aidées par le médecin de microstructure ou les sage-femmes de l'ELSA ou une sage-femme tabacologue (C, F, G).

7) 7^{ème} hypothèse : La rencontre avec le nouveau-né est le début de la vie avec l'enfant réel à la différence de l'enfant imaginé dans le ventre de la mère.

Les femmes ont exprimé un bonheur lors de la rencontre avec leur enfant (A, B, C, D, F), une joie (B, G, H), une fierté (A, E, G), un émerveillement (C, D, E), de l'amour pour leur

enfant (B, G, H). Elles n'ont pas décrit de différence entre l'enfant réel et l'enfant imaginé. De fait les participantes n'ont pas exploré la perception et la description de l'enfant avant la naissance. Seule la participante E a fait part d'une difficulté de projection dans l'avenir et de craintes ressenties rapidement après la naissance.

Pour quatre d'entre elles la rencontre a été différée (A, B, E, deuxième grossesse H) dans un contexte de césarienne ou de douleurs non contrôlées.

8) 8^{ème} hypothèse : A la maternité, l'accouchement et la prise en charge de la douleur peuvent nécessiter des adaptations compte tenu de la prise d'un MSO.

Plusieurs femmes se sont rappelés avoir discuté avec l'anesthésiste avant l'accouchement (C, D, F, G, H). Les participantes C, D, F ont reçu l'information que l'on pouvait adapter les doses d'analgésiant si nécessaire compte tenu de la prise de MSO. Lors de l'accouchement, cinq femmes ont évoqué une analgésie insuffisante (B, D, E, G, H). Après la naissance, plusieurs femmes ont ressenti peu de douleurs et ont pris peu voire aucun antalgique (C, D, F, G). Les participantes A et H ont relativisé la douleur et ont dit l'accepter. Seule la participante E a ressenti une insuffisance dans la prise en charge de la douleur après la naissance. Nous pouvons remarquer que le paroxysme douloureux de l'accouchement semble avoir été difficile à gérer pour plusieurs des femmes. *A contrario* après la naissance, les participantes semblent avoir bien toléré la douleur voire ne pas avoir ressenti de douleur particulière.

9) 9^{ème} hypothèse : Le syndrome de sevrage du nouveau-né nécessite une prise en charge anticipée intégrant pleinement la mère.

- La présence du SSNN et sa prise en charge :

Trois NN n'ont présenté aucun signe de manque (A, F deuxième enfant, H deuxième enfant). Quatre NN ont présenté des signes légers à modérés de type spasmes, transpiration, agitation, pleurs qui ont été calmés par les soins de *nursing* (B, C, D, G). Trois NN ont reçu

des opiacés. Le premier enfant de la participante F a reçu des opiacés et une benzodiazépine dans un contexte d'opération d'une atrésie de l'intestin grêle. Le NN de la participante E et le premier enfant de la participante H ont présenté des signes de SSNN graves nécessitant des opiacés. Dans le tableau 1 en annexe III sont précisés les durées et les services d'hospitalisation des NN.

La prise en charge des NN avait pour socle les soins de *nursing* ou soins de soutien. Toutes les femmes ont été investies dans leur apprentissage et leur mise en œuvre. De plus les conjoints des participantes E et F étaient également très présents auprès de leur enfant lors de l'hospitalisation. Le peau à peau a été mis en avant par les participantes A, D, E, F, G. Par ailleurs la participante D a été formée au portage et à faire des bains enveloppés par la puéricultrice de l'ELSA. La pédiatre expliquant qu'il fallait faire le maximum pour ne pas donner de traitement médicamenteux a encouragé la participante G avant la naissance et pendant la surveillance en maternité à s'investir pleinement dans les soins de soutien. Lors de sa sortie de la maternité la femme s'est sentie félicitée par la pédiatre qui a valorisé leur collaboration.

- Le vécu du SSNN :

Le vécu du SSNN a été marqué par la culpabilité pour les participantes B, C, E, qualifié de difficile par la participante G, d'angoissant par la participante E avec la justification de ses craintes à la naissance et même d'honteux pour la participante H lors de sa première grossesse. Pour la participante D, il était rassurant de rester dix jours en maternité pour la surveillance compte tenu du fait que le SSNN peut apparaître plusieurs jours après l'accouchement. Pour la participante C, ses inquiétudes ont été majorées par les réponses des sage-femmes à la maternité, au contraire de la participante G qui a été rassurée et soutenue par la pédiatre. La présence de symptômes de sevrage même légers a été difficile pour toutes les femmes. Nous n'avons pas observé de relation linéaire entre la bénignité ou la gravité des symptômes et la culpabilité ressentie. Les participantes ont été sensibles au discours et aux réactions des soignants qui ont influé sur leur vécu du SSNN. Dans certains cas, les interactions avec les soignants ont constitué un appui et un soutien tandis que d'autres femmes ont ressenti une majoration de leur inquiétude. Ces ressentis en lien avec la réaction des soignants paraissaient être indépendants de la gravité des symptômes observés.

- Les connaissances sur le SSNN :

Deux femmes ont eu l'impression de découvrir l'existence du syndrome de sevrage à la naissance de l'enfant (B et E). Plusieurs femmes ont reçu des explications avant la naissance par le médecin de microstructure (F), la sage-femme (C, F, G) et la pédiatre de la maternité (D, G). Nous pouvons noter qu'une seule participante a rapporté avoir reçu des informations sur le SSNN de la part du médecin de microstructure et c'est également la seule qui a effectué des recherches personnelles sur le sujet (F). Pour les autres femmes, ce rôle d'information a été tenu par les sage-femmes et le pédiatre à l'hôpital avec des explications également sur le calcul du score de Finnegan. Pour les deux femmes qui ont ressenti un manque d'explications concernant le SSNN, elles ont souligné leur incompréhension de la situation. La participante B a exprimé qu'une meilleure connaissance du syndrome de sevrage plus tôt dans la grossesse aurait été une motivation à ne pas consommer de substances psychoactives devant le côté concret des conséquences pour le nouveau-né. Ainsi nous pouvons remarquer l'importance pour les femmes d'être bien informées sur les signes du SSNN et la prise en charge. Ces connaissances ont été qualifiées de rassurantes pour les participantes C et D. De même les participantes B, C, D ont souligné l'importance de la formation des soignants à la maternité pour pouvoir leur expliquer et les accompagner. Les femmes possédaient aussi des connaissances. Ainsi les participantes E, F, H ont parlé de l'imprévisibilité de l'apparition du SSNN et de sa durée. La participante H a émis l'hypothèse des bénéfices d'un taux stable de méthadone® et d'un suivi adapté lors de sa deuxième grossesse par rapport à sa première grossesse.

- La question de l'allaitement vis-à-vis de la prise de MSO et du SSNN :

Les femmes ont parlé de l'allaitement en lien avec le sevrage du NN. Pour quatre d'entre elles, l'allaitement a été présenté comme pouvant participer au sevrage du MSO pour l'enfant (B, C, D, F). Cette information leur a été communiquée par le médecin de microstructure, la sage-femme ou la puéricultrice. La plupart des femmes ont allaité leur enfant ou ont souhaité l'allaiter (A, B, C, D, F, H). L'allaitement maternel était autorisé voire encouragé par le médecin de microstructure, les sage-femmes et la pédiatre (B, C, D, F, G). Pour deux femmes, l'allaitement a été interdit en unité Mère-enfant (participante B) ou déconseillé à la maternité (participante E). Nous pouvons nous demander si l'allaitement a été

interdit ou déconseillé à cause d'un manque de connaissance, d'un jugement ou bien à cause de consommation de substances psychoactives par les femmes qui n'aurait pas été évoquée dans les entretiens.

Au total :

Nous pouvons observer que les femmes ont eu besoin de connaissances sur le SSNN que ce soit sur les signes de manque, le score, la prise en charge, les actions à leur portée, l'imprévisibilité de son apparition et de sa durée, l'allaitement, tout ceci afin de diminuer le sentiment de culpabilité et de favoriser l'implication de la mère voire des deux parents. Il est à souligner que le médecin de microstructure semble avoir eu peu de place dans ce rôle.

10) 10^{ème} hypothèse : Le retour à la maison peut susciter des craintes que les soignants peuvent tenter d'atténuer par des mesures d'anticipation et une prise en charge à domicile.

Dans nos entretiens, les femmes ont fait part de peu d'inquiétudes avant le retour à domicile. Seules les participantes B et E ont parlé des conflits avec le conjoint, source d'angoisse, tout comme le logement précaire (E), l'isolement (B) et les substances psychoactives (B). Plusieurs femmes ont exprimé un bonheur de rentrer à la maison pour commencer une vie de famille (A), pour se retrouver (E), pour profiter pleinement de l'enfant (C). Constituer une famille a été un aspect important du vécu du retour à domicile. Ainsi la participante E, qui s'est séparée de son compagnon dans les premiers mois de vie de l'enfant, avait le regret de ne pas être une famille pour sa fille. Par ailleurs, la participante A a raconté l'anticipation de la préparation de la chambre pour accueillir l'enfant. La participante E a rapporté avoir bénéficié du matériel pour bébé de son entourage. Par ailleurs elle a sollicité l'aide de l'assistante sociale pour avoir un logement et pour son aménagement. Il ne s'agissait pas de celle de la microstructure mais de l'assistante sociale de la commune de résidence. La participante B a évoqué avoir discuté avec le médecin de microstructure de son environnement de vie.

La famille des participantes a pu constituer un soutien suffisant pour certaines femmes comme l'ont exprimé les participantes F et H. Pour d'autres participantes, l'apprentissage des soins du nouveau-né avant le retour au domicile a été important afin de se sentir plus en

confiance. Les participantes A et B l'ont détaillé : bien tenir le bébé, le changer, être attentif à ses pleurs, donner le bain, savoir réagir lorsque l'enfant ne veut pas manger. Autant ses gestes ont été appris dans la bienveillance pour la participante A, autant la participante B a vécu leur apprentissage dans le reproche et le jugement. La participante D a souligné les bons conseils de la puéricultrice et l'accompagnement dans la durée, proposé mais non obligatoire. L'intervention de professionnels à domicile a été importante et rassurante pour certaines femmes : sage-femmes pour les participantes A, C et G et puéricultrices de PMI ou de l'ELSA pour les participantes D, E et F.

11) 11^{ème} hypothèse : La création du lien mère-enfant se développe pendant toute la périnatalité et peut bénéficier de l'accompagnement de tous les professionnels de santé impliqués pendant le suivi de grossesse, à la maternité puis à domicile.

La création du lien semble ne pas avoir présenté de difficultés pour les femmes. Elles ont parlé d'un sentiment naturel (A, F), quelque chose qui « *coulait de source* » (B), d'une connexion présente (A, C), d'une proximité corporelle (E, F) voire fusionnelle (F). La participante F a apporté une réflexion sur le développement du lien mère-enfant qui se construit et grandit au fur et à mesure de la connaissance de l'enfant.

Les réactions de repli en cas de dépression maternelle peuvent provoquer des troubles de l'attachement mère-enfant. Un sur-investissement de la mère peut également être délétère. Ces risques ont été évoqués par les participantes C et F. La participante F a décrit la perturbation des interactions avec ses enfants lors d'un épisode d'anhédonie. Cependant la courte durée de l'épisode a permis de ne pas impacter le développement du lien. Pour la participante C, les pédiatres hospitaliers craignaient un attachement trop grand de la mère envers sa fille et ont organisé une consultation avec une psychologue au centre psychiatrique de secteur. La psychologue consultée n'a pas trouvé nécessaire de poursuivre un suivi. Nous pouvons noter que les pédiatres n'ont pas pensé à solliciter la psychologue de microstructure. Le discours de la participante laisse penser que le médecin de microstructure ne partageait pas cette crainte d'un sur-investissement.

La participante B a relevé que les questions des soignants en unité Mère-enfant sur ses ressentis avec l'enfant lui ont permis de réfléchir à son attachement à l'enfant et lui ont été

bénéfiques. La participante C a regretté ne pas avoir pu vivre pleinement le lien lors du séjour à la maternité. Elle a mis en cause la culpabilité ressentie suites aux mots et à l'attitude des soignants et le manque d'accompagnement perçu. La participante F a ressenti tout au long de la longue hospitalisation de son premier enfant un accompagnement oscillant entre l'aide et le refus de la part des puéricultrices dans la possibilité de réaliser les soins de *nursing* au nouveau-né. Cependant le fait d'être présente en continu à l'hôpital et d'avoir fait beaucoup de peau à peau lui semblent avoir été les deux principaux facteurs de réussite dans la création du lien. Cela a été permis par la possibilité d'avoir une chambre dans le service. Lors de la naissance de son deuxième enfant, elle souhaitait faire un allaitement mixte car elle avait vécu l'allaitement maternel avec son premier enfant comme une instrumentalisation de son corps. Elle a exprimé un ressentiment de ne pas avoir été accompagnée dans son choix par les sage-femmes à la maternité.

Après le retour à la maison, les femmes ont bénéficié de l'accompagnement et de l'écoute de la part de différents professionnels. Pour chaque femme, ces différents intervenants ont eu des rôles variables dans l'accompagnement à la création du lien mère-enfant. La sage-femme venant à domicile a été très importante pour les participantes A et C, particulièrement dans l'aide à l'allaitement dont la mise en place avait été difficile à la maternité. La participante C a souligné la douceur et la réassurance communiquée par la sage-femme. La PMI effectue un suivi dans la durée des nourrissons des participantes B, E, G. Par ailleurs la participante B et son enfant ont un accompagnement par un pédopsychiatre et une psychomotricienne et la participante E par un kinésithérapeute à domicile, le CAMSP et un pédiatre spécialisé. Ces différents intervenants sont à l'écoute et apportent une aide permettant de comprendre des difficultés et de les surmonter et des explications sur les erreurs commises (B). De plus, des ateliers pour entrer en relation avec l'enfant peuvent être proposés (B).

La reconnaissance des compétences de mère a été perçue par les participantes C et D de la part du médecin de microstructure. La plupart des femmes se sont senties écoutées par leur médecin concernant leur lien avec leur enfant (A, B, C, D, F, G). La participante D a particulièrement cité l'apport du médecin de microstructure et de la puéricultrice de l'ELSA dans l'aide au développement des interactions avec son enfant. Les participantes E, F, G ont dit ne pas avoir besoin du médecin du RMS sur la question de la création du lien mère-enfant. La participante E attribue le rôle du suivi du MSO au médecin et a le sentiment d'avoir déjà assez d'intervenants pour sa fille par ailleurs. La participante F se sent écoutée par son

médecin mais précise qu'elle n'a pas besoin d'approbation de sa part. La participante H n'a pas le souvenir d'avoir discuté de la création du lien mère-enfant avec le médecin de microstructure. Pour le suivi du nourrisson et la réponse à ses questions, elle a consulté un pédiatre libéral et concernant la reconnaissance de ces compétences de mère, elle l'a reçu plutôt de la part de sa famille.

12) 12^{ème} hypothèse : La place du conjoint et père de l'enfant ainsi que l'existence d'un soutien de sa part peuvent être discutées avec les soignants. Un accompagnement de leur part peut être profitable à la mère, tout comme l'accompagnement de son entourage si elle le désire.

Concernant le conjoint :

La place du père dans la famille semble avoir été valorisée chez les participantes A, C, D, F, G, H. Les points divergents concernent les participantes B et E qui ont éprouvé des violences au sein de leur couple. Elles ont trouvé de l'aide auprès du médecin et de la psychologue de microstructure (B) ou de la psychologue de l'hôpital (E). Les participantes C, D, G, F ont perçu un soutien positif de leur conjoint d'autant plus après la naissance. L'enfant serait trop abstrait pour le père tant qu'il est dans le ventre de la mère (C, F).

La majorité des femmes ont eu le sentiment que leur conjoint était inclus dans la prise en charge et le médecin de microstructure y jouait un rôle. Les points divergents concernent les participantes E et H dont les conjoints n'ont pas été intégrés dans les suivis de grossesse. Ces conjoints sont justement les deux pères qui rejettent la prise du MSO. Le tableau 2 en annexe IV détaille pour chaque participante la place du conjoint en tant que père et l'existence ou non de son accompagnement par les soignants.

Concernant l'entourage :

Les femmes n'ont pas particulièrement recherché d'accompagnement pour leur entourage. Les deux femmes qui ont parlé ouvertement de la prise du MSO à leur famille sont celles qui ont exprimé que leur entourage était rassuré par la connaissance de leur prise en charge (D, G). Si la participante C ne se saisit pas de l'offre d'accompagnement pour sa mère car elle pense qu'elle se serait opposée, elle avance que si sa fille était dans ce cas-là, elle

serait volontaire pour discuter avec le médecin. Pour la participante E, l'entourage ne peut comprendre le traitement.

Concernant la place de la grand-mère, chez les participantes A, B, C ils existent des difficultés relationnelles avec pour la participante B une confusion des rôles de grand-mère et de mère. Les participantes E, F, H ont choisi de ne pas parler de leur traitement à leur mère par crainte du jugement (E), par mal-être sur ce sujet (F) ou par devoir de protection (H), ce qui n'empêche par les participantes F et H d'avoir une grande proximité avec leur mère qui s'occupe beaucoup de leurs petits-enfants.

Au total, il semble que connaissance ou ignorance du traitement ne soit ni prédictif d'un plus grand soutien à la mère ni d'un rejet de celle-ci. Pour certaines femmes, il semble naturel d'en parler à leur famille et pour d'autres il existe un malaise. Pour autant cela ne semble pas affecter le développement des relations des grands-mères avec leurs petits-enfants. Le médecin de microstructure et la psychologue semblent avoir eu un rôle lorsqu'il existait des tensions et un risque de disqualification de la mère par les proches (participante B principalement).

13) Autres points

Les points abordés concernent la formation des professionnels de santé en-dehors des microstructures afin de sortir des stéréotypes (C), une proposition d'information et de sensibilisation dans des lieux de passage (salles d'attente des cabinets de médecine, laboratoires) pour permettre d'ouvrir le dialogue aux femmes sous MSO (A), l'intérêt du suivi en microstructure généralisé à toutes les personnes sous MSO et pas uniquement les femmes enceintes (G).

DISCUSSION DE LA MÉTHODE

I. Les biais concernant la procédure de recrutement des participantes

Il existe un biais de recrutement du fait des difficultés de suivi et de prise de rendez-vous chez certaines femmes rendant difficile voire impossible leur participation à l'étude. La procédure de recrutement des participantes nécessitait que le médecin de microstructure fasse le lien entre sa patiente et l'investigatrice. Il existe ainsi un biais d'information avec le risque de méconnaître les éléments négatifs ou mal vécus par les femmes vis-à-vis du médecin et de l'équipe de microstructure. En effet, les patientes sorties du RMS et en rupture de lien avec le médecin après la naissance n'ont pas été incluses. Nous pouvons également évoquer la possibilité d'un biais de mémorisation de la part des médecins contactés. Ceux-ci ont pu se souvenir des vécus les plus récents ou qui les ont plus marqués et ainsi oublier des patientes éligibles.

Un biais de représentation existe donc du fait d'une sélection des participantes parmi la population des femmes suivies en microstructure en Alsace. Nous ne pouvons pas considérer l'échantillon de cette étude comme représentatif de la population des femmes sous MSO suivies en RMS.

II. Les biais concernant les entretiens

Les questions des entretiens abordent des souvenirs plus ou moins anciens centrés sur la période de la périnatalité. Nous pouvons relever le risque d'un biais de mémorisation chez les participantes, d'autant plus élevé que les souvenirs sont anciens. Néanmoins, seules deux participantes ont eu leurs grossesses plus de cinq ans avant l'entretien. Par ailleurs, un biais de formulation a pu rendre difficile la compréhension des questions. En effet, les questions ouvertes ont nécessité des relances plus précises à partir desquelles les participantes ont développé leurs réponses. Par ailleurs, un biais lié à l'investigatrice peut avoir été présent du fait des mots et du ton employés par l'investigatrice ainsi que ses réactions à l'écoute des

participantes pouvant avoir influencé leurs réponses. Par ailleurs, du fait que les entretiens avaient lieu dans le cadre du RMS, un biais dans les réponses peut avoir été présent en fonction de l'éventuelle gêne éprouvée par les participantes.

Au total, nous avons mené huit entretiens qui représentaient la saturation des inclusions au vu des informations communiquées par les médecins du RMS. Au terme de ces entretiens, de nouveaux éléments étaient encore présents. Ainsi, du fait d'un faible nombre de femmes incluses, nous n'avons pu aller à saturation des données.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

I. Le RMS

1) Le médecin de microstructure

Nos résultats montrent l'importance pour les femmes d'être écoutées, condition nécessaire à leur adhésion à la prise en charge. Elles font part dans les entretiens d'un engagement dans la relation médecin-patiente basée sur la confiance et les qualités du médecin de microstructure que sont l'écoute, l'échange, la disponibilité, l'accompagnement, la réassurance et le non-jugement.

L'importance de l'élaboration d'une relation de confiance est mise en avant dans le *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*. Un accompagnement dans la bienveillance et le non-jugement permettrait aux femmes d'objectiver leurs difficultés mais aussi leurs atouts. (30) Une recherche effectuée au Canada auprès de dix médecins généralistes qui accompagnent des femmes usagères de drogues confirme l'importance de la relation de confiance qui s'établit petit à petit pendant la phase d'engagement. (34)³² Pendant cette « *phase test* », le médecin doit être présent de manière calme dans une atmosphère de respect, de non-jugement et de confiance. La phase de maintenance, deuxième phase de la relation médecin-patiente concerne la continuité des soins qui doivent être réguliers et stables. Cette phase nécessite de trouver un socle commun (« *meeting people where they're at* ») et de permettre à la femme d'avoir sa place dans la prise de décision. Cette notion est également énoncée par Hoareau E. : « [*prendre*] le temps du sujet au lieu de lui proposer un projet qu'il n'a pas énoncé de lui-même dans la chronologie qu'il projette ». (30)

Franchitto M.C. *et al* ainsi que Chanal C. *et al* mettent en avant l'importance de la collaboration ville-hôpital et la continuité des soins assurée par les intervenants préexistants à

³² Woolhouse S., Brown J.B., Thind A. *Meeting people where they're at : experiences of family physicians engaging women who use illicit drugs. Annals of family medicine*, 9-3. Juin 2011 ; p 244-249.

la grossesse tandis que l'équipe obstétricale et pédiatrique intervient plus ponctuellement. (26) (31) Au sein du réseau de proximité, le médecin généraliste a sa place dans les prescriptions de la patiente, le contact avec le conjoint et le retour au domicile (31), de plus il adresse sa patiente à l'équipe obstétricale pour le suivi de grossesse.

Dans notre étude, la continuité des soins est assurée par le médecin de microstructure tandis que d'autres intervenants interviennent ponctuellement pendant la périnatalité (sage-femmes de l'équipe de liaison en soins et en addictologie, gynécologue-obstétricien, sage-femmes à domicile et puéricultrices de PMI). La collaboration entre les différents intervenants présuppose un travail en amont afin d'entretenir les rapports professionnels entre les médecins généralistes du RMS et les équipes locales en charge de la périnatalité. La place du médecin de microstructure dans la continuité des soins devrait être reconnue et valorisée par les équipes en charge de la périnatalité afin de favoriser la poursuite des soins pour la mère et l'enfant.

2) La psychologue et le psychiatre

Guyon L. *et al* soulignent le sous-diagnostic des comorbidités psychiatriques (« *dépression, anxiété, stress post-traumatique, désordres de personnalité limite* ») chez les femmes usagères de drogues et la nécessité d'améliorer la prise en charge de la santé mentale. (18) Cependant il peut exister une méconnaissance des ressources pour orienter les femmes en médecine libérale (35)³³, cette difficulté pouvant être comblée au sein du réseau des microstructures médicales par la présence d'une psychologue et/ou d'un psychiatre sur le lieu même du cabinet. Certaines femmes de notre étude se sont saisies de cette possibilité avant et/ou pendant leur grossesse lors de vécus difficiles, dans des moments de fragilité, lors de conflits avec le conjoint etc. Il pourrait être intéressant de proposer aux femmes enceintes une rencontre avec un psychiatre effectuant des consultations dans le cadre du RMS. Cela permettrait à l'équipe hospitalière d'identifier un correspondant psychiatre qui constituerait en

³³ Reynaud-Maurupt C., Amiel C. Les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes, une étude qualitative conduite par le Réseau sécurité naissance PACA-Est auprès des professionnels médicaux. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p : 128-133

cas de besoin un relais en médecine de ville. La femme pourrait bénéficier ainsi d'un premier rendez-vous avec un psychiatre avant la période de plus grande fragilité du post-partum.

3) Le travailleur social

L'existence de difficultés socio-économiques (précarité, isolement, faible scolarité, manque de formation professionnelle, perte de la garde des enfants) chez les femmes usagères de drogues est bien rapportée dans la littérature. (18) (17) (20) (23) Une conférence de consensus de la fédération française d'addictologie (2004) préconise l'accès à une assistante sociale afin de favoriser l'accès à des ressources, au logement et à l'emploi. (8) Par ailleurs, les femmes enceintes ont droit à des allocations maternelles et des aides sociales dont elles doivent être informées. (36)³⁴ Simmat-Durand L. *et al* distinguent deux groupes de femmes usagères de drogues. Dans le premier groupe avec un plus faible niveau de scolarisation et une plus faible insertion socio-professionnelle, les femmes auront plus de grossesses et de consommation d'héroïne. Dans le deuxième groupe, les femmes avec un meilleur accès au logement et à l'emploi « *ressemblent à la population générale des femmes qui accouchent, mais en ayant une histoire en tant que mère compliquée par l'usage abusif des produits* ». (22)

Le travailleur social du RMS a été peu sollicité par les femmes de notre étude. Deux participantes ont bénéficié de l'aide de l'assistante sociale de la maternité ou de la commune de résidence. Il pourrait être proposé en amont de la naissance un rendez-vous aux femmes enceintes sous MSO afin d'anticiper le retour à domicile du point de vue du logement, des aides et des allocations maternelles. Cette proposition systématique pourrait être particulièrement intéressante en cas de violences conjugales.

Le moindre recours au travailleur social du RMS dans notre étude peut s'expliquer par le fait que plusieurs participantes ont dit avoir un logement et un emploi. Les femmes ayant une situation de vie plus précaire n'ont pas été incluse dans l'étude sans que cela fût un critère d'exclusion. Le vécu de femmes plus défavorisées serait ainsi à approfondir.

³⁴ Whittaker A. Les soins maternels. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p189-198

II. Le vécu physique et psychologique pendant la grossesse

1) Sensations corporelles

1.1. Découverte de la grossesse

Dans notre étude, la découverte de la grossesse est une surprise pour cinq femmes sur les huit. La majorité d'entre elles expriment qu'il s'agit d'une grossesse désirée. Une femme note cependant qu'elle n'est pas arrivée « au bon moment ». Une autre femme aurait souhaité recourir à une IVG.

Plusieurs auteurs rapportent que la grossesse est souvent découverte tardivement chez les femmes usagères de drogues, qualifiée de surprise, non planifiée. (20) (22) (15) (37)³⁵ L'aménorrhée est fréquente et les nausées de début de grossesse peuvent être confondues avec un syndrome de manque. (20)

Dans l'étude effectuée au Centre Horizons en 2001 sur dix-huit dyades mère-enfant, des entretiens individuels avec des femmes sous MSO (chlorhydrate de méthadone ou BHD) et également consommatrices occasionnelles de substances psychoactives explorent le vécu de la grossesse et la relation avec leurs enfants âgés de quelques mois à trois ans. La majorité des mères raconte avoir découvert assez tôt la grossesse malgré l'aménorrhée liée à la prise d'opiacés. Les mères expriment un désir d'enfant même si la grossesse n'arrive pas toujours « au bon moment » (conflits, mésentente avec le compagnon, précarité...). Dans l'étude de Lejeune C. *et al* portant sur 259 femmes sous MSO ayant accouché entre octobre 1998 et octobre 1999, près de la moitié des femmes a rapporté ne pas avoir planifié la grossesse. Par ailleurs, « 10 % seulement déclarent (après l'accouchement) ne pas accepter cette grossesse, ce qui pose, en filigrane, le problème de l'accès à la contraception et à l'IVG ». (24) (cf II.1.3.)

³⁵ Crenn-Hebert C., Simonpoli AM. Conseils avant la conception et prévention des grossesses non désirées. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p 199-202

1.2. Phénomènes physiques de la grossesse peu abordés

Dans notre étude, les ressentis corporels concernent principalement les symptômes de manque et une attention est prêtée à leur repérage en lien avec le médecin de microstructure et les sage-femmes de l'ELSA. Les femmes ne se sont pas considérées comme simplement des femmes enceintes. En avoir conscience pourrait permettre aux soignants de soutenir également la perception de la femme de sa grossesse en tant que telle, détachée du MSO.

Dans l'étude du centre Horizons, les modifications corporelles de la grossesse sont également peu explorées : *« Le "gros ventre" est peu évoqué et plutôt de façon extérieure "quand le ventre est sorti". [...] Seule une jeune femme parle des mouvements du bébé in utero »*. Ce qui semble être au centre des préoccupations de la grossesse pour la majorité des mères est représenté par les consommations de MSO et/ou d'autres substances psychoactives. (23) Chanal C. *et al* expliquent l'apport d'une approche corporelle permettant une meilleure perception de ces *« sensations nouvelles et [une] identification aux autres mères »* par l'utilisation de monitorings à domicile, par une *« préparation à la naissance centrée sur les sensations corporelles »*, par le développement d'une *« conscience des contractions et des mouvements du bébé [afin de bien préparer] la rencontre postnatale »*. (31) (38)³⁶ Aborder *« l'image et le corps et la valeur de l'enfant à naître »* avec sollicitude et engager un travail sur le respect de l'intimité et le changement de l'image de soi pourraient aider les femmes à mieux percevoir leurs corps. (31)

1.3. Fécondité

Simmat-Durand L. évoque la *« maîtrise de la fécondité [qui est une] norme commune dans le milieu médical »*. Ainsi *« le comportement de la femme toxicomane qui ne se protège pas d'une grossesse non désirée est globalement jugé irrationnel »*. (20) Les femmes usagères de drogues peuvent avoir perçu des pressions du milieu familial et du milieu médical afin de renoncer à la grossesse par la représentation du risque pour l'enfant, la dévalorisation des compétences de future mère ou des pressions à viser un idéal d'abstinence alors même qu'il

³⁶ Chanal C., Mazurier E., Rey V., Toubin RM., Misraoui M., Bulet G., et al. Coordination grossesse et addictions, une prise en charge en réseau personnalisé. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p 98-106

existe un risque de fausse couche. Par ailleurs sont soulignés dans l'article l'importance des antécédents d'IVG et le peu d'utilisation d'une contraception.

Dans notre étude concernant la grossesse suivie en RMS, aucune femme n'a rapporté avoir perçu ce type de pressions. Cependant des propos entendus par la participante D hors RMS il y a treize ans font écho aux propos de l'auteur concernant les professionnels critiquant l'irrationalité des femmes telle que eux la perçoivent : « *Elle m'a quand même dit la gynéco : 'Mais pourquoi faire des enfants si vous êtes dans ce monde-là ?'* ».

Plusieurs sources évoquent une faible pratique contraceptive chez les femmes usagères de drogues. (20) (22) (14) (19) Whittaker A. recommande que les médecins traitants et les centres de planning familiaux informent les femmes des différentes méthodes de contraception afin que la femme puisse effectuer un choix après avoir reçu une information éclairée. Le but est de « *favoriser l'observance et éviter les échecs avec la survenue d'une grossesse non désirée* ». (37) Par ailleurs, « *la contraception postnatale devrait être discutée et convenue avant l'accouchement* ». (25)

Dans notre étude, toutes les femmes rapportent utiliser un moyen de contraception mais l'on peut noter pour plusieurs d'entre elles le ressenti d'un manque d'information, une insatisfaction d'une ou de plusieurs méthodes de contraception et pour la moitié d'entre elles un échec de contraception ayant conduit à la réalisation d'une IVG. Souvent cette contraception a été décidée peu après l'accouchement à la maternité lors d'un moment ressenti comme étant trop bref avec le gynécologue. Au vu de ces résultats et de la littérature, il serait intéressant que les médecins de microstructure abordent la question de la contraception en consultation en amont de l'accouchement.

2) Ressentis psychologiques

2.1. Signification de la grossesse

Dans notre étude, pour plusieurs femmes l'enfant est moteur de changement, motivation à se battre, moyen de se réaliser soi-même, d'avoir un nouveau départ, motivation au maintien de l'arrêt des consommations d'héroïne.

Dans l'étude du centre Horizons, pour certaines femmes « *la maternité est décrite comme un moteur puissant, susceptible de résoudre les difficultés à être* ». L'enfant peut être

perçu comme le « *soutien qui viendra déplacer le centre des préoccupations, [...] combler un manque à être* ». (23) Bazire A. et Proia-Lelouey N. relèvent qu'il peut exister des interactions entre l'enfant et « *l'objet-drogue* ». (10) L'élaboration psychique de l'enfant peut être ainsi plus difficile. (23) Le renforcement de l'identité maternelle durant la grossesse est mentionné dans la revue de littérature de Escots S. et Suderie G. (16) Il est mis en avant que la maternité peut constituer un facteur d'augmentation de motivation à l'arrêt des consommations de substances psychoactives. Dans les travaux de Simmat-Durand L. *et al*, les conclusions vont « *à l'encontre d'une causalité simple, grossesse égale arrêt de la consommation : le rôle de l'histoire familiale, les évènements négatifs de l'enfance et les vulnérabilités qui s'y sont associées, semblent avoir un impact tellement important pour le déroulement de ces histoires de vie, que les maternités ne suffisent pas à infléchir les trajectoires ou constituer un turning point, même quand elles sont désirées* ». (22) De même, Whittaker A. rapporte qu'« *au Royaume-Uni, comme à d'autres endroits en Europe, l'expérience a montré que [...] beaucoup de femmes qui tentent de réduire leur consommation ou d'arrêter les drogues pendant la grossesse n'y arrivent pas* ». (39)³⁷ Dans d'autres travaux, les auteurs relèvent que la grossesse peut revêtir une signification particulière pour la femme usagère de drogue telle une tentative de guérison (10), un espoir de réparation (26), un espoir de changement sur un « *mode de pensée magique* » (23), le désir d'acquérir la force d'arrêter la consommation de drogue. (15)

2.1. Perception de la grossesse

Dans notre étude, trois femmes ont parlé de l'espoir d'un enfant en bonne santé sans malformation. Deux femmes ont évoqué le manque de soutien de leur conjoint et les violences subies impactant leur perception de leur grossesse. Les conditions matérielles et financières nécessaires à l'accueil d'un enfant ont été développées par deux femmes. Deux femmes ont mis en avant qu'elles n'auraient sûrement pas d'autres enfants ce qui favorise la bonne acceptation de la grossesse et même l'évocation d'un sentiment miraculeux.

Guyon L. *et al* mettent en avant des conditions favorisant une perception positive de la grossesse : une stabilité émotive, la perception d'une acceptation et d'un soutien, notamment de la part du conjoint, une absence de consommations de substances psychoactives, une

³⁷ Whittaker A. La gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p 153-164.

aptitude physique à la grossesse et la capacité financière d'assumer un enfant. (18) Par ailleurs, toutes les femmes enceintes peuvent avoir des attentes lors d'une grossesse : « *un bébé en bonne santé, c'est-à-dire sans handicap ni souffrance fœtale avec un poids satisfaisant, un accouchement à terme pour éviter les complications de la prématurité et des liens mère bébé satisfaisants* ». (21) Il en est de même chez la femme enceinte usagère de drogue. Il pourrait être intéressant de lui communiquer qu'elle n'est pas un cas exceptionnel et que ses craintes ou ses espérances sont partagées par d'autres futures mères.

2.2. Vécu émotionnel

Il peut être difficile de faire la part des choses entre angoisse « naturelle » et trouble plus profond nécessitant une prise en charge adaptée. La possibilité de rencontrer une psychologue ou un psychiatre dans la microstructure ou à l'hôpital est intéressante. L'apport de la psychologue dans la cabinet de proximité a été utile pour certaines femmes par la confiance et la légitimité de soignants les connaissant déjà.

Dans l'étude du centre Horizons, la majorité des femmes « *décrivent un état de mal être, caractérisé par des angoisses, des états dépressifs liés à la grossesse, à leur conduite toxicomaniaque ou encore à la relation affective avec leur compagnon et/ou le père de l'enfant* ». Les auteurs rappellent « *cependant que pour toute femme, la grossesse est un événement bouleversant, qu'il soit heureux, attendu, ou non et qui s'accompagne de sentiments divers dont l'angoisse et la tristesse* ». (23) Esquivel T. note que la grossesse est une période de découverte ou de prise de conscience des affects. (12) Guyon L. *et al* mettent en avant les difficultés psychologiques que peuvent ressentir les femmes telles « *anxiété, hyperactivité, dépression, euphorie et humeurs changeantes* ». (18) Franchitto M.C. *et al* rappellent aussi l'éventuelle « *réactualisation d'angoisse d'abandon* ». (26) Des comorbidités psychiatriques, addictologiques, la précarité ou des besoins spécifiques au nourrisson pourront former « *un spectre complexe d'agents stressants qui nécessiteront une prise en charge pluridisciplinaire et pluri-structurelle* ». (40)³⁸ Ainsi « *la participation des services de santé mentale périnatale peut être requise* » et la question de l'admission en unité Mère-enfant en psychiatrie peut se poser après la naissance.

³⁸ Whittaker A. Evaluation des risques pendant la grossesse. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p 203-208

III. Perception des normes sociales

1) Droit d'être mère

Dans notre étude, plusieurs femmes ont eu besoin d'entendre et d'être rassurées sur leur « *droit d'être mère* », d'être « *une mère normale* », de ne pas être une « *mauvaise mère* ». Ce sentiment leur a été principalement transmis par le médecin de microstructure.

Dans l'étude du centre Horizons, les mères recherchent l'adéquation à la norme sociale. Elles craignent d'être perçues comme de mauvaises mères et de perdre la garde de leur enfant à cause des consommations de substances psychoactives. (23) Simmat-Durand L. souligne que la maternité a tendance à être idéalisée dans les cultures occidentales. La femme est tenue responsable du bien-être de son enfant dès la conception et même avant. (20) Les normes sociales pèsent ainsi sur la femme enceinte et encore plus sur la femme enceinte usagère de drogue. Les termes employés à son encontre tels « *mauvaise mère* », « *irresponsable* », « *incapable* », « *déviante* », « *immorale* », « *inadaptée à la maternité* » sont rapportés dans la littérature. (20) (21) (30) Guyon L. *et al* relèvent que le personnel médical ainsi que l'entourage de la femme peuvent participer à l'intériorisation de cette construction sociale de la mère idéale dans laquelle la femme ne se reconnaît pas, pouvant aboutir à ce qu'elle se considère elle-même comme une « *mère déviante* ». (18) Avoir conscience de l'existence de ces jugements peut permettre aux professionnels de santé d'ouvrir le dialogue avec les femmes et de recueillir leur ressenti.

2) Droit de garde

Dans notre étude, une femme a exprimé avoir ressenti pendant sa grossesse de fortes craintes et une souffrance à l'idée de perdre la garde de son enfant. Elle percevait de la part des soignants hors de la microstructure un avis péjoratif à l'égard de ses capacités parentales avec un risque de maltraitance. Il a été important pour elle d'être entendue par le médecin de microstructure qui la connaît.

Whittaker A. conseille de discuter avec les femmes de la crainte de l'implication des services sociaux assez tôt pendant la grossesse afin de favoriser une relation de confiance. Il

est intéressant en amont de la naissance de donner l'information selon laquelle des travailleurs sociaux sont susceptibles d'intervenir s'il existe des questionnements sur la sécurité ou le bien-être de l'enfant. En parallèle, il peut être rassurant pour la femme d'entendre que la consommation de substances psychoactives n'est pas reliée à des capacités parentales réduites ou à de la négligence ou de la maltraitance des enfants. (41)³⁹ Lejeune C. *et al* notent que « *la prise en charge médico-psycho-sociale qui accompagne le programme de substitution (et le biais introduit par le fait d'accepter d'entrer et de rester dans un tel programme) est corrélée à une diminution du taux de séparation mère-enfant* ». (24)

IV. Vécu de la prise en charge concernant le MSO et les consommations

1) Prescription du MSO

1.1. Prépondérance de la prise de chlorhydrate de méthadone dans notre étude

Dans notre étude, sept femmes sur les huit prenaient du chlorhydrate de méthadone au moment de leur grossesse et une de la BHD. Cette répartition ne correspond pas à l'analyse de Lejeune C. *et al* selon laquelle les médecins généralistes prescrivent majoritairement de la BHD. (24) Nous pouvons avancer deux explications facilitant la prescription de chlorhydrate de méthadone par les médecins généralistes dans le RMS. D'une part, le médecin de microstructure a un contact en aval pour obtenir l'ordonnance de délégation. D'autre part, il est plus souvent contacté par les CSAPA pour être médecin relais de leurs patients lorsque le suivi en ville devient souhaitable.

1.2. Modifications de prescription

Dans notre étude, les médecins de microstructure et les sage-femmes de l'ELSA principalement ont informé, conseillé, rassuré les femmes sur les modifications de

³⁹ Whittaker A. Evaluation pendant la grossesse de la capacité parentale liée à la garde des enfants. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p 243-248

prescription du MSO et la nécessité d'augmenter les posologies en fonction de leurs symptômes. Lors des entretiens, une partie des femmes a rapporté des connaissances exactes sur l'augmentation du volume de distribution, les risques de fausse couche et l'absence de relation linéaire entre posologie du MSO et signes du SSNN.

Heydel S. note dans son travail de thèse de doctorat en pharmacie que la grossesse provoque des « *modifications physiologiques et métaboliques induisant tout d'abord une baisse du taux sanguin de méthadone occasionnée par l'augmentation du volume circulant ainsi qu'une demi-vie qui est diminuée à huit heures* ». (42)⁴⁰ Il est ainsi nécessaire d'augmenter les posologies de MSO particulièrement pendant le troisième trimestre ainsi que de fractionner la dose en deux prises quotidiennes. (42) (24) (39) La diminution de la dose de MSO dans l'espoir d'éviter des complications néonatales semble être inappropriée car un risque de sous-dosage pour la mère existe avec un risque de consommation de substances psychoactives et par ailleurs la relation entre dose de chlorhydrate de méthadone et apparition du SSNN et sa gravité n'a pas été établie. (43)⁴¹ Cette notion est bien décrite dans l'étude de Lejeune C. *et al* : « *Des SSNN sévères ont été observés chez des femmes ayant des posologies faibles ; à l'inverse des nouveau-nés de mères traitées avec des posologies fortes n'ont pas eu de signes de sevrage ou des signes très modérés. Il en ressort qu'il est inutile de diminuer les doses du traitement de substitution en fin de grossesse, dans l'espoir de minimiser le SSNN* ». (24) Après l'accouchement, il est important de procéder à un réajustement de la posologie quotidienne de MSO. (42) (39)

2) Ressentis

Dans notre étude, l'inquiétude vis-à-vis des risques du MSO sur le fœtus a nécessité beaucoup de réassurance et d'explications de la part des soignants. Les femmes qui ont pu être apaisées par le médecin de microstructure ou les sage-femmes de l'ELSA font part d'un meilleur vécu de leur grossesse même si cela n'efface pas tout sentiment de culpabilité. Dans nos entretiens, les femmes n'ont pas détaillé leurs consommations d'héroïne ou d'autres

⁴⁰ Heydel S. Grossesse et toxicomanie. Thèse de doctorat en pharmacie. Université de Lorraine. 2009, 100 pages.

⁴¹ Whittaker A. Syndrome de sevrage néonatal. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p 169-177.

substances psychoactives. Les questions du guide d'entretien n'abordaient pas directement les consommations de substances psychoactives et n'encourageaient pas les femmes à en parler. Par ailleurs les participantes étaient peut-être réticentes à en parler dans le cadre du réseau. Enfin il est possible qu'il n'y ait pas eu de consommation de drogues pendant la grossesse. Néanmoins, certaines participantes ont évoqué « *avoir craqué* » ou « *fauté* », les sentiments exprimés en lien avec ces consommations étaient la culpabilité ou la honte.

Il est mis en évidence dans l'étude du centre Horizons que l'enfant à venir et l'usage de substances psychoactives entrent en conflit. Les mères rapportent des consommations de substances psychoactives qu'elles n'arrivent pas à contrôler. Un sentiment de culpabilité est très présent chez la majorité d'entre elles que ce soit à cause du MSO ou des substances psychoactives. (23) Il semble ainsi intéressant de questionner les femmes et de les accompagner dans l'exploration des tensions et de la honte qu'elles peuvent ressentir concernant le MSO et les substances psychoactives.

3) Analyse toxicologique

L'analyse toxicologique permet de détecter la présence ou l'absence de substances psychoactives et de leurs métabolites (opiacés, MSO, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines) avec un résultat sous forme qualitative. Elle peut se faire en anténatal au cours du suivi et avant l'entrée en salle de naissance. Dans notre étude, deux femmes en ont parlé. Pour l'une, les tests urinaires ont été vécus comme des menaces de placement de l'enfant à la naissance dans un contexte de consommation de substances psychoactives. Tandis que la deuxième femme n'en a pas souffert car n'ayant pris aucune substance psychoactive, elle disait n'être pas inquiète.

Whittaker A. ainsi que Lacaze-Masmonteil T. et O'Flaherty P. mettent en avant que l'analyse toxicologique doit avoir un intérêt clinique pour la prise en charge de la patiente et se faire avec son accord. (44)⁴² (45)⁴³ Les résultats ne donnent pas d'indications sur les quantités consommées, ni la fréquence d'usage, ni l'existence d'une dépendance, ni sur le

⁴² Whittaker A. Annexe 7, Guide de bonne pratique sur l'usage de l'analyse toxicologique dans le contexte de la protection de l'enfance, Information pour les professionnels des services sociaux et de santé. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p 281-285

⁴³ Lacaze-Masmonteil T., O'Flaherty P. La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse. Société canadienne de pédiatrie. Paediatr Child Health. 2020 ; 23(3) p : 227-233

moment exact de consommation (notion de ‘période fenêtre’). Un résultat négatif n’indique pas que la patiente prend les médicaments comme ils lui ont été prescrits. Par ailleurs ces résultats « *ne fournissent pas en eux-mêmes des “preuves” d’une capacité parentale adéquate ou inadéquate pour la prise en charge de l’enfant* ». (44) Les résultats positifs ou négatifs des analyses toxicologiques peuvent ainsi servir d’indications et d’aides à la prise en charge. Les soignants devraient garder à l’esprit le bénéfice de la patiente et de son enfant lors de leur réalisation. Une réflexion en amont sur l’utilité des informations apportées par les analyses toxicologiques et leur mise à profit dans la prise en charge semble pertinente.

4) Formation des professionnels

Dans notre étude, plusieurs femmes ont mis en relation la formation des professionnels de santé et un meilleur vécu de la prise en charge. Elles ont remarqué, d’une part une amélioration des connaissances sur le MSO, les risques pour le NN, le SSNN et l’allaitement ; et d’autre part, une amélioration de la posture, du discours, de l’empathie et de l’absence de jugement de la part des soignants. Ainsi pour plusieurs d’entre elles, la formation est primordiale et peut permettre une évolution positive.

Reynaud-Maurupt C. et Amiel C. rapportent les résultats d’une étude qualitative conduite par le Réseau sécurité naissance PACA-Est auprès de vingt-cinq professionnels médicaux (dix gynécologues-obstétriciens, dix sage-femmes et cinq pédiatres). Il a été mis en évidence un « *manque de sensibilisation des professionnels aux bénéfices du repérage précoce pour la mère et pour l’enfant. Tous les professionnels sauf un estiment que le suivi médical des femmes enceintes gagnerait en efficacité s’ils pouvaient bénéficier d’une formation spécifique sur les questions d’usage d’alcool et de drogues illicites pendant la grossesse et sur les conséquences de ces conduites addictives pour le nouveau-né* ». (35) Par ailleurs en plus d’une formation, certains professionnels souhaiteraient pouvoir utiliser des outils tels des plaquettes d’information pour les praticiens ou pour les patientes. Lejeune C. *et al* mettent en avant l’intérêt de poursuivre des formations communes regroupant différents intervenants locaux des maternités, des CSAPA, de l’ELSA, des médecins généralistes, des services sociaux, de la PMI etc. « *pour lever ce qui reste de réticences et d’incompréhensions entre professionnels* ». (24)

V. Vécu des relations

1) Investissement personnel des femmes

Dans notre étude, la plupart des femmes semblent avoir été investies dans leur prise en charge : présence aux rendez-vous médicaux, échographies, monitoring à domicile, réduction des risques, investissement personnel dans la réduction voire l'arrêt du tabagisme.

Simmat-Durand L. rapporte que dans la plupart des études, les femmes usagères de drogues sont décrites « *comme présentant le risque de ne pas se soumettre aux examens exigés pour le suivi normal d'une grossesse. [...] Néanmoins, les rares études portant sur le point de vue des femmes montrent [qu'elles] partagent les normes communes sur les grossesses* ». (20) Les femmes usagères de drogues peuvent mettre en place des stratégies de réduction de risque pendant la grossesse comme la prise d'un MSO, une réduction des consommations, une distanciation du réseau social nocif et prendre davantage soin d'elle-même. (18) (10) (22) (17) (20) (14) Whittaker A. note que tout effort de la part des femmes dans l'amélioration de leur situation médicale et sociale est à valoriser. (39)

2) Vécu des interactions

Le soutien dans le non-jugement et la bienveillance par le médecin de microstructure et la psychologue quand elle a été sollicitée par la femme est mis en avant par la majorité des femmes de notre étude. Le manque de soutien perçu par deux femmes ainsi que les ressentis de stéréotype de la part des équipes hospitalières sont critiqués et ont conduit à une rupture des liens. Une femme s'est sentie atteinte dans sa dignité. Pour d'autres femmes, les interactions avec les soignants hospitaliers ont été perçues dans une relation d'aide et d'attention à leurs besoins.

La proximité et une meilleure connaissance de la femme peuvent favoriser la relation thérapeutique et aider à « repérer les moments de fragilité pour l'aider au mieux ». (46)⁴⁴ A l'inverse, la perception d'un jugement par la femme peut entretenir une mésestime de soi et générer de la méfiance envers les soignants et de potentielles situations de conflits. Whittaker A. écrit : « *Les femmes enceintes usagères de drogues et leurs partenaires ne devraient pas être mis sous pression pour arrêter leur consommation de drogue. Cela peut être contre-productif, surtout si les parents se désengagent des services* ». (25) Du côté des professionnels, « *l'inquiétude et le surinvestissement affectif accroissent le risque de proposer un objectif [...] au-delà de ce que la personne peut mettre en place à ce moment-là de sa vie, et de la mettre en situation d'échec* ». (30) Le professionnel peut aussi se sentir impuissant et développer des attitudes défensives. Ces attitudes « *compliquent l'installation d'une relation de confiance, et peuvent avoir pour effet [...] en exacerbant ses sentiments de honte et de mésestime de soi, d'inhiber l'autonomie [de la femme] au lieu de l'étayer* ». (30) Les femmes usagères de drogues témoignent avoir vécu des interactions avec des soignants leur manifestant un manque de considération et du mépris. (30) L'existence d'un vécu de stigmatisation est décrite par Simmat-Durand L. : « *Certaines des femmes rencontrées ont exprimé leur révolte face à un étiquetage qui paraît les marquer à vie, quand bien même elles auraient fait leur possible pour s'en sortir et éventuellement se soigner* ». (20) Depuis plusieurs années, un travail important se fait pour créer une démarche de prise en charge fondée « *sur la bienveillance et le non-jugement sans être dans le non-positionnement à l'égard [des] prises de risques* ». (30) Les mécanismes de la stigmatisation manifestée par les professionnels et la possible intériorisation du stigmate par la femme sont à interroger et à prendre en considération dans le soin. Le but de ces actions est de contrer la discrimination et de permettre une intégration dans les soins aussi aux personnes « *honteuses d'elles-mêmes, au point parfois de se dénier le droit à la dignité* ». (30)

⁴⁴ Reichert M., Tajani T., Weil M. L'unité Kangourou : un idéal pour l'accueil de la mère usagère de substances psychoactives et de son bébé. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, P 234-241.

3) Apports du travail en réseau pluriprofessionnel

Dans notre étude, cinq femmes sur les huit ont été suivies par l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie pendant leur grossesse et pour une d'entre elle en post-partum, ce qui indique des habitudes de travail entre médecins de microstructure et l'ELSA. Plusieurs participantes sont satisfaites d'avoir été adressées à cette équipe, ce qui présume une collaboration entre les professionnels profitable aux femmes. Une seule participante a ressenti un manque de collaboration entre son médecin et l'équipe hospitalière. Elle a ressenti de ce fait une dégradation de sa prise en charge. Cette situation montre bien l'importance pour la femme d'une cohésion entre les différents professionnels.

Dans la prise en charge des femmes usagères de drogues, Stocco P. met en avant les efforts à faire pour remédier au manque de cohésion et d'objectifs communs des différents professionnels et services impliqués. (17) Une coordination et une communication entre tous les services de prise en charge de la mère, de l'enfant et de la dyade mère-enfant sont également préconisées par Guyon L. *et al.* (18) Cette concertation permettrait de diminuer les divergences et malentendus et augmenterait la confiance mutuelle entre professionnels ainsi qu'entre les professionnels et la femme. (31) Il est important d'anticiper le suivi médical et les informations données (éducation sur l'accouchement, le SSNN, l'allaitement et le retour à domicile) ainsi que d'évaluer les ressources parentales au fur et à mesure et de constituer une prise en charge obstétricale, addictologique, psychologique et sociale. (31) (14)

VI. Premiers jours avec l'enfant

1) Accouchement et prise en charge de la douleur

Une consultation anténatale avec l'anesthésiste est intéressante afin d'anticiper l'appréhension et adapter l'analgésie périnatale selon les consommations rapportées par la femme. (31) (14) (38) Dans notre étude, trois des femmes se souviennent avoir reçu avant la naissance de la part de l'anesthésiste l'information qu'elles pourraient recevoir plus d'analgésiant compte tenu de la prise d'un MSO, ce qui a pu les rassurer.

Le récit de l'accouchement dans l'étude du centre Horizons semble ne pas différer des « *histoires habituelles d'accouchement* ». Pour certaines femmes, la péridurale a permis un accouchement « *sans trop de souffrances* ». Pour d'autres, un travail trop long a nécessité une césarienne. (23) Dans l'étude de Lejeune C. *et al* « *près de deux tiers des femmes ont bénéficié d'une anesthésie péridurale [...] et 5 % d'une anesthésie générale* ». (24) Dans notre étude, quatre femmes ont accouché par césarienne dont une sous anesthésie générale. Cinq femmes ont évoqué une analgésie insuffisante au moment de l'accouchement. Après la naissance, les douleurs étaient contrôlées pour toutes les femmes par des antalgiques de palier I sauf une. En raison de l'absence d'un groupe témoin, notre étude ne permet pas de savoir si le vécu de la douleur diffère des parturientes qui ne sont pas sous MSO.

2) Rencontre avec le bébé

L'accouchement peut être décrit comme une « *effraction corporelle et imaginaire* ». (12) Le fait de voir et toucher le nouveau-né peut provoquer des sentiments de fierté, de soulagement, d'émerveillement, de plaisir mais parfois également d'anxiété voire d'étrangeté. (23) (12) (19) Il peut exister une « *réaction de perplexité ou de rejet initial* ». Après l'accouchement une démarche pour aller à la rencontre du nouveau-né est nécessaire pour le reconnaître et établir un lien avec lui. Ce lien fusionnel « *est nécessaire aussi bien pour la mère que pour l'enfant* ». (23) Cependant la naissance peut inversement être perçue comme une « *désillusion avec la perte de l'enfant idéalisé devant l'enfant réel* » et ainsi faire apparaître des difficultés post-partum (26) avec des troubles de la relation mère-enfant. (10) Or une reconnaissance des difficultés pour une prise en charge précoce est indispensable. (13) (23)

Dans notre étude contrairement à ces données de la littérature, nous n'avons pas retrouvé de différence exprimée par les femmes entre l'enfant idéalisé et l'enfant réel. Nous avons pu observer chez deux femmes une réaction de rejet initial du NN à cause de douleurs non contrôlées. Néanmoins lorsque la rencontre a pu avoir lieu, les femmes ont fait part de sentiments de bonheur, de joie, de fierté, d'émerveillement et d'amour. Une seule femme a rapporté une inquiétude vis-à-vis de l'avenir ressentie très rapidement après la rencontre avec l'enfant. Les difficultés avec le père de l'enfant étaient la première source d'inquiétude.

VII. Vécu du syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN)

1) Importance des connaissances anténatales

Dans notre étude, la majorité des femmes sont en attente d'explications. Les femmes ayant ressenti un manque d'information ont vécu difficilement le SSNN.

Whittaker A. avance qu'il est important de donner aux parents « *des informations précises et justes à propos du SSNN lors de la période prénatale [en abordant] avec eux ces questions d'une manière bienveillante, exempte de jugement* ». (43) Il faut leur expliquer qu'à la naissance et dans les premiers jours (délai d'apparition de quelques heures à une dizaine de jours), le nouveau-né est susceptible de faire un syndrome de sevrage pouvant durer de une à trois semaines. (14) Les symptômes principaux sont des troubles du sommeil, une hyperexcitabilité, une hypertonie, des cris, des difficultés d'alimentation et des difficultés respiratoires. (18) (12) Le chlorhydrate de méthadone a la particularité de provoquer des symptômes plus tardifs pouvant être plus graves et plus prolongés. (15) (12) (24) Il est important de préparer les mères à participer aux soins du nouveau-né et le suivi médico-psycho-social ainsi que l'équilibre grâce au MSO y participent grandement. (15) (24) Le pédiatre a également un rôle avant la naissance dans les explications sur le SSNN, ses signes, sa prise en charge et le rôle primordial des parents pour apaiser l'enfant. (31) (43) Il semble ainsi bénéfique d'interroger les femmes sur leurs connaissances en les informant avec bienveillance et ce bien avant la naissance. Ce rôle peut être joué par chaque professionnel de la périnatalité.

2) Évaluation du SSNN

Dans notre étude, la majorité des nouveau-nés a été surveillée entre cinq et dix jours à la maternité. Trois femmes ont spécifiquement parlé du score de Finnegan.

L'évaluation du NN permet une mesure plus objective des symptômes et de leur sévérité et permet d'orienter les décisions de prise en charge. Le score fréquemment utilisé est celui de Finnegan. Cette observation est faite de manière pluriquotidienne par la mère et la puéricultrice ou la sage-femme pendant au moins trois jours et jusqu'à cinq jours de vie. (45)

Les soignants doivent être familiers de cet outil et capables d'expliquer avec transparence l'intérêt de son utilisation et les différents signes observés pour sa cotation. « *Il est primordial d'inscrire [les mères] au centre de ce soin et de valoriser ce partenariat. Le rythme de cette surveillance n'est pas figé et est adapté à l'intensité des signes de sevrage : de biquotidien si l'enfant est calme, il peut être accéléré si l'enfant commence à être agité.* » (46) Il pourrait être utile que le médecin de microstructure sache aussi manier et expliquer cet outil avant la naissance. Par ailleurs, s'il est sollicité pour faire le suivi de l'enfant, il peut être intéressant de développer le partenariat entre l'équipe hospitalière obstétrico-pédiatrique et le médecin généraliste. Le score de Finnegan pourrait ainsi figurer dans le courrier de sortie.

3) Prise en charge

3.1. Apprentissage des soins de *nursing* et investissement

Lorsque que sont mis en évidence des symptômes de sevrage qui surviennent habituellement après la 48^{ème} heure de vie, le traitement initial doit être du *nursing* ou soutien. En effet « *les interventions médicales peuvent prolonger l'hospitalisation, perturber le lien d'attachement entre la mère et son nouveau-né et soumettre celui-ci à des médicaments dont il n'a peut-être pas besoin* ». (45) Les soins de soutien doivent être initiés le plus rapidement possible après la naissance et permettent de réduire les effets du sevrage du MSO. (45) Ils comprennent le peau à peau (possibilité d'utiliser des écharpes de portage), l'emballage sécuritaire, le respect des rythmes spontanés, les réveils en douceur, un environnement calme et chaud, une diminution des stimulations sonores, une lumière tamisée une alimentation proposée en petite quantité et fréquemment. (14) (46) (12) (24) Dans notre entretiens, le peau à peau, le portage et l'emballage ont été cités.

Les soignants doivent être formés à ces différentes mesures de soutien afin de pouvoir les communiquer aux parents qui pourront alors les mettre en œuvre. Ils peuvent également sensibiliser les mères à leurs capacités à répondre aux besoins du bébé en valorisant ses signes d'apaisement. (46) Dans nos entretiens, une femme rapporte avoir particulièrement apprécié le partenariat avec la pédiatre et la confiance accordée en ses capacités ainsi que sa valorisation. Une autre femme a fait part de son ressenti d'une amélioration importante des

connaissances des soins de *nursing* des soignants à la maternité entre ses deux grossesses. Cela a permis un vécu plus serein des premiers jours de vie de son enfant.

La réalisation des soins de soutien est facilitée par le maintien d'une proximité physique entre la mère et son enfant en unité Kangourou dont c'est l'objectif premier. Trois participantes ont spécifiquement parlé de cette unité. Dans la littérature, l'apport des unités Kangourou se voit dans l'apprentissage et la réassurance des femmes sur leurs capacités maternelles, la baisse du taux de syndromes de sevrage grâce à l'implication des parents et le peu de placements demandés par les équipes. (46) (31) (24) L'étude de Lejeune C. *et al* a également souligné la qualité relationnelle entre la mère et son enfant améliorant les symptômes de sevrage de l'enfant et favorisant l'établissement du lien mère-enfant et père-enfant. (24)

3.2. Culpabilité, inquiétude

Dans notre étude, la réassurance et les conseils donnés à la maternité ont permis de diminuer l'inquiétude de certaines femmes. Les interactions avec l'équipe hospitalière perçues de manière négative ont au contraire renforcé la culpabilité chez les femmes concernées.

Dans l'étude du centre Horizons, certains témoignages font part d'une culpabilité et d'une angoisse : « *"dès qu'il avait quelque chose, c'était ça, c'était dû au manque, alors à chaque fois la pédiatre elle me faisait comprendre que non, que c'était un nouveau-né et que comme tous les enfants, il avait des comportements comme ci ou comme ça, c'est pas spécialement dû à ça, mais ça me faisait mal de voir mon fils comme ça, c'était de ma faute"* (mère 2) ; *"je me culpabilisais un peu avec le traitement, [...] une infirmière m'a dit qu'elle sentait un peu mes angoisses, et à partir de ce moment-là, je me suis un peu détendue et j'ai beaucoup parlé à mon enfant"* (mère 7) ». (23) L'anxiété, l'impuissance, la tristesse, la culpabilité et le rejet font partie des émotions ressenties par les mères lors d'un SSNN. (18) (23) (43) Whittaker A. insiste sur le fait que les mères « *auront besoin de beaucoup de soutien, d'encouragement, et d'être rassurées* ». (43)

3.3. PEC médicamenteuse

Dans notre étude, trois nouveau-nés ont reçu des opiacés, deux pour des symptômes de sevrage sévères et un dans le cadre de défaillances multi-viscérales. Deux d'entre eux ont eu

besoin d'un transfert en néonatalogie où les deux parents ont été présents tout au long de l'hospitalisation. La prise en charge a été difficile à vivre et les mères ont été sensibles aux interactions avec les soignants qui ont impacté leur vécu.

Si malgré les soins de soutien, le score de Finnegan reste élevé, il peut y avoir indication à un traitement pharmacologique en général par « *solution morphinique orale tout en continuant le nursing Kangourou [et tout en renforçant] le soutien à la mère, qui vit souvent très mal ce traitement qui renforce sa culpabilité* ». La durée d'hospitalisation de l'enfant s'en trouve augmentée « *de dix jours en moyenne en Unité Kangourou contre vingt jours en néonatalogie traditionnelle* ». (46) Lors du transfert en néonatalogie si les symptômes de sevrage sont sévères ou si d'autres complications le requièrent, il faut continuer d'impliquer les parents dans les soins du bébé. A cette fin, la possibilité pour les parents de dormir à l'hôpital est primordiale. Il faudra être d'autant plus vigilant à l'établissement des liens affectifs si l'hospitalisation en néonatalogie est dominée par un sentiment d'échec, de douleur pour la mère devant la souffrance de l'enfant et si ses visites sont rares. (23) (18) Dans l'étude de Lejeune C. *et al* sur des enfants nés entre 1998 et 1999, « *les deux tiers des enfants ayant manifesté un syndrome de sevrage ont reçu un traitement médicamenteux, le plus souvent du chlorhydrate de morphine* ». (24) Le tableau ci-dessous résume l'expérience du Réseau Maternité et Addictions en partenariat avec les Unités Kangourous du Bas-Rhin. (46) Entre 2007 et 2011, « *280 enfants de mères dépendantes aux opiacés ont été pris en soin [avec un] taux de recours au traitement opiacé chez l'enfant [...] globalement très faible, comparé aux chiffres publiés (de 50 à 70 %). Il est de 6 % en moyenne sur les cinq dernières années et de plus les enfants concernés sont, pour la très grande majorité d'entre eux, des nouveau-nés qui ont été transférés en soins intensifs ou réanimation pour des raisons médicales (prématurité, détresse respiratoire, infections). [...] Ces résultats, très encourageants en termes de faible recours à un traitement opiacé pour le bébé, reposent en partie sur le séjour périnatal en Unité Kangourou* ». (46)

	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de nouveaux-nés exposés aux opiacés <i>in utero</i>	57	60	61	48	54
Prématurité	5 %	13 %	18 %	15 %	10 %
% enfants traités par morphiniques	7	3	5	7	6

Ces résultats montrent un très faible recours au traitement morphinique chez les NN et encouragent à poursuivre les efforts de prise en charge en unité Kangourou à la fois pour la bien-être de la mère et celui de son NN.

4) Allaitement

Dans notre étude, la majorité des femmes a souhaité allaiter au sein. Elles ont été encouragées principalement par le médecin de microstructure et les sage-femmes.

Il est bien rapporté dans la littérature que les concentrations en MSO dans le lait maternel sont faibles voire minimales et ne contre-indiquent pas l'allaitement au sein. (46) (42) (45) (8) (24) Au contraire l'allaitement maternel est encouragé car il présente de nombreux bienfaits : contribution à l'attachement mère-enfant, satisfaction des besoins nutritifs du NN, prévention des infections et amélioration de la santé de l'enfant sur le long terme. L'allaitement maternel peut retarder l'apparition des symptômes de sevrage et en réduire la gravité. De plus, une diminution de l'utilisation de traitement pharmacologique a été observée. (47)⁴⁵ (45) Cependant l'absence de survenue d'un SSNN n'est pas garantie, ce qu'il faudra dire avec transparence aux parents. Des discussions et des informations sur l'innocuité des MSO et les bienfaits de l'allaitement maternel seront idéalement données avant la naissance par des professionnels formés. Un soutien supplémentaire à l'allaitement au sein peut être nécessaire de la part des équipes si le nourrisson a des difficultés à s'alimenter (SSNN) (43) et pour encourager la mère qui est « *plus susceptible d'abandonner rapidement* ». (45)

⁴⁵ Whittaker A. Allaitement du nourrisson. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, p 219-227.

VIII. Vécu du retour à la maison

1) Inquiétudes

Dans notre étude, les inquiétudes exprimées par trois femmes concernent les compétences maternelles, les substances psychoactives, les conflits avec le conjoint, l'isolement et les difficultés de logement.

Dans l'étude du centre Horizons, certaines mères craignent « *de quitter l'hôpital où elles ont bénéficié pour la plupart d'un bon accompagnement et soutien de la part du personnel médical* ». (23) En effet « *malgré parfois certaines difficultés relationnelles avec les équipes soignantes, l'hôpital est un lieu cadrant et soutenant, les rassurant sur leurs compétences maternelles* ». Les inquiétudes exprimées par les femmes portent sur leurs compétences maternelles et sur l'organisation. (23) Discuter des craintes éventuelles avant la sortie permet de mieux connaître les besoins des femmes afin d'adapter l'accompagnement au domicile.

2) Étayage professionnel à la sortie de la maternité

Dans notre étude, trois femmes ont été accompagnées par une sage-femme à domicile et trois par une puéricultrice. Certaines femmes ont été rassurées par ce professionnel et ont mis en avant l'aide à la mise en place de l'allaitement et la surveillance du nourrisson dans les premiers jours au domicile.

Whittaker A. et Chanal C. *et al* soulignent l'importance d'anticiper le retour à domicile. L'évaluation des besoins de la famille ainsi que l'exploration du réseau de proximité autour de la femme et de son entourage permettent de mettre en place un plan de soutien adapté si nécessaire. (25) (31) L'important est d'éviter les mesures d'urgence pour une meilleure acceptation des soins et des prises en charge. « *Selon les cas, l'évaluation avec les parents de leurs limites éducatives ou de leur insécurité permet d'envisager la durée du séjour hospitalier, un éventuel accueil social à temps partiel de l'enfant pour une construction progressive du lien.* » (31) En fonction de la situation, il peut être nécessaire de proposer une hospitalisation à domicile ou en unité Mère-enfant en psychiatrie ou un accueil

en maison maternelle. Lorsque l'hospitalisation n'est pas requise, le relais avec la Protection maternelle et infantile (PMI), le pédiatre, le médecin généraliste et l'assistante sociale peut être anticipé. (46) (12) Différents professionnels peuvent ainsi intervenir au domicile : une technicienne de l'intervention sociale et familiale soulageant les mères de certaines tâches matérielles, une sage-femme ou une puéricultrice qui peut peser l'enfant pour s'assurer que la prise de poids est satisfaisante, donner des conseils, soutenir les parents, surveiller l'apparition de signes de SSNN, poursuivre les soins de *nursing*. (46) (12) Cependant « *ces visites à domicile peuvent être perçues comme une intrusion dans l'intime, voire une surveillance* ». (23) Toutes ces actions nécessitent un soutien et une coordination pour la continuité des soins avec l'intérêt d'une prise en charge prolongée en réseau ville-hôpital. (31) (26) (14)

3) Réduction des risques pour l'enfant

Il est également important que « *le milieu familial [soit] favorable et sécuritaire* ». (45) Concernant médicaments et substances psychoactives, Whittaker A. donne des recommandations de stockage et d'usage afin de protéger les enfants. (48)⁴⁶ Ce point de sécurité est évoqué par une femme dans notre étude : « *[Le médecin de microstructure] sait que je vais pas tout de suite laisser traîner de la drogue sur la table que la petite elle va y toucher, que je vais laisser traîner ma méthadone® que la petite elle risque de mourir* ». Le médecin de microstructure peut aborder ces questions avec les femmes. Il montre ainsi qu'il s'intéresse à la sécurité de l'enfant et il peut prodiguer des conseils si nécessaire et valoriser les bonnes pratiques des femmes sur le stockage du MSO à domicile.

⁴⁶ Whittaker A. Annexe 2 : Protéger les enfants de l'alcool et des drogues à la maison In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD ; 2013, P 262-266.

IX. Accompagnement dans la création du lien mère-enfant

1) Création du lien

Pour la majorité des mères participant à l'étude Horizons, les premières relations avec leur NN semblent avoir été marquées par « *une communication et une compréhension quasi magiques et instinctuelles* ». Pour d'autres, la création du lien s'est faite en deux temps. Le contact corporel n'ayant pu avoir lieu lors de la naissance, c'est « *l'interaction suivante (premier biberon, bébé mis à côté d'elles) [qui] a été positive et a permis d'enclencher le sentiment de maternalité* ». (23) Nous retrouvons ces résultats dans notre étude. La majorité des participantes a vécu la création du lien avec l'enfant comme naturelle. Certaines femmes décrivent une relation fusionnelle. Les auteurs de l'étude Horizons soulignent que le fort investissement maternel et la relation fusionnelle entre la mère et l'enfant sont adaptés à son développement au cours des premiers mois de vie. (23) Esquivel T. indique que l'investissement maternel peut alterner entre fusion (rapprochement voire surexcitation) et rejet (repli voire abandon). (12) Stocco P. signale que la dépression et le découragement ressentis par la mère peuvent provoquer une baisse d'attention et d'investissement de sa part qui peuvent lui faire déléguer les soins. (17) Il est ainsi important de repérer les troubles de l'humeur des mères afin de les prendre en charge et de contribuer à la création du lien mère-enfant. La poursuite du processus de maternalité dépend ensuite de la capacité de la mère à « *se dégager de la relation fusionnelle au moment opportun et accepter, voire même faciliter le processus d'autonomisation/individuation de l'enfant* ». (23) Ce mouvement est dépendant de la qualité du lien mère-enfant. Dans l'étude du centre Horizons, « *certaines mères expriment, parfois sans ambiguïté, leur difficulté à soutenir l'enfant dans le processus d'autonomisation* ». Le rapport aux substances psychoactives et/ou au MSO peut prendre une place importante, éclipçant la relation avec leur enfant dans le discours de certaines mères. (23) Valoriser les compétences parentales et questionner le lien avec l'enfant, en mettant des mots sur la place qui lui est accordée, peut permettre d'initier une réflexion chez les parents.

2) Soutien à la parentalité

Il est bien rapporté dans la littérature que les femmes usagères de drogues ont souvent vécu des modèles dysfonctionnels familiaux pendant leur enfance. Lorsqu'elles deviennent mère, elles peuvent avoir « *tendance à prendre pour un sentiment d'attention et de protection les émotions anxieuses [éprouvées] à l'égard de leur enfant, émotions qui les empêchent de moduler des réponses appropriées aux besoins et aux requêtes de ce dernier* ». Tous ces éléments rendent d'autant plus difficile la tâche de mère. (17) Stocco P. préconise des interventions de traitement dans le but « *de changer les représentations mentales relatives à la fonction maternelle, d'accroître [le] sentiment d'estime de soi et [d']expérimenter de nouvelles modalités d'interaction avec [l']enfant, différentes de celles apprises dans [l']enfance* ». (17) Une prise en charge ciblant la femme et le futur père en tant que parents plutôt qu'en tant qu'individus afin d'améliorer leurs compétences parentales est plus efficace. (25) Dans l'étude Horizons, les auteurs concluent qu' « *il serait intéressant de soutenir ces femmes dans leur processus de maternalité pendant et après la grossesse, et les accompagner davantage dans leur relation à l'enfant* ». (23) Par exemple, des groupes de paroles au cours de la périnatalité avec une approche centrée sur les interactions mère-enfant peuvent être bénéfiques (12), ainsi que des groupes de pairs priorisant le renforcement de l'estime de soi et l'analyse des multiples rôles pouvant être tenue par une femme (mère, compagne, amie etc.). (16)

Dans notre étude, pour certaines femmes le soutien à la parentalité est reçu de la famille et le rôle des soignants dans ce domaine est minimisé. Tandis que pour d'autres, ce soutien a été très important. Différents intervenants ont joué un rôle dans le soutien à la parentalité pour la plupart dans une attitude bienveillante. Les sage-femmes à la maternité et les sage-femmes intervenant à domicile ainsi que les puéricultrices de PMI ou de l'ELSA sont intervenues dans l'aide à la mise en place de l'allaitement et l'apprentissage des soins du nouveau-né. Les médecins de microstructure ou le pédiatre ou le médecin de PMI ont pu donner des conseils lors du suivi du nourrisson. Des ateliers animés par la Protection maternelle et infantile ont été également évoqués ainsi que les interventions d'un pédopsychiatre, d'une psychomotricienne et d'un kinésithérapeute. Pour une femme de notre étude, la prise en charge avec kinésithérapie à domicile, suivi par le CAMSP et par un pédiatre spécialisé était source d'oppression et vécue comme redondante.

X. Place du conjoint et de l'entourage

1) Le conjoint

Des recherches ont montré que la femme usagère de drogues est plus susceptible d'avoir un partenaire également usager de drogue. (20) (39) Celui-ci peut exercer une influence importante sur les consommations de substances psychoactives de la femme. Ainsi l'intégration du conjoint dans le suivi et le traitement est favorable à la femme. « *Les observations suggèrent que les femmes qui s'engagent dans un traitement avec leur partenaire ont de meilleurs résultats que celles qui s'engagent sans leur partenaire.* » (39) Dans nos entretiens, une femme met particulièrement en avant le soutien et l'encouragement réciproque entre elle et son conjoint dans l'arrêt des consommations d'héroïne. Une autre participante a aussi indiqué que son conjoint était suivi par le médecin de microstructure et qu'il y avait un fort lien de confiance entre les deux membres du couple et le médecin.

Dans les études s'intéressant aux femmes usagères de drogues, la place du père lors d'une grossesse est mal définie, souvent réduite, dévalorisée voire disqualifiée. (12) (21) (23) Dans l'étude Horizons, la majorité des pères sont présents au moins occasionnellement pendant la grossesse et après la naissance. Même si plusieurs couples se sont séparés après la naissance, « *les pères continuent à voir leur enfant et les mères expliquent qu'ils ont un rôle important à jouer auprès de l'enfant* ». Cependant dans le discours de plusieurs mères, le père est disqualifié. (23) Dans l'étude de Lejeune C. *et al* portant sur 259 femmes sous MSO, il est spécifié que « *pour 25 % des femmes, l'équipe d'obstétrique a indiqué une absence totale du père lors de la grossesse et de l'accouchement. Pour les pères présents lors de la grossesse, 18 % ont été décrits comme passifs par les équipes* ». (24) Dans notre étude, la place du conjoint en tant que père est valorisée par les participantes. Pour la majorité d'entre elles, il constitue un soutien positif et était inclus dans la prise en charge.

Dans la littérature sont évoqués la dépendance au partenaire, le manque de soutien, le blâme, le vécu d'échec et la peur d'abandon ressentis par les femmes usagères de drogues (17) (20) (18) ainsi que l'existence de violences à son égard. « *Il est estimé qu'un tiers des maltraitances domestiques commence ou augmente pendant la grossesse* ». (40) Poser la question de la violence à la femme au cours du suivi pré- et postnatal est donc primordial.

Dans l'étude Horizons, « *les relations de soumission et d'emprise* » avec le conjoint et les liens avec les consommations de substances psychoactives sont évoquées : « *"en fait, chaque fois que mon mari revient, je rechute"* (mère 14) ; *"le père de ma fille c'est trop dur, il me culpabilisait tout le temps (...) il me disait tout le temps que tout ce que je saurai faire c'était faire la pute, c'est tout, et être une tox"* (mère 18) ». Dans nos entretiens, deux participantes ont vécu des violences verbales et physiques de la part de leur conjoint. Un soutien a pu être obtenu auprès du médecin et de la psychologue de microstructure ou de l'hôpital.

2) L'entourage

Dans notre étude, la plupart des femmes ne sont pas en demande d'accompagnement de l'entourage par les soignants. Pour certaines, il semble naturel de parler du MSO et de leur prise en charge à leur famille et pour d'autres il existe un malaise et une omission du sujet.

L'entourage peut constituer un appui pour la mère mais il existe également un risque de conflits et de tensions pouvant mener à une disqualification de la mère. (12) (17) Dans l'étude Horizons, « *la moitié des femmes estime avoir bénéficié d'un soutien familial pendant la grossesse. Cependant, cette évocation reste imprécise et ne permet pas d'appréhender réellement la qualité et la permanence de ce soutien. [...] La demande d'aide à la famille est généralement matérielle et plus particulièrement d'hébergement avant et après la naissance de l'enfant, ce qui ne va pas sans poser des problèmes* ». (23) Plus particulièrement la grand-mère occupe une place particulière entre lointaine ou au contraire hyperprésente avec le risque d'une « *confusion des figures identificatoires* » pour l'enfant générant un sentiment d'insécurité. (17) L'intérêt d'interventions centrées sur la famille (thérapie de couple et de famille) est mis en avant. Il est important que les proches comprennent la nature du traitement par MSO et la prise en charge globale. (18) (16)

XI. Autres points évoqués par les femmes : Formation et sensibilisation pour tous les soignants

Les autres points qui ressortent de nos entretiens sont la formation de tous les professionnels de santé ainsi qu'une information plus visible pour les femmes afin d'ouvrir le dialogue sur les substances psychoactives et le MSO. Reynaud-Maurupt C. et Amiel C. évoquent justement « *la diffusion de messages pour mieux sensibiliser les professionnels à [la consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes] [...] : conférences professionnelles thématiques, outils à distribuer aux femmes enceintes pour auto-évaluer l'impact de leurs consommations, affiches [de] prévention, [plaquettes d'informations pour les soignants et les femmes] ...* ». (35)

CONCLUSION

La grossesse et la naissance d'un enfant constituent des bouleversements physiques et psychiques. Pour la femme usagère de drogues, une prise en charge obstétricale, addictologique et psychologique appropriée est nécessaire. Depuis une quinzaine d'années, des protocoles de prise en charge sont rédigés par des réseaux périnataux. Néanmoins les femmes sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) peuvent rencontrer des difficultés dans leur suivi. Notre travail a permis de donner la parole à des femmes sous MSO suivies au sein du réseau des microstructures médicales en Alsace (RMS) sur leur vécu de la prise en charge pendant la périnatalité.

Une relation de confiance et un accompagnement dans la bienveillance, le non-jugement et où la femme a sa place dans les prises de décisions contribuent à une meilleure adhésion et un meilleur vécu de la prise en charge. *A contrario* la perception d'un jugement peut générer méfiance et mésestime de soi chez la femme. Par son attitude et ses exigences, le soignant peut aggraver ces sentiments et la mettre en échec. Une meilleure connaissance de la femme permet au contraire de favoriser la relation thérapeutique pour mieux l'accompagner dans les moments de fragilité. Nos entretiens ont illustré le besoin de soutien et d'écoute des participantes ainsi qu'un sentiment de légitimité à l'égard des soignants les connaissant déjà.

La continuité des soins et la cohésion entre les professionnels participent à la fiabilité et à la stabilité des soins. La coordination, l'anticipation et la communication sont indispensables lors de la prise en charge par l'équipe obstétricale en lien avec les autres intervenants de la périnatalité. Les formations en addictologie de tous les professionnels entourant la femme (sage-femme, gynécologue-obstétricien, médecin généraliste, pédiatre, puéricultrice, psychologue et psychiatre) sont également cruciales. Dans nos entretiens, les femmes ont attribué la posture et le discours plus empathiques des soignants à une meilleure formation.

Le vécu émotionnel et les difficultés psychologiques des femmes nécessitent une prise en charge appropriée. La permanence de la psychologue de microstructure et la possibilité de consulter un psychiatre dans le cabinet de proximité ainsi que la présence d'un psychologue à l'hôpital apparaissent en ce sens opportunes. Dans notre travail, la manière dont les participantes ont perçu l'accueil de leurs confidences a joué sur leur vécu de la prise en charge. La perception des normes sociales et la crainte du placement de l'enfant sont à

interroger. Dans notre étude, plusieurs femmes ont eu besoin d'entendre qu'elles avaient le droit d'être mère et qu'elles n'étaient pas de mauvaises mères. L'acceptation de la grossesse, les attentes d'un bébé en bonne santé et les éventuelles motivations au changement peuvent également influencer le vécu des femmes.

Une approche corporelle (préparation à la naissance, conscience des contractions et mouvements du bébé) permet une meilleure perception de ces nouvelles sensations corporelles. Dans notre étude, ces éléments ne sont pas évoqués par les femmes pour qui la gestion des symptômes de manque a été la préoccupation somatique principale. Les soignants pourraient aider les femmes à investir leurs corps en tant que femmes enceintes et non pas uniquement en tant que femmes enceintes sous MSO.

La gestion du MSO nécessite des explications anténatales sur l'adaptation des posologies, le syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN), sa prise en charge et les avantages de l'allaitement pour un apaisement des craintes maternelles et de la culpabilité. Les médecins de microstructure et les sage-femmes de l'équipe de liaison et de soins en addictologie ont agi en ce sens. Certaines participantes ont cependant exprimé un manque d'informations et un vécu difficile. Selon la littérature, la prise en charge du nouveau-né à la maternité doit être axée sur l'apprentissage des soins de *nursing*, le partenariat avec les parents et la valorisation de leurs capacités. Les unités Kangourou, où la mère et l'enfant ne sont pas séparés, ont permis une baisse du taux de SSNN grâce à l'implication des parents. Dans nos entretiens, le partenariat avec les équipes et le soutien perçu à la maternité ont rassuré plusieurs participantes.

Lors du retour à domicile, un étayage professionnel peut être anticipé après une évaluation des besoins. Si la situation le requiert, l'hospitalisation en unité mère-enfant en psychiatrie ou un accueil en maison maternelle peuvent être proposés. Ces mesures peuvent être perçues comme intrusives. Le soutien ou les pressions ressentis impactent leur vécu.

L'accompagnement dans la création du lien à l'enfant est profitable pendant toute la périnatalité. Différents intervenants peuvent soutenir les parents (sage-femme, puéricultrice, médecin généraliste, pédiatre, protection maternelle et infantile). Selon les besoins des parents et des enfants, d'autres professionnels peuvent être impliqués. Plusieurs participantes ont apprécié cet accompagnement dans une attitude bienveillante.

Dans la littérature, la place du conjoint et père de l'enfant est souvent mal définie, souvent réduite ou dévalorisée. Le manque de soutien et les violences envers la femme sont également évoqués. Des interventions et des politiques publiques permettant une plus grande intégration des conjoints dans les suivis pourraient être bénéfiques. Dans notre étude, la place du conjoint en tant que père est valorisée par les participantes. Pour la majorité d'entre elles, il constitue un soutien positif. Néanmoins en cas de violences verbales et physiques, un soutien a pu être obtenu auprès du médecin et de la psychologue de microstructure ou de l'hôpital.

L'entourage peut constituer un appui pour la mère ou être une source de conflits et de tensions. Des interventions centrées sur la famille peuvent permettre de mieux comprendre la nature et les bénéfices du traitement. Dans notre étude, certaines femmes ont parlé à leur famille du MSO qui est rassurée par la prise en charge ; tandis qu'il existe pour d'autres un malaise et une omission du sujet. Le médecin de microstructure et la psychologue peuvent aborder avec la femme sa relation avec son entourage, notamment en cas de vécu familial difficile.

Nos entretiens illustrent l'importance pour les femmes du partenariat avec le médecin de microstructure. Il faut toutefois relever que la méthode de recrutement des participantes passant par leur médecin a favorisé l'inclusion de femmes satisfaites du RMS. Il serait pertinent d'étendre ce travail à des femmes pour lesquelles le suivi en microstructure a été moins bien vécu.

Il ressort de notre travail qu'une perception de pression ou de stigmatisation peut conduire à une dégradation de la relation avec les soignants et à un risque de rupture du lien thérapeutique. Il est primordial pour les femmes d'être écoutées avec bienveillance, rassurées et informées avec anticipation. Les femmes ont souligné l'importance de la formation en addictologie des différents intervenants de la périnatalité. Elles l'ont mise en relation avec l'amélioration de leur vécu des interactions avec les soignants.



ANNEXES

I. Guide d'entretien semi-directif

Plusieurs questions se présentent sous la forme d'une question fermée suivie d'une relance afin de ne pas préjuger d'une réponse affirmative. Si la réponse est positive, nous demanderons de quelle manière la femme a pu développer cette discussion. Si la réponse est négative, nous demanderons à la femme ce qu'il a pu manquer ou ce qu'elle en attendait.

- Comment définiriez-vous la place prise par l'équipe du RMS pendant votre grossesse et dans les deux ans suivant l'accouchement ?
- Quelle a été la place accordée à l'écoute de votre corps et de vos ressentis par les soignants pendant la grossesse et après l'accouchement ?

Relances : Avez-vous pu discuter des modifications corporelles et des sensations corporelles et psychiques ressenties ? Si la grossesse a pu réactiver des souvenirs inscrits dans votre corps telles des blessures ou des violences, avez-vous pu en parler et de quelle manière ? Avez-vous pu discuter de la gestion de votre corps et de votre fécondité, de la contraception ?

- Avez-vous pu discuter avec l'équipe du RMS ou d'autres soignants de ce que signifiait la grossesse pour vous ? Si oui ou plutôt oui, de quelle manière ? Si non, qu'a-t-il pu manquer ou qu'en attendiez-vous ?
- Vous êtes-vous sentie accompagnée pour devenir la mère que vous souhaitez ? Si oui ou plutôt oui, de quelle manière ? Si non, qu'a-t-il pu manquer ou qu'en attendiez-vous ?
- Quels ont été vos ressentis avec les soignants concernant le MSO ?

Relances : Avez-vous pu discuter de la prescription ? Était-ce difficile ou non, avez-vous ressenti du jugement par rapport au MSO de la part des soignants ?

- Vous êtes-vous sentie soutenue par l'équipe du RMS et par les soignants impliqués dans le suivi ?

Vous êtes-vous sentie soutenue dans les actions que vous avez pu mettre en place pendant la grossesse et l'année suivant l'accouchement ? Si oui ou plutôt oui, de

quelle manière avez-vous perçu ce soutien ? (Ex d'action : bonne observance du MSO, réduction des consommations, du tabagisme) Si non, qu'a-t-il pu manquer ou qu'en attendiez-vous ?

- Qu'avez-vous ressenti en rencontrant votre bébé ?
- Comment avez-vous vécu la prise en charge de la douleur ?
- Quel a été le vécu du syndrome de sevrage du nouveau-né s'il a été présent ?
- Comment avez-vous vécu le retour à la maison ?
- Vous êtes-vous sentie accompagnée par l'équipe du RMS ou d'autres professionnels de santé dans la création du lien avec votre bébé ? Si oui ou plutôt oui, de quelle manière ? Si non, qu'a-t-il pu manquer ou qu'en attendiez-vous ?
- Une place a-t-elle été accordée à votre conjoint et à l'entourage par les soignants ? Si oui ou plutôt oui, de quelle manière ? Si non, qu'a-t-il pu manquer ou qu'en attendiez-vous ?
- Pour finir, est-ce que vous voulez parler d'autres points ?

II. Notice d'information et de non-opposition

Madame,

Dans le cadre de votre prise en charge dans le réseau des microstructures médicales (RMS) en Alsace, il vous est proposé de participer à une étude s'intéressant au vécu de la relation aux soignants pendant la grossesse et les mois suivant l'accouchement lors de prise d'un médicament par méthadone ou buprénorphine. Cette notice d'information vous apportera les informations nécessaires sur cette recherche. N'hésitez pas à poser des questions !

Vous pouvez librement et sans conséquence pour votre prise en charge vous opposer à prendre part à cette étude.

Qui fait cette étude ?

Mme Schneegans Lou est interne en médecine générale. Cela signifie qu'elle est médecin en cours de formation. Cette étude est un projet pour devenir docteur. Elle a lieu sous la direction d'un docteur déjà installé dans un cabinet de médecine générale le Dr Wack Emilie. Le résultat de cette étude est susceptible d'être publié.

Pourquoi cette étude ?

Cette étude a pour but de faire avancer les connaissances sur le vécu vis-à-vis du système de soins de femmes sous MSO en se concentrant sur la période de la grossesse et des premiers mois suivant l'accouchement et sur le réseau des microstructures médicales en Alsace.

Que vous demandera-t-on ?

Un entretien avec Mme Schneegans Lou aura lieu dans le cabinet où vous êtes habituellement suivie en RMS ou bien par visio ou dans un local d'Ithaque à Strasbourg. Des questions en lien avec vos ressentis vis-à-vis des médecins et de l'équipe du RMS vous seront posées. Vous pourrez aussi aborder d'autres points en plus des questions posées. L'entretien sera anonyme. Il n'aura lieu qu'une seule fois et sera enregistré. L'enregistrement sera écouté par l'interne en médecine Mme Schneegans Lou et ne sera pas diffusé publiquement.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

L'objectif principal est d'écouter vos ressentis et votre vécu de la prise en charge par l'équipe du RMS pendant la grossesse et les premiers mois suivant l'accouchement. Les différents témoignages recueillis chez les femmes qui participeront à l'étude seront regroupés pour former des thèmes et permettre une analyse des points positifs et des difficultés rencontrées dans le vécu de la prise en charge.

Qui peut participer ?

Les femmes qui sont suivies en RMS et qui ont eu un enfant pendant qu'elle prenait un MSO (méthadone, buprénorphine).

Quels sont les bénéfices attendus ?

En recueillant votre témoignage et celui d'autres femmes, les bénéfices attendus sont de pouvoir amener à une réflexion sur les moyens d'améliorer le vécu des prises en charge.

Quels sont les inconvénients possibles ?

Il peut être difficile de répondre aux questions si elles vous rappellent des sentiments douloureux ou des expériences difficiles. Vous pouvez décider de ce que vous voulez dire. Au

cours de l'entretien, si vous avez des questions à poser ou s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas très bien, vous pouvez interrompre le médecin.

Quels sont vos droits ?

Toutes les explications nécessaires concernant cette étude doivent vous être données. Si vous souhaitez vous retirer de l'étude à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif, vous continuerez à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien votre surveillance future. L'étude est anonyme, nous ne collecterons pas votre nom ni aucune donnée personnelle. Il vous sera seulement demandé votre âge, quel médicament vous prenez parmi méthadone et buprénorphine et le nombre d'enfant(s) né(s) sous MSO.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous désirez. Un exemplaire de ce document vous sera remis.

En vous remerciant,

Lou SCHNEEGANS, interne en médecine générale

III. Tableau 1 : Présence ou absence du SSNN et son mode de prise en charge évoqué dans les récits

Participant	SSNN	Durée et lieu d'hospitalisation
A	Absent	7 jours en unité Kangourou
B	Signes modérés calmés par les soins de <i>nursing</i>	1 mois en unité Kangourou puis 2 mois en unité Mère-enfant
C	Signes légers/modérés calmés par les soins de <i>nursing</i>	5 jours en maternité
D	Signes modérés calmés par les soins de <i>nursing</i>	10 jours en maternité
E	SSNN nécessitant des opiacés	1,5 mois en néonatalogie
F première grossesse	Administration d'opiacé et de benzodiazépine en contexte	1,5 mois avec 3-4 sem. en réanimation puis 1-2 sem. en

	d'atrésie de l'intestin grêle opérée, doute sur SSNN	soins intensifs puis 1 sem. en service conventionnel
F deuxième grossesse	Absent	5 jours en maternité
G	Présence de signes légers/modérés calmés par les soins de <i>nursing</i>	10 jours en unité Kangourou
H première grossesse	SSNN nécessitant des opiacés	2,5 semaines en maternité
H deuxième grossesse	Absent	5 jours en maternité

IV. Tableau 2 : La place du conjoint en tant que père, l'existence ou non d'un soutien à la mère et d'un accompagnement par les soignants

P.	Place en tant que père	Soutien perçu par la mère	Accompagnement par les soignants
A	A sa place dans la création de la famille	Efforts à fournir, respecter l'importance pour la femme d'écartier l'héroïne	Inclus avec la gynécologue, à la maternité et avec la SF à domicile, peau à peau à l'accouchement
B	Conflits, absent (en prison) lors des premiers mois de vie de l'enfant	Reproches, culpabilisation, violence	Inclusion possible s'il le voulait auprès du médecin de RMS, de la psychologue et des SF de l'ELSA Discussion avec la pédopsychiatre sur les relations familiales
C	Abstrait avant la naissance puis « <i>père merveilleux</i> »	Présent, rassurant, comblait ses besoins	Inclus chez le gynécologue, suivi aussi chez le médecin du RMS, lien de confiance
D	Projection dans le rôle de père	Soutien perçu	Ecoute et conseils auprès du médecin de RMS et de la

			puéricultrice
E	Rejet des difficultés de couple et de l'enfant sur la mère, séparation quelques mois après la naissance	Rejet du MSO qui serait la cause de tous les problèmes, conflits, violence physique	1 RDV infructueux avec le médecin du RMS, non intégré dans le suivi de grossesse, peau à peau lors du SSNN, présent tout au long de l'hospitalisation
F	Abstrait avant la naissance puis émerveillement	Soutien sans jugement, absence de reproches concernant la malformation intestinale ou le risque de SSNN	En accord avec la femme, le conjoint a eu des informations sur le MSO et le suivi par le médecin de RMS et les SF de l'ELSA, peau à peau en réanimation, présent tout au long de l'hospitalisation
G	Couple soudé, engagement pour constituer une famille	Soutien perçu, réassurance réciproque	Suivi aussi chez le médecin de RMS, lien de confiance, est venu à 1 RDV avec les SF de l'ELSA : informations sur le suivi, questionnements sur les parcours de soins et l'aide à la mère
H	Fiabilité, confiance envers ses capacités de père, sécurité	Rejet du MSO, ignorance de la prise	Non intégré dans le suivi de grossesse, présent lors de l'échographie de début de grossesse et à l'accouchement, peau à peau à l'accouchement, tenu à l'écart du suivi et du traitement du SSNN

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues. [En ligne]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>. Consulté le [5/12/2021]. .
2. Cadet-Taïrou A., Néfau T., Janssen E. Héroïne et autres opioïdes. In : Morel d'Arleux J. Drogues et addictions, données essentielles, ouvrage collectif de l'OFDT. Edition 2019; p 136-140. [En ligne]. Disponible: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>. [Consulté le 7/12/2021].
3. Brisacier AC, Lermenier-Jeannet A., Palle C. Les personnes prises en charge pour conduites addictives dans le système de soins. In : Morel d'Arleux J. Drogues et addictions, données essentielles, ouvrage collectif de l'OFDT. ; Edition 2019, p 60-66, [En ligne]. Disponible: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>. [Consulté le 6/12/2021].
4. Obradovic I., Morel d'Arleux J. Synthèse et perspectives. In : Morel d'Arleux J. Drogues et addictions, données essentielles, ouvrage collectif de l'OFDT. ; Edition 2019; p 15-25, [En ligne]. Disponible: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019synthese.pdf>. [Consulté le 6/12/2021].
5. Observatoire français des drogues et des tendances addictives OFDT. Drogues et addictions chiffres clés. Edition 2022, p 1-8. [En ligne] Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DACC-2022.pdf> [Consulté le 24/11/2022].
6. Ministère de la santé et de la prévention. Les équipes de liaison et de soins en addictologie - ELSA. [En ligne]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa>. Consulté le [7/12/2022]. .
7. CHU de Strasbourg. Prise en charge des addictions, ELSA. [En ligne]. Disponible : <https://www.chru-strasbourg.fr/prise-en-charge-des-addictions/>. Consulté le [7/12/2022]. .
8. ANAES et Fédération française d'Addictologie. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, Recommandations (version courte). Lyon : ANAES et Fédération française d'Addictologie, juin 2004: p. 1-8, [En ligne] Disponible: <http://drdanvelea.fr/wp-content/uploads/2017/03/TSO-opiac%C3%A9s.pdf> Consulté le [5/01/2022].
9. VIDAL.. Première AMM pour la méthadone dans le traitement de la douleur en France : ZORYON gélule et sirop. [En ligne]. Disponible : <https://www.vidal.fr/actualites/25753-premiere-amm-pour-la-methadone-dans-le-traitement-de-la-douleur-en-france-zoryon-gelule-et-sirop.html>. Consulté le [14/08/2023]. .
10. Bazire A., Proia-Lelouey N. Toxicomanie et grossesse : enjeux des remaniements psychiques de la grossesse sur la problématique addictive. Revue Filigrane. 2016; Volume 25, numéro 1: p. 147–165. [En ligne]. Disponible : <https://doi.org/10.7202/1037380a>.

Consulté le [15/7/2021].

11. Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Kudawu Y., Le Strat Y., Couturier E., et al. Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. *M/S hors série n° 2*. Mars 2008; volume 24 : p. 111-121. [En ligne]. Disponible: <http://www.medecinesciences.org> DOI: <http://dx.doi.org/10.1051/medsci/2008242s111> Consulté le [7/12/2021].
12. Esquivel T. Les enfants de parents toxicomanes. *Revue Toxicobase*. 1994; volume 4: p. 1-15. [En ligne]. Disponible : http://www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_enfants.pdf Consulté le [18/10/2021].
13. Cohen-Salmon J., Marty F., Missonnier S. Addiction et grossesse : du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né. *Psychiatrie de l'enfant*. Février 2011; volume 54: p. 433-468. [En ligne]. DOI : <https://doi.org/10.3917/psy.542.0433> Consulté le [12/9/2021].
14. Courty P. Grossesse et opiacés. *Le Courrier des addictions*. 2012 (14), n° 3: p. 1-3. [En ligne]. Disponible: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/18954.pdf> Consulté le [3/02/2023].
15. Caron C. Le point sur Femmes, mères, enfants et consommation de drogues. *SWAPS, Santé Réduction des Risques Usages de Drogues*. 2001; numéro 24: p. 1-4. [En ligne]. Disponible : https://bdoc.ofdt.fr/documents_numeriques/TOXI/1000955.PDF Consulté le [18/10/2021].
16. Escots S., Suderie G. Revue de la littérature : Femmes et addictions. Institut d'anthropologie clinique. Janvier 2013: p. 1-50, [En ligne] Disponible : https://resodochn.typepad.fr/files/revue_de_litterature_iac_13fevrier2013-2.pdf. Consulté le [25/03/2022].
17. Stocco P. Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. *Psychotropes*. 2007/3-4; Volume 13: p. 251 à 265. [En ligne]. Disponible : DOI : <https://doi.org/10.3917/psyt.133.0251> Consulté le [25/10/2021].
18. Guyon L., De Konink M., Morissette P., Chayer L. Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 1998; p : 1-118. [En ligne]. Disponible : <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/2550338049.pdf> Consulté le [15/10/2021]. .
19. Whittaker A. Guide to Problem Substance Use During Pregnancy. 3ème édition. Drugscope; 2011. Adaptation française Bonnet N., Chihaoui T. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. *RESPADD*; 2013, 336 pages; Téléchargeable sur : <https://www.respadd.org/femmes-et-addictions/> Consulté le [21/02/2022].
20. Simmat-Durand L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et Société*. 2007; Vol. 31: p. 305 à 330. [En ligne]. DOI : <https://doi.org/10.3917/ds.313.0305> Consulté le [19/09/2021].

21. Union régionale de la Fédération Addiction et équipe du Fil Rouge de l'AMPTA (Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions). Femmes et addictions : le corps en question. In : Journée régionale PACA-Corse. 25/11/2014.
22. Simmat-Durand L., Vellut N., Jauffret-Roustide M., Michel L., Mouguel S., Lejeune C., et al. Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? *Psychotropes*. 2013; Vol. 19, n° 3-4: p. 35-60. [En ligne]. DOI : <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0035> Consulté le [2/10/2021].
23. Lacrouts-Négrier N., Roux C., Taboada M., Ebert J., et Schmelck MA. Maternité, interactions mère-enfant et toxicomanie : connaissance des populations et trajectoires. Centre Horizons et Centre de Psychologie de l'enfance et de l'adolescence de l'Université Paris X-Nanterre. 08/2001: p. 1-114. [En ligne]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/matern.pdf> Consulté le [13/11/2021].
24. Lejeune C., Simmat-Durand L., Aubisson S., Gourarier L., Piquet M. Grossesse et Substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Rapport de l'OFDT. 2003: p. 1-144. [En ligne]. Disponible : https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=57826 Consulté le [15/02/2022].
25. Whittaker A. Les points clés. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 29-33. .
26. Franchitto M.C., Peyrefort E., Tellier G. Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. *Revue Documentaire Toxibase*. 2000; volume 2: p. 1-12. [En ligne]. Disponible : http://reductiondesrisques.free.fr/doc/dossier_mater.pdf Consulté le [2/8/2021].
27. Brisacier AC. Tableau de bord : Traitements de substitution aux opioïdes. OFDT. Mise à jour 2019; p 1-19. [En ligne]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO190308.pdf>. Consulté le [14/12/2021].
28. Whittaker A. Evaluer la situation. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 53-57. .
29. Whittaker A. Les drogues et leurs effets sur le développement du fœtus. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 143-152. .
30. Hoareau E. Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites), hypothèse sur les stéréotypes structurant les pratiques professionnelles à l'égard des personnes usagères de substances. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, P 34-45. .
31. Chanal C., Molénat F., Toubin RM., Boulot P. Grossesse et addictions : un modèle de réseau personnalisé de soins. *La Lettre du Gynécologue*. 2014; numéro 388: p. 26-29. [En ligne]. Disponible : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/20611.pdf> Consulté le [15/10/2021].

32. Gaspard C. Scribbr. Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse. Publié le 22/10/2019. [En ligne]. Disponible: <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>. Consulté le [14/02/2022].
33. IREPS , ORS. L'évaluation en 7 étapes, Guide pratique pour l'évaluation des actions santé et social. [En ligne]. Disponible: <https://evaluation7etapes.fr/lenquete-qualitative/>. Consulté le [14/02/2022]. .
34. Woolhouse S., Brown J.B., Thind A. Meeting people where they're at: experiences of family physicians engaging women who use illicit drugs. *Annals of family medicine*, 9-3. Juin 2011; p 244-249. [En ligne]. Disponible : <https://www.annfammed.org/content/9/3/244.short> Consulté le [6/03/2022].
35. Reynaud-Maurupt C., Amiel C. Les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes, une étude qualitative conduite par le Réseau sécurité naissance PACA-Est auprès des professionnels médicaux. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p : 128-133. .
36. Whittaker A. Les soins maternels. In: Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p189-198. .
37. Crenn-Hebert C., Simonpoli AM. Conseils avant la conception et prévention des grossesses non désirées. In: Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 199-202. .
38. Chanal C., Mazurier E., Rey V., Toubin RM., Misraoui M., Burlet G., et al. Coordination grossesse et addictions, une prise en charge en réseau personnalisé. In: Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 98-106. .
39. Whittaker A. La gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse. In: Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013,p 153-164. .
40. Whittaker A. Evaluation des risques pendant la grossesse. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 203-208. .
41. Whittaker A. Evaluation pendant la grossesse de la capacité parentale liée à la garde des enfants. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 243-248. .
42. Heydel S. Grossesse et toxicomanie. Thèse de doctorat en pharmacie. Université de Lorraine. 2009 : p. 1-100. [En ligne]. Disponible <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733785/> Consulté le [19/9/2021].
43. Whittaker A. Syndrome de sevrage néonatal. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 169-177. .
44. Whittaker A. Annexe 7, Guide de bonne pratique sur l'usage de l'analyse toxicologique dans le contexte de la protection de l'enfance, Information pour les professionnels des services sociaux et de santé. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 281-285. .

45. Lacaze-Masmonteil T., O'Flaherty P. La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse. Société canadienne de pédiatrie. Paediatr Child Health. 2020; 23(3) p : 227–233. [En ligne]. Disponible: <https://cps.ca/fr/documents/position/opioides-pendant-la-grossesse#figure1> Consulté le [2/02/2023].
46. Reichert M., Tajani T., Weil M. L'unité Kangourou : un idéal pour l'accueil de la mère usagère de substances psychoactives et de son bébé. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013,P 234-241. .
47. Whittaker A. Allaitement du nourrisson. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, p 219-227. .
48. Whittaker A. Annexe 2: Protéger les enfants de l'alcool et des drogues à la maison. In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD; 2013, P 262-266. .
49. Authier N. AddictAuvergne, Centre Addictovigilance Auvergne. Publié le 10/12/2013; [En ligne]. Disponible : <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-dependance-opiaces/>. Consulté le [5/12/2021].
50. Duffay L. Le suivi gynécologique des femmes traitées par médicaments de substitution aux opiacés suivies dans les CSAPA et CAARUD en Haute-Garonne. Thèse de doctorat en médecine. Université de Toulouse. Janvier 2017: p. 1-38. [En ligne]. Disponible : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1656/1/2017TOU31008.pdf> Consulté le [10/12/2021].
51. Sourget Cecchella M. Etat des lieux du suivi gynécologique des femmes rencontrées dans les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de drogues). en Gironde, Thèse de médecine. Université de Toulouse. Juin 2019; p 1-59. [En ligne]. Disponible: http://thesesante.ups-tlse.fr/2667/1/2019TOU31072_.pdf Consulté le [18/12/2021].
52. Chanal C. Une sage-femme de coordination : Grossesse et addictions, Pour qui ? Pour quoi ? 2018; p 1-23. [En ligne]. Disponible <https://www.sfmp.net/wp-content/uploads/2019/03/Chanal-GEGA.pdf> Consulté le [21/09/2021].
53. Mutatayi C. Résultat de l'enquête ad-femina, accueil des femmes spécifiques en addictologie. Revue Tendances. OFDT (Office français des drogues et des toxicomanies). Mars 2019; Numéro 130: 6 pages. [En ligne]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcmz3.pdf> Consulté [le 28/7/2021].

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



École de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse.

Nom : SCHNEIDER Prénom : Loïc

Ayant été informé(e) qu'en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de doctorat en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit est constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1993 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur :

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existant(e), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg le 15/05/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.