



formation continue

La méthadone, comment et pourquoi ?

La prescription de la méthadone en périnatalité

par Steve Di Tommaso

Les patientes enceintes admises dans les programmes de traitement à la méthadone sont habituellement dans la vingtaine, mais il n'est pas rare d'y trouver des adolescentes. Parce qu'il s'agit de grossesses à risque et qu'ils ont eu des expériences négatives avec les toxicomanes, plusieurs cliniciens ont peur de s'engager dans ce traitement et ont le plus souvent une attitude défaitiste.

Or, l'usage des narcotiques se répandant, les médecins de famille et les obstétriciens sont appelés à rencontrer de plus en plus fréquemment cette clientèle.

Quelles sont les conséquences de la consommation de drogue pendant la grossesse ?

LES DROGUES peuvent être la cause directe de maladies chez la mère et son enfant, mais elles sont le plus souvent des marqueurs de nombreux autres facteurs qui affectent la santé. Le tableau se complique encore du fait que le poids relatif des effets pharmacologiques des drogues et celui des effets de l'environnement psychosocial et du mode de vie sont difficilement dissociables. Outre le syndrome d'alcoolisme fœtal, les accidents vasculaires, les malformations et les kystes cérébraux causés par la cocaïne et le syndrome de sevrage du fœtus et du nouveau-né qu'entraîne la consommation d'opiacés, les séquelles les plus sérieuses de la consommation de drogue pendant la grossesse sont rattachées à des causes non spécifiques. Les études effectuées à ce jour ont montré que les complications périnatales sont associées à des facteurs environnementaux comme la pauvreté, la malnutrition et de piètres soins médicaux plutôt qu'à la nature et à la quantité des drogues consommées. Les complications de la toxicomanie sont résumées au *tableau I*¹⁻³.

La situation particulière des femmes héroïnomanes

La plupart des femmes qui consomment de l'héroïne vivent en couple

Le Dr Steve Di Tommaso, omnipraticien, est chargé d'enseignement clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal et chef de l'unité de médecine familiale du CLSC des Faubourgs, où il exerce, de même qu'au service de périnatalité et à la salle d'urgence du CHUM, pavillon Saint-Luc, à Montréal. Il est également médecin affilié au CRAN (Centre de recherche et d'aide aux narcomanes).

avec des hommes toxicomanes ou alcooliques^{3,4}. Elles sont plus stigmatisées socialement et supportent une charge souvent plus lourde que leur conjoint. Elles s'occupent des enfants et de leur conjoint, et certaines sont poussées à se prostituer pour gagner la vie de leur famille et payer la drogue que le couple consomme. Le soutien psychologique et matériel de leur conjoint est nul ou presque.

De nombreux obstacles peuvent donc empêcher ces femmes de rechercher des traitements ou d'en tirer pleinement profit^{3,4}. Si elles ont des enfants, il leur est souvent difficile d'avoir accès aux services de garde et de transport. Les hommes s'opposent d'ailleurs souvent à ce que leur conjointe entre en traitement : ils craignent qu'elle les quitte une fois réhabilitée, que des secrets de famille comme la violence soient dévoilés au cours du traitement, ou que le revenu nécessaire pour payer la drogue vienne à manquer.

Quand une femme héroïnomane devient enceinte, les problèmes du

Tableau I

Effets des drogues sur le fœtus et l'enfant^{2,3,10}

Effets spécifiques (moins fréquents)

- Syndrome d'alcoolisme fœtal
- Syndrome de sevrage néonatal
- Accidents vasculaires cérébraux et kystes cérébraux
- Malformations physiques

Effets non spécifiques (plus fréquents)

- Souffrance fœtale
- Retard de croissance intra-utérine
- Mort intra-utérine
- Prématurité
- Macrocéphalie
- Quotient intellectuel moindre
- Ictère
- Colique
- Irritabilité
- Trouble de l'alimentation du nouveau-né
- Trouble de l'attachement mère-enfant
- Troubles du comportement
- Mauvais traitements, négligence, placement

Tableau II

Répercussions sur d'autres paramètres de la santé

Ici, plusieurs facteurs s'améliorent de façon spectaculaire, certains dès le début du traitement^{1,2,4-6,8} :

- Prise de poids pendant la grossesse
- Plus grand nombre de consultations prénatales
- Meilleur accès à la trithérapie pour les femmes infectées par le VIH
- Réduction du risque de transmission à l'enfant
- Réduction de la prématurité
- Bébés ayant un poids plus élevé à la naissance
- Meilleurs résultats au test d'APGAR
- Moins d'hypoxies mesurées dans le sang du cordon
- Moins d'admissions dans les unités de soins intensifs

Les paramètres sociaux s'améliorent aussi :

- Moins de ruptures dans la famille (moins d'enfants sont séparés de leurs parents)
- Taux plus élevés de poursuite des études et d'emploi chez les parents
- Moins d'incarcérations
- Taux d'utilisation de méthodes contraceptives plus élevé
- Meilleur avenir pour les enfants dont les parents sont en traitement

couple s'exacerbent. Elle peut accéder au traitement sur une base préférentielle (programme de méthadone, thérapie de groupe ou individuelle, traitement en établissement), alors que son conjoint est laissé de côté. Même si ce dernier fait une demande de traitement, l'attente est souvent longue. La femme enceinte reste exposée au milieu de la drogue et reproche souvent à son conjoint sa difficulté à rester abstinent. La séparation du couple se produit souvent, encouragée par les intervenants.

La littérature scientifique montre qu'il vaut mieux ne pas traiter les femmes dans des groupes mixtes³. Elles subissent le harcèlement des hommes et sont réticentes à parler d'enjeux aussi importants que les expériences d'inceste, de prostitution, leurs relations avec les hommes et leur vulnérabilité émotionnelle. L'approche thérapeutique est différente pour les femmes : il faut éviter la confrontation et favoriser l'établissement d'une relation de soutien et de confiance.

Le traitement à la méthadone est souvent très efficace pour stopper, ou du moins réduire considérablement la consommation de narcotiques, dans la mesure où la posologie est bien dosée et où une intervention psychosociale est offerte à celles qui le demandent.

Les avantages du traitement d'entretien à la méthadone pendant la grossesse

Chez la femme enceinte héroïnomane, le traitement de substitution avec la méthadone est le traitement de choix⁴⁻⁶. Cette dernière doit être prescrite au moins pour le temps de la grossesse. Ici comme ailleurs, les rechutes sont fréquentes quand le traitement est arrêté. Un traitement à vie est souvent nécessaire, bien que certaines réussissent un sevrage lent et graduel en temps opportun. Ce traitement permet aux patientes de bénéficier des soins médicaux dont elles ont grandement besoin. Ses effets sur la santé sont tributaires de la persistance de la consommation, de la présence de problèmes psychiatriques et sociaux et des autres problèmes médicaux (*tableau II*). La politique de donner en adoption les enfants de parents héroïnomanes a été abandonnée lorsque l'on a constaté que ces enfants n'évoluaient pas mieux que ceux qui restaient dans leur famille naturelle. L'adoption n'est donc plus la solution de prédilection, sauf s'il est prouvé que le milieu familial constitue un danger pour la santé et le développement de l'enfant.

Les répercussions sur la consommation

Le traitement à la méthadone est souvent très efficace pour stopper, ou du moins réduire considérablement la consommation de narcotiques, dans la mesure où la posologie est bien dosée et où une intervention psychosociale est offerte à celles qui le demandent. La période qui entoure la grossesse est marquée par une très forte motivation à changer. La plupart des héroïnomanes enceintes deviennent abstinentes dans les premiers

mois du traitement, d'autres après l'accouchement.

Le traitement de substitution à la méthadone offre d'énormes avantages par rapport à la consommation continue d'héroïne, bien que certaines patientes soient déçues parce qu'elles se sont engagées dans le traitement avec de grandes attentes, pensant devenir abstinentes rapidement et sans effort⁷. Bien qu'il soit relativement facile de stabiliser les symptômes physiques dans les premières semaines de traitement (encore plus rapidement avec les traitements en établissement), certaines femmes continuent de consommer des opiacés ou d'autres drogues pour quelque temps. Plusieurs comptent que leur grossesse entraînera presque par magie l'arrêt de la consommation, la réconciliation avec la famille, l'entente avec le conjoint, et que la pression exercée par les services de protection de la jeunesse et les services sociaux disparaîtra. Certaines femmes incapables de rester abstinentes comptent sur la naissance de l'enfant : « Quand le bébé naîtra, j'arrêterai de consommer. » En fait, c'est parfois ce qui se produit : entre le début du traitement et l'accouchement, beaucoup d'interventions thérapeutiques sont mises en place, et la pression de la famille et des services sociaux s'accroît après la naissance de l'enfant. De plus, comme il faut hospitaliser leur bébé pendant plusieurs semaines après la naissance pour traiter le syndrome de sevrage, elles auront le temps d'entrer en relation avec leur enfant et avec les professionnels de la santé (infirmières, travailleurs sociaux, pédiatres et médecin de famille). Lorsque le bébé reçoit son congé de l'hôpital, la plupart des patientes sont en mesure de l'amener à la maison. Les femmes qui commen-

cent un traitement à la méthadone doivent donc être réalistes par rapport aux efforts à fournir pour rester abstinentes, et les intervenants doivent être réalistes par rapport au temps requis pour obtenir l'abstinence.

Les toxicomanes (incluant les femmes enceintes) consomment parfois toutes les drogues qui leur tombent sous la main, la presque totalité fument la cigarette, et la plupart sont socialement démunis. Le traitement à la méthadone peut donner de moins bons résultats pour les héroïnomanes dépendants d'autres substances : certains seront capables de s'abstenir de toutes les substances, d'autres non. L'abstinence peut être mesurée par des tests de dépistage urinaire.

Les inconvénients du traitement d'entretien pendant la grossesse

Bien que l'utilité du traitement n'en soit aucunement diminuée, les inconvénients doivent être évalués soigneusement par le médecin et sa patiente.

Les contraintes liées à la prescription du médicament

La prescription de méthadone impose des contraintes à la patiente, qui doit aller prendre son médicament à la pharmacie (heures d'ouverture, li-

mites imposées pour les doses à apporter avec soi, tests d'urines supervisés, possibilités restreintes de voyager). Traditionnellement, le patient sous méthadone était plus âgé, il avait derrière lui de nombreuses années de consommation et avait habituellement épuisé toutes les autres possibilités de traitement avant d'accepter un programme d'entretien. Il était donc prêt à accepter les règles du programme, qui valent encore mieux que le désespoir où il se trouvait. Cependant, la grossesse étant une indication urgente de traitement à la méthadone, celles qui y accèdent pour cette raison ne réalisent pas toujours les bienfaits du traitement, étant convaincues qu'elles auraient pu arrêter de consommer d'elles-mêmes à tout moment. Pour celles-là, les restrictions inhérentes au traitement sont plus difficiles à accepter.

Les risques pour le bébé

Malgré la méthadone, les risques de retard de croissance et de souffrance foetale demeurent élevés.

L'effet de la méthadone sur le tracé du cœur foetal est bien documenté^{8,9}. Après une dose de méthadone, le fœtus devient moins actif. Les variations du cœur foetal diminuent, et l'examen de réactivité foetale (*non stress test*) est plus difficile à interpréter. Avant la prise d'une dose de méthadone, quand

Répercussions du traitement à la méthadone sur d'autres paramètres de la santé : plusieurs facteurs s'améliorent de façon spectaculaire, certains dès le début du traitement : prise de poids pendant la grossesse, plus grand nombre de consultations prénatales, meilleur accès à la trithérapie pour les femmes infectées par le VIH, réduction du risque de transmission à l'enfant, réduction de la prématurité, bébés ayant un poids plus élevé à la naissance, meilleurs résultats au test d'APGAR, moins d'hypoxies mesurées dans le sang du cordon, moins d'admissions dans les unités de soins intensifs.

Repère

les concentrations plasmatiques sont plus basses chez la mère et le fœtus, on observe le phénomène contraire : hyperactivité des mouvements fœtaux, tachycardie et variation du rythme cardiaque plus importante. Ces changements sont sans importance clinique si l'état de la mère est bien stabilisé grâce à une bonne posologie de méthadone. Il faut alors faire attention de ne pas mal interpréter les tracés du cœur fœtal.

Certains experts recommandent des contrôles réguliers de la santé fœtale, bien qu'aucune étude n'ait montré la pertinence de cette mesure. Par exemple, il est habituellement recommandé de procéder à des examens de réactivité fœtale (ERF) chaque semaine à partir de la 32^e semaine de gestation. L'expérience du Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN), à Montréal, fondée sur plus de 60 accouchements, est extrêmement encourageante : les taux de prématurité, de détresse fœtale et de morbidité néonatale y sont très faibles. Je suggère quant à moi une approche individualisée sans ERF systématique pour les cas à faible risque (c'est-à-dire la majorité des patientes dont l'état est bien stabilisé, abstinentes et fidèles au traitement).

Il faut donc tenir compte des changements physiologiques précités lorsque l'on interprète les résultats des ERF afin d'éviter des interventions intempestives.

Des études effectuées sur des animaux et une partie de celles réalisées sur des humains ont associé la méthadone à un certain degré de micro-céphalie (moins cependant qu'avec l'héroïne)^{5,6}. Il faut quand même préciser qu'à la naissance, le cerveau humain est plus immature que celui des animaux et que le rattrapage neurologique après la naissance est plus grand dans notre espèce.

Les enfants exposés à la méthadone présentent de légers retards de croissance et des troubles du comportement tout au long de leur vie². Ces enfants grandissent dans des milieux familiaux atypiques et, dans certains cas, les parents ont eux-mêmes ces troubles. Il est donc difficile de distinguer les effets de la méthadone elle-même des conséquences innées ou acquises de l'environnement social de ces enfants.

Certaines études d'une qualité méthodologique discutable font état d'une association entre la prise de méthadone durant la grossesse et un taux plus élevé de syndrome de mort subite du nourrisson. Cependant, plusieurs facteurs confondants n'y sont pas contrôlés, le nombre de sujets est petit et le risque relatif varie entre 0 et 800 %^{5,6}. Plusieurs experts croient que le risque n'est pas prouvé. Comme la prévalence de la dépendance de l'héroïne continue d'augmenter, une expérience croissante devrait permettre d'élucider cette question.

La méthadone et ses effets secondaires chez la femme enceinte

Plusieurs femmes enceintes souffrent de constipation, et la méthadone accentue ce problème. Plusieurs traitements – seuls ou en combinaison – peuvent être prescrits (hydratation, fibres, lubrifiants ou stimulants intestinaux), mais le problème y est souvent réfractaire.

Au début de la grossesse, plusieurs femmes ont des nausées et des vomissements. On constate que la méthadone augmente ce problème chez certaines femmes. Plusieurs approches peuvent être utilisées pour aider celles qui vomissent leur dose quotidienne, selon le délai entre l'ingestion et le vomissement. En règle générale, on remplace la totalité ou la majeure partie de la dose immédiatement si la patiente vomit en moins d'une heure, particulièrement si elle est fiable ou si le vomissement est constaté par le pharmacien.

Le sevrage de la méthadone est-il dangereux pendant la grossesse ?

Les données fournies dans la littérature scientifique sur ce sujet sont empiriques et peu crédibles^{5,6,8}. Elles ont été publiées avant l'avènement des techniques modernes qui permettent de faire des analyses sanguines sur le cordon et de contrôler l'état de santé du fœtus. On y fait état de cas de souffrance fœtale et de mort fœtale intra-utérine à la suite du sevrage brutal de la méthadone sans aucune supervision médicale. Des experts plus libéraux recommandent que le sevrage volontaire soit fait après le premier trimestre (pour évi-

Les paramètres sociaux s'améliorent aussi : moins de ruptures dans la famille (moins d'enfants sont séparés de leurs parents), taux plus élevés de poursuite des études et d'emploi chez les parents, moins d'incarcérations, taux d'utilisation de méthodes contraceptives plus élevé, meilleur avenir pour les enfants dont les parents sont en traitement.

ter les avortements spontanés) et terminé à la 32^e ou 34^e semaine. Malheureusement, cette période est trop courte pour permettre un sevrage de méthadone lent à doses décroissantes, surtout si la dose de départ est élevée.

Le bien-être du fœtus évolue parallèlement à celui de la mère. Quand on a le temps de réduire graduellement les doses (avec des arrêts si la patiente ressent des symptômes ou reprend sa consommation), certaines femmes sont capables de réduire considérablement la dose et même d'arrêter complètement de prendre le médicament et ce, sans danger pour l'enfant qu'elles portent. Certains experts recommandent de faire un ERF toutes les semaines ou toutes les deux semaines. Quant à moi, je n'en fais pas si la mère est cliniquement bien.

Cette approche devrait cependant être réservée aux femmes ayant des antécédents relativement courts de consommation qui bénéficient d'un environnement social capable de leur offrir un soutien valable et une supervision clinique étroite. En effet, le plus grand danger du sevrage de la méthadone pendant la grossesse demeure la rechute.

Plusieurs nouvelles patientes commencent un programme de traitement à la méthadone avec l'intention de se sevrer aussitôt qu'elles seront abstinentes et même avant. Cette pratique est vouée à l'échec et va à l'encontre des recommandations médicales. Heureusement, la plupart de ces femmes regrettent rapidement leur décision lorsqu'elles redeviennent malades, et elles reprennent la méthadone presque immédiatement. Cette expérience douloureuse est parfois nécessaire pour les aider à accepter un traitement d'entretien⁷.

La méthadone pendant le travail et l'accouchement

D'un point de vue médical, le travail et l'accouchement des patientes sous méthadone dont l'état est stable et qui sont abstinentes reste dans les limites de la normale (durée du travail, nécessité d'une intervention chirurgicale). La prématurité et le retard de croissance intra-utérine (RCIU) sont toujours à craindre, mais chez les femmes qui ont un suivi étroit, l'incidence de ces complications n'est pas supérieure à la normale. La conduite générale à tenir auprès des patientes sous méthadone au cours du travail et de l'accouchement ne diffère pas de l'approche courante, mais des mises en garde s'imposent.

- Si un examen pour déceler la présence de drogues doit être effectué, il faut le faire à l'admission, avant d'administrer un analgésique de type opiacé. La plupart des laboratoires peuvent distinguer les opiacés de la méthadone dans leurs analyses, mais pas les opiacés entre eux. À ma connaissance, aucune étude n'a vérifié si des opiacés administrés par voie épidurale peuvent être détectés dans les urines (chez la mère ou le bébé).

- Plusieurs hôpitaux administrent, pendant le travail et après l'accouchement, des analgésiques qui sont à la fois des agonistes et des antagonistes des opiacés pour diminuer la fréquence des dépressions respiratoires et d'autres complications. **Les analgésiques de ce type sont absolument à proscrire chez les patientes dépendantes des opiacés, car ils risquent de provoquer une réaction de sevrage violente qui pourrait compromettre la survie du bébé. Ainsi, la nalbuphine (Nubain®), la pentazocine (Talwin®), le butorphanol (Stadol^{MD}), la dexocine (Dalgan) et la bu-**

phrénorphine (Buprenex) sont absolument contre-indiqués.

- Bien que leur action soit imprévisible et leurs effets secondaires souvent cumulatifs (particulièrement la constipation), les analgésiques qui sont des agonistes purs (codéine, morphine, mépéridine [Demerol®], hydromorphone [Dilaudid®], etc.) peuvent être utilisés pendant le travail et en post-partum. Les infiltrations régionales (bloc honteux), l'anesthésie épidurale et l'anesthésie locale donnent de bons résultats pendant le travail.

- **Le naloxone (Narcan^{MD}) est à proscrire à tout prix pour les patientes dépendantes des opiacés et leurs nouveau-nés.** La dépression respiratoire est habituellement traitée par ventilation mécanique et stimulation. Le Narcan^{MD} ne sera utilisé que dans les situations extrêmes, car il provoque un sevrage violent et dangereux chez la mère dépendante des opiacés et chez son enfant.

- Le soutien des proches pendant le travail est primordial, mais souvent problématique. Dans les hôpitaux, les membres du personnel n'aiment pas toujours travailler avec la clientèle toxicomane, bien que la plupart perçoivent la situation comme un défi professionnel. Le conjoint et la famille peuvent ne pas être disponibles ou n'être d'aucun secours. Ces patientes ont parfois une perception de la douleur plus élevée, et celles qui ont des troubles de la personnalité sont jugées difficiles et ingrates. Selon mon expérience, les patientes sous méthadone que j'ai aidées à accoucher sont souvent très reconnaissantes des soins qu'elles ont reçus et s'excusent spontanément le lendemain de leur réaction lors du travail.

- De peur que la douleur ne soit pas suffisamment soulagée ou par anxiété,

Tableau III

Syndrome de sevrage du nouveau-né

W	Wakefulness, convulsion	Insomnie, convulsions
I	Irritability	Irritabilité
T	Tremors, temperature (fever, hypothermia) Tachypnea	Tremblements, température (hyperthermie et hypothermie) Tachypnée
H	High pitched cry, Hyperreflexia, hyperacusia Hyperactivity	Cris aigus excessifs, continus Hyperréflexie, hyperacousie Hyperactivité
D	Diarrhea Diaphoresis Disorganised state	Diarrhée Diaphorèse État somatique désorganisé
R	Respiratory (yawning, tachypnea) Rhinorrhea Rubmarks	Trouble respiratoire (bâillements, tachypnée) Rhinorrhée Rougeurs cutanées
A	Apnea Alkalosis Abrasions Autonomic dysfonctions	Apnée Alcalose Écorchures Dystonie neurovégétative
W	Weight loss Poor weight gain	Perte de poids Gain de poids insuffisant
L	Lack of suck Lacrimation	Succion insuffisante ou excessive Larmolements
S	Sneezing	Éternuements

certaines patientes consomment de la drogue au début du travail. Bien que rares, ces situations doivent être abordées de front, mais avec tact.

Le postpartum

L'évolution de l'état des patientes sous méthadone est assez standard. Dans certaines situations, on peut réduire la dose de méthadone presque immédiatement après l'accouchement, mais la majorité des patientes préfèrent attendre que la douleur et le stress diminuent. Encore une fois, les produits qui ont des propriétés mixtes (agonistes et antagonistes) sont à pros-

crire. L'association de codéine et d'acétaminophène (Empracet®, Tylenol® n°3) est un peu plus efficace que l'acétaminophène seul, mais entraîne plus de constipation. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens en période postopératoire et postpartum gagnent en popularité et peuvent aussi être administrés à ces patientes.

La période postpartum révèle les habilités parentales des patientes sous méthadone³. Comme la plupart des bébés sont hospitalisés de deux à six semaines, les services infirmiers et sociaux peuvent évaluer la situation lors des visites des parents à la pouponnière. D'un point de vue éthique et lé-

gal, tous les parents sous méthadone devraient-ils être évalués par les services sociaux? La réponse à cette question n'est pas évidente. Un travailleur social expérimenté peut certainement guider les parents pendant cette période difficile et détecter des problèmes sociaux occultés. D'un autre côté, plusieurs experts hésitent à demander une évaluation sociale obligatoire pour des patientes qui fonctionnent normalement, et particulièrement pour celles qui sont fidèles aux traitements spécialisés en toxicomanie.

La méthadone et le nouveau-né

Pour le bébé exposé à la méthadone, le syndrome de sevrage commencera plus tard et durera plus longtemps que le sevrage d'héroïne ou d'autres opiacés^{10,11}. Le sevrage d'héroïne commence dans les heures qui suivent la naissance, alors que les signes de sevrage de méthadone peuvent apparaître à la troisième journée de vie et même, dans des cas exceptionnels, deux semaines après la naissance. Dans un centre hospitalier où le personnel n'a aucune expérience en la matière, on peut facilement sous-estimer les risques de sevrage pour l'enfant né d'une mère traitée avec la méthadone, ce qui implique que le syndrome de sevrage pourrait se produire après le congé. La possibilité qu'il y ait un lien entre l'intensité et la durée de ce syndrome et la quantité de méthadone prescrite à la mère fait toujours l'objet d'une controverse. Des études ont montré une relation proportionnelle, d'autres pas. La majorité des toxicomanes enceintes restent très ambivalentes quand il faut augmenter leur dose de méthadone, car elles craignent de nuire à leur enfant

et, en même temps, elles supportent mal une dose insuffisante. Les risques de consommation sont plus grands chez les patientes dont l'état n'est pas bien stabilisé par une dose adéquate de méthadone, et il y a probablement un certain degré de souffrance fœtale quand la mère est constamment en sevrage parce que la dose de méthadone est insuffisante. La dose de méthadone doit être ajustée à la hausse pour bien stabiliser l'état de la mère, même si une telle dose augmente la probabilité et l'intensité d'un sevrage néonatal. Il faut bien expliquer cette situation à la mère pour atténuer la colère et la culpabilité qui surviennent quand les parents voient les effets du sevrage chez leur enfant^{6,8}.

Les éléments essentiels du syndrome de sevrage du nouveau-né peuvent être mémorisés à l'aide du mot anglais *withdrawals* (tableau III).

L'échelle de Finnegan constitue le meilleur guide d'évaluation et de traitement du syndrome de sevrage du nouveau-né⁴. Le traitement pharmacologique et non pharmacologique de ces enfants se fait à l'aide d'un protocole standardisé. On peut trouver les renseignements nécessaires à l'utilisation de cette échelle dans la littérature scientifique, et les pouponnières spécialisées comme celle de l'hôpital Saint-Luc à Montréal peuvent donner les informations nécessaires.

Il est important de rappeler ici que plusieurs patientes dépendantes de l'héroïne vont accoucher dans des hôpitaux généraux en cachant leur problème de consommation. Chez tout nouveau-né qui manifeste une irritabilité, une instabilité cardiovasculaire, des convulsions ou a des problèmes à s'alimenter, on devrait inclure le syndrome de sevrage des opiacés dans le diagnostic différentiel.

L'allaitement et la méthadone

Les plus fortes concentrations de méthadone dans le lait maternel se retrouvent deux à quatre heures après la prise et équivalent en moyenne à 0,83 des taux plasmatiques maternels. La prise quotidienne totale par l'enfant en milligrammes représente une dose minimale par rapport au poids corporel du bébé, probablement sans conséquence.

Certains partisans de l'allaitement maternel chez ces patientes pensent qu'il pourrait procurer à l'enfant un traitement de ses symptômes de sevrage. D'autres experts croient au contraire que la méthadone dans le lait maternel peut provoquer chez l'enfant de la somnolence, des symptômes de sevrage imprévisibles ou même un syndrome de mort subite.

La plupart des hôpitaux ont adopté la recommandation de la société américaine de pédiatrie, selon laquelle on peut permettre aux femmes qui reçoivent une dose quotidienne de 20 mg ou moins de méthadone d'allaiter. Rares sont les patientes qui ont un traitement d'entretien avec d'aussi petites doses. La majorité des femmes sous méthadone se voient donc interdire d'allaiter et ce, malgré le fait que peu d'études sérieuses ont analysé l'effet de l'allaitement sur leurs enfants et que les concentrations de méthadone dans le lait maternel sont probablement minimales.

Étant donné les effets émotionnels et physiques positifs de l'allaitement

chez des patientes vulnérables, cette situation est malheureuse¹⁰⁻¹².

Après la naissance du bébé

Chez les patientes à qui le traitement à la méthadone a été offert en priorité en raison de leur grossesse, il faudra réévaluer les objectifs et les besoins tout de suite après l'accouchement⁷. Plusieurs d'entre elles n'avaient pas l'intention de rester sous méthadone au départ, bien qu'elles reconnaissent maintenant les avantages du traitement. D'autres pensent, à tort ou à raison, qu'elles seront capables de se sevrer et de rester abstinentes. Le risque le plus important de l'arrêt du traitement est la reprise de la consommation.

Les politiques de réadmission après une rechute prévoient des modalités d'attente qui varient d'un programme à l'autre.

À certains endroits, on exige un suivi régulier dans le cadre d'un programme de désintoxication comme condition pour permettre aux parents de conserver la garde de l'enfant ou pour suspendre des charges criminelles découlant de l'usage de drogues avant le début du traitement à la méthadone.

Questions de mesure

La posologie de la méthadone doit être individualisée et viser le bien-être de la patiente. Un bon ajustement des doses prescrites est un facteur d'observance thérapeutique et de succès du traitement. Plusieurs patientes ne

Le médecin de famille n'a pas à sous-estimer ses compétences : il possède une grande expérience clinique et relationnelle, qui constitue un atout pour le traitement des patientes toxicomanes.

Repère

reconnaissent pas les symptômes que provoque une posologie trop faible à cause du malaise créé par la grossesse elle-même. Il n'est pas rare que la bonne dose d'entretien se situe entre 60 et 120 mg par jour, parfois plus.

Au cours de la grossesse, la posologie de départ doit être augmentée à cause de la prise de poids et de l'accélération du métabolisme de façon que les concentrations plasmatiques restent adéquates. L'augmentation des doses pour contrer le métabolisme rapide de la méthadone peut provoquer chez la patiente des symptômes en dents de scie et poser des problèmes de stabilisation. Elle sera somnolente deux à quatre heures après avoir pris une dose, mais elle ne sera pas soulagée pendant 24 heures. Ces cas exigent parfois que la méthadone soit prise deux fois par jour et implique que la patiente soit autorisée à apporter avec elle la moitié de sa dose quotidienne. Pour celles qui souffrent d'insomnie, la prescription d'une posologie biquotidienne avec une dose plus forte le soir donne de bons résultats. Divisée en deux, la dose totale peut parfois être moindre que lorsque le médicament est pris en une seule fois.

En théorie, après l'accouchement, la posologie quotidienne doit être ramenée au niveau établi avant la grossesse, mais en pratique, plusieurs femmes souffrent si les doses sont diminuées trop vite.

Où trouver la formation pour prescrire la méthadone ?

Le médecin de famille n'a pas à sous-estimer ses compétences : il possède une grande expérience clinique et relationnelle, qui constitue un atout pour le traitement des patientes toxicomanes. Le CRAN offre une formation

(toutes dépenses payées : frais de déplacement, repas, logement, inscription) et un suivi par parrainage. Les demandes d'autorisation pour la prescription de la méthadone sont faciles à obtenir. Le médecin qui veut s'engager dans ces traitements devrait commencer lentement, et avec un nombre restreint de patients au début.

LE TRAITEMENT à la méthadone offre plusieurs avantages aux mères héroïnomanes et à leur nouveau-né. Ces avantages s'accompagnent d'inconvénients qui doivent être discutés au début du traitement et, par la suite, à intervalles réguliers. Le traitement d'entretien à la méthadone est l'approche la plus avantageuse. Dans de rares cas, la désintoxication graduelle avec la méthadone peut être essayée, pourvu qu'une supervision régulière soit assurée.

De plus en plus de cliniciens s'engagent dans le traitement des patients dépendants des opiacés. Le médecin de famille qui s'intéresse à cette clientèle peut facilement acquérir les habilités nécessaires pour entreprendre un traitement avec la méthadone. Une fois l'état des patientes stabilisé, le traitement des maladies concomitantes associées à la prise de drogue devient capital pour préserver leur santé. Le médecin de famille occupe ici une position stratégique et joue un rôle déterminant dans le suivi. □

Date de réception : 6 décembre 1999.

Date d'acceptation : 6 janvier 2000.

Mots clés : grossesse, dépendance à l'héroïne, dépendance aux narcotiques, méthadone.

Bibliographie

1. Hulse GK, Milne E, English DR, Holman CD. Assessing the relationship between

Summary

Perinatal prescription of methadone.

The idea of treating heroin addicts in an office setting appears at first glance to be a daunting, if not impossible task. Yet, pregnant heroin-dependent women may achieve remarkable results from methadone maintenance in a typical primary care setting (doctor's office, community health clinic). Drug use declines or ceases, maternal and neonatal parameters improve dramatically, and quality of life can be greatly improved. Specific questions addressed in this article include: dosing strategies in pregnancy and post-partum, positive and negative effects of methadone maintenance therapy in pregnancy, conditions allowing supervised withdrawal from methadone during pregnancy, pros and cons of breastfeeding on methadone, special needs of female drug users, useful tips during labour and delivery, and a description of the neonatal abstinence syndrome.

Key words : pregnancy, heroin dependence, narcotic dependence, methadone.

1. maternal opiate use and neonatal mortality. *Addiction* juillet 1998 ; 93 (7) : 1033-42.
2. de Cubas MM, Field T. Children of methadone-dependent women: developmental outcomes. *Am J Orthopsychiatry* avril 1993 ; 63 (2) : 266-76.
3. Guyon L, de Konick M, Morissette P, Chayer L. *Toxicomanie et maternité : un projet possible*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, novembre 1998.
4. Finnegan LP. Treatment issues for opioid-dependent women during the perinatal period. *J Psychoactive Drugs* 1991 ; 23 : 191-201.
5. Brown HL, Britton KA, Mahaffey D, Brizendine E, Hiatt AK, Turnquest MA. Methadone maintenance in pregnancy: a reappraisal. *Am J Obstet Gynecol* août 1998 ; 179 (2) : 459-63.

formation continue

6. Jarvis MAE, Schnoll SH. *Methadone use during pregnancy*. NIDA Research Monograph n° 95, 1995 ; 149 : 58-77.
7. Gauthier J, Bel S, DiTommaso S. De la dépendance à l'attachement : réflexions sur le parcours avec des femmes enceintes narcomanes. *Psychotropes* 1998 ; 4 (2) : 9-20.
8. Kaltenbach K, Berghella V, Finnegan L. Opioid dependence during pregnancy. Effects and management. *Obstet Gynecol Clin North Am* mars 1998 ; 25 (1) : 139-51.
9. Levine AB, Rebarber A. Methadone maintenance treatment and the nonstress test. *J Perinatol* mai-juin 1995 ; 15 (3) : 229-31.
10. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs. Dans : *Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. 5^e éd. Baltimore : Williams & Wilkins, 1998.
11. Doberczak TM, Kandall SR, Friedman P. Relationships between maternal methadone dosage, maternal-neonatal methadone levels, and neonatal withdrawal. *Obstet Gynecol* 1993 ; 81 : 936-40.
12. Geraghty B, Graham EA, Logan B, Weiss EL. Methadone levels in breast milk. *J Hum Lactation* 1997 ; 13 : 227-30.
13. Howard CR, Lawrence RA. Breast-feeding and drug exposure. *Obstet Gynecol Clinics North America* 1998 ; 25 : 195-217.
14. Besunder JB, Blumer JL. Neonatal drug withdrawal syndromes. Dans : Koren G, réd. *Maternal-Fetal Toxicology. A Clinician's Guide*. 2^e éd. New York : Marcel Dekker, 1994 ; chap. 15.
15. Hagopian GS, Wolfe HM, Sokol RJ, Ager JW, Wardell JN, Cepeda EE. Neonatal outcome following methadone exposure in utero. *J Matern Fetal Med* novembre-décembre 1996 ; 5 (6) : 348-54.

**SI VOUS NE
SUPPORTEZ PLUS
LA MISÈRE
SUPPORTEZ-NOUS**

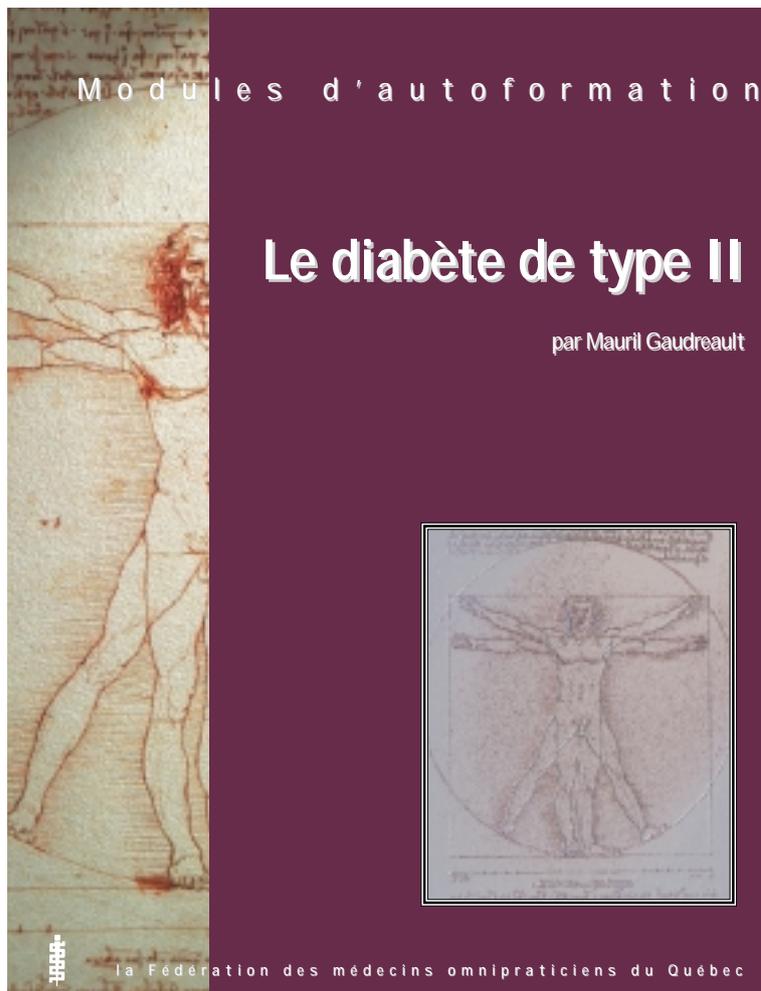
Merci de donner à Centraide 288-1261



Centraide

**LE DON DE CHANGER
LES CHOSES**

À paraître



Modules d'autoformation

Le diabète de type II

par Mauril Gaudreault

la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

**Les modules d'autoformation
sont en vente chez Somabec et au stand d'accueil
des congrès de formation continue de la FMOQ**

Renseignements : 1 800 361-8118

Télécopieur : (450) 774-3017

Courriel : bp295@somabec.qc.ca