



Approches intégratives de soutien à la parentalité: que pouvons-nous apprendre des connaissances et dispositifs mis en place dans le domaine des addictions?

Dr Anne Pelet

Médecin-chef (secteur drogue) Fondation Neuchâtel Addictions,

04.04.2019

Plan:

1. Evidence based medicine
2. Grossesse et produits: un survol
3. La grossesse: une période de réaménagement psychique pour la mère
4. La naissance / le syndrome de sevrage du nouveau né
5. L'allaitement
6. Les périodes clés durant le développement de l'enfant
7. Le risque de maltraitance
8. Les facteurs de risque pour un développement de l'enfant difficile
9. Les comorbidités psychiatriques
10. Expérience neuchâteloise
11. Difficultés dans la fonction parentale
12. Conclusions et questions

1.- Evidence based medicine:

Ceci n'est pas une présentation scientifique...

- Beaucoup d'études observationnelles (cohortes) mais background non homogène et généralisations pas forcément adéquates.
- Pas d'études randomisées
- Pas (ou peu) d'interventions -> constructions théoriques sur un présupposé
- Beaucoup de théories (surtout dans les années 70-90) psychanalytiques (non validées)
- Discours souvent « noir blanc » avec parti pris
- > **Peu d'évidence base!**
- **Mon expérience: depuis 1999, consultation spécialisée du CHUV...**

Parents addicts et parentalité (drogues dures):

- Si mère avec problème addiction et père pas, -> séparation fréquente, et enfant soit placé soit avec mère
- Si père avec problème addiction et mère pas, séparation fréquente (mais souvent plus tardive) et enfant placé avec mère
- Si les deux parents avec problème addiction, séparation fréquente, enfants avec mère.
- **DONC, MERE CENTRALE dans la prise en charge.**
- Y compris dans la littérature!

2.- Grossesse et produits: un survol *

- Opiacés:
 - Peu de risque de problème développementaux au long cours
 - Risques liés à la consommation (mauvaise alimentation, injection, OD...)
 - Risque petit poids naissance, décollement placentaire, accouchement prématuré, oligo-hydramnios, mort in utero.
 - Syndrome de sevrage du NN

2.- Grossesse et produits: un survol *

- Méthadone, L-Polamidon, Sevre-long et buprénorphine:
 - Substitution -> moins de risque pour la grossesse par diminution des épisodes de sevrage et des comportements à risque
 - Risque si arrêt durant 1^{er} trimestre de fausse couche, et d'accouchement prématuré si arrêt ou baisse 3^{ème} trimestre
 - Nécessité de fractionner MTD et de l'augmenter au 3^{ème} trimestre
 - Sevrage du NN (60-80%)
 - Sevre-Long: peu d'étude, mais intéressant vu l'absence d'induction enzymatique!

Grossesse et produits: un survol *

- Alcool:
 - Pénètre barrière placentaire durant toute la grossesse
 - Bloque les récepteurs NMDA et augmente l'activité GABA -
> diminue l'activité corticale et sous-corticale
 - GABA récepteurs interviennent tôt dans le développement neural (migration cellulaire, croissance neurale)
 - SFA
 - Diminution QI, déficits d'apprentissage, perturbation de l'attention, du développement moteur et hyperactivité.
 - Mères utilisent plus souvent seulement l'alcool -> moins de problèmes d'usage drogue multiple
 - Effet sur la fonction endocrine

Grossesse et produits: un survol

- Cocaïne:
 - notion ancienne de «crack-baby » (enfant émotionnellement perturbés, moins d'interactions sociales)
 - Actuellement, variation importante impact cocaïne, dysfonction comportement plutôt faible.
 - Syndrome ADHD possible.
 - Effet sur le long terme sur les système cognitifs + attention, avec un risque augmenté de besoin de programmes spécifiques pour les enfants exposés

Grossesse et produits: un survol

- Amphétamines:
 - Moins d'étude sur le long terme (vu apparition massive récente)
 - Bas poids naissance
 - Diminution de l'éveil chez le nouveau né
 - Vulnérabilité au stress
 - Diminution des résultats scolaires
 - Diminution des scores d'attention , de la mémoire long terme spatiale, verbale et intégration visuelle motrice.
 - Diminution du volume striatum et hippocampe, diminution des récepteurs dopaminergiques D2 et de la densité des transporteurs de la dopamine
 - Usage fréquent chez les mères de plusieurs drogues, -> difficulté des études

Grossesse et produits: un survol

- THC:
 - 3-4 ans: Diminution mémoire, diminution scores verbaux, augmentation impulsivité et hyperactivité
 - Préadolescence: Diminution de la concentration, de l'apprentissage, du raisonnement visuel et abstrait, du score QI, perception visuelle
 - Augmentation dépression, délinquance,
 - 14 ans et plus: augmentation délinquance, impulsivité
 - *Mais... Biais? (contexte, tabac?)*

McLemore et al: Data from three prospective longitudinal human cohorts of prenatal marijuana exposure and offspring outcomes from the fetal period through young adulthood. *Data Brief* 2016: 18(9): 753-757

Les substances et la grossesse: pondérer les facteurs



Les substances et la grossesse: pondérer les facteurs

- Facteurs externes les plus importants pour le développement de l'enfant
 - Stabilité de l'entourage
 - Absence de maltraitance
 - Environnement affectif
 - Absence d'abus de substances des parents
 - Absence de psychopathologie des parents
 - Réseau (cohérent) traitement du/des parent(s) et qualité des soins
- Sauf si pathologie clairement liée à exposition in utero (ex: SFA, IMC, etc.)
- Consommations: pas le même effet sur chacun! -> risques différents pour les même substances!

3.- La
grossesse:



Une période de réaménagement
psychique pour la mère

La grossesse

- Haut pourcentage de familles dysfonctionnelles (+ abus, y compris sexuels), avec manque de stabilité chez les femmes avec addiction*, **
- Grossesse très investie mais ambivalence
- « Réparation? »
- Beaucoup d'attentes, mais beaucoup de craintes « pregnancy was a time of hope for many women ».

*Roberts NP et al: Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 4;4:CD010204. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder.

** Torchalla et al, Harm Reduction Journal 2015, 12:1 « Like a lots happened with my shole childhood »

La grossesse: une « 2^{ème} » chance?

- Temps important, où une « redistribution des cartes » peut se jouer pour la mère avec problème dépendance.
- Lié à investissement durant la grossesse
- Niveau identitaire: appropriation d'un rôle social et familial par la mère
- Pronostic de bonne évolution:
 - Absence de consommation durant grossesse
 - Suivi investi (vient aux RDV)
 - Pathologie psychiatrique se stabilisant
 - Investissement de la famille/ ressources extérieures
 - Réseau mis en place **sans** triangulation de la mère

La grossesse: le versant négatif

- Ambivalence de la mère
- Attentes « magiques » sur l'enfant
- Risque que l'enfant devienne un « médicament » pour la mère (« je cesserai de consommer quand mon enfant sera là.... »)
- Espoir de reconstruire avec leur partenaire une famille idéalisée
- Confrontation aux difficultés de la routine de vie des habitudes (souvent jamais apprises), de la régularité, etc..
- Renvoi à leur propre vécu (aspect trans-générationnel)
- Peur qu'on retire leur enfant



POURQUOI
A-T-ON DES
ENFANTS
QUAND ON
EST
JEUNE ?

ET PAS
QUAND ON
EST RETRAITÉ
ET QU'ON A
ENFIN LE TEMPS
DE S'EN
OCCUPER ?

Le temps de la grossesse*

- Si grossesse durant adolescence (< 18ans):
 - Mauvais pronostic
 - Plus de risque de poursuivre / débiter addiction aux substances
 - Devenir psychosocial moins bon
 - Si grossesse après 18 ans:
 - Opportunité de stopper les substances
 - Opportunité de se stabiliser
- Christie-Mizzel et al, The gender gap in alcohol consumption during late adolescence and young adulthood: gendered attitude and adult roles. J Health Soc. Behav 2009;50:410-426
- Fergusson et al: Transition to parenthood and substance use disorders: findings from a 30year Longitudinal Study. Drug Alcohol Depend. 2012: 125:295-300
- Staff et al: Family transitions and changes in drinking from adolescence through midlife. Addiction 2014;109:227-236

Le retrait de l'enfant

- Côté mère:
 - Ambivalence (ne peut pas dire qu'elle est soulagée, mais le manifeste partiellement)
 - Presque toujours avec rechute de la mère dans consommation
 - « Fatalité »-> incapacité à se « ressaisir »
- Côté enfant:
 - Traumatisme (plusieurs études)
 - Instabilité (plusieurs foyers, plusieurs familles d'accueil)
 - Suivi psychologique peut être mal vécu

Développement de l'enfant et mère avec addiction

- Cohortes de mère dépendantes aux opiacés:
 - Haut taux de séparation mère-enfant précoce
 - Retard développement
 - Rôle de la consommation in utero moins important que la stabilité de l'environnement de l'enfant
 - Rôle de la prise en charge des problèmes de dépendance (symptômes, réseau, soutien psychosocial, accès au traitement) -> moins de placement et de rupture de la relation mère enfant

Roy et al: Arch Pediatr. 2011 Nov;18(11):1130-8. Developmental outcome of 5-year-old children born to opiate-dependent mothers: effects of a multidisciplinary intervention during pregnancy].

4.- La naissance et le syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN)

- Période très agitée!
- Importance du réseau
- Actuellement: signalement automatique de toute mère dépendante à l'OPEA (via l'hôpital)
- Implication de tous les acteurs
- Culpabilité énorme de la mère par rapport au sevrage du NN, séparation précoce
- Besoin de soutien de la mère face aux multiples demandes du réseau (parfois contradictoires!)

5.- L'allaitement

- Encouragé chez les mères avec dépendance (favorise le lien précoce, réduction du stress, augmente la confiance de la mère)
- Peu de contre-indications
 - Si usage actif d'héroïne ou autres drogues
 - HIV
 - HCV pas une contre-indication, sauf si lésions mamelons
- Diminue la réduction du SSNN
- Diminue le stress maternel

Krans et al: Caring for opioid dependant pregnant women: prenatal and postpartum care considerations. Clin Obstet Gynecol 2015;58(2):370-379

6.- Les périodes clés du développement de l'enfant /risques pour la mère

- Pas ou peu d'études sur les moments clés! -> *clinique sur 18 ans + expérience de mes collègues*
 - Grossesse
 - Naissance + mois suivants
 - Début du « non », de la période où l'enfant commence à prendre son indépendance
 - Début école
 - Adolescence
- > besoin d'un suivi prolongé, car risque de rechute

L'environnement social de la cellule familiale est appauvri

- Si mère dépendante des opiacés:
 - Plus de besoin d'assistance sur la fonction parentale,
 - Mères plus isolées socialement
 - Mères moins enclines à travailler
 - Mère avec moins d'activités éducationnelles
 - Moins de compétences parentales -> plus de besoin d'assistance sur la fonction parentale

Fiks et al: Int J Addict. 1985 May;20(5):651-60.Methadone-maintained mothers: 3-year follow-up of parental functioning.[Fiks KB, Johnson HL, Rosen](#)

7.- Le risque de maltraitance

- Toutes les études l'objectivent
- Maltraitance à différents visages:
 - Manque d'attention aux besoins de base
 - Manque de contrôle émotionnel
 - Si usage de drogue, modification de la réponse émotionnelle (dont le parent ne se rend pas compte)
 - Jugement inadéquat
- Ne doit jamais être sous-évalué! Je suis responsable de l'information que j'ai obtenue.
- Quelle réponse optimale?
- Retrait de l'enfant: pas toujours la meilleure solution...
- Gradient de risque de maltraitance: usage modéré < usage sévère alcool et usagers modérés de drogues illicites (sans passé lourd) < parents avec passé de toxicomanes*

Kepple et al: the complex nature of parental substance use: examining past year and prior use behaviors as correlates of child maltreatment frequency. *Subst Use Misuse* 2017; Feb 1:1-11

7.- Comment évaluer le risque de maltraitance?*

- La problématique de dépendance est avouée (ou non)
- Le parent est engagé dans un programme de traitement
- Le parent reçoit un support de son/sa partenaire/famille/amis
- L'impact de la dépendance sur la qualité des soins donné à l'enfant
- L'environnement de l'enfant au quotidien
- L'impact sur le long terme pour l'enfant
- Evaluation de la situation par **l'ensemble du réseau**

*NHS assesement and initial Child Protection Conference: recommendations for professionals.

Etude du NHS (2005-2012)

- Etude sur l'ensemble des patients sous traitements de dépendance
 - 44% sans enfant, ne vivent pas avec enfant
 - 20% parents, vivent sans enfant
 - 13% ne sont pas parents, vivent avec un/des enfant(s)
 - 21% parents et vivent avec leur(s) enfant(s)
- Meilleure évolution des parents si vivent avec enfants
- Si adultes vivant avec enfant(s) (pas les leurs), plus de consommations, plus de violence, moins d'implication et plus de risque de maltraitance.
- **CAVE familles recomposées si adultes dépendants!**

8.- Les facteurs de risque pour un développement de l'enfant difficile

- Fisher et al. (2011):
 - Environnement postnatal difficile (exposition postnatal à la drogue, environnement instable)
 - Status économique bas
 - Parent(s) avec expérience d'abus et avec psychopathologie
- Slesnick et al. (2014)
 - Parents africains ou sud-américains: meilleures compétences parentales -> meilleur devenir de l'enfant (facteur racial protecteur)
- Lund et al. (2014)
 - Problématique psychique de la mère
 - Conflits avec l'entourage
 - Problèmes légaux

8.- Les facteurs de risque pour un développement de l'enfant difficile

- Lund et al. (2014): Importance du soutien du système de soin
 - Ex: Norvège (PAFA mère si consommation, surveillance de mère/enfant longues années)
- Placement de l'enfant: une protection?
 - Etude Linares et al, J pediater psychol 20016: 322 enfants, 50% exposés à la cocaïne in utero, cohorte sur 6 ans
 - Les enfants placés présentent plus de problèmes de comportement que les non placés, indépendamment de l'exposition à la cocaïne
 - D'autres études montrent un développement cognitif identique (placé ou non)

9.- Les comorbidités psychiatriques



9.- Les comorbidités psychiatriques

- Importance du bien-être psychique de la mère > que l'utilisation de substances*
- Risque augmenté pour l'enfant de développer une addiction si parents dépendants (multiples cofacteurs)
 - Alcool, héroïne, cocaïne, THC...
- Etudes de la psychopathologie des parents (dépression) sur les risque de difficulté de développement psychosocial chez l'enfant**
- CAVE: pas de lien de causalité avec l'environnement psychosocial (si comorbidité psychiatrique, moins de travail, plus de problèmes de conflit, moins d'environnement social)

*Hser et al: maternal mental health and children's internalizing and externalizing behaviors: beyond maternal substance use disorders. J Child Fam Stud 2015;24(3):638-648

**Goodman et al: risk for psychopathology in the children of drepessed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. Psychosocial Review 1999:106(3):458-490

10.- Expérience neuchâteloise

- Identification des grossesses à risque
- Signalement à l'équipe de Pourtalèse (maternité, groupe Dr Laubscher)
- Signalement AUTOMATIQUE à l'APEA de toute situation de dépendance chez la mère
- Idéalement réseau précoce avec l'OPEA
- Identification des problématique AVANT la naissance en réseau, avec solutions
- Si mandat OPEA, -> réseau avec TOUS les soignants des parents (+ intervenants auprès des enfants, pédiatres, AEMO, crèches, etc..)

11:-Difficultés fonctions parentales



11:-Difficultés fonctions parentales

- Tendence à ignorer l'enfant
- Affectivité négative, dominée par sentiments de colère
- Attitudes ambivalentes et incohérentes
- Style parental rigide, autoritaire, tolérance basse, méthodes disciplinaires menaçantes ou châtiments physiques, mais alternance avec passivité, permissivité, manque de supervision et de contrôle
- Mère trop impliquée, tendance à s'isoler et à refuser influence extérieure, associée à comportement intrusif face à l'enfant, et à une autonomie de l'enfant paradoxalement accélérée

11:-Difficultés fonctions parentales

- Connaissance limitée des pratiques de soins adéquate
 - Conceptions erronées des effets des drogues sur le développement pré- et post-natal
 - Mauvaise estime de soi
 - Regard de l'autre (même si bienveillant) vécu comme intrusif et jugeant
- > besoin de changement de paradigme et de traitements intégratifs (globaux) avec un regard spécifique sur la parentalité
- > *nommer les difficultés tout en se tenant à côté du parent, et en l'assurant qu'on « reste de son côté »*

12.-Conclusions et questions

- La grossesse et la naissance: un moment clé...
Pour la mère
- Retrait de l'enfant: pas toujours un bien
- Retrait de l'enfant: quand cela ne va pas plus tard
- Placement dans les familles (grand-parents, oncles, tantes...): ?
- L'importance du réseau et le besoin de cohérence

Take-home message

- Un enfant de parent toxicomane: une histoire compliquée!
- Rester attentif aux problèmes parentaux psychiatriques, addictologiques et sociaux
- Ne pas prendre les compétences parentales comme acquises, mais donner la possibilité d'en discuter sans jugement, tout en nommant les difficultés si besoin
- Regard bienveillant et soutenant, sans être naïf ni faire l'autruche!
- Anticiper les difficultés, parler dès le début de la possibilité de contacter les personnes du réseau
- Travailler avec le réseau est important (surtout si on se sent mal à l'aise)
- Veiller aux moments « clés » de l'enfant