



Université de Strasbourg

FACULTÉ DE PHARMACIE

N° d'ordre :

MÉMOIRE DE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

—

DÉPENDANCE AUX OPIACÉS ET GROSSESSE : LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Présenté par :
Busra KARAHAN

Soutenu le 30 novembre 2023 devant le jury constitué de

Madame MATZ-WESTPHAL Rachel, Président
Monsieur TERRAND Jérôme, Directeur de Thèse
Madame KANIK Nergiz, Autres membres du jury

Approuvé par le Doyen et
par le président de l'Université de Strasbourg

Doyen :	Esther KELLENBERGER
Directeurs adjoints	Julien GODET Béatrice HEURTAULT Emilie SICK
Directeur adjoint étudiant :	Léo FERREIRA-MOURIAUX

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT-CHERCHEUR

Professeurs :

Philippe	BOUCHER	Physiologie
Nathalie	BOULANGER	Parasitologie
Line	BOUREL	Chimie thérapeutique
Pascal	DIDIER	Biophotonique
Saïd	ENNAHAR	Chimie analytique
Philippe	GEORGEL	Bactériologie, Virologie
Jean-Pierre	GIES	Pharmacologie moléculaire
Béatrice	HEURTAULT	Pharmacie galénique
Esther	KELLENBERGER	Bio-informatique
Maxime	LEHMANN	Biologie cellulaire
Eric	MARCHIONI	Chimie analytique
Francis	MEGERLIN	Droit et économie pharm.
Yves	MELY	Physique et Biophysique
Jean-Yves	PABST	Droit Economie pharm.
Françoise	PONS	Toxicologie
Valérie	SCHINI-KERTH	Pharmacologie
Florence	TOTI	Pharmacologie
Thierry	VANDAMME	Bioalénique
Catherine	VONTHRON	Pharmacognosie
Pascal	WEHRLÉ	Pharmacie galénique

Professeurs-praticiens hospitaliers

Jean-Marc	LESSINGER	Biochimie
Bruno	MICHEL	Pharm. clinique santé publique
Pauline	SOULAS-SPRAUEL	Immunologie
Geneviève	UBEAUD-SÉQUIER	Pharmacocinétique

PAST :

Matthieu	FOHRER	Pharmacie d'officine
Philippe	GALAIS	Droit et économie pharm.
Philippe	NANDE	Ingénierie pharmaceutique
Caroline	WILLER - WEHRLÉ	Pharmacie d'officine

Maîtres de Conférences :

Nicolas	ANTON	Pharmacie bioalénique
Martine	BERGAENTZLÉ	Chimie analytique
Elisa	BOMBARDA	Biophysique
Aurélien	BOURDERIOLX	Pharmacochimie
Emmanuel	BOUTANT	Virologie et Microbiologie
Véronique	BRUBAN	Physiologie et physiopath.
Anne	CASSET	Toxicologie
Thierry	CHATAIGNEAU	Pharmacologie
Manuela	CHIPER	Pharmacie bioalénique
Guillaume	CONZATTI	Pharmacie galénique
Marcella	DE GIORGI	Pharmacochimie
Serge	DUMONT	Biologie cellulaire
Valérie	GEOFFROY	Microbiologie
Gisèle	HAAN-ARCHIPOFF	Plantes médicinales
Célien	JACQUEMARD	Chémoinformatique
Julie	KARPENKO	Pharmacochimie
Clarisse	MAECHLING	Chimie physique
Rachel	MATZ-WESTPHAL	Pharmacologie
Cherifa	MEHADJI	Chimie
Nathalie	NIEDERHOFER	Pharmacologie
Sergio	ORTIZ AGUIRRE	Pharmacognosie
Sylvie	PERROTEY	Parasitologie
Romain	PERTSCH	Chimie en flux
Frédéric	PRZYBILLA	Biostatistiques
Patrice	RASSAM	Microbiologie
Eléonore	REAL	Biochimie
Andreas	REISCH	Biophysique
Ludvine	RIFFAULT-VALOIS	Analyse du médicament
Carole	RONZANI	Toxicologie
Emilie	SICK	Pharmacologie
Maria-Vittoria	SPANEDDA	Chimie thérapeutique
Jérôme	TERRAND	Physiopathologie
Nassera	TOUNSI	Chimie physique
Aurélien	URBAIN	Pharmacognosie
Bruno	VAN OVERLOOP	Physiologie
Maria	ZENIOU	Chimio génomique

Maîtres de conférences - praticiens hospitaliers

Julie	BRUNET	Parasitologie
Nelly	ÉTIENNE-SÉLOUM	Pharmacologie - pharm. clinique
Julien	GODET	Biophysique - Biostatistiques

Assistants hospitaliers universitaires

Damien	REITA	Biochimie
--------	-------	-----------

SERMENT DE GALIEN

JE JURE,

en présence des Maîtres de la Faculté,
des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens
et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit
dans les préceptes de mon art et de
leur témoigner ma reconnaissance en
restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique,
ma profession avec conscience et de respecter non
seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles
de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne dévoiler à personne les secrets
qui m'auront été confiés et dont j'aurai eu
connaissance dans la pratique de mon art.

Si j'observe scrupuleusement ce serment,
que je sois moi-même honoré
et estimé de mes confrères
et de mes patients.

Table des matières

Introduction.....	10
Partie 1 : Les opiacés, qu'est-ce que c'est ?.....	11
I. Pavot à opium et opiacés.....	11
1. Origine.....	11
2. Opiacés et opioïdes.....	11
3. Les opioïdes endogènes.....	12
4. Les récepteurs aux opioïdes.....	13
4.1. Les différents types de récepteurs aux opioïdes.....	13
4.2. La distribution des récepteurs au niveau du cerveau.....	13
5. Mécanisme d'action des opiacés.....	14
5.1. Le fonctionnement des neurones.....	14
5.2. L'effet des opiacés au niveau des neurones.....	15
6. Pharmacologie des opioïdes.....	16
6.1. La morphine.....	16
6.2. La codéine	17
6.3. L'héroïne.....	17
6.4. La méthadone.....	17
6.5. La buprénorphine.....	17
7. Les effets indésirables.....	18
II. La dépendance aux opiacés.....	18
1. Définition.....	18
2. Répercussion sur le plan clinique de la consommation d'héroïne.....	18
3. Définition de l'addiction et de la dépendance.....	19
3.1. Dépendance physique.....	19
3.2. Dépendance psychologique.....	19
4. Circuit de la récompense/renforcement.....	20
5. Molécules en cause de l'addiction/ dépendance.....	20
6. L'usage d'opiacés chez les femmes.....	20
Partie 2 : Prise d'opiacés et grossesse.....	21
I. Physiologie de la grossesse.....	21
1. Cardiovasculaire.....	21
2. Hématologique.....	21
3. Urinaire.....	21
4. Respiratoire.....	21

5. Endocriniens.....	22
II. Prise d'opiacés et grossesse : que risque le nouveau-né ?.....	22
1. Les conséquences.....	22
1.1. Sur la grossesse.....	22
1.2. Sur le fœtus.....	23
1.3. Chez le nouveau-né.....	24
2. Évaluation de la consommation de drogues.....	24
III. Syndrome de sevrage aux opiacés.....	25
1. Syndrome de sevrage néonatal.....	25
1.1. Le système nerveux central.....	25
1.2. Signes digestifs.....	26
1.3. Signes respiratoires.....	26
1.4. Signes neurovégétatifs.....	26
2. Traitement des nouveau-nés.....	27
2.1. Score de Finnegan.....	27
2.2. Score de Lipsitz.....	27
3. La prise en charge des symptômes de sevrage néonatal.....	28
3.1. Pleurs et irritabilité.....	28
3.2. Difficultés à s'alimenter.....	28
3.3. Troubles du sommeil.....	28
3.4. Mobilité excessive, agitation.....	28
3.5. Problèmes dermatologiques.....	29
3.6. Problèmes respiratoires.....	29
4. Soins du bébé à l'hôpital.....	29
5. Le sevrage aux opiacés chez la femme enceinte.....	29
IV. Étude sur les femmes enceintes et la toxicomanie.....	30
1. Introduction.....	30
2. Matériel et méthode.....	31
2.1. Questionnaires : « enquête maternité et toxicomanie ».....	31
2.2. Questionnaires « mères ».....	32
a. Données socio-démographiques.....	32
b. Toxicomanie.....	33
c. Prise en charge.....	33
d. État de santé.....	33
e. Histoire de la famille.....	33
f. Déroulement des grossesses.....	34
2.3. Questionnaires « enfants », 1 ^{er} enfant.....	35
a. Grossesse et accouchement.....	35
b. Tentatives d'arrêt pendant la grossesse.....	35
c. Accouchement.....	36
d. Devenir des enfants.....	36
e. Situation actuelle de l'enfant.....	36
2.4. Questionnaires « enfants », 2 ^{ème} enfant ou plus.....	37
a. Grossesse et accouchement.....	37
b. Tentatives d'arrêt pendant la grossesse.....	37

c.	Accouchement.....	37
d.	Devenir des enfants.....	38
e.	Situation actuelle de l'enfant.....	38
2.5.	Questionnaires « séparations ».....	38
a.	Première séparation.....	38
b.	Séparations suivantes.....	39
2.6.	Analyses complémentaires.....	39

Partie 3 : La prise en charge du nouveau-né et de la

mère.....39

I.	Une prise en charge en réseau personnalisé.....	40
1.	Sage-femme coordinatrice.....	40
2.	Gynécologue-obstétrique.....	40
3.	Médecin généraliste.....	40
4.	L'assistante sociale.....	40
5.	Le suivi.....	41
II.	Les CSAPA.....	41
1.	La prise en charge dans les CSAPA.....	42
III.	ELSA au CHU de Strasbourg (Nouvel Hôpital Civil).....	43
1.	Objectif.....	43
1.1.	Différents niveaux de prise en soins.....	43
1.2.	Le suivi de grossesse.....	44
IV.	Traitements des dépendances aux opiacés.....	44
1.	Traitement non médicamenteux.....	44
1.1.	Le nursing.....	44
1.2.	L'allaitement.....	45
2.	Traitement médicamenteux.....	45
2.1.	La méthadone.....	45
a.	Les effets indésirables.....	46
b.	Propriétés pharmacodynamiques.....	47
c.	Conditions de prescription et délivrance.....	48
d.	Précautions particulières chez la femme enceinte.....	48
e.	Les avantages chez les femmes enceintes.....	48
f.	Les inconvénients chez les femmes enceintes.....	49
2.2.	La buprénorphine à haut dosage (BHD).....	49
a.	Les effets indésirables.....	49
b.	Propriétés pharmacodynamiques.....	50
c.	Conditions de prescription et de délivrance.....	50
d.	Particularités cliniques de la buprénorphine.....	50
e.	Les avantages chez les femmes enceintes.....	51
f.	Les inconvénients chez les femmes enceintes.....	51
V.	Devenir des enfants.....	51

VI.	Le rôle du pharmacien dans la prise en charge des femmes enceintes usagères de substances.....	52
Conclusion.....		53

Liste des abréviations

6-MAM : 6-ortho-monoacétyl-morphine
AAH : allocation aux adultes handicapés
AMPc : adénosine monophosphate cyclique
ANIT : association nationale des intervenants en toxicomanie
API : allocation de parent isolé
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien
ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
BEP : brevet d'études professionnelles
CCAA : centre de cure ambulatoire en alcoologie
CHU : centre hospitalier universitaire
COX-2 : cyclooxygénase 2
CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST : centres spécialisés de soins aux toxicomanes
ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanes
GABA : acide gamma-amino butyrique
HAD : hospitalisation à domicile
hCG : gonadotrophine chorionique humaine
HIV : virus de l'immunodéficience humaine
hPL : hormone lactogène placentaire
PA : principe actif
PMA : procréation médicalement assistée
PMI : protection maternelle et infantile
RCPG : récepteur couplé aux protéines G
RMI : revenu minimum d'insertion
RSA : revenu de solidarité active
SA : semaine d'aménorrhée
SDF : sans domicile fixe
SNC : système nerveux central
SSNN : syndrome de sevrage néonatal
VHB : virus de l'hépatite B
VHC : virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Liste des figures et tableaux

- Illustration 1 : à gauche photo de la plante *Papaver somniferum* et à droite graine du pavot d'opium avec la sève séchée constituant l'opium.....10
- Figure 1 : Structure de la morphine.....11
- Figure 2 : Structure de l'héroïne.....11
- Illustration 2 : Emplacement des différents récepteurs aux opioïdes au niveau de différentes régions du cerveau.....13
- Figure 3 : Synapse entre l'interneurone GABAergique et le neurone dopaminergique (sans opiacés).....14
- Figure 4 : Synapse entre l'interneurone GABAergique et le neurone dopaminergique (avec opiacés).....15
- Figure 5 : Structure de la codéine.....16
- Tableau 1 : Liste des centres participant, nombre de questionnaires validés /objectif /file active femmes en 2001 (= nombre total de patients pris en charge dans le service au cours de l'année) (2^{ème} colonne), groupe et classe.171 questionnaires « mères » au total, pour un objectif de 246 et une file active totale en 2001 de 1703 femmes.....30
- Tableau 2 : Répartition régionale des questionnaires complétés.....31
- Tableau 3 : Violence intrafamiliale.....33
- Tableau 4 : Problèmes de naissance.....35
- Tableau 5 : Situation actuelle de l'enfant.....37
- Tableau 6 : Les médicaments pour traiter le syndrome d'abstinence néonatale.....50

Introduction

Une drogue est une substance psychotrope ou psychoactive qui entraîne la perturbation du fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience [1].

Une drogue est un produit susceptible d'entraîner une dépendance physique et/ou psychique. Plusieurs facteurs entrent en jeu quant à la dangerosité d'une drogue, par exemple : l'âge et le sexe du consommateur, le mode de consommation, la fréquence à laquelle elle est consommée [1].

Le problème de la consommation d'opiacés est un problème mondial : environ 5,5% de la population âgée entre 15 et 64 ans ont consommé au moins un type de drogue en 2019 [2]. Pour 62 millions de ces personnes, la drogue consommée était un opioïde. Dans le monde, plus de 70% des décès suite à la consommation de drogue, est liée à ces mêmes opioïdes [2].

La grossesse est une période importante dans la vie d'une femme entraînant des changements tant physiques que psychologiques. La prise en charge de ces femmes dans une situation de toxicomanie doit répondre aux préoccupations de ces futures mamans sur les plans médico-psycho-sociaux [3]. La prise de substances peut nuire au développement du fœtus et peut causer des séquelles qui seront irréversibles. L'insuffisance voire l'absence de soins peut être à l'origine de complications durant la grossesse pour la mère.

Toutes les femmes ayant le désir de tomber enceinte devraient être averties des effets du tabac, de la consommation de drogues et d'alcool bien avant la conception pour que la femme puisse modifier ou même arrêter sa consommation de substances psychoactives avant d'être enceinte.

La question la plus courante qu'une femme usagère de substance psychoactive se pose est : « j'ai pris telle drogue avant d'apprendre que j'étais enceinte. Est-ce que cela peut nuire à mon bébé ? » et souvent la réponse est « non ». Les risques encourus par le bébé dépendent de multiples facteurs : la substance utilisée, la quantité prise, la période, la façon dont elle a été prise, le stade de la grossesse, l'alimentation de la future-mère, la santé générale ainsi que la situation sociale [20]. Le rôle du pharmacien est également d'aiguiller ces futures mères vers d'autres professionnels de santé pour une prise en charge adaptée à leur état.

Ce rôle des pharmaciens d'officine est encore mal défini dans la prise en charge de ces futures mères dépendantes. Ils sont disponibles pour l'éducation de ce public, afin de leur offrir une prise en charge de l'addiction dans de meilleures conditions. Des structures existent (CSAPA...), et peuvent être conseillées par les pharmaciens d'officine, pour la prise en charge de ces mères dépendantes.

Partie 1 : Les opiacés, qu'est-ce que c'est ?

I. Pavot à opium et opiacés

1. Origine

Les opiacés sont des substances qui ont pour origine une plante nommée *Papaver somniferum* (pavot à opium ou pavot somnifère en français). De cette plante est extrait un latex appelé opium. À partir de l'opium on obtient des substances nommées opiacées. On considère que les opiacés ont une origine naturelle, même si pour en obtenir certaine, comme l'héroïne, une hémisynthèse est nécessaire [4].

L'origine géographique de cette plante est encore à l'heure actuelle mal connue. Le *Papaver somniferum* est un cultivar, il n'existe pas à l'état sauvage. Il a connu des migrations d'Ouest en Est et les arabes ont été les principaux diffuseurs de la plante et de ses usages [5]. On en trouve actuellement dans le sud-est de l'Europe et au sud de l'Asie (comme en Afghanistan, Iran, Pakistan, Laos, Birmanie, Thaïlande).

D'après les recherches archéologiques sur le plan linguistique, l'étymologie du nom de la plante, on s'aperçoit que les termes « pavot » et « opium » ont une origine grecque (*mekon* : pavot, et *opos* : suc).

Après incision de la capsule non mur du pavot, un liquide blanc visqueux exsude : c'est de l'opium brut.



Illustration 1 : à gauche photo de la plante *Papaver somniferum* et à droite graine du pavot d'opium avec la sève séchée constituant l'opium

2. Opiacés et opioïdes

Les opiacés désignent l'opium, la morphine ainsi que la codéine. Ce sont des dérivés naturels du pavot. Il y a aussi les opioïdes qui eux sont des composés semi-synthétiques (héroïne, buprénorphine) ou synthétiques (fentanyl). Ces opioïdes possèdent des propriétés analgésiques beaucoup plus puissantes.

Une de leurs caractéristiques majeures est leur capacité à induire une dépendance physique et psychique [6].

À partir de la morphine, de nombreuses molécules ont été synthétisées. L'acétylation de la morphine donne de l'héroïne par exemple. Ces molécules ressemblent à la morphine, soit chimiquement soit par leur activité biologique, en se fixant sur les mêmes récepteurs que la morphine.

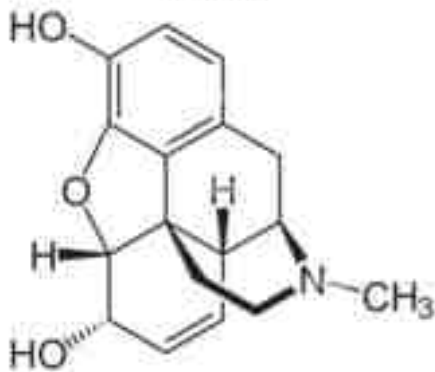


Figure 1 : Structure de la morphine

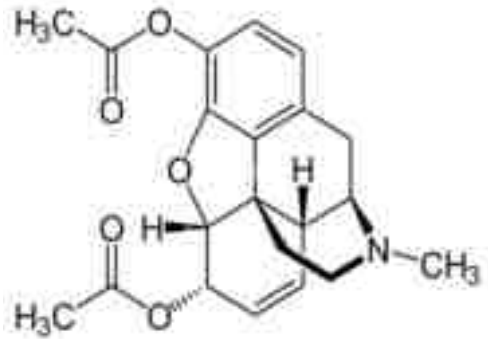


Figure 2 : Structure de l'héroïne

Les opioïdes et opiacés sont deux types de stupéfiants utilisés afin de soulager les douleurs aiguës et chroniques graves. Ils peuvent engendrer de la constipation en perturbant l'activité intestinale. À de fortes doses ils produisent un effet sédatif, l'utilisateur devient somnolent. Cela peut aller jusqu'au coma si l'utilisateur consomme des doses excessives.

Les opiacés sont un type d'opioïdes. Les deux se lient aux récepteurs opioïdes. La différence principale entre ces deux est que « opioïde » regroupe tous les médicaments qui agissent sur les récepteurs opioïdes du cerveau, alors que « opiacés » désigne un sous-ensemble d'opioïdes dérivé du pavot.

Dans la vie courante, le terme « opioïdes » désigne toutes les substances, qu'elles soient d'origine naturelle ou synthétique.

3. Les opioïdes endogènes

Notre corps produit naturellement des opioïdes endogènes qui sont des neurotransmetteurs. Un neurotransmetteur est un messager chimique libéré par les neurones au niveau des terminaisons synaptiques.

On en distingue plusieurs sortes : le β -endorphine, l'énképhaline et la dynorphine. Ils se fixent également sur les récepteurs aux opiacés.

Ces derniers interviennent dans la réduction de la douleur ainsi que dans l'amélioration de l'état de bien-être [7].

Dans un premier temps ces opioïdes endogènes sont synthétisés dans le cerveau à partir de molécules plus petites nommées précurseurs. Dans un deuxième temps ils sont stockés dans des vésicules proches de la membrane cellulaire des neurones.

4. Les récepteurs aux opioïdes

Les récepteurs opioïdes appartiennent à la famille des récepteurs couplés aux protéines G autrement appelés RCPG. L'activation de la protéine G induit dans la cellule des effets inhibiteurs. On peut observer une diminution de la synthèse des seconds messagers AMPc ainsi qu'une diminution de l'activité des canaux des ions calcium Ca^{2+} et ouverture des canaux des ions potassium K^{+} [8].

4.1. Les différents types de récepteurs aux opioïdes

Il existe plusieurs types de récepteurs aux opiacés : récepteurs μ (mu), κ (kappa) et δ (delta).

La β -endorphine se lie préférentiellement aux récepteurs μ , l'enképhaline aux récepteurs δ et la dynorphine aux récepteurs κ .

Les profils d'affinité aux récepteurs différents en fonction de l'opiacé. Et chaque type de récepteur est relié à un type d'effet et à des voies de transduction spécifiques. Ces récepteurs sont largement distribués dans le système nerveux central et dans plusieurs tissus périphériques [8].

4.2. La distribution des récepteurs au niveau du cerveau

Les récepteurs μ sont principalement distribués dans le thalamus, le striatum, et l'aire tegmentale ventrale. Les récepteurs δ on les trouve au niveau du cortex ainsi que le striatum. Quant aux récepteurs κ on les trouve dans l'hypothalamus, le cortex, le striatum et l'aire tegmentaire ventrale [7] :

- Le récepteur « *mu* » : contrôle l'euphorie et l'initiation de comportements addictifs. Il est responsable de la myosis et de la constipation. Il est essentiel dans les processus de récompense.
- Le récepteur « *delta* » : activité anxiolytique et antidépressante
- Le récepteur « *kappa* » : contrôle la dysphorie, les états dépressifs induits par le stress ou les drogues

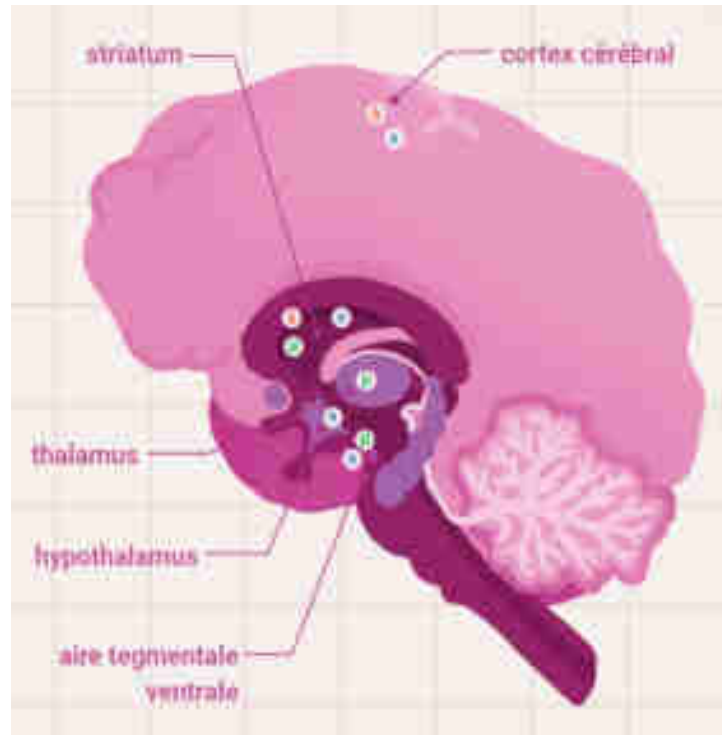


Illustration 2 : Emplacement des différents récepteurs aux opioïdes au niveau de différentes régions du cerveau [7]

5. Mécanisme d'action des opiacés

5.1. Le fonctionnement des neurones

Les neurones communiquent entre eux à travers des signaux électriques (appelés également potentiel d'action). La connexion entre deux neurones se fait par l'intermédiaire de synapses. Le signal électrique termine son chemin au niveau de la terminaison synaptique. Le neurone présynaptique produit des substances chimiques : les neurotransmetteurs. Ces derniers sont déversés dans la fente synaptique et vont activer ou inhiber un second neurone.

Il existe plusieurs types de neurotransmetteurs. Certains ont une fonction excitatrice (comme le glutamate) d'autre ont une fonction inhibitrice (comme le GABA). Les neurotransmetteurs les plus connus sont la dopamine, la sérotonine, l'histamine et l'acétylcholine [9].

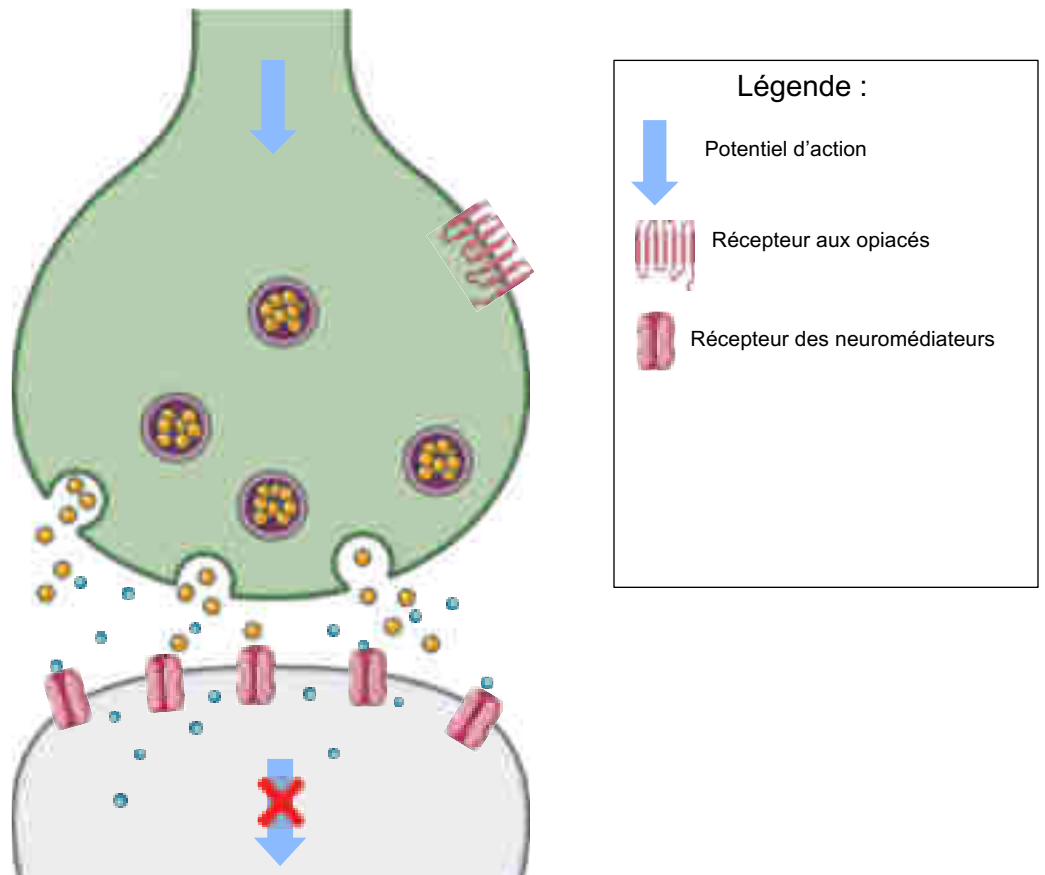


Figure 3 : Synapse entre l'interneurone GABAergique et le neurone dopaminergique (sans opiacés) (personnel)

5.2. L'effet des opiacés au niveau des neurones

Dans les synapses les opiacés agissent sur les récepteurs des opioïdes endogènes. Les opiacés se fixent sur ces récepteurs (récepteurs mus, kappa et delta). Leur activation provoque l'ouverture du canal de sortie d'ions positifs et la fermeture de leur canal de rentré. Les opiacés inhibent l'activité des neurones en diminuant leur excitabilité.

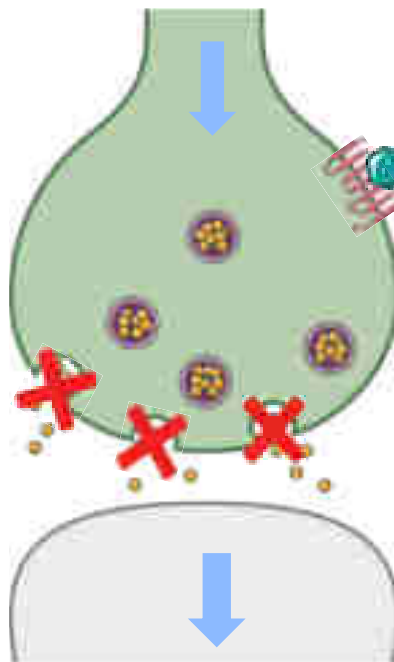
Les opiacés agissent principalement sur le neurotransmetteur GABA. Ce dernier est principalement utilisé par les interneurones qui font office de pont entre des centaines d'autres neurones. La fonction principale des neurones à GABA est l'inhibition des neurones auxquelles ils sont connectés en permettant aux ions négatifs de passer leur membrane cellulaire. En se fixant sur les récepteurs à opioïdes endogènes de ces interneurones, les opiacés inhibent la libération de GABA dans la fente synaptique. Sa fonction inhibitrice est alors elle-même inhibée et le neurone postsynaptique libère son neurotransmetteur.

En agissant sur les interneurones à GABA, les opiacés augmentent indirectement la libération de la dopamine (le neurotransmetteur du désir, de l'envie), de la sérotonine (le neurotransmetteur de l'humeur).

Les opiacés agissent sur d'autres neurones possédant des récepteurs aux opioïdes endogènes. Ils réduisent la libération de l'acétylcholine, un neurotransmetteur qui agit entre autres dans la

mémoire et l'apprentissage. Ils diminuent aussi la libération du glutamate qui est un excitateur des neurones à GABA impliqué dans le système de récompense.

Les opiacés comme l'héroïne, la morphine, la codéine ou l'oxycodone produisent leur effet euphorisant en excitant indirectement le système de récompense et le système sérotoninergique grâce à l'inhibition des inhibiteurs GABA. Ils ont une grande influence sur l'état émotionnel et la douleur.



*Figure 4 : Synapse entre l'interneurone GABAergique et le neurone dopaminergique (avec opiacés)
(personnel)*

6. Pharmacologie des opioïdes

6.1. La morphine

La morphine est un agoniste entier c'est-à-dire qu'il mime les effets des endorphines sur les différents sous-types de récepteurs opioïdes. Son affinité pour les récepteurs mu est 1000 fois supérieure à celle des récepteurs kappa et delta.

La morphine est d'abord un opiacé d'action centrale (substance grise du mésencéphale, thalamus, système limbique, moelle spinale et tronc cérébral) et d'action périphérique (tube digestif, fibres nerveuses périphériques) [10].

6.2. La codéine

La codéine possède une faible affinité pour les récepteurs aux opioïdes. C'est un analogue méthylé de la morphine (3-méthyl-morphine), l'éthérification de la fonction

phénolique en position 3 de la morphine diminue le pouvoir antalgique. La codéine est donc moins active.

Sa biodisponibilité par voie orale est de 60%. La codéine est surtout une prodrogue métabolisée au niveau hépatique entraînant la formation de norcodéine active et de dérivés glucuronoconjugués dont la codéine-6-glucuronide active [10].

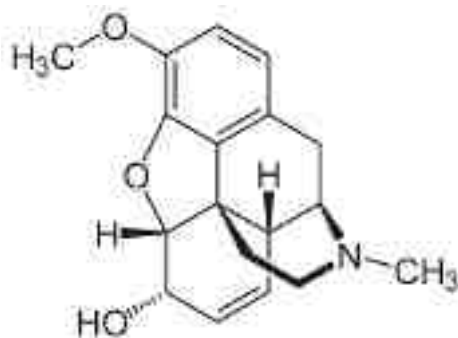


Figure 5 : Structure de la codéine

6.3. L'héroïne

Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne sont comparables à celles de la morphine. L'héroïne est liposoluble et agit plus rapidement et intensément sur le SNC mais plus brièvement car ses métabolites sont rapidement dégradés. Elle est métabolisée en 6-ortho-monoacétyl-morphine en quelques minutes par désacétylation. La quasi-totalité de la 6-MAM est, au bout d'une vingtaine de minutes, à son tour métabolisée en morphine par une deuxième désacétylation. La 6-MAM et la morphine sont des métabolites actifs de l'héroïne. Après une prise par voie orale de l'héroïne, cette dernière sera totalement transformée en morphine dans le foie avant même qu'elle atteigne le cerveau [11].

6.4. La méthadone

La méthadone est entièrement synthétique. D'un point de vue pharmacologique elle est très proche de la morphine (mêmes propriétés, même ordre de puissance analgésique). Elle possède une courte action analgésique (4 à 8h) mais une demi-vie d'élimination longue (jusqu'à 150h) [10].

6.5. La buprénorphine

C'est un dérivé semi-synthétique dérivé de la thébaïne. Elle existe sous forme sublinguale ou transdermique. La buprénorphine est beaucoup plus puissante que la morphine (25 à 50 fois). Sa biodisponibilité est de 15 à 30% et sa durée d'action est comprise entre 6 et 8h par voie sublinguale. Elle a une courte demi-vie d'élimination (3h) [10].

7. Les effets indésirables

Quelques effets indésirables peuvent survenir suite à la prise d'opioïdes tels que : nausées, vomissements, constipation, somnolence, sédation, vertige, prurit/allergie, rétention urinaire, myoclonies, syndrome de sevrage [12].

Ces effets indésirables peuvent devenir plus graves et dangereux et peuvent entraîner : une dépression respiratoire, une dépression du système nerveux central, un arrêt respiratoire voire un arrêt cardiaque [12].

(Par la suite, nous nous intéresserons à une seule molécule qui est l'héroïne)

II. La dépendance aux opiacés

1. Définition

Dans la Classification Internationale des Maladies, la dépendance aux drogues est définie comme « un groupe de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques qui se développent après la consommation répétée de substances psychoactives ». Elle se compose de [13] :

- Un fort désir de prendre la substance
- Une plus grande priorité accordée à l'usage de substances psychoactives qu'à d'autres activités
- Une difficulté à maîtriser sa consommation
- La persistance dans l'usage malgré les conséquences néfastes
- Une tolérance accrue à la substance
- Un syndrome de sevrage physique

2. Répercussion sur le plan clinique de la consommation d'héroïne

Le consommateur d'héroïne passe par plusieurs phases. Au début de la consommation, une sensation d'apaisement se met en place ainsi qu'une euphorie. Ensuite s'en suit une sensation de somnolence accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque.

L'héroïne agit comme antidépresseur et anxiolytique à la fois. En état de manque ou de sous dosage, l'héroïne peut devenir un anxiogène. L'héroïne provoque un plaisir intense pendant le premier mois, le temps d'entrer dans une dépendance physique et psychique qui peut vite devenir infernale. Cette dépendance conduit les consommateurs à augmenter les quantités et fréquences des prises de drogue. Parmi les symptômes du manque il y a : de l'insomnie, de l'anorexie, de graves anxiétés, de la rhinorrhée, des sueurs incontrôlées, une mydriase, des contractures musculaires, des douleurs lombaires, une tachycardie, associée à une hypertension, des trémulations, ou bien des hallucinations.

3. Définition de l'addiction et de la dépendance

L'addiction est un état pathologique causée par la consommation répétée d'un produit (alcool, tabac, drogue...) qui entraîne une perte du contrôle du niveau de consommation, des perturbations de la vie personnelle, professionnelle et sociale [15].

La dépendance est définie comme la survenue de symptôme de sevrage lors du retrait de la substance addictive et d'une tolérance qui induit une augmentation des doses requises pour le

même effet, une consommation compulsive, une perte de contrôle et un usage continu malgré des problèmes physiques ou psychologiques causés par la substance [14].

La dépendance est définie comme étant un besoin incontrôlable de consommer une substance (= addiction liée à des substances) ou bien d'effectuer certaines actions comme jouer aux jeux de hasard, pratiquer une activité sportive, les réseaux sociaux, les achats compulsifs (addiction comportementale). Lorsqu'on assouvi ce besoin irrépressible, cela procure un certain plaisir. Cependant lorsqu'il n'est pas assouvi, se développe un sentiment de manque. Les conséquences de ce manque peuvent être plus ou moins dangereuses selon le niveau de dépendance de la personne [14].

L'usage régulier, prolongé, abusif et sans supervision médicale peut mener à la dépendance et à d'autres problèmes de santé.

La dépendance aux opioïdes est un trouble de la régulation de la consommation d'opioïdes avec un usage répété ou continu de ces substances.

Un dépendant aux opioïdes possède un puissant désir de consommer, ne peut contrôler sa consommation, et accorde une priorité à la consommation au détriment d'autres activités de la vie.

3.1. Dépendance physique

Lorsque l'organisme est habitué à une substance au point d'en avoir besoin pour fonctionner on parle de dépendance physique. Si la personne cesse de consommer cette substance, elle ressent alors un manque (« craving ») accompagné de symptômes : on appelle cela le sevrage [14].

3.2. Dépendance psychologique

La personne est animée par le souvenir du plaisir que lui procure la substance ou l'activité. Cette dépendance est en lien avec les effets procurés par la substance ou le comportement et au contexte. Plusieurs facteurs influencent la dépendance psychologique : la personnalité de la personne, ses habitudes de vie, son environnement social. Si dans son cercle social il y a des personnes consommant des opiacés de manière illégale, la personne pourrait être influencée et donc être elle aussi dépendante [14].

4. Circuit de la récompense/ renforcement

La dopamine est l'une des molécules responsables de la sensation de plaisir, on la surnomme « molécule du plaisir ». Le cerveau produit de la dopamine lorsqu'on effectue une tâche agréable. Certaines actions entraînent une libération de la dopamine qui est un neurotransmetteur sécrété par l'organisme. Le circuit de la récompense est alors activé.

La fonction principale du circuit de la récompense est de favoriser des comportements nécessaires à la survie de la personne, comme boire, manger etc.

Quand la sensation de faim se fait ressentir, le fait de manger libère de la dopamine et ainsi il donne au cerveau une sensation de plaisir. C'est la récompense. Le plaisir procuré par ces actions entraîne la personne à renouveler l'expérience.

On sécrète aussi de la dopamine lorsqu'on écoute de la musique, lorsqu'on pratique une activité sportive ou tout autre activité procurant du plaisir [14].

5. Molécules en cause dans l'addiction/ dépendance

L'opiacé le plus fréquemment en cause est l'héroïne. Il existe des dépendances aux autres médicaments opiacés comme la codéine ou les sulfates de morphine. Ces médicaments sont indiqués comme antalgiques, mais certains patients addictes aux opiacés ont détourné l'usage de ces antalgiques.

6. L'usage d'opiacés chez les femmes

Les femmes débutent leur consommation de substances beaucoup plus tardivement par rapport aux hommes et une fois qu'elles ont commencé, leur taux de consommation augmente plus rapidement comparé aux hommes. Elles ont plus tendance à interioriser leurs problèmes et sont plus sujettes à la dépression ou des crises d'anxiété. 12% des femmes contre 9% des hommes souffrent de syndrome dépressif. Le syndrome dépressif est plus fréquemment observé chez les femmes surtout jeunes, en difficulté sur le plan économique subissant des violences de leur conjoint (psychologiques ou physiques) [16]. Suite à certaines expériences traumatisantes vécues pendant l'enfance ou au cours de la vie, les femmes sont plus susceptibles à interioriser leurs émotions et sont plus enclin à consommer des drogues à des fins d'automédication sous formes d'anxiété et de dépression [17]. La consommation de drogue procure chez elles un soulagement temporaire. Elles sont à la fois en dépression et elles sont à la fois dépendante ce qui va entraîner une augmentation de la quantité et de la fréquence de leur consommation de drogues. Elles seront donc plus facilement dans la dépendance et auront plus de difficultés à mettre fin à leur dépendance. Tandis que les hommes consomment de la drogue généralement pour susciter une sensation d'euphorie. Les femmes risquent donc d'être plus rapidement dans la dépendance par rapport aux hommes [18].

Partie 2 : Prise d'opiacés et grossesse

I. Physiologie de la grossesse

Une grossesse entraîne des modifications physiologiques de tout l'organisme maternel.

1. Cardiovasculaire

Dès la 6^{ème} semaine de grossesse, le débit cardiaque s'élève de 30 à 50% avec un pic entre la 16^{ème} et la 28^{ème} semaine de grossesse. Cette augmentation est due principalement aux

besoins de la circulation utéro-placentaire mais aussi aux besoins cutanés (essentiellement pour la thermorégulation) et rénaux (pour permettre l'élimination des déchets fœtaux) [19].

2. Hématologique

Le volume sanguin total augmente proportionnellement au débit cardiaque. Le nombre de globules blancs augmente légèrement.

Les besoins en fer augmentent pendant la grossesse et particulièrement pendant la 2^{ème} moitié de la grossesse. Le fœtus et le placenta consomme environ 300 mg de fer. Dans certains cas, une supplémentation en fer est nécessaire pour éviter une baisse d'hémoglobine parce que l'apport alimentaire en fer ainsi que la quantité puisée des réserves ne sont pas suffisants pour satisfaire les besoins de la grossesse [19].

3. Urinaire

L'utérus exerce une pression sur la veine cave qui peut provoquer une stase veineuse des membres inférieurs. Il y a une augmentation du taux de filtration glomérulaire d'environ 30 à 50% [19].

4. Respiratoire

La consommation d'oxygène augmente d'environ 20% pour assurer les besoins métaboliques du fœtus, du placenta et des organes maternels. Par ailleurs on observe une diminution des réserves inspiratoires et expiratoires, du volume et de la capacité résiduels, et de la PCO₂ plasmatiques. La circonférence thoracique augmente d'environ 10 cm. On peut remarquer chez les femmes enceintes une légère dyspnée d'effort [19].

5. Endocriniens

La grossesse modifie la fonction de la plupart des glandes endocrines. Cette modification est en partie due au fait que le placenta produit des hormones (hCG, hPL, oestrogène et la progestérone) et aussi au fait que la plupart des hormones circulent sous formes liées aux protéines et la liaison aux protéines augmentent pendant la grossesse [19]. Ces hormones sont nécessaires au bon fonctionnement de la grossesse ainsi qu'à la croissance du fœtus.

II. Prise d'opiacés et grossesse : que risque le nouveau-né ?

On s'intéressera dans cette partie à la prise d'héroïne pendant la grossesse. Le risque d'un accouchement prématuré peut augmenter jusqu'à 56%. Le retard de croissance du bébé est d'environ 25 à 30% par rapport à un bébé d'une femme qui ne prend pas d'opioïdes. Un sevrage à l'héroïne comporte un risque important de mort fœtal, il doit être fait en concertation avec les obstétriciens et les addictologues. L'association de plusieurs substances peut engendrer une malformation fœtale, l'héroïne seule non [20].

À la naissance, le nouveau-né encoure un risque de syndrome de sevrage néonatal suite à la prise d'opioïdes par la mère pendant la grossesse. Cette abstinence aux opioïdes peut toucher le système nerveux et les appareils gastro-intestinal et respiratoire du nouveau-né qu'on développera en détail par la suite [20].

1. Les conséquences

En réalité, il est difficile d'établir des informations claires et fiables sur les effets des drogues concernant le développement du fœtus et du bébé. Les études menées sur ces grossesses sont difficiles à conclure sur une éventuelle relation cause à effet car plusieurs facteurs sont impliqués. Il y a les facteurs génétiques, la santé physique et psychologique, la nutrition, les carences sociales, la qualité des aides des services sociaux et de santé ainsi que la polyconsommation (usage d'autres substances psychoactives, tabac, alcool). Généralement la femme enceinte usagère de drogues ne consomme pas qu'une seule substance psychoactive mais plusieurs ce qui rend difficile l'interprétation des résultats des études menées sur ces femmes.

1.1. Sur la grossesse

La prise d'opioïdes entraîne des troubles des cycles menstruels, des aménorrhées, qui peuvent entraîner un retard du diagnostic de grossesse. Ce retard de diagnostic rend l'interruption volontaire de grossesse, si elle est souhaitée, impossible [20].

Pendant le 1^{er} trimestre de grossesse, il y a un taux élevé d'avortements spontanés suite à la consommation d'héroïne [20] : environ 15 à 30% d'avortements spontanés [11].

Il y a un risque de malnutrition ou un déficit en certains éléments nutritifs essentiels pour la bonne conduite de la grossesse liée à une alimentation inadéquate, à une inhibition de l'appétit du fait de la prise de toxiques.

Les syndromes de manques aux opiacés peuvent causer des morts in utero.

L'alternance prise d'opiacés et sevrage engendre un énorme stress chez le fœtus. Peu de temps après l'apparition de signes du syndrome de manque aux opiacés chez la mère, on observe une hyperactivité fœtale qui engendre une consommation importante d'oxygène qui peut entraîner une naissance prématurée. Les périodes de sevrage de la mère entraînent des contractions violentes de l'utérus qui comprime le réseau vasculaire placentaire et diminue la circulation sanguine et les échanges nutritionnels et d'oxygène avec le fœtus [20].

Le risque de contamination virale et bactérienne chez les toxicomanes a diminué ces dernières années en partie grâce à la mise à disposition de ces personnes des seringues à usage unique. Cependant le risque n'est pas nul, on dépiste chez les toxicomanes systématiquement le VHB et la syphilis. Le dépistage du VIH et du VHC n'est pas obligatoire mais fortement conseillé. Une femme enceinte infectée par le VIH doit être prise en charge afin de prévenir la transmission materno-fœtale qui a lieu essentiellement au 3^{ème} trimestre de grossesse et à la naissance.

Toutes femmes enceintes usagères de substances psychoactives devraient avoir des informations sur les risques de leur consommation via un fascicule qui pourra leur être remis (annexe 1).

1.2. Sur le fœtus

Le fœtus est imprégné par les opiacés consommés par la mère pendant la grossesse. Tous les opioïdes traversent le placenta. Le fœtus métabolise et excrète les substances opiacées qu'il reçoit par voie transplacentaire. Après une prise d'opiacés par la mère, les taux sanguins chez le fœtus s'élèvent rapidement et diminuent beaucoup moins vite en comparaison de celui de la mère. Si la fonction placentaire et la croissance du fœtus sont altérées le bébé peut naître avec un faible poids.

Un syndrome de sevrage intra-utérin peut survenir, et cela peut parfois entraîner la mort du fœtus. La mère ne devrait pas arrêter brusquement sa consommation de drogues car cela peut être dangereux pour le fœtus [20]. En effet, l'arrêt brutal peut entraîner un risque de fausse couche ou bien même la mort du fœtus.

Le taux de mortalité et de morbidité périnatale sont plus élevés chez les femmes qui prennent des opioïdes, du fait que les bébés sont plus souvent prématurés ou de faible poids. L'état de manque chez la mère peut entraîner l'accouchement d'un enfant mort-né. La mortalité périnatale est 3 fois plus importante que chez une femme non-usagère de substance psychoactive.

Les principaux effets de la prise d'opiacés sur le fœtus sont l'infection aiguë, la prématurité, le retard de croissance et les anomalies congénitales.

Le retard de croissance intra-utérin touche 30% des nouveau-nés. Ceci est lié à la malnutrition, au mode de vie ainsi qu'à la consommation d'héroïne de la maman.

Le lien mère-enfant est difficile à mettre en place. Il s'agit d'un nourrisson irritable, il réagit moins bien aux stimulations extérieures, il tète difficilement, il est même insomniaque.

Selon une méta-analyse réalisée en 1997, si la mère consomme de l'héroïne ou bien de l'héroïne avec de la méthadone le risque de faible poids à la naissance est augmenté par rapport à une mère qui prend seulement de la méthadone [20]. Les résultats de cette étude ont montré une diminution d'environ 489g du poids de naissance associée à la consommation d'héroïne par rapport à la consommation de méthadone (diminution de 279g). Si la mère consomme à la fois d'héroïne et de la méthadone, la réduction moyenne du poids de naissance est de 557g [21].

1.3. Chez le nouveau-né

L'héroïne n'est pas tératogène. Cependant d'autres opiacés comme la codéine, surtout utilisée contre la toux et détournée par les toxicomanes, est à l'origine de certaines malformations de l'appareil respiratoire et de la face si elle est consommée au cours de l'embryogénèse [20].

Les pathologies respiratoires sont les premières causes de décès néonatale des enfants de mère héroïnomane. La dépression des centres nerveux peut entraîner un retard de l'autonomie respiratoire du nouveau-né avec de graves conséquences en l'absence de réanimation [20].

À la naissance, le poids de ces nouveau-nés sont faibles. Il est environ de 2 300 à 2 600kg. Cela s'explique tout d'abord par la prise d'héroïne, le mode de vie de la mère et aussi de la malnutrition [20].

Une des conséquences majeures de la prise d'héroïne chez le nouveau-né est le syndrome de sevrage néonatal qu'on détaillera dans la partie suivante.

2. Évaluation de la consommation de drogues

Afin de proposer des soins appropriés, il est nécessaire d'effectuer une évaluation de la consommation de drogues [20] :

- Établissement d'un historique détaillé de consommation de drogue de la femme enceinte
- Remplir un « journal de drogue » par la femme enceinte (annexe 2)
- Évaluer les conséquences qu'engendrent les drogues (conséquences physiques, psychologiques, sociales, juridiques, financières)
- Évaluer les motivations de la femme au changement
- Évaluer les symptômes de sevrage
- Évaluer l'auto-administration de méthadone

Les professionnels qui évaluent les problèmes de drogues de ces femmes devraient les orienter vers un service approprié afin de traiter au mieux leur toxicomanie.

III. Le syndrome de sevrage aux opiacés

A l'accouchement, il y aura un arrêt brutal de l'absorption d'opiacés et cela peut provoquer un état de manque chez le nouveau-né qui va par la suite entraîner un syndrome de sevrage.

Idéalement il faudrait préparer les parents au syndrome de sevrage néonatal bien avant l'accouchement. Les sages-femmes peuvent informer et remettre aux parents un fascicule d'information « prendre soin d'un bébé montrant des symptômes de sevrage » (annexe 3). Ce fascicule permettrait le début d'un dialogue entre la sage-femme et la future mère qui pourra ainsi prendre conscience des conséquences du syndrome de sevrage sur le futur bébé.

1. Syndrome de sevrage néonatal (SSNN)

Le syndrome de sevrage néonatal apparaît dans un intervalle de quelques heures à 10 jours après l'accouchement. Le nourrisson qui était exposé aux substances psychoactives in utero se retrouve privé de ces substances à la naissance.

Ce syndrome est présent dans 60 à 90% des naissances suite à une grossesse de mère usagère de substance psychoactive. Les signes de ce syndrome sont classés en 4 catégories en fonction du système atteint. Le SSNN peut être sévère, cependant la tendresse et l'attention de la maman peut limiter la sévérité du syndrome.

Le sevrage est peu indiqué pendant la grossesse parce qu'il fait courir des risques au nouveau-né (convulsions pouvant entraîner la mort).

1.1. Le système nerveux central

Les signes neurologiques sont présents dans pratiquement 100% des cas. Les nouveau-nés de mères dépendantes aux opiacés pleurent beaucoup, présentent une irritabilité neurologique, avec souvent des tremblements, de l'hypertonie. Ces enfants répondent plus difficilement aux stimuli visuels qu'aux stimuli auditifs probablement parce que les stimuli visuels requièrent des niveaux d'attention plus élevés. Il y a aussi d'autres signes centraux notamment des cris aigus sporadiques voire en continu, des troubles du sommeil, une convulsion et une irritabilité.

Parmi les troubles du sommeil on compte les insomnies et les périodes de sommeil de plus en plus courtes. Les encéphalogrammes montrent une réduction significative du temps de sommeil par rapport à des nouveau-nés témoins [20].

On constate également chez ces nouveau-nés des mouvements anormaux, ils développent des trémulations bénignes qui progressent en sévérité. Ces trémulations peuvent être sévères jusqu'à être confondues avec des crises d'épilepsie [22].

1.2. Signes digestifs

On observe chez ces nouveau-nés des signes digestifs notamment des troubles alimentaires et un réflexe de succion anormal. Les nouveau-nés sucent souvent leurs poings ou pouces. La mère peut interpréter cette succion excessive comme un signe de faim et donc nourrir le bébé afin de le calmer. Le bébé sera suralimenté ce qui peut entraîner des régurgitations et par la suite engendrer une perte de poids. La suralimentation peut aggraver les symptômes gastro-intestinaux. Les vomissements et diarrhées peuvent apparaître et entraîner une déshydratation et un déséquilibre de la balance hydro-électrolytique [22].

1.3. Signes respiratoires

Les troubles respiratoires du nouveau-né présentent plusieurs formes : soit une tachypnée, une polypnée, une hyperpnée qui peuvent conduire à une alcalose respiratoire. A contrario, la survenue d'arythmie respiratoire avec apnée peut engendrer des troubles d'hypoxie [22].

1.4. Signes neurovégétatifs

Des bâillements et des éternuements peuvent être la conséquence des perturbations du système nerveux autonome. Une transpiration excessive peut être observée chez le nouveau-né ainsi qu'une température instable (hypo ou hyperthermie). La peau de l'enfant peut s'altérer du fait des diarrhées ou du frottement sur les draps. Des rougeurs cutanées, des hoquets, des larmoiements peuvent survenir aussi chez le nouveau-né [22].

Parmi les symptômes du sevrage aux opiacés observés chez les nourrissons nés de mères dépendantes aux opiacés on trouve :

- L'irritabilité (tremblement, sursaut, pleurs excessifs)
- L'hyperactivité (mouvements excessifs)
- L'hypertonie (tonus musculaire accru, raideur)
- Cri aigu

- Ne tient pas en place et ne dort pas après les repas
- Suce excessivement son pouce
- Plus grand appétit
- Difficulté à s'alimenter (a faim mais a des difficultés à téter, avaler ou prendre un repas jusqu'au bout)
- Renvois et vomissements
- Selles molles ou diarrhées
- Faible prise de poids ou perte de poids
- Éternuements répétés, bâillements, hoquets
- Tachypnée (respiration rapide)
- Dépression respiratoire
- Rythme cardiaque accéléré
- Température corporelle instable, fièvre ($> 37,5^{\circ}\text{C}$), transpiration, déshydratation
- Convulsions (rares environ 5% des nourrissons)

Ces différents signes constituent ainsi le syndrome de sevrage, qui peut être bénin et transitoire, d'apparition retardée, ou de sévérité croissante.

La consommation d'héroïne au cours de la grossesse est à l'origine de nombreuses complications importantes, comme nous l'avons vu précédemment, pour la mère et l'enfant. Une prise en charge globale avec la mise en place d'un traitement de substitution permet de réduire les complications sévères. Les femmes enceintes bien encadrées et substituées ne présentent pas ou très peu des complications citées précédemment.

2. Traitement des nouveau-nés

Un traitement chez le nouveau-né sera mis en place en fonction de la gravité des symptômes du syndrome du sevrage des nouveau-nés qui sont mesurés dès la naissance au moins toutes les 3 à 6 heures chez les nouveau-nés exposés aux opiacés in utero afin d'adapter au mieux le traitement en fonction de l'évolution des symptômes.

Avant d'initier le traitement on évalue d'abord la sévérité des symptômes afin d'orienter au mieux les décisions de traitement et de soins. L'évaluation se fait en déterminant le score de Finnegan et de Lipsitz. Pour chaque symptôme et chaque tranches horaires (ex : 8h-10h, 10h-13h etc) un score est attribué. Ces scores permettent aux personnels médicaux de doser le traitement du nourrisson en fonction de ses symptômes [22].

2.1. Score de Finnegan

C'est un score qui comprend environ 31 critères. Si le score de Finnegan est supérieur ou égal à 8, alors on peut traiter le nouveau-né avec des opiacés. Ce score est évalué toutes les 4 à 6h dans la journée. Il permet d'adapter le traitement de l'enfant en fonction de symptômes qu'il présente (annexe 4). On prend en compte les 20 symptômes les plus communs et on les note sur une échelle de 0 à 5 en fonction de l'intensité, de la durée et de leur absence ou présence. Les symptômes sont classés par catégorie : troubles du SNC, troubles métaboliques et respiratoires, les troubles gastro-intestinaux. Si le score de Finnegan reste inférieur à 11, on considère que le syndrome de sevrage est minime [22].

Par exemple : pour des selles normales on attribuera le score de 0, pour les selles molles un score de 2 et pour des selles liquides un score de 3.

2.2. Score de Lipsitz

Ce score prend en compte 11 symptômes observés chez le nouveau-né. Ils sont notés selon leur intensité de 0 à 3. Les trémulations, l'irritabilité, l'hyperréflexie, l'hypertonie, et le tachypnée sont les signes les plus notés. Le score total va de 0 à 20. On peut évaluer ce score 2 fois par jour 1 heure après le repas. Le traitement va être mis en place quand le score est supérieur à 8 ou 10 deux fois de suite chez un nouveau-né qui n'est pas à jeun (annexe 5) [22].

3. La prise en charge des symptômes de sevrage néonatal

La prise en charge peut être effectuée en milieu hospitalier ou en dehors mais avec des mêmes objectifs [19] :

- Favoriser l'attachement parent-enfant
- Assurer l'adaptation du bébé au milieu extra-utérin
- Détecter les symptômes de SSNN, proposer un traitement adéquat et un soutien thérapeutique

Les femmes qui usent de substances psychoactives sont gardées au minimum trois jours (72h) à l'hôpital après l'accouchement pour pouvoir repérer chez le nourrisson d'éventuels signes de SSNN. Il faut s'assurer que l'échelle d'évaluation du SSNN soit compris par les parents afin qu'ils puissent s'impliquer dans les soins de leur bébé [20].

Il existe différentes manières de réponse aux symptômes du SSNN.

3.1. Pleurs et irritabilité

- Laisser le bébé dans une pièce calme et silencieuse (pas de fortes lumières ou de sons élevés). Il faut réduire la stimulation sensorielle
- Lui donner une tétine ou un doudou
- Beaucoup de contact peau à peau et le bébé pleurera moins
- Donner un bain relaxant au bébé

3.2. Difficultés à s'alimenter

- Nourrir le bébé dans un milieu avec le moins de perturbations extérieures possible
- Nourrir le bébé en fractionnant le repas, donner des quantités plus petites
- Faire roter le bébé après chaque repas (ils avalent de l'air)
- Pour soulager les inconforts abdominaux masser le ventre du bébé

3.3. Troubles du sommeil

- La chambre où dort le bébé doit être calme et silencieuse, pas de lumières fortes
- Bien vérifier qu'il n'a pas d'érythème fessier ou de rougeurs, si besoin appliquer une crème au zinc. S'assurer que la couche du bébé soit toujours propre et sèche
- Il ne faut pas que le bébé ait trop chaud
- Fredonner une berceuse peut aider le bébé à s'endormir

3.4. Mobilité excessive, agitation

- Dans la chambre où le bébé est présent maintenir le calme
- Envelopper le bébé dans un linge doux, s'assurer que c'est confortable pour le bébé

3.5. Problèmes dermatologiques

- Changer régulièrement la couche du bébé afin d'éviter l'érythème fessier
- Changer les vêtements du bébé régulièrement (surtout s'il transpire)
- Couvrir les mains du bébé par des mitaines pour éviter qu'il se griffe et qu'il provoque des lésions au niveau de l'épiderme

3.6. Problèmes respiratoires

- Il ne faut pas exposer le bébé à la fumée de cigarette, le bébé doit respirer un air propre
- Le nez et la bouche du bébé doivent toujours être propres et dégagés
- Ne pas trop habiller le bébé, ni trop le serrer dans les vêtements
- Si les parents constatent des difficultés respiratoires ils doivent contacter le médecin traitant, la sage-femme ou appeler les urgences

4. Soins du bébé à l'hôpital

Les bébés qui présentent des symptômes de sevrages sévères doivent être hospitalisés en unité de soins néonataux pendant une dizaine de jours.

Les traitements pharmacologiques pour les bébés qui ont un SSNN peuvent réduire la sévérité de leurs symptômes. Les prises en charge varient d'une unité de soin à l'autre. Certaines ont d'abord recours à une prise en charge médicamenteuse alors que d'autres préfèrent recourir à un traitement médicamenteux seulement en cas d'extrême nécessité (lorsque le bébé convulse par exemple).

C'est généralement le médecin qui décide du médicament à administrer au bébé. On y trouve de la morphine par voie orale, le diazépam, le phénatobarbitone, la clonidine et la chlorpromazine. Si la mère a consommé essentiellement des opiacés la morphine est le médicament à préconiser en premier. Cependant si la mère a consommé d'autres substances (ex : benzodiazépines) en plus des opiacés, le traitement du bébé devrait être élaboré sur mesure et donc la période de sevrage sera plus longue [20].

5. Le sevrage aux opiacés chez la femme enceinte

On peut envisager un sevrage aux opiacés chez une femme enceinte à n'importe quel moment de la grossesse. Pour éviter les risques de fausses couches pendant le 1^{er} trimestre et une prématurité au 3^{ème} trimestre, il est recommandé de faire le sevrage pendant le 2^{ème} trimestre de grossesse [20].

Il est important de convaincre la femme que le sevrage est la bonne solution pour elle ainsi que pour son futur bébé. Elle doit être au courant des risques que pourrait engendrer les rechutes. Pour ce faire, le sevrage doit être convenu en amont avec l'obstétricien et le spécialiste en addictologie.

Le sevrage aux opiacés est réalisé dans le cadre d'un programme en milieu hospitalier sur une durée de 7 à 28 jours.

IV. Étude sur les femmes enceintes et la toxicomanie

Une étude a été réalisée sur les enfants nés de mères usagères de substances psychoactives. Cette étude regroupe 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants [24].

1. Introduction

En France les femmes usagères de substances psychoactives représentent environ 25% de la population suivie dans les CSAPA. La majorité de ces femmes sont en âge de procréer. On estime environ 40 000 et 60 000 la proportion de femmes possédant des consommations problématiques d'opiacés.

Le problème de drogues chez les femmes enceintes est resté longtemps inaperçu parce que nous ne disposions pas assez de données précises. On estime environ 500 à 2000 grossesses chaque année de mères usagères de substances psychoactives. Il s'agit de grossesses à très haut risques car la toxicomanie est un important facteur de risques de complications pour la mère et le fœtus.

Ces femmes s'emparent d'un sentiment de culpabilité et de honte du fait de leur consommation de drogues. De ce fait elles consultent donc de moins en moins et plus tard des professionnels de santé de peur d'être stigmatisées.

Les services spécialisés en toxicomanie n'ont pas les compétences requises pour la prise en charge de ce type de patiente. Concernant les services d'obstétriques et de néonatalogie une fois que l'enfant est né, ils signalaient la mère aux services sociaux entraînant le placement de l'enfant.

Une étude-pilote a été menée en novembre et décembre 1997 par 5 centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) anciennement appelé centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en région d'Aquitaine [24]. Ces mères avaient beaucoup de choses en commun telles que la précarité sociale et psychologique, l'isolement relationnel, la fréquence des problèmes obstétricaux ainsi que néonataux et les placements de l'enfant.

Pendant cette étude ces mères évoquaient souvent un même passé : des histoires de séparations, d'abandons, de deuils, de maltraitements et d'abus.

L'ANIT (association nationale des intervenants en toxicomanie) et l'INSERM (institut national de la santé et de la recherche médicale) décidèrent de conduire une enquête avec l'aide de l'Université de Bordeaux II sur les mères usagères de substances psychoactives et le devenir de leurs enfants.

2. Matériel et méthode

Pour la partie clinique, l'enquête a été menée sous le contrôle d'un comité de pilotage comprenant : Myriam Cassen (psychologue clinicienne, thérapeute familiale, Bordeaux), Bernard Delpy (chef de service, Toulouse) ainsi que les Docteurs Jean Ebert (psychiatre, Centre Horizons, Paris) et Véronique Vosgien (psychiatre, Le Square, Lens).

Il s'agit d'une enquête rétrospective et multicentrique qui s'est déroulée en 2001 par questionnaires intégrant 171 mères usagères de substances psychoactives et leurs 302 enfants.

2.1. Questionnaires : « enquête maternité et toxicomanies »

Les questionnaires ont été élaborés par les chercheurs (INSERM). Il y avait au total 131 questions fermées réparties en questionnaire « mère » et en questionnaire « enfant ». Il existe aussi quelques questions « séparations » à répondre si besoin. La durée était de 1h environ (minimum 45min et maximum 90min).

Résultats :

Au total 18 CSST répartis en métropole ont participé à l'enquête (171 mères usagères de substances psychoactives et leurs 302 enfants).

01- AME, 59260 Hellemes-Lille	1/0	3	3
02- APLEAT, 45000 Orléans	15/15/88	1	1
03- ARC EN CIEL, 34000 Montpellier	2/17/97	2	2
04- AVAPT, 84000 Avignon	5/17/73	1	1
05- BAUDELAIRE, 57000 Metz	15/14/136	2	3
06- CEID, 33000 Bordeaux	20/17/175	2	1
07- CHU MONTPELLIER, 34295 Montpellier	3/0	2	2
08- CLEMENCE ISAURE, 31500 Toulouse	10/17/101	2	1
09- CROBILLON, 93200 Saint-Denis	20/22/66	3	2
10- HORIZONS, 75010 Paris	17/22/169	3	2
11- INTERSECTEUR, 13006 Marseille	6/9/157	3	1
12- IST MONTESQUIEU, 33000 Bordeaux	4/17/166	2	1
13- LE CEDRE BLEU, 59000 Lille	15/15/126	3	3
14- LE MAIL, 80000 Amiens	13/13/75	2	1
15- LE SQUARE, 62300 Lens	9/13/137	2	3
16- SDIT, 71100 Chalon-sur-saone	8/8/49	1	1
17- SOLEA, 25000 Besançon	6/8/65	1	1
18- TRAIT D'UNION, 92390 Villeneuve-la-Garenne	2/22/23	3	2

Tableau 1 : Liste des centres participant, nombre de questionnaires validés /objectif /file active femmes en 2001 (= nombre total de patients pris en charge dans le service au cours de l'année) (2^{ème} colonne), groupe et classe.

171 questionnaires « mères » au total, pour un objectif de 246 et une file active totale en 2001 de 1703 femmes [24]

2.2. Questionnaires « mères » :

a. Données socio-démographiques :

Au moment de l'enquête les mères interrogées avaient un âge moyen de 33,5 ans (minimum 19 ans et maximum 53 ans). La plupart du temps elles avaient la nationalité française (88%), majoritairement nées en France (85%) contre 5% dans d'autres pays européens et 8% au Maghreb.

Île-de-France (75,92,93)	39
Lorraine, Alsace, Franche-comté, Bourgogne	29
Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne, Haute Normandie	38
Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin	34
PACA, Corse, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Auvergne	16
(Pays de la Loire, Centre, Poitou-Charentes, Bretagne, Basse-Normandie	15
Total	171

Tableau 2 : Répartition régionale des questionnaires complétés [24]

Nous observons différentes situations matrimoniales : 10% sont mariées, 40% célibataires, 36% vivent en union libre, 10% sont veuves ou divorcées. 53% disaient vivre seules au moment de l'enquête.

Le logement de ces mères était indépendant et autofinancé dans 73% des cas. Environ 8% vivaient en foyer, 3% étaient incarcérées et 2% étaient SDF. La catégorie restante (« autres ») correspond à des situations instables. Environ 20% de ces mères ont des conditions de logement précaires.

Concernant le niveau scolaire : 75% n'ont pas dépassé le niveau secondaire/BEP, moins de 25% ont le niveau « baccalauréat ou plus ».

64% d'entre elles sont assurées par la couverture sociale CMU.

Concernant l'activité professionnelle : seulement 12% des mères ont une activité continue. Au total, 30% des mères ont des activités professionnelles plus ou moins régulières. A l'inverse environ 60% n'ont pas une réelle situation professionnelle : 30% sont inactives, 17% sont en arrêt prolongé/invalidité et 12% n'ont jamais travaillé.

En 2000 le taux d'activité des femmes était de 79% (INSEE enquête emploi 2001) pour les femmes vivant en couple et ayant un enfant de moins de 3 ans. Ce taux est de 58% pour celles ne vivant pas en couple.

Les ressources principales de ces femmes proviennent rarement des revenus de leur travail. Le plus souvent les revenus sont assurés par les systèmes sociaux d'assistance : allocations familiales (24%), RMI (21%), RSA (anciennement appelé API, 9%), AAH (7%).

39% de ces femmes ont été incarcérées et la plupart du temps pour des délits en lien avec la toxicomanie. Parmi ces femmes ayant des antécédents d'incarcération, plus de la moitié ont fait plusieurs séjours en prison pour une durée moyenne de 10 mois.

b. Toxicomanie

50% de ces femmes ont commencé à consommer de la drogue à un âge ≤ 16 ans, 10% à 13 ans ou moins.

Le tout premier produit consommé était le plus souvent le cannabis (44% des cas) et l'héroïne se place en 2^{ème} position (36%).

Le produit de dépendance ou produit dont la consommation a été considérée comme étant la plus problématique est généralement l'héroïne : 63% des cas. C'est le produit largement dominant. Elle a été présente chez la totalité de ces femmes à un moment de leur parcours. 50% des mères étudiées ne consommaient plus de produits. Les substances consommées principalement étaient le cannabis (36%), l'héroïne (19%), les médicaments (11%), le Subutex (10%), l'alcool (6%), la méthadone (5%), la cocaïne (4%) et le crack (4%).

c. Prise en charge

60% des mères avaient bénéficié de cures de sevrage antérieures en milieu institutionnel et 83% bénéficiaient d'un traitement de substitution au moment de l'enquête : méthadone dans 65% des cas et Subutex dans 35% des cas. Seules 35% étaient sous traitement de substitution au moment de leur grossesse.

d. État de santé

54% avaient déjà été hospitalisées hors grossesse et dans la moitié des cas pour des problèmes liés à leur toxicomanie.

Sur le plan psychiatrique, 9% de l'échantillon avait été hospitalisés en service spécialisé dans l'année et environ 50% de ces femmes avaient présenté des antécédents de tentatives de suicide dont 50 avant même d'avoir des problèmes de drogues.

Au sujet du VIH, 9% des mères présentaient une sérologie positive. A propos des hépatites virales, 13% avaient une sérologie positive pour l'hépatite B et 54% avaient une sérologie positive pour l'hépatite C.

e. Histoire de la famille

Un peu plus de 1/3 de ces mères avaient leurs parents qui vivaient encore ensemble au moment de l'enquête, environ 50% avaient des parents séparés et 15% étaient dans d'autres situations (décès essentiellement). Le père de 20% d'entre elles étaient décédés ainsi que la mère d'environ 9% d'entre elles.

- Séparation/famille d'origine :

Près de 49% des mères (1 mère sur 2) confiaient avoir été séparées de leurs parents durant leur enfance ou adolescence soit par mesures judiciaires de protection, soit par placements en famille d'accueil, soit en foyer ou auprès d'autres membres de leur famille (grands-parents maternels surtout dans 12% des cas).

- Violences :

Sur 171 personnes 103 déclarent avoir subi des violences intrafamiliales : maltraitance physique (30%), abus sexuels (20%), près de 10% ont « tout » subi.

Type de violence	Nombre	Pourcentage
1 : maltraitances physiques	20	19,6
2 : maltraitances psychiques	22	21,6
3 : abus sexuels	10	9,8
4 = 1+2	27	26,5
5 = 1+3	4	3,9
6 = 2+3	3	2,9
7 = 1+2+3	16	15,7

Tableau 3 : Violence intrafamiliale [24]

L'âge médian par les victimes du début des violences est situé à 7,5 ans. La période la plus critique se situerait entre 5 et 12 ans (70% des cas). Cependant, environ 16% d'entre elles déclarent avoir subi des violences avant l'âge de 4 ans.

Le père est généralement l'auteur des violences dans environ 67% des cas mais aussi la mère dans environ 30% des cas. Ce pourcentage est de 8% quand c'est le beau-père l'auteur des violences, 7% quand c'est la belle-mère, 15% quand ce sont d'autres ascendants et 13% quand ce sont les frères et sœurs.

Dans plus de 20% des cas, plusieurs adultes maltraitants sont mis en cause : père + mère ; père + belle-mère ; mère + beau-père ; parents + frères et sœurs... Dans 10% des cas des condamnations avaient été prononcées.

Environ 57% des mères interrogées disaient avoir pu parler de ces violences à quelqu'un avant l'enquête, et donc pour 43% d'entre elles c'était la première occasion pour aborder le sujet.

f. Déroulement des grossesses

Pour 171 mères il y avait 302 enfants au total (dont 292 en vie au moment de l'enquête).

Parmi les 171 femmes, 108 disent avoir eu recours à l'IVG : au total 214 soit 1,25IVG/mère en moyenne. 37% d'entre elles avaient pratiqué leur 1^{er} IVG à 18 ans. Un lien existe entre leur toxicomanie et l'IVG dans un tiers des cas environ. 52% des mères déclaraient ne pas avoir de moyens de contraception au moment de l'enquête.

171 mères usagères de substances psychoactives ont déclaré 302 naissances dont 292 enfants qui étaient en vie au moment de l'enquête au sujet desquels 290 questionnaires étaient exploitables : 171 questions pour les enfants de rang 1 et 119 questions pour les enfants suivants.

2.3. Questionnaire « enfants », 1^{er} enfant

L'âge moyen des premiers enfants étaient de 8,5 +/- 6,7 ans (minimum < 1 an et maximum 29 ans) au moment de l'enquête et la médiane était de 7 ans. 52% étaient des garçons (88 garçons) et 48% étaient des filles (83 filles).

La grossesse était désirée dans 75% des cas par elles. Dans 73% des cas l'enfant a été reconnu par le père.

a. Grossesse et accouchement :

Lors de la 1^{ère} grossesse l'âge moyen de la mère était de 23,6 +/- 5,1 ans. Dans environ 24% des cas la grossesse s'est mal déroulée selon les mères en raison de situations difficiles sur le plan social et psychologique.

Au sujet des relations conjugales, elles sont décrites comme mauvaises ou inexistantes dans près de 41% des cas. Il en est de même concernant les relations familiales (23% : mauvaises et 17% : inexistantes).

52% de ces mères avouent avoir utilisé de la drogue pendant leur grossesse, héroïne, cannabis, et cocaïne essentiellement (souvent en association). Près d'un tiers de ces mères déclarent avoir également utilisé de la drogue par voie veineuse pendant leur grossesse. 17% d'entre elles avouent avoir détourné l'usage de certains traitements psychotropes pendant leur grossesse tels que : Subutex, Rohypnol, Tranxène, autres benzodiazépines codéine et Temgesic.

b. Tentatives d'arrêt pendant la grossesse

104 mères sur 144 disent avoir essayé d'interrompre leur consommation de produits pendant leur grossesse. Dans la plupart du temps (environ 63%) il s'agissait de tentatives de sevrage par soi-même, et dans 13% des cas de sevrages avec l'aide de produits de substitution ou bien en milieu institutionnel (12%).

Environ un tiers de ces mères déclarent avoir bénéficié d'un traitement de substitution pendant leur grossesse : Subutex généralement (60%). 90% de ces mères ont été suivies pendant leur grossesse.

Seulement la moitié des mères interrogées disent avoir pu parler de leur problème de toxicomanie à la personne qui suivait leur grossesse. Parmi celles qui n'en ont pas parlé : 46% de ces mères considéraient que c'était un secret personnel à garder pour soi ; 31% ne voulaient pas en parler par honte et culpabilité ; 10% avaient la crainte du jugement de l'autre et 10% se taisaient par crainte qu'on leur retire leur enfant.

c. Accouchement

Dans près de 77% des cas, la naissance a été conduite à terme. Pour 2/3 des cas l'accouchement s'est déroulé sans problèmes cependant certains problèmes ont été relevés dès la naissance dans près de la moitié des cas (83 naissances sur 171).

Nature des problèmes	Nombre	Pourcentage	Cumul
1 : petit poids	22	26,5	26,5%
2 : syndrome de sevrage	29	34,9	61,4%
3 : détresse respiratoire	3	3,6	65,1%
4 : malformation	2	2,4	67,5%
5 : autre	7	8,4	75,9%
6 = 2+3	14	16,9	92,8%
7 = 1+2+3	6	7,2	100%
Total	83		

Tableau 4 : Problèmes de naissance [24]

Après l'accouchement, 38% bébés ont dû être hospitalisés. 21 hospitalisations à 1 mois après la naissance et 11 hospitalisations 6 mois après la naissance.

d. Devenir des enfants

89% des mères sont sorties de la maternité avec leur bébé après l'accouchement. 65% des mères se sont rendues chez elles ou chez leur conjoint, 21% chez d'autres membres de la famille et environ 7% en foyers maternels. Environ 79% des mères disent avoir été soutenues par leur famille. Et 40% des jeunes mères déclarent ne pas avoir bénéficié de soutien par des professionnels dès leur sortie de la maternité.

Près de 1/4 de ces mères vivaient toujours avec le père de leur enfant. Environ 16% des enfants ne connaissaient pas leur père et 60% le voient régulièrement.

Une petite majorité de ces mères vivaient seule au moment de l'enquête et 62% vivaient avec tous leurs enfants. 15% vivait avec une partie des enfants seulement et 22% avec aucun enfant. On constate que dans environ 40% des cas la garde d'un enfant au moins leur a été retirée.

e. Situation actuelle de l'enfant

L'autorité parentale est exercée par les 2 parents dans 46% des cas et par la mère seule dans 43% des cas. Il est à noter que 24% des enfants sont hébergés chez leurs grands-parents maternels contre 8% chez les grands-parents paternels.

Au niveau scolaire, 28% des mères constatent que leur enfant présente des difficultés scolaires.

Près d'1/3 des mères constatent des problèmes de comportement.

A la question : « que pouvez-vous dire de plus sur votre enfant ? » il y a eu des réponses plutôt positives dans 62% des cas, environ 5% ont des avis négatifs et 33% sont mitigés.

2.4. Questionnaire « enfants », 2^{ème} enfant ou plus

Au moment de l'enquête, il y avait 119 enfants au rang ≥ 2 et leur âge moyen était de 6 ans. On comptait 58 garçons pour 61 filles. La grossesse était désirée par 59% des mères et 59% des pères.

a. Grossesse et accouchement

Pendant cette 2^{ème} grossesse les mères avaient un âge moyen de 26,5 +/- 5,5 ans. D'après les mères, leur 2^{ème} grossesse s'est plutôt moins bien déroulée par rapport à la première grossesse. 60% d'entre elles avouent avoir consommé de la drogue. Les substances les plus souvent utilisées sont : héroïne, cannabis, cocaïne et crack. 18% d'entre elles ont utilisé des traitements psychotropes en les ayant détournés de leur usage : benzodiazépines et Subutex principalement. 42% d'entre elles déclarent s'être injecter de la drogue par voie veineuse pendant leur grossesse.

b. Tentatives d'arrêt pendant la grossesse

Plus de la moitié des mères avouent avoir essayé d'arrêter leur consommation de substances psychoactives pendant leur grossesse. Ces tentatives d'arrêt concernent essentiellement l'héroïne (42%), le tabac (34%), le Subutex (8%), la cocaïne (5%) et le cannabis (5%).

Près d'un tiers de ces mères ont bénéficié d'un traitement de substitution durant leur grossesse : 50% d'entre elles ont eu du Subutex et 50% de la méthadone. Près de 65% d'entre elles ont osé parler de leur problème de dépendance à la personne qui suivait leur grossesse, par rapport à 40% lors de la 1^{ère} grossesse.

c. Accouchement

L'accouchement était à terme dans 68% des cas. Dans 80% des cas l'accouchement s'est déroulé sans problèmes mais dans 41% des cas des problèmes sont apparus à la naissance tels que : syndrome de sevrage et détresse respiratoire. Le nouveau-né a dû être hospitalisé dans 44% des cas (contre 38% lors de la première grossesse) dans les suites immédiates de l'accouchement (82%).

25 bébés ont dû être hospitalisé à 1 mois de vie (contre 21) ainsi que 7 bébés ont dû être hospitalisé à 6 mois de vie (contre 11).

d. Devenir des enfants

85% des mères sont sorties de l'hôpital avec leur bébés (contre 89%). Le père ne vivait pas avec la mère à la naissance du bébé dans 25% des cas. 44% des mères déclarent ne pas avoir bénéficié de soutien par des professionnels après leur sortie d'hôpital.

Pendant l'enquête, 42% de ces mères vivaient seules et 36% vivaient encore avec le père de leur enfant. 37% des mères vivaient avec tous leurs enfants (contre 62%) ; 39% des mères vivaient avec une partie des enfants seulement et 24% avec aucun.

On constate que dans plus de 62% des cas la garde d'un enfant au moins a été retiré.

e. Situation actuelle de l'enfant

La mère seule exerce l'autorité parentale dans 44% des cas. 21% des enfants sont hébergés chez leurs grands-parents maternels et 9% chez leurs grands-parents paternels, soit un total de 30%.

Au niveau scolaire, 32% des mères déclarent que leurs enfants présentent des difficultés scolaires. 48% des mères constatent des problèmes de comportement et 18% des problèmes de santé.

	Mère seule	Grands-parents maternels	Grands-parents paternels
Hébergement des enfants	44%	21%	9%

	Difficultés scolaires	Problèmes de comportement	Problèmes de santé
Niveau scolaire	32%	48%	18%

Tableau 5 : Situation actuelle de l'enfant (personnel)

2.5. Questionnaire « séparations »

a. Première séparation

Sur les 171 mères interrogées, 154 ont eu une expérience de séparation avec au moins un de leurs enfants. Quel que soit le rang de l'enfant, le taux de séparation est stable dans les environs de 50%. C'est le 1^{er} enfant qui possède le taux maximum (54%). La durée de la séparation est variée. Elle est en moyenne de 33 +/- 27 mois avec une médiane de 9 mois. 25% des séparations ont duré 3 mois ou moins et 40% plus de 18 mois. 16% des séparations ont duré 1 mois et 11% ont duré 24 mois.

Il existe divers motifs qui sont la cause de ces séparations : mesures judiciaires, incarcération de la mère, hospitalisation de la mère, placements informels dans la famille (grands-parents notamment).

En ce qui concerne les placements, 75 ont eu lieu dans la famille, 36 en familles d'accueil, 28 en institution et 14 chez des tiers. 75% des mères ont continué à voir leur enfant pendant la séparation.

b. Séparations suivantes

33 mères sur 171 déclarent deux séparations significatives et 9 en annoncent 3. On constate que ces séparations sont plus brèves comparé aux 1^{ères} séparations : 20 mois (contre 32). Les motifs de ces séparations sont les suivantes : incarcération de la mère, hospitalisation de la mère, mesures judiciaires ou éducatives.

Ces séparations ont entraîné par la suite 35 placements dont 18 placements en famille, 8 en famille d'accueil et 8 en institution.

Les mères ont pu continuer à voir leur enfant pendant la séparation dans 75% des cas.

2.6. Analyses complémentaires

Au vu des résultats de cette enquête, on peut en déduire qu'il existe des corrélations entre les antécédents de maltraitance et la gravité de la toxicomanie ainsi que la répétition trans-générationnelle des expériences de séparation.

Les critères de gravité de la toxicomanie retenus à travers cette enquête sont : l'âge du début de la dépendance inférieure ou égal à 22 ans, la présence de l'héroïne comme principal produit et la présence d'antécédents de tentatives de suicide.

Les antécédents d'abus sexuel chez les mères quand elles étaient enfant sont corrélés à la toxicomanie ultérieure. Les antécédents de violences intrafamiliales ainsi que les antécédents d'abus psychologique sont également des facteurs de risque d'aggravation pour une toxicomanie.

Si dans le passé la mère a été séparée de ses parents, alors il y a de forte chance que cette mère soit séparée de ces enfants dans le futur.

Partie 3 : La prise en charge du nouveau-né et de la mère

La grossesse est un moment clé dans l'accompagnement et la prise en charge des patientes usagères de substances psychoactives.

I. Une prise en charge en réseau personnalisé

La mise en place d'une coordination interprofessionnelle est importante pour le devenir de ces femmes enceintes ainsi que pour leur bébé.

1. Sage-femme coordinatrice

La patiente est orientée le plus tôt possible, au mieux dès la déclaration de la grossesse vers une sage-femme référente. Cette sage-femme suit les femmes enceintes qui prennent des psychotropes. La sage-femme référente est différente d'une sage-femme addictologue. La patiente prend rendez-vous avec cette sage-femme via un appel téléphonique. Ce premier rendez-vous est centré sur les préoccupations de la patiente et permet de répondre à toutes les questions de la future mère concernant la grossesse et l'accouchement [25]. La sage-femme pose à son tour des questions pour construire une confiance entre les patientes et les

professionnels de santé : « Quels sont vos besoins ? Qui est autour de vous ? Que vous a-t-on dit de cette consultation ? Quelles sont vos attentes de cette consultation ? ».

2. Gynécologue-obstétrique

Un gynécologue-obstétrique sera choisi par la future maman et il sera le seul professionnel référent du suivi de grossesse à risque. Si des modifications seront effectuées par d'autres professionnels, le gynécologue-obstétrique doit en être averti [20].

3. Médecin généraliste

Un médecin généraliste est choisi avec la patiente (et son conjoint).

Soit :

- C'est lui qui a adressé la patiente à la sage-femme
- Il connaît depuis longtemps la patiente et la suit pour ses problèmes d'addiction
- Il suit également le conjoint de la patiente
- Il exerce dans une nouvelle ville, dans un nouveau cabinet médical et il découvre la patiente

Il est responsable du suivi de l'état de la mère. Pendant le séjour en maternité il anticipera les prescriptions. Il sera présent lors du retour à domicile et assurera le suivi du relais avec le pédiatre lorsque l'enfant naîtra [20].

4. L'assistante sociale

L'assistante sociale sert à fournir des informations et à orienter les personnes en besoin. Elles les aident dans leurs démarches administratives et participe à l'accompagnement social. Les femmes enceintes et dépendantes voient les assistantes sociales comme une menace parce qu'elles ont cette peur que leurs enfants soient placés. Pour éviter cela, l'assistante sociale devrait les rassurer et leur apporter son soutien afin d'atténuer leurs angoisses. Elle peut donc créer un lien de confiance avec ces femmes [20].

Les différents professionnels en contact avec les femmes usagères de substances psychoactives doivent proposer un « processus de soin » allant de la préconception à la parentalité (annexe 6) [20].

5. Le suivi

La sage-femme coordinatrice met en place un suivi en binôme sage-femme/gynécologue en prenant en compte les facteurs de risque de la patiente.

Exemples de rendez-vous :

- Consultations rapprochées avec entretien prénatal (si nécessaire)
- Des échographies mensuelles
- La sage-femme à domicile pour le monitoring
- Préparation à la naissance
- Entretien anténatal avec un pédiatre
- Consultation d'anesthésie
- Visite du lieu de naissance

Le monitoring à domicile est prescrit pour les grossesses à risque à partir du 6^{ème} mois de grossesse. C'est une sage-femme de la PMI ou une sage-femme libérale de proximité. Il a été mis en place pour surveiller la grossesse mais aussi pour aider les mères à l'observance des rendez-vous.

Par la suite elle mettra au courant le médecin généraliste des décisions prises lors de ces rendez-vous.

La sage-femme coordinatrice met à disposition un document aux équipes qui vont prendre en charge la patiente. Dans ce document on retrouve des données utiles à la prise en charge de la grossesse telles que les traitements à poursuivre pendant l'hospitalisation et les coordonnées des différents professionnels en lien avec la patiente.

II. Les CSAPA

Les CSAPA sont des centres destinés aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Ils remplacent les CSST et les CCAA en les rassemblant sous un statut juridique commun [26].

Les CSAPA ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les CSAPA sont financés par l'assurance maladie [26].

La patiente peut choisir l'accompagnement qui lui convient le mieux, elle peut opter pour une prise en charge en ambulatoire (sans hospitalisation) ou hospitalière. L'accompagnement proposé par le CSAPA peut se poursuivre pendant toute la durée du sevrage et même après le sevrage. La personne sevrée peut être accueillie dans le cadre d'entretiens ou d'ateliers spécifiques visant à consolider son arrêt [27].

1. La prise en charge dans les CSAPA

Les femmes enceintes usagères de substances peuvent être prises en charge par les CSAPA. Un recueil des données continu a été mise en place par l'OFDT pour permettre de connaître et de suivre les caractéristiques des consommateurs de substances psychoactives prise en charge par des professionnels dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). L'objectif de ce dispositif est d'estimer la prévalence de la toxicomanie lors de la grossesse [28].

« Les données recueillies sont nécessaires aux pouvoirs publics pour les aider à définir et évaluer leur politique dans le domaine des drogues et notamment pour identifier les tendances dans l'utilisation de l'offre de soins. Les données nationales doivent également servir à alimenter la réflexion des professionnels de la prise en charge sur leurs propres actions » [28].

Les inquiétudes de ces futures mères :

La prise en charge des femmes enceintes et usagères de drogues n'est pas toujours si simple. Elles ont un certain nombre d'inquiétudes telles que :

- la crainte d'être renvoyées aux services sociaux
- la crainte que le bébé soit placé
- la crainte de savoir si son usage de substances psychoactives pourrait entraîner des dommages au fœtus
- la crainte d'être critiquée si la grossesse se passe mal
- la crainte de passer pour une mère indifférente si elle n'arrive pas à réduire sa consommation de drogue
- le sentiment de culpabilité lorsque son bébé éprouve des symptômes de sevrage

III. ELSA au CHU de Strasbourg (Nouvel Hôpital Civil)

L'équipe de liaison et de soins en addictologie ou ELSA est une équipe hospitalière composée de : médecin, assistante sociale, infirmière, psychologue, secrétaire et parfois pharmacien.

Son unique rôle est de favoriser l'accueil des patients consommateurs de substances psychoactives, de favoriser leur prise en charge au sein de l'hôpital et d'assurer le lien avec les professionnels intra et extra hospitaliers.

Au CHU de Strasbourg cette équipe comprend :

- 2 sages-femmes
- 1 assistante sociale (surtout pour les femmes issues d'un milieu défavorisé)
- 1 médecin addictologue
- 1 psychiatre

Les équipes de liaison sont des équipes pluridisciplinaires et elles ont pour mission de développer des liens avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients.

Seul CSAPA à Strasbourg qui accueille les femmes enceintes.

Ils reçoivent une soixantaine de femmes enceintes par année. Mais ce chiffre est loin d'être la réalité puisqu'on estime qu'il y a beaucoup plus de femmes enceintes sous l'emprise de la drogue. Certaines n'osent pas encore se rendre dans des centres d'addictologie de peur de se faire juger. Dans la société actuelle il est encore mal vu qu'une femme puisse se droguer si en plus elle est enceinte.

1. Objectif

Le principal objectif est d'assurer un bon suivi de la grossesse avec un accouchement à terme pour que le bébé soit en bonne santé et qu'il n'y ait pas de séparation mère-bébé à la naissance.

Pour cela il faudrait impliquer une équipe pluridisciplinaire, coordonnée et adaptée à la situation de la patiente. Une fiche de liaison sera établie, lue et validée par la patiente.

1.1. Différents niveaux de prise en soins

Tout d'abord, la prévention. Elle consiste à repérer les femmes en âge de procréer qui consultent dans le cadre d'un projet de grossesse ou d'une prise en charge PMA et les informer sur les risques de l'usage de substances psycho actives durant la grossesse.

L'objectif étant de rencontrer ces femmes enceintes le plus précocement possible pour effectuer une évaluation médico-psycho-sociale et leur proposer une prise en charge des conduites addictives par l'ELSA ou bien dans des structures de soins spécialisés en addictologie (CSAPA) ou bien encore par un médecin de ville. Si le cas échéant elles sont déjà suivies, il faudra alors prendre contact avec les intervenants extérieurs (CSAPA, médecin de ville, pharmacien de ville).

Puis dès la déclaration de la grossesse, repérer les femmes usagères de substances psychoactives, les informer des risques encourus et leur proposer une prise en soins et un accompagnement tout au long de la grossesse par une équipe formée pour ces cas-là. On pourra aussi débiter un traitement de substitution aux opiacés.

1.2. Le suivi de grossesse

- Prévoir une consultation par mois jusqu'à 28 SA
- Prévoir un dépistage de la sérologie de l'hépatite C lors du bilan de déclaration de grossesse en complément du dépistage HIV et hépatite B classiquement réalisé.
- Débuter la surveillance intensive de grossesse dès 28 SA tous les 15 jours jusqu'à 32 SA puis une fois par semaine, soit exclusivement en milieu hospitalier soit en alternance avec une sage-femme libérale.
- Proposer une évaluation psychiatrique en cours de grossesse.
- S'assurer du suivi régulier par l'addictologue et/ou le médecin généraliste.
- Prévoir un suivi échographique par un médecin référent à 12, 18, 22, 28, 32 et 36 SA.
- Prévoir une rencontre avec le pédiatre du lieu d'accouchement et la visite des locaux entre le 28 et 32 SA.
- Informer la sage-femme de PMI du suivi de la grossesse, ainsi que la puéricultrice de PMI en anténatal avec l'accord de la patiente.
- Prévoir la consultation d'anesthésie à 36 SA. Demander à la patiente de fournir un duplicata de prescription du traitement substitutif pour le dossier médical.

Il faudrait également anticiper le séjour en maternité :

- Prévenir l'équipe du lieu d'accouchement
- Prévoir un séjour minimum de 7 jours
- Délivrer le traitement de substitution à la mère le temps du séjour
- Ne pas séparer la mère de l'enfant dans la mesure du possible
- En fonction de la situation, proposer une évaluation par un psychiatre périnatalité ou un pédopsychiatre
- Organiser une première rencontre en maternité avec la puéricultrice de PMI
- Lors de la sortie, prévoir un relais par l'HAD ou une sage-femme libérale en plus de la puéricultrice de PMI
- S'assurer du relais de la prescription du traitement de substitution par la prise d'un rendez-vous auprès d'un addictologue/généraliste ou par le renouvellement de l'ordonnance pour 7 jours.
- Proposer une contraception

- Si nécessaire, organiser une réunion de synthèse avec les professionnels concernés par la situation durant le séjour. Veiller à toujours les tenir informés de l'accouchement et du déroulement du séjour

Seulement 10% des bébés issus de mères dépendantes reçoivent un traitement de substitution aux opiacés.

IV. Traitements des dépendances aux opiacés

Le sevrage chez une femme enceinte usagère de substances est contre-indiqué du fait de la possibilité de mort in utero par syndrome de manque chez le fœtus.

1. Traitement non médicamenteux

1.1. Le nursing

Environ 90% des bébés issus de mères dépendantes aux opiacés et pris en charge au CSAPA de Strasbourg n'ont pas eu besoin d'un traitement de substitution aux opiacés. On préfère le contact peau à peau avec la mère, le « nursing », le portage (= porter le bébé contre soi afin de maintenir un contact physique avec son enfant).

Le nursing est ce qu'on peut qualifier de traitement psychologique. Le simple fait que la mère s'occupe du nouveau-né, le berce, le réveille en douceur dans un environnement calme, avec un faible éclairage améliore l'état du nouveau-né. C'est le traitement initial avant de passer au traitement de substitution [23].

1.2. L'allaitement

Il faut encourager ces mères à l'allaitement. Le fait d'allaiter son enfant peut retarder l'apparition des symptômes et ainsi réduire la gravité. Il favorise l'attachement entre la mère et le nouveau-né et permet de nourrir le nouveau-né. Souvent ces mères souhaitant allaiter sont plus susceptibles d'abandonner l'idée [23]. Elles ont besoin d'un soutien supplémentaire de leur entourage ou bien même des professionnels de santé qui les prennent en charge.

2. Traitement médicamenteux

La substitution est un bon moyen pour « canaliser » la mère. Le traitement de substitution libère la future mère de la quête incessante de la drogue et la rend plus disponible pour sa future maternité. Parmi les médicaments substitutifs aux opiacés on trouve la méthadone et la buprénorphine.

Données épidémiologiques :

Les femmes enceintes traitées par ces médicaments de substitution n'ont pas le même parcours de vie. En effet de nombreux facteurs influent sur le déroulement et l'issue de la grossesse chez ces femmes et rendent délicate l'interprétation des résultats des études [20].

Il existe en France deux médicaments ayant une indication dans le traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés. Il s'agit de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage.

La méthadone est arrivée sur le marché en 1995 en France tandis que la buprénorphine est arrivée un an après soit en 1996. Comme la buprénorphine est un peu plus récente que la méthadone, il existe plus de suivis de femmes enceintes exposées à la méthadone pendant leur grossesse [20].

2.1. La méthadone

Il existe 2 médicaments utilisés en première ligne : la morphine et la méthadone. On n'a pas assez de preuves pour savoir lequel est plus efficace par rapport à l'autre [23].

La méthadone est un médicament opioïde à action prolongé qu'on utilise pour remplacer les opioïdes pour lesquels la personne a développé une dépendance, comme l'héroïne, l'oxycodone, le fentanyl [29]. La méthadone agit plus lentement dans le corps et pendant une longue durée (24 à 36 heures) ce qui permet à la femme et au fœtus de réduire la probabilité d'états d'intoxication et de sevrage [29].

Pour les femmes enceintes ayant une dépendance aux opiacés, le traitement de substitution opiacé à la méthadone est le traitement le plus efficace et est recommandé par le ministère de la Santé. D'après certaines études les femmes enceintes qui ont comme traitement de substitution la méthadone, ont de meilleurs résultats en termes de grossesse, d'accouchement et de développement du nourrisson [20].

Les effets attendus de la méthadone sont de diminuer les risques d'avortements spontanés, de diminuer les mortalités fœtales, de réduire les retards de croissance et de contamination par les hépatites et le sida.

Lorsqu'on traite la femme enceinte usagère de substance à la méthadone dans le cadre d'un programme thérapeutique, la mortalité ainsi que la morbidité de la mère et du nourrisson diminuent. De plus le développement et le fonctionnement cognitif du nourrisson ne seront pas altérés.

a. Les effets indésirables

Une partie des effets observés chez les consommatrices d'héroïne continue même sous méthadone. 30 à 50% des nouveau-nés ont un petit poids de naissance par rapport à la normale. Ceci peut être dû à une prématurité et/ou à un retard de croissance intra-utérine.

Le syndrome de mort subite est plus souvent présent et la mortalité périnatale est augmentée. Le syndrome de sevrage peut être plus intense même surtout si les doses de méthadone sont importantes, et il peut être retardé [20].

En revanche, il n'y a pas d'augmentation de risque de malformation chez les femmes enceintes traitées par méthadone comparé à la population générale.

Presque toutes les études publiées se sont basées sur la consommation d'un seul produit, héroïne ou méthadone, et n'ont pas pris en compte les expositions associées (alcool, tabac,

substances illicites ou médicaments psychotropes) ni les voies d'administration (voie orale, injection intraveineuse, produit sniffé, fumé...).

Le syndrome de sevrage est beaucoup plus fréquent chez le nouveau-né exposé à la méthadone en fin de grossesse, environ 60 à 100%. Il apparaît dans les 48 premières heures de vie en général. Ce syndrome de sevrage est plus sévère et plus prolongé avec la prise de méthadone qu'avec l'héroïne.

La méthadone est disponible sous forme sirop et gélule.

b. Propriétés pharmacodynamiques

C'est un agoniste morphinique qui agit principalement sur les récepteurs μ opiacés.

- Absorption

La méthadone est liposoluble, une fois administrée par voie orale elle est bien absorbée au niveau du tractus gastro-intestinal. La concentration maximale est atteinte au bout de 1 à 5 heures. Elle subit un effet de premier passage hépatique. La biodisponibilité est élevée elle est de 92% [30].

- Distribution

La méthadone se lie à l'albumine et aux autres protéines plasmatiques et tissulaires. La fraction liée aux protéines plasmatiques atteint 60 à 90%. La fraction libre diffuse vers les tissus, plus particulièrement le foie, les reins ainsi que les poumons, traverse aussi le placenta et est excrétée dans le lait. La méthadone se lie fortement aux protéines tissulaires. Les concentrations tissulaires en méthadone (poumon, foie, rein) sont supérieures à la concentration plasmatique. La demi-vie plasmatique de la méthadone est de 12 à 18h, sa durée d'action est supérieure à 24h donc le syndrome de manque est moins marqué. De ce fait son administration est unique : une seule prise quotidienne [20].

- Métabolisme et élimination

La métabolisation a lieu au niveau hépatique. Les métabolites sont inactifs. L'excrétion urinaire est dose-dépendante et représente la voie principale d'élimination. Après l'administration d'une dose unique de méthadone, 20% sont excrétés dans les urines sous forme inchangée et 20% sous forme métabolisée via la bile. La méthadone peut également être trouvée dans la sueur et la salive [30].

« On a étudié la disposition de la méthadone suite à son administration orale à une trentaine de femmes aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse. L'élimination est modifiée pendant la grossesse. La clairance corporelle totale de la méthadone a été plus élevée pendant la grossesse qu'après l'accouchement, de même que chez des femmes non enceintes présentant une dépendance aux opiacés. La demi-vie terminale de la méthadone est réduite au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse. La réduction de la demi-vie plasmatique et l'augmentation de la clairance de la méthadone peuvent abaisser les concentrations minimales

du médicament pendant la grossesse, ce qui pourrait provoquer par la suite l'apparition de symptômes de sevrage chez certaines femmes enceintes. » [30].

Pendant la grossesse, les concentrations plasmatiques minimales de la méthadone sont plus faibles, la clairance plasmatique du médicament est plus rapide et sa demi-vie plus courte qu'après l'accouchement. Il peut être nécessaire d'augmenter la dose ou de l'administrer en prises fractionnées au cours de la journée chez la femme enceinte [31].

c. Conditions de prescription et délivrance

Comme la méthadone est un stupéfiant elle doit être prescrite sur ordonnance sécurisée. La durée maximale de prescription est limitée à 14 jours. La délivrance est fractionnée par périodes de 7 jours maximum. Le prescripteur peut préciser sur l'ordonnance la durée de chaque fraction, ou exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention « délivrance en une seule fois », ou préciser que la dispensation doit se faire quotidiennement [11].

Dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, la délivrance est effectuée par une pharmacie de ville ou par un CSAPA. Le nom du pharmacien choisi par le patient doit être mentionné sur l'ordonnance.

Dans le cadre d'une prise en charge en établissement de santé, pour les patients hospitalisés, ou dans le cadre d'une prise en charge en établissement pénitentiaire, le traitement est délivré quotidiennement sous contrôle médical ou infirmier.

La méthadone est soumise à prescription initiale réservée aux médecins exerçant en centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou aux médecins hospitaliers à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation ou en milieu pénitentiaire. Son renouvellement n'est pas restreint [11].

d. Précautions particulières chez la femme enceinte

Dans un premier temps pour les femmes enceintes on administre la dose la plus faible de méthadone qui pourrait empêcher les symptômes de sevrage. On administre généralement moins de 80mg/jour [30].

Le traitement doit être fourni tout au long de la grossesse et pour minimum six mois après l'accouchement.

Aucune étude n'a permis d'établir l'innocuité de la méthadone chez la femme enceinte. Cependant d'après l'examen expert de données publiées dans le système TERIS (Teratogen Information System), si l'administration de méthadone chez une femme enceinte s'effectue dans un cadre thérapeutique, le risque de tératogénicité est faible. Les données ne suffisant pas à écarter complètement un tel risque [30].

e. Les avantages chez la femme enceinte

Il y a une diminution de l'utilisation de la voie IV qui permet de protéger la mère des complications infectieuses et ainsi de minimiser les risques de transmission d'une infection virale au fœtus. La prise de méthadone permet d'éviter les effets de manque pour la mère et donc la souffrance induite pour le fœtus. La méthadone peut induire une dépendance mais évite le syndrome de manque qui aboutit à une nécessité permanente de se procurer de la drogue. Cette substitution permet d'induire une stabilité du comportement maternel et ainsi permet un suivi obstétrical régulier. Un des avantages est l'établissement d'une relation mère-enfant plus stable, plus durable [20].

Lorsque la méthadone est administrée de manière cohérente, à un dosage adéquat avec une supervision adéquate et avec un soutien psychosocial, on observe :

- Une réduction du comportement d'injection
- Une réduction du risque de transmission virale (VIH, hépatites B et C)
- Une réduction de décès liés aux drogues
- Une réduction de la consommation illicite de drogue
- Une réduction de la délinquance
- Une amélioration du fonctionnement social

f. Les inconvénients chez la femme enceinte

Un des inconvénients les plus importants est le sevrage néonatal. Le syndrome de manque est le plus fréquent, sévère, retardé et durable par rapport à l'héroïne. Même en absence de signes immédiats de manque, il est souhaitable de prolonger la surveillance de l'enfant au moins 8 à 10 jours avant sa sortie de l'hôpital.

La grossesse entraîne des modifications physiologiques et métaboliques induisant une baisse du taux sanguin de méthadone ainsi qu'une diminution de la demi-vie de 8 heures. Des adaptations de posologie sont souvent nécessaires avec un contrôle régulier de la méthadonémie ainsi qu'un fractionnement de la dose quotidienne en 2 prises.

Après l'accouchement, il est important de procéder à un réajustement de la posologie quotidienne de la méthadone [11].

2.2. La buprénorphine à haut dosage (BHD)

La buprénorphine est commercialisée en France depuis 1996 sous le nom de Subutex® (ou génériques) et se présente sous forme de comprimés sublinguaux dosés à 0,4mg ; 2mg et 8mg [20].

a. Les effets indésirables

Chez les femmes enceintes traitées par la buprénorphine il n'y a également pas de risque malformatif. Cependant comme avec la méthadone, il y a un risque de petit poids à la naissance, de prématurité, et de pathologies néonatales.

Des équipes ont comparé les effets de la méthadone et de la buprénorphine chez des femmes enceintes. Au niveau des complications obstétricales il n'y a pas de différence entre les deux.

Quel que soit le médicament de substitution, le taux de prématurité varie entre 8 et 28%. En revanche le risque de syndrome de sevrage est plus sévère et plus fréquent avec la méthadone.

Chez les nouveau-nés exposés à la buprénorphine, la fréquence du syndrome de sevrage varie de 40 à 65% selon les études. Le syndrome de sevrage survient dans un délai de quelques heures à quelques jours après la naissance.

b. Propriétés pharmacocinétiques

C'est un agoniste partiel et un antagoniste sur les récepteurs μ cérébraux. Elle possède aussi une action antagoniste sur les récepteurs κ cérébraux [32].

- Absorption

Par voie orale, la buprénorphine subit un effet de premier passage important dans l'intestin grêle et le foie. De part ce fait, l'administration du médicament par voie orale est inappropriée.

Par voie sublinguale, la biodisponibilité de la buprénorphine est mal connue, mais on l'estime entre 15 et 30%. Le pic de concentration plasmatique est obtenu 90 minutes après administration [32].

- Distribution

La distribution de la buprénorphine se fait de manière rapide. La demi-vie est de 2 à 5 heures [32].

- Métabolisme et élimination

La buprénorphine est métabolisée par désalkylation et glucuroconjugaison. Elle est essentiellement éliminée dans les fèces par excrétion biliaire des métabolites glucuroconjugués (70%), le reste étant éliminé par les urines [32].

c. Conditions de prescription et de délivrance

Les règles de prescription de la buprénorphine sont plus souples par rapport à la méthadone. Pour le traitement de dépendance aux opiacés, n'importe quel médecin peut prescrire de la buprénorphine. La prescription doit être faite sur une ordonnance sécurisée avec maximum 4 semaines de prescription. On le délivre en pharmacie de ville. Cependant, il faut que le médecin mentionne sur l'ordonnance le nom du pharmacien chargé de la délivrance [32].

d. Particularités cliniques de la buprénorphine

La buprénorphine possède des effets morphinomimétique moins intenses par rapport aux agonistes purs tels que la morphine ou la méthadone. Les symptômes de manque à l'arrêt sont moins intenses [32].

e. Les avantages chez les femmes enceintes

La buprénorphine est prescrit aussi dans les programmes de désintoxication et elle est utilisée comme médicament de substitution pendant la grossesse. Dans une étude conduite par le National Institute on Drug Abuse, ils ont trouvé que la buprénorphine était supérieure à la méthadone concernant la réduction des symptômes de sevrage des nouveau-nés.

Bien que la buprénorphine est un médicament approuvé pour le traitement de la dépendance aux opiacés, pour l'instant on connaît moins ses effets chez les femmes enceintes et leurs bébés [20].

f. Les inconvénients chez les femmes enceintes

La buprénorphine ne possède pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) chez la femme enceinte alors qu'il n'est pas tératogène. Il est tout de même fréquemment utilisé puisqu'il est reconnu en pratique dans l'amélioration du suivi de grossesse.

Si la femme enceinte est déjà substituée par la buprénorphine, il est préférable de ne pas modifier le traitement de substitution [23].

Médicament	Mécanisme d'action	Dose
Méthadone	Agoniste synthétique entier des récepteurs mu	0,05 à 0,1 mg/kg/dose par voie orale toutes les 6 à 12 heures. Augmenter de 0,05 mg/kg toutes les 48 heures. Dose maximale de 1 mg/kg/jour.
Buprénorphine	Agoniste semi-synthétique partiel des récepteurs mu, antagoniste des récepteurs kappa	4 à 5 mcg/kg/dose par voie sublinguale toutes les 8 heures. Dose maximale de 60 mcg/kg/jour.

Tableau 6 : Les médicaments pour traiter le syndrome d'abstinence néonatale [23]

V. Devenir des enfants

La question de devenir des enfants de mère toxicomane est sensible pour la plupart des services de maternité ou de pédiatrie qui ont pris en charge ces mères et ces enfants. L'avenir à long terme des enfants issus de ces grossesses est peu connu, il y a une crainte qu'il ne développe à leur tour des comportements de dépendance à l'adolescence [33].

Les études qui existent, en particulier américaines, concernent les enfants issus de parents usagers ou ex-usagers de drogues. Elles montrent que près de la moitié des enfants et des adolescents évalués présentaient des retards scolaires, des troubles de l'adaptation et rapportaient des états d'angoisse et des sentiments d'insécurité [33].

La séparation parents/enfants est le résultat le plus souvent observé. On estime que 30% des enfants sont séparés d'un ou des deux parents à l'âge de 3 ans, 50% à 7 ans [33].

VI. Le rôle du pharmacien dans la prise en charge des femmes enceintes usagères de substances

La pharmacie est un lieu facile d'accès. Le pharmacien d'officine est le professionnel de santé de premier recours et c'est un des rares professionnels de santé disponibles sans rendez-vous. Les femmes enceintes et dépendantes peuvent être accompagnées par les pharmaciens d'officine dans la prise en charge de leur dépendance pendant leur grossesse et au-delà également.

Depuis novembre 2022 des entretiens pharmaceutiques pour le suivi des femmes enceintes ont été mis en place [34]. L'objectif est de sensibiliser les femmes enceintes au risque tératogène lié à la consommation de stupéfiants. Pendant l'entretien, le pharmacien vérifie qu'elles ne prennent pas de traitement en automédication et sensibilise les patientes quant aux risques encourus pour le fœtus. Cet entretien peut être d'autant plus bénéfique pour les femmes enceintes consommant des substances psychotropes. Elles peuvent parler de leur craintes, peurs, appréhension au pharmacien. Le pharmacien étant un professionnel de santé de premier recours il pourra orienter la femme enceinte et à risque.

L'ANSM a créé un flyer à la destination des femmes enceintes afin de les sensibiliser quant à la consommation de médicament pendant la grossesse. Cependant, il n'existe pas d'affiche, de flyer ni de fiche conseil concernant la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. Les femmes enceintes et usagères de substances psychoactives ne sont pas une minorité donc il serait peut-être utile de créer un flyer ou une fiche conseil à destination de ce public-là.

Seul le réseau périnatal de Champagne-Ardenne a créé une affiche pour sensibiliser les femmes enceintes des conduites à risques (annexe 7).

Les professionnels de santé doivent encourager les femmes à entrer en contact avec les organismes qui proposent une aide spécifique aux femmes durant leur grossesse. Les principaux objectifs de ces organismes d'aide doivent être la réduction des risques et l'intégration sociale visant à atteindre le meilleur résultat possible pour la mère, l'enfant ainsi que la famille. Il faudrait donc prendre en compte les souhaits des parents, de reconnaître leurs forces et leurs ressources ainsi que leurs vulnérabilités et leurs besoins. Il faudrait également se concentrer sur ce qui pourrait être fait au lieu de ce qu'il faut faire [20].

Conclusion

L'addiction aux opiacés chez les femmes enceintes doit être prise en charge tant au niveau médical, social que psychologique.

Généralement ces femmes sont célibataires et sont issues d'un milieu économiquement défavorisé. L'image de ces femmes dans nos sociétés est très stéréotypée : irresponsables, incapables, immorales et inadaptées à la maternité. [20]. Elles ont souvent un manque de soutien social causé par une rupture de liens familiaux. C'est pourquoi le rôle des pharmaciens est important, ils doivent créer un lien avec et être à l'écoute de ces femmes et les aider dans la démarche de prise en charge en les orientant vers des organisations qui peuvent les accueillir (CSAPA...).

Les médecins mettent en place le traitement médicamenteux adéquat pour la mère et l'enfant, et le pharmacien quant à lui, joue le rôle de spécialiste du médicament en développant une relation de confiance avec ses patientes substituées. Les pharmaciens sont aussi présents auprès de ces mères quand elles ont des questions, quand elles veulent des conseils à propos de leur traitement médicamenteux.

La collaboration entre médecins et pharmaciens est donc primordiale afin d'accompagner la patiente dans de meilleures conditions.

« Une approche pluridisciplinaire et transversale bien coordonnée veillera à ce qu'un ensemble complet de soins puisse être offert. Tous les professionnels impliqués dans les soins de la mère et du nourrisson doivent communiquer entre eux afin de s'assurer qu'ils partagent une approche commune, qu'ils offrent des conseils cohérents et travaillent vers les mêmes objectifs » [20].

Consommation d'opiacés pendant la grossesse



Parlez-en à un professionnel
(Gynécologue, sage-femme, médecin, pharmacien...)

Références bibliographiques

- [1] MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une drogue ? (Internet) Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-drogue>
- [2] OMS : Organisation mondiale de la santé. Surdose d'opioïdes. (Internet) Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>
- [3] Bachelet M. Vécu de la grossesse des femmes dépendantes aux opiacés. Thèse pour le doctorat en médecine, Rouen (2015)
- [4] Sciences physiques et chimiques. Académie de Montpellier. (Internet) Disponible sur : <https://tice.ac-montpellier.fr/ABCDORGA/Famille4/OPIUM.htm>
- [5] Chouvy P-A. Le pavot à opium et l'homme : origines géographiques et premières diffusions d'un cultivar. Annales de Géographie. Paris, Armand Colin. Mars-avril 2001, n°618, pp.182-194. <https://www.geopium.org/le-pavot-a-opium-et-lhomme-origines-geographiques-et-premieres-diffusions-dun-cultivar/>
- [6] OFDT : observatoire français des drogues et des tendances addictives. Héroïne et opioïdes. (Internet). Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces>
- [7] Neurotransmetteurs et substances psychoactives 7. Maad-digital. (Internet) Disponible sur : <https://www.maad-digital.fr/dossiers/neurotransmetteurs-et-substances-psychoactives-7-opioides>
- [8] Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. Ann Pham Fr. 2010 January ; 68(1) : 3-11.
- [9] Institut du cerveau. Comprendre le cerveau, son développement, son fonctionnement, sa plasticité et ses pathologies. (Internet) Disponible sur : <https://institutducerveau-icm.org/fr/actualite/comprendre-le-cerveau-et-son-fonctionnement/>
- [10] Marillier M, Gaulier J-M. Morphiniques : points essentiels de pharmacologie. Alcoologie et addictologie 2019 ; 41 (2) : 99-111.
- [11] Heydel S. Grossesse et toxicomanie. Thèse de doctorat en pharmacie, Nancy (2009)
- [12] Pharmacovigilance d'île de France. Les antalgiques opioïdes. (Internet) Disponible sur : <https://www.pharmacovigilance-iledefrance.fr/détails-dune-brève/les-antalgiques-opioïdes>
- [13] MILDECA. Qu'est-ce qu'une addiction ? Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>.
- [14] Aidedroque. Dépendance et circuit de la récompense. Disponible sur : <https://www.aidedroque.ca/la-dependance/quest-ce-que-la-dependance/>

- [15] INSERM. Addictions du plaisir à la dépendance. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
- [16] Bagein G et al. L'état de santé de la population en France. Dossier DRESS ; Annexe 5 ; Septembre 2022.
- [17] ONUDC. Les femmes et les drogues : consommation de drogues, offre de drogues et conséquences. Rapport mondiale sur les drogues. Juin 2018
- [18] Mendrek A. Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie ? Santé mentale au Québec, automne 2014 ; vol 39 (2),57-74.
- [19] Artal-Mittelmark R. Physiologie de la grossesse. Saint Louis University School of Medicine. Sept 2022. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/physiologie-de-la-grossesse>
- [20] Bonnet N et Chihahoui T. Respadd. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Juin 2013
- [21] Hulse G-K, Milne E, English D-R et Holman C-D-J. The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight. Faculty of medicine and dentistry, The University of Western Australia. Addiction (1997) 92 (11), 1571-1579.
- [22] Deman A-C. Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère dépendante aux opiacés. Lille, juin-juillet 2003. Hors série n°1.
- [23] Lacaza-masmonteil T et O'Flaherty P. La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse. Paediatr child health. 2018 June ; 23(3) : 227-233
- [24] Facy F, Villez M, Delile J-M, Dally S. Addictions au féminin. Editions médicales et scientifiques ; 2004 ; p.58-75
- [25] Cassen M. Les mères toxicomanes et leurs enfants : un lien fragile. (Etude GRRITA). INterventions 1999 ; 70-71 : 63-8.
- [26] Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports. Mise en place des CSAPA. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf
- [27] Drogues-info-service. L'aide spécialisée ambulatoire. Disponible sur : <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/L-aide-specialisee-ambulatoire>
- [28] OFDT. Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP). Tableau statistique 2007-2019. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/RECAP_Tableaux_Statistiques_2007_2019_diff.pdf

[29] Camh. La méthadone. Disponible sur : <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/%E2%80%8Bla-methadone>

[30] Résumé des caractéristiques du produit - METHADONE AP-HP 1,33 mg/ml, sirop - Base de données publique des médicaments . Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67255773&typedoc=R>

[31] Monographie de produit. Metadol-D. Laboratoire Paladin ;Canada ;novembre 2019 ;version 5

[32] Résumé des caractéristiques du produit – SUBUTEX cp sublingual – Base de données publique des médicaments. Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63025935&typedoc=R#RcpPropPharmacocinetiques>

[33] Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. Déviance et société. 2002/1 (Vol.26) ; p.105-126.

[34] Assurance maladie. L’entretien femme enceinte (Internet). Disponible sur : <https://www.ameli.fr/bas-rhin/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/entretien-femme-enceinte>

Annexe 1 :

Enceinte... et consommatrice d'alcool ou de drogues ?

Information pour vous aider, aider votre bébé et votre famille

Il est important de connaître les effets de l'usage de tabac, d'alcool et de drogues pendant la grossesse. Ce fascicule vous propose de l'information et des conseils pour vous aider, vous et votre bébé, à rester en meilleure santé possible, et pour vous aider à préparer la naissance de votre enfant.

Usage de tabac, d'alcool et de drogues durant la grossesse

Il est normal de se sentir inquiète des conséquences que pourrait avoir votre consommation d'alcool ou de drogues sur votre grossesse et votre bébé. Il est important de rappeler que la plupart des femmes qui consomment de l'alcool ou des drogues suivent une grossesse normale et mettent au monde un bébé en parfaite santé. Cependant, il existe des risques associés à l'usage de tabac, d'alcool et de drogues. Réduire les risques ne peut que vous aider, vous et votre bébé.

Jusqu'à présent les preuves formelles des effets de l'usage d'alcool ou de drogues durant la grossesse sont malheureusement difficiles à établir. Ce que nous savons cependant est que **fumer durant la grossesse** (ou être exposée à la fumée de cigarette) est clairement dangereux pour votre bébé à naître et peut affecter votre grossesse de nombreuses manières. Nous conseillons à toutes les femmes enceintes (et à leurs partenaires) qui fument d'essayer d'arrêter et nous pouvons vous apporter beaucoup de soutien dans cette démarche ! N'hésitez pas à demander de l'aide à votre sage-femme, votre médecin traitant ou votre pharmacien.

Fumer du tabac, consommer des drogues de rue (comme l'héroïne, la cocaïne, le crack), s'injecter des drogues ou être dépendant de produits comme la méthadone* ou le valium, peuvent augmenter les risques d'accouchement prématuré ou d'accoucher d'un bébé qui a un poids faible. Cela peut entraîner par la suite d'autres problèmes. Le risque de *mort subite du nourrisson* (syndrome de Mort subite du nourrisson ou MSN) est également accru.

Il n'existe aucune preuve solide qui suggère que les drogues illicites (de rue) ou des drogues comme la méthadone puissent provoquer des malformations congénitales. Cependant, les bébés de **femmes qui boivent trop d'alcool** durant la grossesse peuvent naître avec des malformations congénitales ou des lésions cérébrales. Cela peut entraîner par la suite des problèmes sérieux à long terme pour les enfants. Même une consommation de doses faibles ou modérées d'alcool peut augmenter le risque de fausse couche ; aucune dose d'alcool consommée durant la grossesse n'ayant pu être établie comme « sans risque ». Nous conseillons à toutes les femmes enceintes d'éviter l'alcool durant les trois premiers mois de la grossesse et de manière générale jusqu'à la naissance du bébé. Si vous buvez de l'alcool pendant la grossesse, nous vous recommandons de ne pas boire plus d'une unité ou deux d'alcool, une ou deux fois par semaine. Parlez-en à votre sage-femme, votre médecin traitant, pour évaluer combien d'unités sont contenus dans les boissons alcoolisées.

Les usages intensifs de **tabac** ou de **crack/cocaïne** sont liés à un certain nombre de problèmes durant la grossesse car ces drogues réduisent les flux de sang et d'oxygène chez le bébé à naître. Ils peuvent affecter le placenta de nombreuses manières. **S'injecter des drogues** entraîne des risques bien plus graves pour vous et votre bébé, particulièrement des risques d'infection et d'accouchement prématuré.

On connaît très peu de choses sur la dangerosité des effets d'autres drogues comme le cannabis (le « shit »), les amphétamines (le « speed »), l'ecstasy, les solvants (aérosol ou colle), le LSD (« acide ») et d'autres drogues de synthèse ou des « euphorisants légaux ». Cependant, s'il existe un doute sur les effets d'une substance psychoactive*, il est préférable de les éviter pendant la grossesse. Les drogues de rue peuvent contenir des impuretés qui peuvent avoir des conséquences sur votre foie et vos reins. Il est donc préférable de **n'utiliser que les produits qui vous ont été prescrits pendant votre grossesse**.

Il est important de bien se souvenir que de nombreux facteurs peuvent affecter votre grossesse, pas uniquement le tabac, l'alcool et les drogues : par exemple, votre régime alimentaire (la nourriture que vous mangez), votre style de vie et le contexte social, et si vous suivez ou pas un bon programme anténatal (de maternité). L'usage d'alcool et de drogues peut affecter votre appétit, votre poids, votre santé dentaire, votre santé générale, votre humeur, vos relations et votre capacité à affronter la vie quotidienne.

Changer de drogue pendant la grossesse

Si vous êtes usagère de drogues opioïdes (méthadone*, dihydrocodéine, buprénorphine* ou héroïne) essayez de maintenir votre consommation aussi stable que possible durant la grossesse. Cela signifie prendre la même quantité de drogue chaque jour et éviter autant que possible de prendre des extras ou de chercher à être « défoncée ».

Souvenez-vous : continuer à consommer des drogues prescrites comme la méthadone est parfaitement possible, cela vous aide à rester stable et à être bien. Il est complètement inapproprié que quelqu'un vous dise que vous DEVEZ arrêter la méthadone* lorsque vous êtes enceinte.

Si vous vous injectez des drogues, vous recevrez de l'aide pour essayer d'arrêter ou de diminuer. Si vous êtes dépendante à l'héroïne, on vous proposera de prendre un traitement de substitution opiacé (comme la méthadone). Demandez de l'aide aux services spécialisés dans l'accompagnement et la prise en charge des usagers de drogues. Ils vous recevront prioritairement en tant que femme enceinte.

Si vous consommez des drogues prescrites comme la méthadone, et que vous ressentez des nausées le matin, nous vous recommandons en général de fractionner votre dose quotidienne en deux ou plusieurs prises (par exemple une dose le matin, une dose le soir). Fractionner vos doses quotidiennes vous permettra, ainsi qu'à votre bébé, d'être mieux équilibrée sur la durée de la grossesse.

→ Réduire

Si vous pensez que vous pourriez parvenir à réduire votre usage de drogues, vous pouvez bénéficier d'un soutien pour le faire. Parlez-en d'abord à votre médecin ou votre éducateur spécialisé en toxicomanie, pour être en mesure de le faire correctement. Il est important d'éviter la rechute, donc une réduction lente sur plusieurs semaines ou mois est normalement recommandée. Si vous prenez des benzodiazépines* (comme le Valium®) vous recevrez de l'aide pour d'abord réduire cet usage. Si vous réduisez vos prises de drogues, il est conseillé de rendre visite à votre éducateur spécialisé en toxicomanie chaque semaine de manière à ce qu'il puisse garder un œil attentif sur vos progrès.

→ Arrêter

Il est en général conseillé d'arrêter de consommer du cannabis (le « shit »), des amphétamines (le « speed »), de l'ecstasy, des solvants (aérosol ou colle), du LSD (« acide ») et d'autres drogues de synthèse. Nous conseillons d'arrêter toutes ces drogues durant la grossesse. Si vous ne pouvez pas arrêter de prendre des drogues stimulantes (comme la cocaïne, le « crack » ou le « speed »), demandez de l'aide aussi rapidement que possible car un usage important de ces produits pendant la grossesse peut mener à de nombreuses complications. Arrêter de fumer du tabac à n'importe quel moment de la grossesse est toujours profitable pour le bébé. N'hésitez donc pas à demander de l'aide ou des conseils dès que vous vous sentez capable d'arrêter.

→ Certaines femmes qui sont dépendantes aux opiacés ou aux benzodiazépines considèrent qu'elles peuvent arrêter leur usage de drogues d'un seul coup.

Si vous pensez agir de cette manière, il faut en parler à votre médecin ou à votre éducateur spécialisé. N'arrêtez pas soudainement de prendre des opioïdes (comme l'héroïne, la méthadone®, la dihydrocodéine ou la buprénorphine) ou des benzodiazépines® (comme le Valium®) car cela pourrait s'avérer risqué pour vous et votre bébé. Si vous voulez tout arrêter, il est mieux de le faire sous contrôle médical. Ainsi votre bébé à naître pourra être surveillé et vous pourrez bénéficier de soins. Si vous êtes dépendante à la fois aux opiacés et aux benzodiazépines, nous vous aiderons en général d'abord à arrêter les benzodiazépines, dans la mesure où ces produits peuvent causer plus de problèmes au bébé que les opiacés.

→ Alcool...

Une consommation excessive d'alcool durant la grossesse (ce qui inclut le « Binge drinking »*, l'alcoolisation massive) peut être très dangereuse pour votre bébé. Si vous buvez plus de deux boissons standards (ou 3 unités) chaque jour et que vous ne pouvez pas arrêter ou réduire votre consommation, alors parlez-en à votre sage-femme ou votre médecin, qui peut vous orienter vers un spécialiste en addictologie. Si vous buvez excessivement (plus de 5 boissons standards par jour – ou 7,5 unités) vous devriez demander de l'aide immédiatement. Les femmes enceintes qui sont dépendantes à l'alcool sont prises en charge très rapidement et se voient proposer un traitement pour les aider à arrêter de boire. Parlez de votre consommation d'alcool de manière détaillée à votre sage-femme, à votre médecin traitant ou à un professionnel de santé.

Effets de l'alcool et des drogues après la naissance du bébé

Si vous êtes dépendantes à certaines drogues, votre bébé en naître dépendant également et pourra développer ce que l'on nomme « syndrome de sevrage néonatal ». Il s'agit d'un état où le bébé présente des signes et des symptômes de sevrage (généralement dans les 3 jours après la naissance). Cela peut survenir avec l'alcool, les benzodiazépines® (comme le Valium®) et les opioïdes (comme la méthadone®, la dihydrocodéine, la buprénorphine et l'héroïne). À la naissance, le bébé ne reçoit plus de drogues et peut passer par une période de sevrage. Le sevrage des bébés dure en général de quelques jours à quelques semaines, mais cela peut aussi durer plusieurs mois.

Il est difficile de prédire comment un bébé va réagir. Cela dépend des produits que vous avez consommés, de la quantité et de la durée. Cela dépend également de la manière dont votre corps réagit aux produits que vous prenez (votre métabolisme durant la grossesse), de la durée de votre grossesse et de la capacité du bébé à évacuer les produits de son système.

Il est important de se souvenir qu'il n'existe aucun lien établi entre la quantité de produits que vous prenez et le fait que le bébé soit affecté à la naissance. Cela signifie que même si vous réduisez vos prises de drogues avant la naissance, votre bébé pourra développer des symptômes de sevrage. De la même

manière, certains bébés de mères qui prennent de hautes doses de produits comme la méthadone* ne développent pas toujours des symptômes sévères. C'est pourquoi nous voulons y préparer tous les parents avant la naissance.

Soins anténatals (avant la naissance)

Lorsque vous êtes enceinte, il est très important que vous soyez suivie régulièrement et que vous assistiez à tous les rendez-vous, échographies et autres tests. Les femmes (et leurs bébés) qui suivent des tests anténatals réguliers sont plus à même de suivre les recommandations en ce qui concerne les drogues qu'elles consomment.

Les sages-femmes et les obstétriciens (médecins de la maternité) sont là pour aider et essaieront de répondre à toutes vos questions. Lorsque vous voyez une sage-femme, parlez-lui de votre consommation de tabac, d'alcool et de drogues, de manière à ce qu'elle puisse vous orienter vers les spécialistes dont vous, votre bébé et votre famille, avez besoin.

Si vous êtes suivie par un addictologue, dites lui que vous êtes enceinte, de manière à ce qu'il puisse vous aider à gérer votre consommation pendant la grossesse. Vous aurez peut-être aussi besoin des services d'un travailleur social ou d'un spécialiste en droits sociaux pour vous aider dans vos démarches sociales et administratives (comme l'habitat, les dettes, les problèmes légaux, les questions d'emploi, etc.). Vous aurez peut-être également besoin des services de l'aide à l'enfance pour vous aider à prendre soin de votre enfant, particulièrement si vous avez déjà d'autres enfants à charge, ou si c'est votre premier enfant mais que vous ne bénéficiez pas d'aide de votre famille ou de vos amis.

Normalement, la sage-femme organise une réunion de synthèse avec l'ensemble des professionnels au 6^e ou 7^e mois de grossesse pour partager votre situation et pour planifier l'arrivée du bébé. Vous et votre partenaire serez invités à y participer. Idéalement, cette réunion devrait clarifier les rôles, les tâches et les connaissances de chacun, notamment concernant le type de soutien dont vous et votre famille avez besoin, les objectifs et les résultats que vous vous fixez, et les services qui peuvent vous être proposés. Un « référent » ou un « professionnel en charge » travaillera avec vous pour faire en sorte que tout se passe comme prévu.

Il peut parfois y avoir des inquiétudes sur la capacité d'un parent, ou des deux parents, à s'occuper d'un nouveau-né, ou sur les risques possibles pour le bien-être et la sécurité de l'enfant à naître. Dans ces circonstances, les services sociaux prennent l'initiative de planifier des soins pour la famille et peuvent organiser un rendez-vous avec les services de la protection de l'enfant. Ils peuvent prendre la décision d'établir un plan de protection de l'enfant **avant** la naissance. Quoi qu'il en soit, vous serez clairement informée sur le type de soutien mis en place pour vous et votre famille bien avant la naissance.

VIH, hépatite B et hépatite C

Votre sage-femme vous proposera des tests de dépistage pour l'hépatite B et le VIH* lors de vos rendez-vous anténatals. Ces infections peuvent passer de la mère au bébé. Des traitements peuvent maintenant réduire considérablement les risques de contamination de votre bébé. Il est donc important de se faire dépister. Si vous vous injectez des drogues, ou si vous avez eu des relations sexuelles non-protégées (sans préservatif) avec quelqu'un qui s'injecte des drogues, vous avez pu être en contact avec le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C. Dans ce cas, votre sage-femme ou votre médecin traitant vous proposera normalement un test de dépistage de l'hépatite C. Nous vous recommandons également de vous faire vacciner contre l'hépatite B. Si vous (ou votre partenaire) vous injectez des drogues, nous vous recommandons que toute votre famille se fasse vacciner. Malheureusement, il n'existe pas de vaccin contre le VIH et l'hépatite C.

Travail et accouchement

La plupart des femmes consommatrices d'alcool ou de drogues présentent un travail et un accouchement normaux. L'obstétricien (médecin de la maternité) et le pédiatre (médecin de l'enfance) seront présents en cas de complications. Certaines femmes sont inquiètes de savoir si elles recevront suffisamment d'antalgiques... Vous ne devez pas vous inquiéter. Il faut continuer à prendre régulièrement vos médicaments à l'hôpital. Vous bénéficierez d'un traitement antalgique si besoin. Il est important que le personnel de l'hôpital ait connaissance des produits que vous prenez (même les drogues de rue) car cela aura une influence sur le choix des antalgiques à vous prescrire (par exemple certains antalgiques ne sont pas compatibles avec la méthadone*, l'héroïne et la dihydrocodéine).

Vous devez donner au personnel de la maternité les noms, les adresses et les numéros de téléphone de votre pharmacien et de votre médecin traitant. Cela fait partie du protocole hospitalier de vérifier les prescriptions avant de donner des produits (comme la méthadone) dans l'enceinte de la maternité. Vous devriez amener tous vos médicaments à l'hôpital et les confier au personnel. De cette manière, vous éviterez les problèmes ou les délais d'acheminement de vos médicaments dont vous avez besoin à l'hôpital.

Soins postnatals (après la naissance)

Les mères qui ont des problèmes de drogues ou d'alcool sont gardées à l'hôpital au moins 3 jours (72 heures) après la naissance de leur bébé ; cela de manière à vérifier l'état de santé du bébé. Vous aurez à surveiller attentivement votre bébé lorsque vous serez dans le service postnatal. Vous aurez la possibilité de vivre le lien mère-enfant et vous bénéficierez de conseils sur la parentalité et l'allaitement. Dans les jours suivant la naissance, les changements dans votre corps peuvent signifier que les substances prescrites vous affectent plus que d'habitude. Il faut être vigilant car vous pourriez vous retrouver trop assoupie (et vous sentir « défoncée ») et pourriez accidentellement laisser tomber votre bébé ou ne pas l'entendre pleurer.

Avant que vous et votre bébé ne quittiez l'hôpital, le personnel voudra revoir le plan de soin de votre famille et y apporter des modifications si nécessaires. Cela dépendra de l'état de développement de votre bébé et de la façon dont vous et votre partenaire faites face à la situation. Les bébés ne quittent pas l'hôpital tant que tous les professionnels ne sont pas rassurés quant à sa bonne prise en charge par la suite.

Après votre départ du service postnatal, la sage-femme vous rendra visite à domicile. Lorsque votre bébé aura atteint 11 jours, votre *health visitor** vous rendra visite. Il saura vous informer précisément sur la parentalité et sur tous les aspects concernant votre santé et celle de votre bébé. Vous pourrez évaluer la croissance et le développement de votre bébé et rencontrer d'autres parents dans un des centres de PMI de votre quartier. Vous pourrez trouver des groupes de soutien à l'allaitement, des associations de massage pour bébés et des associations de soutien à la parentalité dans la plupart des quartiers. Il est important que vous et votre famille preniez connaissance des services disponibles.

Le temps qui suit la naissance peut être difficile pour les mères et les pères. La fatigue, le manque de sommeil, le « baby blues » et d'autres formes de stress (par exemple : si le bébé présente toujours des symptômes de sevrage) peut rendre plus difficile la prise en charge de votre enfant. C'est tout à fait normal et votre sage-femme, votre médecin, ou votre addictologue sont là pour vous offrir un soutien.

Allaitement

Allaiter est excellent pour la santé et le développement à long terme de l'enfant. Cela favorise le lien mère-enfant et calme les bébés qui présentent des syndromes de sevrage. Vous recevrez beaucoup d'encouragement à nourrir votre enfant au sein. La seule exception sera si vous êtes positive au VIH* car l'infection peut se transmettre aux bébés par l'allaitement.

Dans la plupart des cas, les bénéfices de l'allaitement sont tels qu'il n'est jamais remis en question comparativement aux problèmes relatifs à un usage continu de drogues. Cependant, la sage-femme et l'obstétricien discuteront avec vous des risques de l'allaitement si vous vous injectez des drogues, si vous consommez des drogues de rue, si vous vous alcoolisez de façon importante ou si vous prenez n'importe quelle autre substance qui pourrait poser un problème d'allaitement. Il n'y a aucune preuve que l'hépatite C se transmette au bébé par l'allaitement, donc même si vous êtes positive à l'hépatite C nous continuerons de vous encourager à allaiter.

Si vous avez une prescription de méthadone*, il est important de savoir qu'une très faible quantité passe au bébé par le lait maternel, même si vous prenez des doses importantes. Si vous avez réussi à nourrir votre enfant au sein, tout en continuant à prendre de la méthadone, votre *health visitor** pourra ensuite vous aider à faire passer le bébé à l'alimentation solide quand le temps sera venu.

Si vous fumez du tabac, buvez de l'alcool ou prenez des drogues, il y a une chose à se souvenir concernant l'allaitement – **ne partagez JAMAIS le lit avec votre bébé – et ne nourrissez JAMAIS votre bébé allongée dans un lit, un canapé, sur le sol ou dans une chaise longue, car vous pourriez vous endormir et étouffer ou blesser votre enfant.** Nous conseillons aux parents de toujours laisser leur bébé dormir tranquillement sur le dos dans un berceau. La sage-femme ou le *health visitor** vous expliquera les risques associés au partage de lit, ce qu'est la mort subite du nourrisson et comment en réduire les risques.

Aide professionnelle

En plus de votre médecin traitant, de nombreux professionnels de santé s'impliqueront dans les soins qui vous sont proposés, à vous ainsi qu'à votre bébé. Les sages-femmes sont spécialement formées pour la grossesse et l'accouchement. Les obstétriciens sont les médecins spécialistes des femmes enceintes et de l'accouchement. Les néonatalogistes sont les médecins spécialistes des soins pour nouveau-nés. Les pédiatres sont les médecins qui apportent des soins aux nourrissons, aux enfants et aux adolescents. Les *health visitors** sont spécialement formés sur la santé des enfants et de la famille. Tous peuvent également impliquer les pères.

Les services spécialisés en addictologie peuvent proposer de l'aide durant votre grossesse ou après que votre bébé soit né. Demandez à votre médecin traitant ou à votre sage-femme comment les contacter. Les services spécialisés donnent la priorité aux femmes enceintes, ils vous recevront très rapidement. Les personnels des services spécialisés en addictologie savent également à quel point il est important d'aider les futurs pères ayant des problèmes de drogues/alcool et leur apporteront un service similaire. Si votre partenaire a des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues, vous pouvez lui conseiller de parler avec son propre médecin traitant ou avec votre sage-femme, qui pourront l'orienter correctement.

Obtenir de l'aide

Il est essentiel que vous receviez toute l'aide et l'assistance dont vous avez besoin durant votre grossesse et après. Montrez ce fascicule à votre partenaire et à toutes les personnes (famille et amis) qui vous aideront à prendre soin de votre enfant. Il existe de nombreux mythes au sujet de l'usage de drogues durant la grossesse et de nombreux préjugés sur les mères qui consomment de l'alcool ou des drogues. Il est donc important que vous en parliez et que vous vous engagiez positivement dans cette nouvelle situation.

Certains parents sont inquiets à l'idée que la garde de leur bébé leur soit retirée uniquement en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues. L'usage de drogues ou d'alcool n'est pas une raison suffisante pour faire un signalement aux services sociaux ou pour décider que vous ne pouvez pas prendre correctement soin de votre bébé. Cependant, si le bien-être ou la sécurité de votre bébé sont

considérés comme préoccupants, ou si les services sociaux peuvent vous apporter une aide supplémentaire, alors ils auront peut-être besoin d'établir une évaluation de la situation et de s'impliquer. La même politique est appliquée à tous, que la consommation d'alcool ou de drogues soit un enjeu ou pas.

Nous disposons au Royaume-Uni de bons systèmes sociaux et de santé qui travaillent bien avec les personnes consommatrices d'alcool ou de drogues. Tout le monde est concerné par votre bien-être, celui de votre bébé et de votre famille, et nous voulons faire de votre expérience de la grossesse et de la naissance une expérience positive.

Sentez-vous libre de parler à un professionnel de santé des informations contenues dans ce fascicule, particulièrement s'il y a des éléments que vous ne comprenez pas et dont vous aimeriez parler.

Numéros de téléphone utiles

Annexe 2 :

- Ma maternité :
- Ma sage-femme :
- Mon obstétricien :
- Mon pharmacien :
- Mon *health visitor** :
- Mon éducateur toxicomanie/alcoolologue :
- Mon interlocuteur social :
- Autre professionnel impliqué dans mes soins :

Annexe 2 :

Journal

Consommation d'alcool et de drogues

Jour	Heure	Type de drogue/ boisson consommée	Quantité consommée	Où ? Pourquoi ? Effets ?

Nom :

Date :

Annexe 3 :

Prendre soin d'un bébé présentant des symptômes de sevrage

Information pour les parents

Ce fascicule fournit de l'information et des conseils qui vous aideront à vous préparer pour l'arrivée de votre bébé. Nous espérons qu'après la lecture de celui-ci vous :

- vous sentirez mieux informés sur le sevrage du bébé
- comprendrez ce dont votre bébé pourrait avoir besoin
- vous sentirez en confiance pour prendre en charge votre bébé.

Les drogues et le nouveau-né

La plupart des drogues (ce qui inclut le tabac et l'alcool) que vous prenez lorsque vous êtes enceinte passe au travers du placenta, puis est absorbée par votre bébé.

Si une mère est dépendante ou « addict » à certaines drogues, le bébé aura été exposé à ces drogues durant la grossesse et pourrait développer des symptômes de sevrage après la naissance. Le nom médical pour les symptômes de sevrage du bébé est le « **syndrome de sevrage néonatal** ».

Malheureusement il est impossible de dire exactement si le bébé réagira, étant donné qu'il existe de nombreux facteurs qui affectent les symptômes de sevrage chez les bébés. C'est pourquoi nous tenons à préparer tous les parents, « au cas où ». Ce que nous pouvons dire est que le sevrage de drogue chez les bébés est assez connu maintenant, vous n'êtes donc pas seule.

Les symptômes de sevrage du bébé se constatent assez souvent avec :

- les drogues opioïdes (comme la méthadone*, l'héroïne, la dihydrocodéine, la buprénorphine),
- les benzodiazépines* (comme le diazépam ou le témazépam),
- la consommation massive d'alcool.

Si votre bébé développe des symptômes de sevrage, ils sont en général facilement maîtrisés et le bébé se remettra rapidement. La plupart des nourrissons affectés par des symptômes de sevrage parviennent à une croissance et un développement normaux à l'âge d'environ 6 mois et ne souffrent plus par la suite si l'on prend soin d'eux correctement.

Les sages-femmes, les autres professionnels de la maternité et les médecins traitants ont de l'expérience dans la prise en charge des bébés et peuvent fournir de bons conseils et de l'aide aux parents.

Comment les bébés sont affectés

Les symptômes de sevrage du bébé sont similaires à ceux que ressentent les adultes lorsqu'ils arrêtent soudainement de boire ou de consommer des drogues. Cependant, il existe des différences importantes entre les manières dont les adultes et les bébés sont affectés :

Les symptômes de sevrage varient beaucoup suivant les bébés. Vous pourriez constater certains ou tous les symptômes suivants :

- pleurs aigus
- pleurs excessifs (qui durent longtemps)
- irritabilité (facilement dérangé ou contrarié)
- difficultés de sommeil (le bébé ne peut pas se stabiliser ou dormir après une tétée)
- difficultés d'allaitement (le bébé est souvent enclin à téter mais ne peut pas prendre ou avaler correctement)
- vomissement (incapable de digérer le lait)
- diarrhées (selles molles ou liquides fréquentes)
- des fesses rouges et endolories (du fait de couches sales fréquentes)
- faible gain ou perte de poids
- agitation (incapable de rester allongé calmement quelle que soit la durée)
- tremblements et nervosité
- irritations de la peau (plaies dues aux mouvements trop répétés)
- nez bouché et éternuements
- respiration rapide
- fièvre (haute température).

Occasionnellement le bébé montre des convulsions, mais cet état est très rare.

La plupart des bébés qui ont été exposés aux drogues avant leur naissance développeront des symptômes après la naissance. Certains bébés ne développent que des symptômes légers et ne nécessitent que les soins habituels apportés aux nouveau-nés. D'autres bébés peuvent présenter des symptômes sévères tels que l'incapacité à téter ou à dormir correctement, ou alors de perdre du poids au lieu d'en gagner. Ces bébés ont généralement besoin de soins spéciaux à domicile ou à l'hôpital (en unité de néonatalogie) et peuvent éventuellement nécessiter des *calmants* pour les aider à se remettre. Certains bébés peuvent être irritables pendant des semaines ou des mois, mais les symptômes s'améliorent avec le temps.

Il est important de se souvenir que les bébés présentant des symptômes de sevrage peuvent présenter des difficultés à répondre normalement à ceux qui prennent soin d'eux. Cela est dû à la façon dont les symptômes de sevrage affectent l'équilibre du bébé. Certaines formes de contact parent-enfant (parentalité) et de mesures de soutien au confort ont montré leur efficacité dans l'aide aux bébés qui présentent des symptômes de sevrage. Si votre bébé développe des symptômes de sevrage, vous recevrez plus de conseils sur ces questions. Nous vous suggérons de suivre ces conseils pour que vous puissiez prendre soin de votre bébé en toute confiance.

Évaluer si le bébé présente des symptômes de sevrage

Les symptômes de sevrage du bébé peuvent commencer quelques heures après la naissance, ou au maximum 10 jours après, mais la plupart des bébés qui développent des symptômes de sevrage montrent des signes après 24 à 72 heures. Il est donc en général demandé aux mères qui sont dépendantes aux drogues ou à l'alcool de rester à l'hôpital (dans le service postnatal) avec leur bébé pour au moins 3 jours (72 heures).

Le service postnatal attend des mères qu'elles prennent soin de leur bébé en permanence ; celles-ci sont encouragées à se lier avec leur bébé et à allaiter. La mère et le bébé ne sont pas séparés, hormis absolue nécessité – par exemple si le bébé n'est vraiment pas bien. En général un tableau d'évaluation est utilisé pour suivre la condition du bébé et l'on montre aux parents comment l'utiliser. Les symptômes de sevrage du bébé peuvent être similaires à d'autres conditions ou problèmes médicaux, il est donc im-

portant d'effectuer une bonne évaluation, ce qui implique de garder un œil attentif sur le bébé, de noter certains signes et symptômes et de décrire la sévérité de chaque symptôme sur une période donnée de temps.

La plupart des bébés peuvent rentrer à la maison après 3 jours (même s'ils développent des symptômes), où ils seront pris en charge par leurs parents, avec le soutien de la sage-femme et du médecin traitant. La plupart des bébés ont besoin d'attention et de soins spécifiques pendant une bonne période; la sage-femme et le médecin traitant voudront vérifier comment le bébé se nourrit, dort, développe son poids, et comment il répond, à vous et à son environnement.

Certains bébés peuvent présenter une aggravation de leur condition après être rentrés à la maison. Cela est dû à certaines drogues (comme les benzodiazépines* – ex : Valium®) qui mettent plus de temps à quitter le système du bébé. Nous encourageons les parents à garder un œil attentif sur leur bébé et à continuer d'utiliser le tableau d'évaluation pendant au moins une semaine après avoir quitté l'hôpital.

Bébé admis dans l'unité de néonatalogie

Si un bébé développe des symptômes de sevrage sévères, il sera alors admis en unité de néonatalogie. Dans ces services, il pourra être alimenté par une sonde et se voir prescrire des *calmants* si nécessaire. Le traitement et le soin a pour objectif de réduire la douleur et l'inconfort du bébé, et de lui permettre de se nourrir et de dormir aussi normalement que possible. Le bébé reste en général en unité de néonatalogie environ 10 jours, mais parfois plus longtemps. La plupart des admissions en unité néonatale se font alors que le bébé est encore à l'hôpital, après la naissance, mais le bébé est également admis alors qu'il est peut-être déjà rentré à la maison. Si les problèmes du bébé s'aggravent à la maison, il est préférable de l'admettre plus tôt que trop tard. C'est pour cette raison que nous sommes disposés à offrir de l'aide supplémentaire aux parents à la maison afin de voir comment le bébé se porte.

Conseils pour prendre soin de votre bébé

Si votre bébé développe des symptômes de sevrage, nous savons d'expérience, et grâce à la recherche, qu'il existe certaines choses qui tendent à aider le bébé à se remettre.

Voici quelques suggestions.

Pleurs et irritabilité

- Faites en sorte que votre bébé séjourne dans une pièce calme et que l'environnement le soit également – pas de lumières ou de sons forts qui pourraient le déranger et le rendre plus irritable.
- Portez votre bébé avec précaution et le moins souvent possible – cela réduira le niveau de stimulation et gardera votre bébé plus calme.
- Utilisez une tétine, à moins que vous n'allaitiez.
- Si votre bébé reçoit beaucoup de contact peau-à-peau, il pleurera moins.
- Essayez de faire des massages très doux à votre bébé.
- Fredonnez, chantez doucement ou bercez lentement votre bébé.

Problèmes d'allaitement

- Allaitiez votre bébé dans un endroit calme avec le moins de perturbation possible.
- Allaitiez votre bébé à la demande – de petites tétées fréquentes sont en général meilleures.
- Donnez du temps pour le repos entre chaque tétée.
- Faites rotter votre bébé très précautionneusement lorsqu'il arrête de téter.
- Soutenez délicatement les joues et la mâchoire inférieure de votre bébé pour l'aider dans ses efforts à téter et à avaler.

- Si votre bébé connaît beaucoup de contact peau-à-peau, il tétera mieux.
- Essayez de faire des massages délicats du ventre à votre bébé.
- Prenez note de toutes les têtes de votre bébé, de manière à ce que la sage-femme ou la *Health Visitor** puisse vérifier qu'il se nourrit suffisamment, reçoit suffisamment de calories et prend suffisamment de poids.

Problèmes de sommeil

- Laissez votre bébé dormir dans une pièce calme, avec le minimum de perturbations. Faites en sorte que la pièce soit sombre (pas de lumières) et essayez de ne pas trop caresser ou toucher votre bébé.
- Assurez-vous que votre bébé porte une couche propre et sèche – vérifiez s'il présente un érythème fessier (irritation cutanée due au contact de la couche) et appliquez une crème apaisante si nécessaire.
- Assurez-vous que votre bébé a des draps et des vêtements propres, non souillés par du vomi. L'odeur du vomi pourra rendre votre bébé malade à nouveau et le vomi pourra irriter sa peau délicate.
- Une musique douce, fredonner ou bercer doucement votre bébé peut aider.
- Assurez-vous qu'il n'ait pas trop chaud.
- Ne fumez jamais dans la même pièce (ou logement) que votre bébé.

Problèmes de mouvement

- Emmaillotez votre bébé (en l'enveloppant parfaitement dans un tissu doux) – cela pourra aider le bébé à se sentir plus confortable et à arrêter les mouvements.
- Gardez votre bébé dans une pièce calme et à bonne température.
- Utilisez des pièces de tissu en flanelle ou une peau de mouton à poil court recouverte d'une pièce de coton pour assurer le plus de confort au bébé.
- Évitez de trop porter votre bébé s'il est agité, nerveux ou montre des tremblements – limitez les stimulations au maximum pour aider le bébé à se calmer.

Problèmes de peau

- Vérifiez et changez régulièrement les couches de votre bébé.
- Changez régulièrement les vêtements de votre bébé, particulièrement s'il transpire beaucoup.
- Couvrez les mains de votre bébé avec des gants ou des mitaines si sa peau s'abîme à force de sucer son poing.
- Assurez-vous que toutes les zones de peau abîmées soient propres et évitez les lotions pour bébé car il pourrait les sucer.
- Pour prévenir un érythème fessier (irritation cutanée due au contact de la couche), appliquez une crème au zinc ou celle fournie par l'hôpital sur les fesses du bébé.

Problèmes de respiration

- Assurez-vous que personne ne fume près de votre bébé, que l'air soit sain et que la pièce soit à bonne température.
- Assurez-vous que le nez et la bouche de votre bébé soient propres.
- Allaitiez doucement votre bébé, accordez-lui des périodes de repos entre chaque prise.
- Évitez de trop habiller ou d'emmailloter trop serré votre bébé.
- Gardez votre bébé dans une position d'emi-assise et bien soutenue, évitez de positionner le bébé sur le ventre pour dormir.

- Gardez un œil attentif sur votre bébé. Si les difficultés à respirer continuent ou empiraient, contactez votre médecin traitant, votre sage-femme ou votre *Health Visitor*, ou appelez les urgences.

Problèmes de température

- Réduisez les vêtements au minimum et évitez trop de draps — évitez que votre bébé ait trop chaud.
- Si vous apportez beaucoup de contact peau-contre-peau, cela aidera à contrôler la température du corps de votre bébé.
- Demandez un avis médical si votre bébé montre une forte température pendant plus de 4 heures. Appelez votre sage-femme ou votre médecin traitant.

Autres problèmes

- Si votre bébé présente des diarrhées ou des vomissements sévères et se déshydrate, contactez votre sage-femme, votre médecin traitant ou l'hôpital pour obtenir des conseils immédiatement.
- Si votre bébé présente des convulsions, composez le 15 et demandez une ambulance pour emmener votre bébé à l'hôpital.

Obtenir de l'aide

Il est très important que vous bénéficiiez de tout le soutien dont vous avez besoin. Montrez ce fascicule à votre partenaire ou à n'importe quelle autre personne (famille ou amis) qui vous aidera à prendre soin de votre bébé. Il existe de nombreux mythes sur les symptômes de sevrage du bébé et de nombreux jugements négatifs sur les femmes usagères d'alcool ou de drogues. De nombreux parents disent qu'ils se sentent coupables et blâmables de la condition de leur bébé et trouvent difficiles de parler des symptômes de sevrage du bébé. C'est pour cela que nous souhaitons en parler assez tôt durant la grossesse. De cette manière vous pouvez recevoir de bonnes informations et ne pas vous sentir anxieuse en ce qui concerne votre bébé.

Nous savons qu'il peut s'avérer très difficile de prendre soin d'un bébé qui présente des symptômes de sevrage et que cela requiert de la patience et du temps. L'expérience nous a montré qu'il existe de nombreuses choses que vous pouvez faire pour calmer et assurer le confort de votre bébé et pour aider à améliorer sa condition. Malgré cela, si vous trouvez que prendre soin de votre bébé est trop stressant, n'ayez pas peur d'appeler des professionnels et services NHS. Souvenez-vous qu'ils sont toujours présents pour vous apporter du soutien et pour parler avec vous de toutes les inquiétudes ou questions que vous pourriez avoir.

Sentez-vous libre de parler avec votre sage-femme ou un autre professionnel de santé des informations contenues dans ce fascicule, particulièrement s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas ou dont vous voudriez parler plus en détails. Nous espérons que ce fascicule vous a fourni suffisamment d'informations pour vous aider à préparer l'arrivée de votre bébé.

Numéros utiles

Ma maternité	Ma sage-femme
Mon obstétricien	Mon pharmacien
Mon <i>health visitor</i> *	Mon éducateur toxicomanie
Mon assistant social	
Autres travailleurs impliqués dans mes soins	

Annexe 4

Score de Finnegan :

MODÈLE DE SYSTÈME DE MESURE DU SCORE D'ABSTINENCE NEONATALE											
SYSTÈME	SIGNES ET SYMPTÔMES	SCORE	AVANT NAÏS				APRÈS NAÏS				REMARQUES
SYMPTÔMES DE L'ABSTINENCE NEONATALE	Crâjeux (ou autres) irritables, < 5 minutes	2									Autre qu'oncle
	Crâjeux (ou autres) irritables, < 5 minutes	2									
	Comotité de < 12 heures après le naître	2									
	Comotité de < 12 heures après le naître	2									
	Comotité de < 12 heures après le naître	2									
	Réflexe du Moro hyperactif	2									
	Réflexe du Moro hyperactif	2									
	Tremblements légers, asymétriques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, sans épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
SYMPTÔMES DE L'ABSTINENCE NEONATALE	Tremblements légers, à points épileptiques	2									Autre qu'oncle
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
SYMPTÔMES DE L'ABSTINENCE NEONATALE	Tremblements légers, à points épileptiques	2									Autre qu'oncle
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
	Tremblements légers, à points épileptiques	2									
SCORE TOTAL											
SIGNATURE DU MÉDECIN											

D'après Finnegan L. P . Neonatal Abstinence Syndrome : Assessment and Pharmacotherapy.
Neonatal Therapy : An Update. Rubaltelli FF and Granati B. (Eds) Experta Medica, Amsterdam, New-York, Oxford 1986.

Annexe 5

Score de Lipsitz :

SIGNES	SCORE			
	0	1	2	3
Trémulations : Activité musculaire des membres	Absentes Normale	Légèrement augmentées par des stimulations ou par le jeûne	Augmentation modérée ou forte au repos, calmée par l'alimentation ou le berçage	Augmentation forte ou continue au repos ± mouvements de type convulsifs
Irritabilité cris excessifs	0	Légère augmentation	Augmentation modérée ou forte par des stimulations ou par le jeûne	Forte augmentation même au repos
Réflexes	Normaux	Accentués	Très accentués	
Tonus musculaire	Normal	Hypertonie	Rigidité	
Selles	Normales	Liquides, en jet mais de fréquence normale	Liquides, en jet et > 8/j	
Lésions cutanées	0	Rougeurs genoux, coudes	Erosions	
FR/mn	< 55	55 - 75	> 75	
Eternuements répétés	Non	Oui		
Bâillements répétés	Non	Oui		
Vomissements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

D'après Lipsitz P. J., Clin Pediatr. 1975, 14, 6, 592-594 (17)

Annexe 6

Calendrier de prise en charge idéale

Usage problématique de substances psychoactives durant la grossesse

	Soins pré-conceptionnels	• Conseils sur la santé reproductive, la fertilité, la contraception, la santé sexuelle • Proposition de rencontrer le planning familial • Évaluation de la consommation de tabac, d'alcool et des autres drogues • Conseils pour une bonne grossesse : conseils diététiques, complémentation en acide folique et en vitamine D • Évaluation des risques de contamination par les virus transmissibles par le sang et proposition de tests de dépistage
	Confirmation de la grossesse / premier contact avec un professionnel de santé	• Organiser le premier rendez-vous avec une sage-femme en maternité • Consulter son médecin traitant : conseils sur un style de vie sain, sur la complémentation en acide folique, sur l'hygiène • Organiser la première échographie à 12 semaines
10 semaines	Premier rendez-vous (inscription) Partage d'information multi-disciplinaire/première évaluation des risques possibles pour le bébé	• Suivre le guide de soins anténatals • Remplir le formulaire de liaison de la maternité (si usage problématique de substances) • Conseils et soutien pour arrêter de fumer • Interventions brèves sur la consommation d'alcool • Orientation vers un spécialiste en addictologie si nécessaire • Orientation vers une maternité spécialisée dans l'usage problématique de substances psychoactives • Prise de rendez-vous avec un obstétricien • Distribution du fascicule « Enceinte... et consommatrice d'alcool ou de drogues ? » • Remise du fascicule « Prendre soin d'un bébé montrant des symptômes de sevrage » • Réalisation des tests de dépistage (VIH*, VHB*, VHC*). Si résultat positif, suivre la procédure indiquée • Remise du formulaire d'information sur « Comment nourrir le nourrisson » et conseils sur l'allaitement au sein

		• Discussion sur le travail et la mise au monde (incluant le protocole concernant les prescriptions) • Discussion et agrément sur la contraception postnatale • Surveillance de la consommation de drogues et/ou d'alcool • Mise à jour du formulaire de liaison avec la maternité
36 semaines	Rendez-vous anténatal	• Préparation à la parentalité • Évaluation de la croissance fœtale • Discussion sur la prise en charge du bébé présentant un SSNN ou SAF*
38 semaines	Rendez-vous anténatal	• Préparation à la parentalité • Surveillance de la consommation de drogues et/ou d'alcool
Terme (40 semaines)	NAISSANCE	• Si terme dépassé, rendez-vous avec la femme à 40 ou 41 semaines et mise en place d'un plan pour provoquer le travail • Si naissance survenue à terme, suivi du plan de soin postnatal • Conseils et soutien pour l'allaitement au sein • Prescription d'une contraception postnatale • Soutien sur la parentalité pour la mère et le père • Évaluation du Syndrome de sevrage néonatal (SSNN)* et soins si nécessaire • Évaluation du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF*) et soins si nécessaire • <u>Rendez-vous de travail transversal de sortie</u> (incluant les prescriptions requises par le plan de soin) • Révision et mise à jour du plan de soutien à la famille • Identification du professionnel en charge de la coordination pour le plan de soin postnatal • Kit de sortie - discussion sur les risques de mort subite du nourrisson et du partage de lit
10 jours	Soin postnatal Réévaluation-révision du plan de soutien à la famille / plan de protection de l'enfance	• Continuation du soutien inter-service/plan de soutien postnatal • Continuation de l'évaluation de SSNN/SAF* et soin (si nécessaire) • Réévaluation de la consommation de drogues/alcool après la sortie • Soutien de prévention à la rechute • Soutien parental pour la mère et le père • Fin de la prise en charge par la sage-femme (entre le jour 10 et le jour 28) • Remplissage du formulaire de liaison avec la maternité (lié à l'usage problématique de substances psycho-actives) pour documenter les résultats de la grossesse • Visite à domicile par un <i>health visitor</i>* à partir du jour 11 • Organisation d'un rendez-vous de travail transversal à 6-8 semaines

		• Évaluation du contexte social, discussion sur les bénéfices de la maternité • Évaluation des risques (concernant la protection de l'enfant) • Consentement pour le partage d'information et le travail transversal • Remise du livret de maternité
12 semaines		• Échographie et évaluation du premier trimestre (si consentement)
16 semaines...	Rendez-vous anténatal Mise en place du plan de soin maternel	• Discussion des besoins d'évaluation et de soins avec l'obstétricien • Discussion et accord sur le plan de soin maternel • Discussion et accord sur la prise en charge addictologique • Identification de la personne en charge d'organiser l'évaluation transversale et les rendez-vous de soutien à la famille
20 semaines		• Échographie d'anomalie fœtale
22 semaines	Rendez-vous anténatal	• Monitoring de l'évolution, incluant l'usage d'alcool, de tabac et/ou de drogues • Organisation d'une réunion transversale avec les parents/professionnels • Visite d'évaluation à domicile incluant une discussion sur le stockage sans risque des drogues
24 semaines	Réunion transversale et plan de soutien à la famille	• Réunion transversale avec les parents pour discuter l'évaluation et l'agrément à un plan de soutien à la famille • Évaluation de la consommation de drogues, de tabac et/ou d'alcool et des traitements éventuels • Discussion sur les capacités parentales de la mère et du père à élever l'enfant • Discussion sur la prise en charge du bébé présentant un SSNN ou SAF • Nomination d'un professionnel responsable de la coordination du plan de soutien à la famille
28 semaines	Rendez-vous anténatal	• Réunion d'information sur la protection de l'enfant (si nécessaire) et sur le plan de protection de l'enfant (si nécessaire) • Échographie de croissance et monitoring fœtal si nécessaire • Discussion du plan de naissance
32 semaines	Rendez-vous anténatal	• Évaluation de la croissance fœtale : 2^e échographie de croissance

Annexe 7

Affiche du Réseau Périnatalité Normandie à destination des femmes enceintes :



Résumé :

Dépendance aux opiacés et grossesse : le rôle du pharmacien d'officine

La grossesse est une période importante dans la vie d'une femme. Durant la grossesse, la femme subit beaucoup de modifications tant au niveau psychologique qu'au niveau physique. Si en plus d'être enceinte la future mère est dépendante aux opiacés, alors la grossesse est une grossesse à risque et doit être suivie d'autant plus près par les professionnels de santé.

La prise d'opiacés pendant la grossesse peut entraîner un retard de croissance intra-utérin, un faible poids à la naissance voire des malformations de l'appareil respiratoire.

Cependant, on préconise de ne pas arrêter brusquement les opiacés puisque cela pourrait engendrer un accouchement prématuré voire la mort in-utéro du fœtus. Le nouveau-né sera atteint d'un syndrome de sevrage à la naissance puisqu'il n'aura plus la dose d'opiacés qu'il recevait par l'intermédiaire de la mère. Parmi les symptômes du sevrage nous avons des troubles du système nerveux central, des troubles du sommeil, troubles digestifs, des troubles respiratoires.

Des traitements de substitution ont été mis en place afin de ne pas engendrer un sevrage néonatal aux nouveau-nés. Parmi ces traitements on trouve la méthadone ainsi que la buprénorphine qui sont des opioïdes. Le médecin prenant en charge la future mère décidera de substituer avec la méthadone ou bien avec la buprénorphine.

Le pharmacien peut intervenir dans la prise en charge de ces femmes, il est là pour orienter ces femmes vers des professionnels de santé qui seront plus adaptés à leur situation (addictologue, sage-femme...) ou bien vers des structures accueillant ce genre de patients (CSAPA...). Le pharmacien d'officine est un des seuls professionnels de santé disponible, sans prise de rendez-vous. Les professionnels de santé doivent collaborer entre eux afin de proposer une meilleure prise en charge pour ces futures mères et leurs futurs enfants.

Summary:

Opiate dependence and pregnancy: the role of the dispensing pharmacist

Pregnancy is an important period in a woman's life. During pregnancy, a woman undergoes many psychological and physical changes. If, in addition to being pregnant, the mother-to-be is dependent on opiates, then the pregnancy is a high-risk one, and needs to be monitored all the more closely by healthcare professionals.

Taking opiates during pregnancy can lead to intrauterine growth retardation, low birth weight and even respiratory malformations.

However, it is advisable not to stop taking opiates abruptly, as this could lead to premature delivery or even in-utero fetal death. The newborn will suffer from withdrawal syndrome at

birth, since it will no longer have the dose of opiates it received from the mother. Symptoms of withdrawal include central nervous system disorders, sleep disorders, digestive disorders and respiratory problems.

Substitution treatments have been introduced to prevent neonatal withdrawal in newborns. These treatments include methadone and buprenorphine, both opioids. The doctor treating the mother-to-be will decide whether to substitute with methadone or buprenorphine.

The pharmacist can play a part in the care of these women, by directing them to the health professionals best suited to their situation (addictologist, midwife, etc.) or to facilities that cater for this type of patient (CSAPA, etc.). The dispensing pharmacist is one of the only healthcare professionals available, without having to make an appointment. Healthcare professionals need to work together to provide the best possible care for these expectant mothers and their future children.