

Université d'Angers
UFR des études médicales,
École de sages-femmes René ROUCHY

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

**LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES
DÉPENDANTES AUX OPIACÉS**

Étude rétrospective réalisée au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers
du 1er janvier 2002 au 31 octobre 2011

Présenté par Aurore PONCET

Sous la direction de Monsieur J.-L. Fougas

Juin 2012

Je remercie,

Monsieur Jean-Léonard Fougas pour sa disponibilité et son aide dans
l'élaboration de ce travail,

Madame Brigitte Goichon, sage-femme enseignante à l'école René ROUCHY,
pour ses orientations avisées et ses encouragements,

Madame Corinne Dano, praticien hospitalier en addictologie au CHU d'Angers,

Madame Sylvie Boudier, sage-femme responsable de la PASS-Périnatalité au
CHU d'Angers,

Ma famille et mon mari pour leur soutien tout au long de ces années d'études.

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| I - INTRODUCTION..... | 5 |
| II - GENERALITES..... | 6 |
| II.1 - Épidémiologie..... | 6 |
| II.2 - Généralités sur les opiacés..... | 7 |
| II.2.a - Définitions..... | 7 |
| II.2.b - La dépendance et tolérance..... | 7 |
| II.2.c - Les effets à court terme..... | 8 |
| II.2.d - Les effets à long terme..... | 8 |
| II.2.e - Pharmacologie..... | 9 |
| II.3 - Les répercussions de la toxicomanie aux opiacés chez la femme enceinte..... | 10 |
| II.3.a - Les complications médicales de la toxicomanie répercutant sur la fertilité et la grossesse..... | 10 |
| II.3.b - Les complications fœtales et obstétricales..... | 11 |
| II.3.c - Les répercussions sur le nouveau-né..... | 13 |
| II.4 - La polyintoxication..... | 14 |
| II.5 - La substitution..... | 16 |
| II.5.a - La méthadone..... | 17 |
| II.5.b - Le subutex®..... | 19 |
| III - PATIENTS ET MÉTHODE..... | 22 |
| III.1 - Matériel | 23 |
| III.2 - Méthode..... | 23 |
| IV - RÉSULTATS..... | 26 |
| IV.1 - Les caractéristiques de la population..... | 26 |
| IV.1.a - Les caractéristiques maternelles..... | 26 |
| IV.1.b - Caractéristiques socio-économiques..... | 28 |
| IV.1.c - Les caractéristiques paternelles..... | 29 |
| IV.1.d - Caractéristiques gynécologiques et obstétricales..... | 30 |
| IV.2 - La toxicomanie..... | 32 |
| IV.3 - La co-morbidité virale et psychiatrique..... | 34 |
| IV.3.a - Les résultats médicaux..... | 35 |
| IV.4 - Le suivi anténatal..... | 36 |
| IV.5 - Les complications obstétricales..... | 39 |
| IV.6 - Les complications néonatales..... | 41 |
| IV.7 - Le lien mère-enfant..... | 43 |
| IV.8 - Le suivi post-natal..... | 45 |
| V - DISCUSSION ET ANALYSE..... | 46 |
| V.1 - Critique de la méthodologie..... | 46 |
| V.2 - Présentation des autres études..... | 47 |
| V.3 - Analyse..... | 49 |
| VI - CONCLUSION..... | 58 |
| VII - BIBLIOGRAPHIE..... | 60 |

ABREVIATIONS

| | |
|----------------|---|
| AMM : | Autorisation de Mise sur le Marché |
| BHD : | Buprénorphine Haut Dosage |
| CHU : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CPUD : | Cellule Parentalité et Usage de Drogues |
| FSH : | Hormone Folliculo-Stimulante |
| HCV : | Virus de l'Hépatite C |
| IMC : | Indice de Masse Corporelle |
| IST : | Infection Sexuellement Transmissible |
| IVG : | Interruption Volontaire de Grossesse |
| LH : | Hormone Lutéinisante |
| MAP : | Menace d'Accouchement Prématuro |
| MFIU : | Mort foetale In Utero |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| OFDT : | Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies |
| PASS : | Permanence d'Accès aux Soins de Santé |
| PMI : | Protection Maternelle et Infantile |
| RCIU : | Retard de Croissance Intra-Utérin |
| SIG : | Suivi Intensif de Grossesse |
| SA : | Semaine d'Aménorrhée |
| UMPSP : | Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité |
| VIH : | Virus de l'Immunodéficiencio Humaine |

I - INTRODUCTION

La grossesse constitue un moment clé dans la vie d'une femme autant sur le plan psychologique que sur le plan médical. Dans le cadre des femmes enceintes toxicomanes, il s'agit d'un moment propice à une prise en charge de leur dépendance, qui détermine en grande partie leurs conditions de vie. C'est pourquoi, nous allons étudier la prise en charge de la grossesse dans un contexte de dépendance aux opiacés.

Les enjeux de cette prise en charge sont multiples : la stabilisation de la consommation, la prévention des complications fœtales et obstétricales, la mise en place du lien mère/enfant, ainsi que le devenir psycho-comportemental de l'enfant en devenir.

La toxicomanie est un phénomène important de notre société, touchant toutes les classes de la société et principalement les sujets jeunes en âge de procréer (1). Elle s'inscrit parfois dans des contextes de troubles psychiatriques, chez des sujets souvent fragiles, avec un passé familial quelques fois tumultueux (9). Il est donc possible de penser que cette dépendance est à la fois la cause et la conséquence des désordres familiaux, sociaux et économiques, entraînant marginalisation et précarité. On imagine bien que la réponse à la toxicomanie est compliquée et que le sevrage ne suffit pas à supprimer ce problème. C'est donc un entourage médical suffisant, humanisé et averti qui permettra à ces femmes de vivre une grossesse à peu près « normale ». Étiquetées « toxicomanes », ces patientes sont encore stigmatisées et craignent souvent le milieu médical, pourtant conscientes de leur état de grossesse.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la dépendance des femmes enceintes aux opiacés au travers d'une revue de la littérature, afin de mieux cerner les enjeux qui se jouent, les conséquences, les solutions et les différentes modalités de prise en charge. Dans un deuxième temps, nous vous exposerons notre étude rétrospective sur la prise en charge de ces femmes au sein du CHU d'Angers. Nous l'analyserons et la comparerons notamment avec celle effectuée au sein de la « Cellule Parentalité et Usage de drogues » du CHU de Montpellier.

II - GENERALITES

II.1 - Épidémiologie

D'après le rapport de juin 2010 de l'OFDT, on estime à 360 000 le nombre de consommateurs d'héroïne aujourd'hui, dont pratiquement tous en font un usage quotidien. Parmi ces consommateurs, 25 à 30% sont des femmes, avec une large majorité en âge de procréer.

Parmi les usagers des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD), 25% ne dispose d'aucun revenu, vivant de mendicité, prostitution ou petit deal, et 52% d'un revenu social uniquement.

Concernant les soins, le nombre de consommateurs de ces produits vus dans les centres spécialisés au cours d'une année est difficile à estimer avec précision, ces personnes étant susceptibles de fréquenter plusieurs centres la même année. Les médecins de ville voient également un grand nombre d'usagers, notamment ceux suivant un traitement de substitution aux opiacés : méthadone ou buprénorphine haut dosage (BHD). Environ 130 000 personnes ont bénéficié de remboursements de médicaments de substitution aux opiacés en 2007. La BHD est toujours largement majoritaire : 80% des bénéficiaires contre 20% pour la méthadone. Si la plupart utilise la BHD dans un but thérapeutique, une minorité la détourne pour la consommer ou la revendre comme une drogue (2).

Par ailleurs, la prévalence des consommations d'héroïne et de cocaïne chez la femme enceinte se situerait entre 0,5 et 5%, soit environ 500 à 2500 cas par an. En effet, il n'existe actuellement aucune donnée précise sur la prévalence de ces consommations du fait du caractère illicite de ces produits(2).

Parmi les usagers de drogue, la prévalence du VIH est d'environ 6 à 8%, et de 40 à 50% pour l'hépatite C. Ces chiffres sont en baisse ces dernières années grâce à la prévention effectuée (1)(2). Par ailleurs, les antécédents psychiatriques se rencontrent

souvent chez les personnes prises en charge pour leur consommation d'héroïne : près de 30% d'entre elles ont déjà été hospitalisées pour un problème psychiatrique.

L'évolution rapide des mœurs et des nouveaux produits dans le domaine de la consommation de drogues illicites est indéniable (3). On peut observer depuis quelques années une augmentation importante de la polytoxicomanie touchant tous les milieux socioculturels et une population de plus en plus jeune avec des pratiques associant alcool, tabac, cannabis, cocaïne(9). En terme de santé publique, l'héroïnomanie reste une préoccupation importante notamment à cause des conséquences médicales qu'elle engendre et de ses modes d'utilisation.

II.2 - Généralités sur les opiacés

II.2.a - Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la toxicomanie comme un état de dépendance physique ou psychique. Elle introduit la notion d'accoutumance ou de tolérance (état d'adaptation au produit avec nécessité d'augmenter les doses pour obtenir l'effet désiré) entraînant des conséquences néfastes sur la vie quotidienne. Il s'agit d'un état chronique neurobiologique dont le développement et les manifestations peuvent être influencés par les facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux.

II.2.b - La dépendance et tolérance (6)

Toutes les drogues synthétiques apparentées à l'opium ont été mises au point à titre d'analgésie, sans potentiel de dépendance. Cependant, tous les opioïdes qui se révèlent efficaces comme analgésiques engendrent la dépendance. Une consommation régulière d'opioïde entraîne une grave dépendance psychologique et physique. La dépendance psychique passe par plusieurs stades : initiation, puis usage habituel et enfin usage compulsif.

II.2.c - Les effets à court terme (4)(6)

L'héroïne est un dépresseur du système nerveux central. Elle a une action analgésique et sédatrice ainsi qu'une puissante action anxiolytique et antidépressive. Elle agit sur le système nerveux central (système limbique et hypothalamus) par saturation des récepteurs aux opiacés (nommés récepteurs mu), impliqués dans le phénomène de perception de la douleur. L'action de l'héroïne sur les récepteurs aux opiacés situés dans le reste du corps, est à l'origine des effets secondaires : somnolence, dépression respiratoire, hypotension et bradycardie, vomissement, bronchoconstriction ou encore myosis. Le risque majeure reste le décès par overdose.

II.2.d - Les effets à long terme (4)(6)

Au long terme, la consommation d'héroïne entraîne donc une forte dépendance physique et psychique ainsi qu'une accoutumance aux opiacés. Elle peut aboutir à des infections opportunistes du fait de l'affaiblissement de l'état général. Elle conduit aussi à des troubles anxieux et des troubles de l'humeur chez 90% des sujets, avec risque suicidaire aggravé par la consommation associée d'alcool, de psychostimulants et la marginalisation. Elle entraîne par ailleurs des problèmes cutanés et dentaires ainsi qu'un risque de contamination par le VIH. Sur le plan social, la dépendance aux opiacés entraîne un isolement et conduit à une majoration des pratiques illégales.

Le syndrome de sevrage (5)(6)(13)

Le syndrome de sevrage ne met pas en jeu le pronostic vital. Il s'agit d'un syndrome commun à tous les psychotropes donnant lieu à une dépendance. Typiquement, il s'agit de manifestations hyperadrénergiques se manifestant par un syndrome pseudo-grippal avec des vomissements, douleurs musculaires, bouffées de chaleur, sueurs, diarrhées. Il se traduit aussi par des angoisses et des insomnies. On observe parfois une évolution vers un syndrome confusionnel. Dans le cas de l'héroïne, l'état de manque apparaît dans les 2 à 3 heures suivant la dernière injection et devient maximal au 2ème et 3ème jour. Dans le cadre des produits de substitution où l'effet est

plus long, les symptômes sont souvent atténués mais le syndrome de sevrage est maximum au 7ème jour.

II.2.e - Pharmacologie (4)(6)

Comme tous les opiacés, l'héroïne exerce son action en se liant à des récepteurs exprimés sur la membrane des neurones et de divers autres types de cellules, notamment les cellules sanguines. Il existe plusieurs types de récepteurs aux opiacés : mu, kappa et delta.

Les récepteurs mu dominant largement et les opiacés susceptibles de donner lieu à usage abusif présentent une forte affinité pour ces récepteurs. Ils constituent vraisemblablement la cible privilégiée des morphiniques. Les récepteurs mu sont probablement responsables des effets analgésiques majeurs des morphiniques, des effets euphorisants, déprimeurs respiratoires et de l'induction de la pharmacodépendance. Les récepteurs mu et delta participent plus ou moins directement au contrôle de l'humeur, à la régulation de la fonction ventilatoire, au contrôle de certaines fonctions endocriniennes et digestives, ainsi qu'au contrôle de la nociception dans des proportions mal élucidées.

Quant aux récepteurs kappa, ils entraînent une analgésie par action au niveau médullaire, une sédation, un myosis, une dysphorie et hallucinations.

Les récepteurs aux opiacés sont essentiellement localisés dans le striatum, le tronc cérébral, ainsi que dans la moelle, en particulier au niveau de la corne postérieure et de la substance gélatineuse. Ils sont également présents au niveau du tractus gastro-intestinal et dans diverses zones du système nerveux autonome, ainsi qu'au niveau des globules blancs. Il n'est pas étonnant que l'administration d'opiacés induise des effets pharmacologiques et cliniques très variés.

II.3 - Les répercussions de la toxicomanie aux opiacés chez la femme enceinte (7)(8)(11)(12)(15)(18)(20)(21)

L'étude de la répercussion des drogues sur la grossesse est difficile. En effet, il existe souvent plusieurs facteurs de risque associés : alcoolisme, tabagisme, conditions de vie précaires, pratique de la prostitution ou faible suivi anténatal. Il est donc difficile de distinguer la responsabilité toxique du produit et du mode de vie. Les effets des toxiques peuvent être analysés en faisant référence aux études expérimentales, notamment pour l'action tératogène, mais les résultats expérimentaux ne sont pas toujours adaptables à l'espèce humaine.

Il importe aussi de souligner l'importance des situations matérielles induites par la toxicomanie, en tant que style de vie, néfastes à la grossesse, et indépendantes des propriétés pharmacologiques de la drogue : hyperactivité, absence de repos, prise de risque permanente (illégalité de la pratique, délinquance), ruptures familiales, désinsertion sociale et professionnelle, marginalité parfois extrême avec prostitution.

Il s'agit donc de grossesses à très haut risque médico-social : complications médicales, obstétricales, sociales et psychologiques.

II.3.a - Les complications médicales de la toxicomanie répercutant sur la fertilité et la grossesse (8)(11)

L'aménorrhée ou l'oligoménorrhée sont très fréquentes chez la femme héroïnomane mais sont réversibles à l'arrêt de l'intoxication. L'origine de ces troubles provient de l'action centrale des morphiniques au niveau supra-hypophysaire, entraînant une diminution de la sécrétion de FSH et de LH. Une augmentation de la prolactine est également en cause (effet anti-gonadotrope et hyperprolactinémiant des opiacés). Ces troubles du cycle, volontiers associés à un déni psychologique, se traduisent souvent par un retard de diagnostic de la grossesse, rendant l'interruption volontaire de grossesse difficile ou impossible lorsqu'elle est souhaitée, et retardant le suivi obstétrical. D'autres

éléments peuvent expliquer cette relative infertilité : des antécédents infectieux pelviens, la diminution de la libido, l'impuissance du conjoint souvent toxicomane aussi.

Par ailleurs, il s'agit principalement de complications infectieuses : HIV, hépatites aiguës et chroniques (B et C), endocardites, septicémies, abcès, IST (herpès génital, syphilis), infection des voies urinaires. De plus, une mauvaise hygiène de vie avec notamment la malnutrition, aggrave l'anémie induite par la grossesse.

Comme nous l'avons vu précédemment, les complications psychiatriques à l'usage de drogue répercutent évidemment sur les pathologies de la grossesse et sur la mise en place du lien mère-enfant.

II.3.b - Les complications fœtales et obstétricales (7)(11)(18)(20)

Une grande partie de ces complications sont induites par le manque de suivi de ces femmes enceintes. Nous les décrivons ci-dessous :

- **Retard de diagnostic** : comme nous l'avons vu, il est dû principalement aux troubles du cycle. La datation de la grossesse et le terme seront donc moins précis.
- **Avortements spontanés** : environ 20 à 30% des cas (chiffre souvent difficile à interpréter car ces femmes consultent peu ou très tardivement)
- **Accouchements prématurés** : de 15 à 35%. Ils constituent une des complications majeures de la grossesse chez les héroïnomanes. L'incidence du mode de vie pourrait être déterminante à ce niveau (tabac, conditions de vie difficiles, infections génitales fréquentes) ainsi que les épisodes de manque, à l'origine d'une irritabilité utérine préjudiciable au maintien de la grossesse.
- **Retard de croissance intra-utérin (RCIU)** : en expérimentation animale, il peut exister même si la prise de drogue a été arrêtée avant la conception. Le retard de

croissance est lié aux conditions de vie, au tabagisme associé, à la malnutrition et aux effets propres de l'héroïne. L'alternance des phases d'intoxication et de sevrage est ressentie par le fœtus comme un stress, dans un environnement utérin peu favorable : l'hypercontractibilité utérine entraîne une insuffisance placentaire et donc une souffrance fœtale. Le sevrage intra-utérin occasionne à chaque fois un traumatisme pour le futur enfant, bien repéré par l'émission de méconium, voire la mort fœtale in utero (MFIU).

- **La mort fœtale in utero (MFIU)** par sevrage aiguë est une complication classique.
- **Infections** : Il peut s'agir d'infections vénériennes (condylômes, gonocoques, syphilis), de l'hépatite B et C, d'infection par le VIH, d'amniotite et de chorioamniotite, d'abcès de peau, d'endocardites infectieuses (*staphylococcus aureus* le plus souvent avec une mortalité avoisinant les 10%), de pyélonéphrites.
- **Anémie** : due à la malnutrition retrouvé dans 30% des cas.
- **Toxémie gravidique** et décollement placentaire : son incidence est plus diversement appréciée.
- **Accouchements** : ils sont souvent plus rapides car les patientes arrivent tardivement en salle d'accouchement par peur du manque. On note une augmentation de la fréquence des accouchements à domicile ainsi qu'une augmentation de la présentation du siège en rapport avec le petit poids de naissance. Par ailleurs, il n'existe pas de complications majeures de l'accouchement où le nombre de césariennes et d'extractions instrumentales sont les mêmes que ceux de la population générale.

A priori, il n'existe pas d'augmentation des complications du post-partum.

II.3.c - Les répercussions sur le nouveau-né (8)(11)(14)(15)(21)

C'est sur le nouveau-né que les conséquences de la toxicomanie sont les plus marquantes. L'héroïne n'est pas tératogène, mais la prévalence d'une consommation excessive d'alcool dans cette population augmente le taux de malformations congénitales. Le poids de naissance des enfants est souvent faible, par pré maturité et/ou hypotrophie fœtale. Le tabac en est aussi un agent responsable. Le syndrome de sevrage est un trouble classique.

- **Le petit poids de naissance** : c'est une anomalie souvent rapportée avec un poids généralement compris entre 2500 et 2800g , s'agissant souvent d'un retard de croissance harmonieux. C'est en partie l'action directe de l'héroïne (diminution de la croissance et de la multiplication cellulaire) qui en est responsable. Cependant, il ne semble pas exister de corrélation entre le poids de naissance et la dose de stupéfiant consommée.
- **L'inhalation méconiale** est une donnée retrouvée
- **Le syndrome de sevrage** : il apparaît le plus souvent dans les premières 24 heures et quelques fois plusieurs jours après. Il concerne environ 60 à 90% des cas. Il associe irritabilité, hyperactivité, hyperexcitabilité du système nerveux central, trémulations, mouvements anormaux, hypertonie, tachypnée avec parfois alcalose, apnées et diarrhées avec déshydratation. Si le syndrome de sevrage du nouveau-né peut être très sévère, le plus souvent il est modéré, et peut être contrôlé par la tendresse et l'attention de la mère.
- **La séparation mère-enfant** : Les risques de séparation et de maltraitances sont dus non seulement à des interactions négatives entre une mère perturbée (l'accouchement étant un moment déstabilisant) et un nouveau-né en souffrance mais aussi à des modalités inadaptées de prise en charge par les services obstétrico-pédiatriques.

- **La mortalité** : est d'environ 3 à 4 %. Les décès sont généralement dus à la prématurité et à l'hypotrophie et non pas directement liés au syndrome de sevrage. On note une augmentation significative du syndrome de mort subite du nourrisson.

II.4 - La polyintoxication (15)(24)(25)

Il est important de souligner qu'une très grande majorité des femmes dépendantes aux opiacés consomment également d'autres toxiques. En effet, l'évolution des mœurs, la précarité et le mode de vie tend vers une consommation plus accrue de tabac, alcool, cannabis ou cocaïne. Les études ont montré que les produits les plus foeto-toxiques sont l'alcool, le tabac et la cocaïne.

Bien évidemment, ces toxicomanies entraînent aussi des complications sur le fœtus : prématurité, retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré, petit poids de naissance ou encore syndrome de sevrage.

C'est pourquoi, nous avons décidé d'énumérer les complications obstétricales, fœtales et néonatales.

Le tabac

Un grand nombre de femmes enceintes héroïnomanes fument du tabac soit plus de 90% de ces femmes. Les conséquences principales sont :

- L'accouchement prématuré
- Le retard de croissance intra-utérin
- L'anomalie d'insertion placentaire et son décollement
- La mort subite du nourrisson
- Les infections respiratoires du nouveau-né

L'alcool

En dehors des conséquences gravidiques, les principales complications

concernent le fœtus avec notamment le syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF). Sa gravité est variable selon le moment de l'exposition anténatale. Cependant, il est irréversible.

Il comporte :

- Le retard de croissance : 80% des cas. Il est le principal critère diagnostique du SAF. Il est harmonieux car il touche le poids, la taille et le périmètre crânien. Le défaut de croissance du périmètre crânien est le reflet de l'insuffisance du développement cérébrale qui sera responsable de l'insuffisance mentale ultérieure.
- La dysmorphie cranio-faciale est caractéristique de l'exposition du fœtus à l'alcool (malformations des yeux, des oreilles)
- Les malformations organiques : cardiopathies, anomalies du système nerveux
- Les malformations du squelette entraînant des troubles de la croissance

La cocaïne

La consommation de cocaïne a des répercussions maternelles importantes : hypertension artérielle, ischémie myocardique, accident vasculaire cérébral, hématome rétro-placentaire.

Concernant le fœtus, les complications sont :

- le RCIU
- le syndrome de manque cependant moins sévère et ne nécessitant pas de traitement particulier
- les anomalies gastro-intestinales
- les anomalies neurologiques

Le cannabis

C'est une des drogues les plus fréquemment utilisée. Le caractère tératogène ou son influence sur la grossesse n'ont pas été clairement mis en évidence mais il s'agit d'avantage d'un mode d'introduction à la toxicomanie, pouvant conduire à des drogues

plus dures chez des sujets fragiles.

Les benzodiazépines

Concernant les benzodiazépines, les complications majeures sont l'hypotonie à la naissance et le syndrome de sevrage.

II.5 - La substitution (13)(15)(16)(17)(21)

L'un des principaux avantages d'une mise sous substitution des femmes enceintes héroïnomanes est leur suivi dans le cadre d'une prise en charge globale. Cela permet un meilleur suivi des grossesses, avec réduction des tensions liées à la recherche d'un produit, ou à des périodes de manques néfastes pour le fœtus. C'est une des voies possibles vers la sortie de la délinquance. Par contre, pour ce qui concerne l'enfant, la mise sous substitution ne fait pas disparaître les signes de manque et une prise en charge spécialisée doit pouvoir être proposée.

De nombreuses publications font état d'une nette amélioration du suivi de grossesse et des données périnatales (terme, poids de naissance) chez des femmes enceintes toxicomanes entrant dans un programme de substitution dans un cadre institutionnel. L'effet bénéfique de la substitution, hormis celui de la prise en charge et du soutien médico-psycho-social, repose surtout sur le maintien de taux maternels stables d'opiacés évitant les épisodes successifs de pics et les périodes de manque, ces derniers étant très nocifs pour le fœtus. Elle limite donc les risques de transmissions virales, la prématurité et le retard de croissance intra-utérin, ainsi que les rechutes de consommation d'héroïne et d'autres produits addictifs.

Plusieurs auteurs insistent sur le fait de maintenir des doses élevées en cours de grossesse, voire d'augmenter les posologies en fin de grossesse du fait de l'augmentation du volume plasmatique au cours de la grossesse. La diminution des doses en fin de grossesse, souvent réclamées par les femmes elles-mêmes dans l'espoir

de minimiser le syndrome de sevrage, semble plus dangereuse qu'utile. Le risque principal est la survenue d'une mauvaise équilibration de la mère à la période critique du post-partum notamment sur la mise en place harmonieuse du lien mère-enfant.

Les produits utilisés pour la substitution aux opiacés chez la femme enceinte sont la méthadone et le subutex® (buprénorphine à haute dose). Le subutex® est souvent prescrit en première ligne, vu les faibles risques d'induction de dépendance ou de coma de surdosage dans le cas où persiste un doute sur le degré de dépendance d'un sujet. Ceci permet de répondre en urgence à la détresse du patient, sans attendre des résultats d'analyses toxicologiques, ou l'avis d'un clinicien plus expérimenté.

II.5.a - La méthadone (15)(16)(17)(21)

Dans l'ensemble du monde occidental à l'exception de la France, la méthadone s'est historiquement imposée comme le substitut de référence. Elle reste la molécule de référence, documentée par plus de trente années de recherches et de publications. La méthadone ou chlorhydrate de méthadone est un opiacé puissant largement décrit dans la littérature internationale pour le traitement de substitution aux opiacés. Agoniste complet d'une grande efficacité, il permet (moyennant un dosage adéquat) d'éviter totalement les signes de sevrage ou une sédation excessive. Cependant, le sevrage est long et il existe un risque potentiel d'overdose si le dosage est trop élevé. La méthadone fait partie de la liste des stupéfiants dont il existe plusieurs dosages (5, 10, 20, 40, et 60 mg). Elle est agréée par les collectivités et remboursée par la sécurité sociale à 65%. Elle a obtenu son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 1995.

La pharmacologie

La méthadone est un agoniste fort, principalement des récepteurs mu, des peptides opioïdes endogènes. Comme les autres opiacés, elle possède des propriétés antitussives et analgésiques environ deux fois plus puissantes que la morphine, et induit

un syndrome de dépendance pharmacologique. La méthadone est fortement fixée aux protéines plasmatiques d'où une vitesse d'élimination lente pouvant expliquer le risque de surdosage.

La méthadone passe dans le lait et la barrière placentaire.

La pharmacocinétique

Sa pharmacocinétique est un élément intéressant par le fait qu'elle fournit un effet proportionnel à la dose ingérée. De plus, la demie-vie de la méthadone est longue (13 à 47 heures chez l'usager régulier), ce qui autorise une seule administration quotidienne pour la majorité des cas. La biodisponibilité orale moyenne est de 80% et sa forme galénique est en sirop.

Administrée à doses adéquates, la méthadone permet d'éviter à la fois les sensations de flash et d'euphories d'une part, et les symptômes de manque et d'abstinence d'autre part. Elle permet également un sevrage en douceur, pour autant que la diminution soit suffisamment lente et progressive.

Méthadone et grossesse

Il n'existe pas d'effet tératogène. Les études sur le poids de naissance sont controversées mais l'usage de méthadone pendant la grossesse ne semble pas entraîner une diminution majeure du poids de naissance. Par ailleurs, aucune publication ne mentionne l'existence de malformations chez les enfants, ni de mort fœtale.

Le syndrome de sevrage constitue la seule complication majeure avérée pour les femmes substituées à la méthadone. Il existe une corrélation significative entre la fréquence et la sévérité du syndrome de sevrage et la dose maternelle de méthadone : on peut penser qu'il est préférable de diminuer la dose maternelle (<20 mg/jour) si c'est possible en période de pré-partum pour prévenir un syndrome de sevrage sévère.

Par ailleurs, l'allaitement est possible avec la méthadone car son passage dans le

lait est faible. L'allaitement est d'autant plus important qu'il fait partie des soins du syndrome de sevrage.

En pratique, la méthadone est sur la liste des stupéfiants et sa prescription est de 14 jours maximum.

II.5.b - Le subutex® (15)(16)(17)

La buprénorphine est un agoniste partiel qui présente divers avantages : un sevrage plus court et peu de risque de surdosage. Bien que la méthadone reste la molécule de référence, la BHD permet de réduire les overdoses accidentelles. En effet, il est autorisé des remises de doses au patient sous sa responsabilité sans risque majeur et au bénéfice de la réinsertion socio-professionnelle. Certaines indications médicales de prescription de BHD semblent préférentielles, notamment dans le cas de dépendance récente et sans recours à l'injection intra-veineuse. Ceci aurait pour conséquence moindre d'installer une dépendance iatrogène et une sortie plus rapide de la toxicomanie.

L'acceptabilité sociale du traitement à la BHD est supérieure à celle de la méthadone. Il en est de même pour l'acceptabilité de sa prescription ou de sa délivrance en raison de la réputation de la méthadone. Aux yeux de la communauté médicale, la BHD est un appui pharmacologique moins « suspect », plus sûr, et plus facile d'emploi. Moins stigmatisée et d'un profil de sécurité plus sûr, la BHD nécessite un moindre contrôle sur la prescription et sur la délivrance.

Le subutex® a obtenu son AMM en 1995.

La pharmacologie

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs mu et antagoniste des récepteurs kappa. Elle présente une affinité élevée pour les récepteurs aux opiacés avec un effet apparent de « blocage » des récepteurs, compte-tenu de sa forte affinité et de sa défixation progressive et lente de ses récepteurs. Cela lui confère un effet puissant,

stable et prolongé.

Comme il s'agit d'un agoniste partiel, il existe une relation dose-effet jusqu'à un plafond, sans risque d'overdose. Trois dosages existent : 0,4 mg, 2 mg et 8 mg en comprimés.

La pharmacocinétique

Malgré une demie-vie plasmatique courte, de 3 à 5 heures, la forte fixation tissulaire permet une prise quotidienne unique, avec une durée d'action longue, supérieure à 24 heures. En raison de sa courte existence plasmatique, il a peu ou pas d'interactions pharmacocinétiques avec les psychotropes. La buprénorphine a un faible potentiel intrinsèque de dépendance physique et psychique. Elle possède un effet sédatif mais pas d'effet narcotique. La buprénorphine passe dans le lait et la barrière placentaire.

Le mésusage est important car le subutex® est dispensé dans un cadre moins strict que la méthadone et les injections sont possibles. Les injections de subutex® peuvent être responsables de MFIU.

Subutex® et grossesse

Même si les études de toxicité embryofœtale ou périnatale n'ont rien montré d'inquiétant jusqu'à présent, le principe de précaution contre-indique la prescription de BHD généralement durant le 2ème et 3ème trimestre de grossesse. En terme d'efficacité, la prescription de BHD est équivalente à celle de la méthadone chez les femmes enceintes toxicomanes.

Le syndrome de sevrage du nourrisson apparaîtrait moins intense sous traitement à la BHD.

En pratique, il s'agit d'un médicament appartenant à la liste I, et sa prescription

est de 28 jours maximum. Un relais subutex/méthadone en cours de grossesse est tout à fait réalisable dans le cadre d'une surveillance hospitalière. Malgré un manque d'études à ce sujet, l'allaitement n'est pas contre-indiqué dans un souci de privilégier la relation mère-enfant.

III - PATIENTS ET MÉTHODE

Notre étude a pour but principal d'établir l'état des lieux de la prise en charge des femmes dépendantes aux opiacés au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, qui possède un pôle de gynécologie-obstétrique de niveau III. Notre objectif est donc de cibler les points clés de cette prise en charge afin de permettre une éventuelle amélioration du protocole en place. L'objectif ultime est de permettre à ces femmes d'accoucher sans complications majeures et d'éviter le plus possible les séparations mère-enfant.

La PASS-Périnatalité est un dispositif existant au CHU d'Angers depuis 2001. Elle permet la prise en charge de femmes enceintes en situation précaire ou en grande difficulté, grâce un travail en réseau, reliant des intervenants internes et externes au CHU. Grâce à cette structure, un temps plus long (une heure environ) est consacré à chaque patiente par la sage-femme référente. La patiente rencontre les mêmes interlocuteurs tout au long de la prise en charge. Le nombre de consultations anténatales est adapté aux besoins de chaque patiente. Il en est de même pour le suivi psychologique et social. Des temps de liaison sont prévus avec les différents intervenants, notamment par l'intermédiaire de l'UMPSP (Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité) qui se réunit à trois reprises au cours de la grossesse. Cette structure permet de discuter de la prise en charge pendant et après la grossesse, entre les différents intervenants : gynécologues, sages-femmes référentes de la PASS et de la PMI, psychologues et pédopsychiatres, pédiatres, assistantes sociales, puéricultrices. D'autres intervenants externes au CHU comme le médecin généraliste ou l'addictologue prenant la patiente en charge avant la grossesse, peuvent y participer.

Dans la majorité des cas, les femmes enceintes dépendantes aux opiacés qui viennent d'accoucher sont hospitalisées préférentiellement en Unité Kangourou, permettant ainsi d'éviter une séparation de la mère et de l'enfant. Néanmoins, certains nouveau-nés sont hospitalisés systématiquement en pédiatrie selon le degré de dépendance de la mère. Ceci permet de surveiller de plus près l'apparition d'un éventuel syndrome de sevrage. Une consultation pédiatrique en anténatal est systématiquement

proposée.

Il s'agit donc d'un procédé adapté à chaque patiente, sans protocole écrit et réellement défini.

III.1 - Matériel

Nous avons analysé rétrospectivement une série de 16 dossiers de femmes enceintes dépendantes aux opiacés ayant accouché dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU d'Angers. L'étude a porté sur une période de 10 ans, du 1er janvier 2002 au 31 octobre 2011.

Constitution de la population

Un premier codage informatique associé au terme « toxicomanie » a permis d'établir une première liste de 94 dossiers regroupant toutes les toxicomanies confondues (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, opiacés...) sur la période du 1er janvier 2008 au 31 octobre 2011. Parmi cette première liste, seulement 8 dossiers correspondaient à des patientes enceintes dépendantes aux opiacés. Afin d'obtenir un nombre plus important de dossiers, il a donc fallu élargir la période de recherche et remonter au 1er janvier 2002. Nous avons ainsi obtenu 16 dossiers.

III.2 - Méthode

Le recueil des données a donc été effectué à partir des dossiers gynécologie-obstétriques. Le recueil des informations s'est fait au moyen d'un masque de saisie des données sur le logiciel Excel.

Les informations relevées concernaient des données socio-culturelles, économiques et obstétricales. Quelques informations concernant le père ont été notées.

Les principaux paramètres étaient les suivants :

- l'âge et la profession du père et de la mère
- les revenus
- les prises de drogues en début et fin de grossesse
- la prescription et le suivi de la substitution
- les antécédents obstétricaux
- le déroulement de la grossesse
- les consultations des différents intervenants
- les modalités d'accouchement
- les lieux d'hospitalisation de la mère et de l'enfant
- le poids et l'adaptation de l'enfant à la naissance
- le syndrome de sevrage
- la substitution après accouchement et le traitement de l'enfant
- le relais avec la PMI

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Dépendance aux opiacés : héroïnomanes actives ou substituées par le subutex®, la méthadone
- Grossesse quelque soit le terme
- Accouchement au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

Les limites de l'étude

D'après notre recherche et les acteurs de la PASS, très peu de patientes dépendantes aux opiacés viennent accoucher au CHU Angers. Selon Sylvie Boudier, sage-femme responsable de la PASS-Périnatalité, seulement deux à trois femmes par an seraient concernées. Par ailleurs, on peut se poser la question quant à la cotation des actes concernant la toxicomanie. En effet, il est possible que les femmes prenant des substitutifs ne soient pas comptabilisées dans le groupe toxicomanie. D'autre part, on

peut supposer que certaines femmes ne déclarent pas leur addiction, probablement par peur d'être stigmatisées.

L'étude porte sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et s'arrête à la sortie de la maternité. Nous n'avons donc pas étudié les conséquences à moyen et long terme de la toxicomanie sur le nourrisson. Les complications du post-partum ne sont pas recensées dans ce mémoire.

IV - RÉSULTATS

IV.1 - Les caractéristiques de la population

Au sein de ce groupe de patientes, une patiente a été suivie pour deux grossesses successives. Aucune grossesse gémellaire n'a été recensée, et toutes ces grossesses ont abouti à la naissance d'un enfant vivant .

IV.1.a - Les caractéristiques maternelles

- Age :

Les patientes avaient entre 18 ans et 40 ans, soit un âge moyen 28,4 de ans (+/- 6,4 ans).

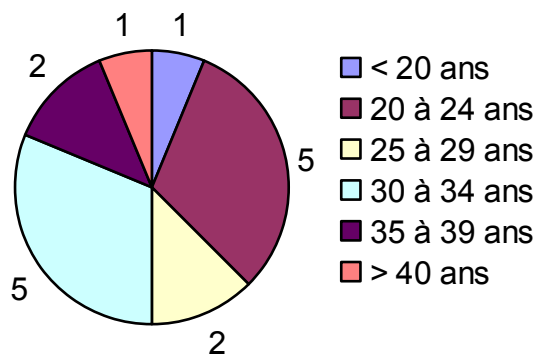


Figure 1 : Age des patientes

- Situation matrimoniale

Cinq patientes (31,25%) étaient célibataires, neuf (56,25%) étaient en couple, et deux (12,5%) étaient mariées.

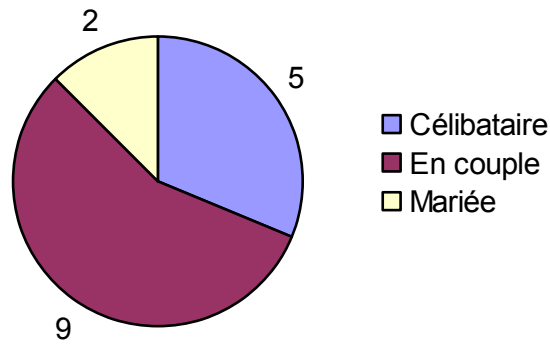


Figure 2 : Situation matrimoniale

- Origine géographique

Dans notre recherche, toutes les femmes étaient d'origine française.

- Le profil staturo-pondéral

L'Indice de Masse Corporel (IMC) le plus bas était de 17 ; celui le plus élevé était de 29. Aucune de nos patientes ne présentait une obésité. L'IMC moyen était de 20 (+/-3). Trois femmes (18,75%) avaient un IMC inférieur à 18,5, 12 femmes (75%) avaient un poids normal et 1 femme (6,25%) était en surpoids.

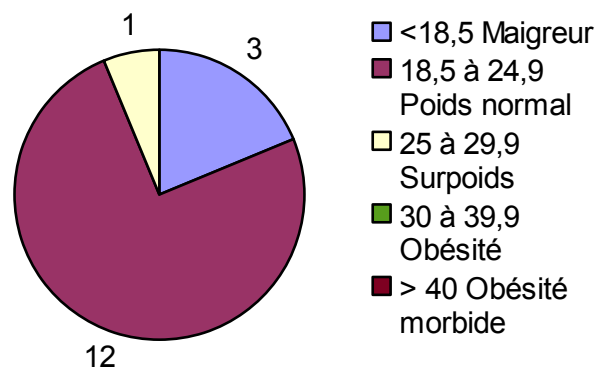


Figure 3 : Profil staturo-pondéral

- Professions des patientes

La majorité des patientes était sans activité professionnelle soit 62,5% d'entre elles.

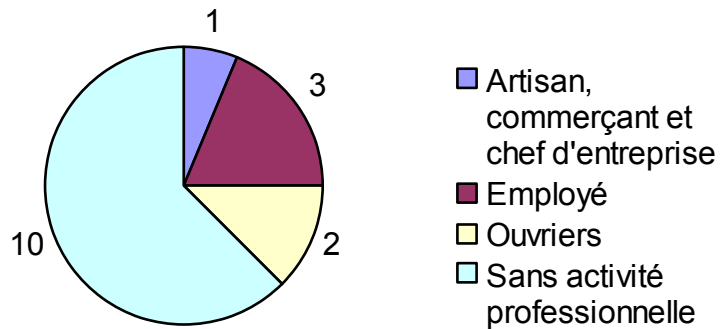


Figure 4 : Professions des patientes

IV.1.b - Caractéristiques socio-économiques

Toutes nos patientes avaient un logement autofinancé. Les revenus en début de grossesse sont disparates : 5 de nos patientes (31,25%) avaient une activité professionnelle, 10 femmes touchaient des allocations diverses soit 62,5%, et une femme (6,5%) touchait des aides familiales.

Comme nous l'avons vu, 68,5% de nos patientes étaient en couple ou mariées. Parmi nos patientes, nous comptons une femme ayant un enfant décédé de mort subite du nourrisson.

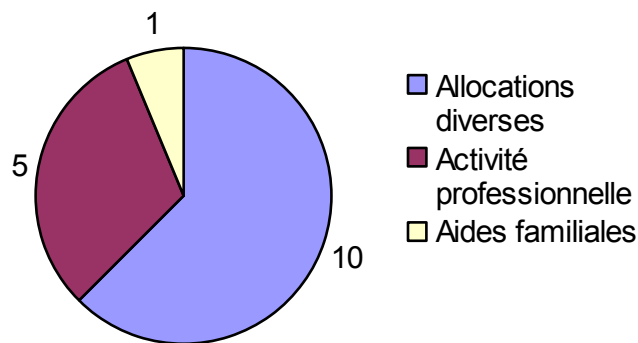


Figure 5 : Revenus en début de grossesse

Concernant les revenus en fin de grossesse, nous n'avons pas retrouvé d'information notée dans le dossier obstétrical.

IV.1.c - Les caractéristiques paternelles

- Age

Les conjoints ont entre 24 ans et 37 ans, soit un âge moyen de 29 ans (+/- 5 ans).

- Profession du conjoint

Même si une majorité des conjoints travaillaient, certains couples n'avaient aucune activité professionnelle.

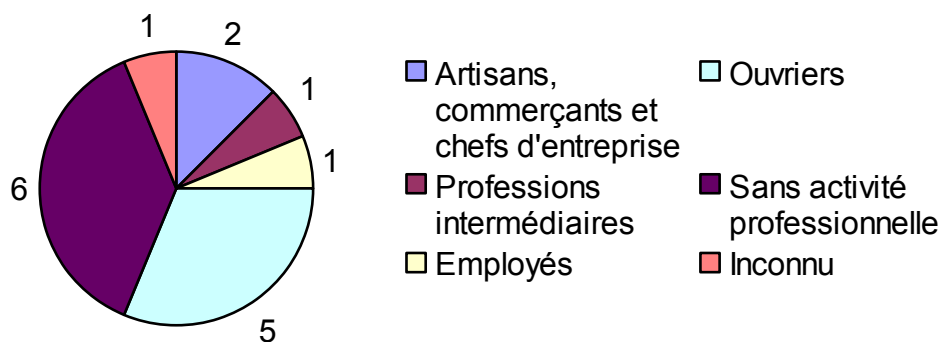


Figure 6 : Professions des conjoints

IV.1.d – Caractéristiques gynécologiques et obstétricales

Les troubles du cycle menstruel concernaient 3 patientes soit 18,75%.

Une contraception orale était prise pour 25% des patientes dans l'année précédant la grossesse.

Nous avons répertorié un antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez 9 patientes (56,25%) et 5 patientes (31,25%) ont fait 2 IVG ou plus.

Nous retrouvons un antécédent de fausse couche spontanée chez 2 patientes soit 12,5% des cas.

Nous avons listé un antécédent de menace d'accouchement prématuré et 2 accouchements prématurés soit 12,5% des cas.

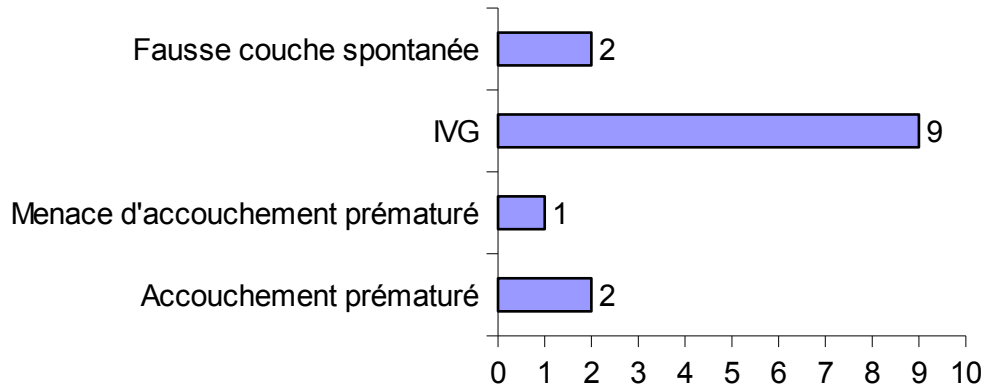


Figure 7 : Antécédents obstétricaux

- Gestité

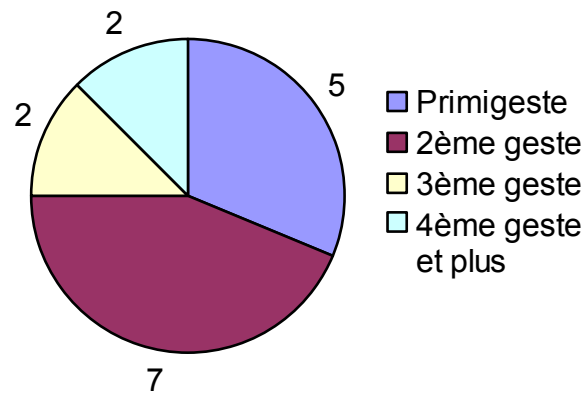


Figure 8 : Gestité

- Parité

Neuf de nos patientes (56,25%) étaient primipares et 7 étaient multipares soit 43,75% de nos patientes.

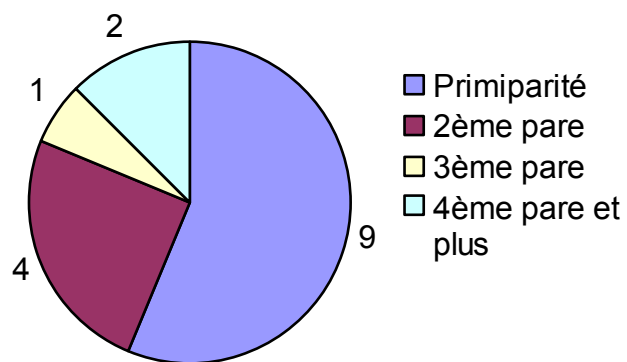


Figure 9 : Parité

IV.2 - La toxicomanie

Dans notre recherche, 4 patientes (25%) consommaient de l'héroïne.

La répartition des différentes drogues consommées en début de grossesse est la suivante :

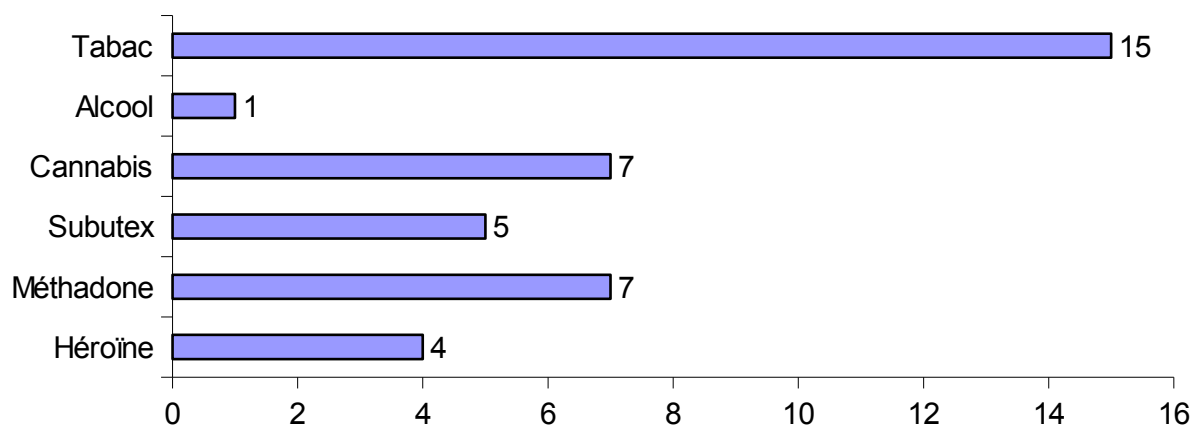


Figure 10 : Types de drogues consommées en début de grossesse

- Durée de la prise en charge par un traitement de substitution

La moitié de nos patientes étaient substituées depuis plus de deux ans. Quatre (25%) d'entre elles ont été prises en charge au premier trimestre de grossesse. Deux patientes étaient substituées depuis moins d'un an.

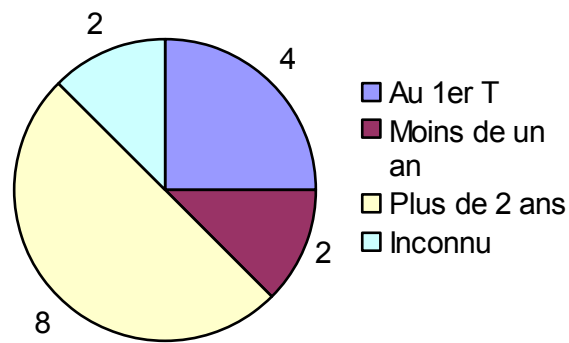


Figure 11 :Durée de prise en charge par un traitement substitutif

- La prescription du traitement substitutif

Le traitement substitutif en début de grossesse était instauré en majorité par les médecins généralistes (56,25%) ; 25% étaient prises en charge par un centre spécialisé. Aucune de nos patientes n'avait un traitement prescrit par un psychiatre.

En début de grossesse, 9 patientes étaient prises en charge par de la buprénorphine haute dose (soit 56,25% des patientes) et 6 patientes par de la méthadone (soit 37,5% des patientes).

- Le statut toxicologique du conjoint

Les patientes ont un conjoint toxicomane dans 43,75% des cas, mais substitués pour la majorité d'entre eux. Il est évident que ce facteur influe fortement sur la rétention du traitement substitutif de la patiente.

- La polytoxicomanie

L'association de plusieurs produits néfastes pour le fœtus représentait 37,5% de nos patientes soit 6 patientes, tabac exclus.

C'est de loin le tabac (93,75%) et le cannabis (43,75%) les plus associés à la prise d'opiacés. Une patiente présentait une addiction à l'alcool et une autre consommait des benzodiazépines. Aucune de nos patientes ne présentait d'addiction à la cocaïne, à l'ectasie ou encore aux amphétamines.

IV.3 - La co-morbidité virale et psychiatrique

La co-morbidité virale

Quatre patientes étaient concernées par le HCV soit 25% de nos patientes, dont une a été découverte en début de grossesse. Pour les trois autres patientes, la sérologie positive était connue avant la grossesse et suivie par un professionnel.

Aucune de nos patientes n'était touchée par le virus de l'hépatite B et du VIH.

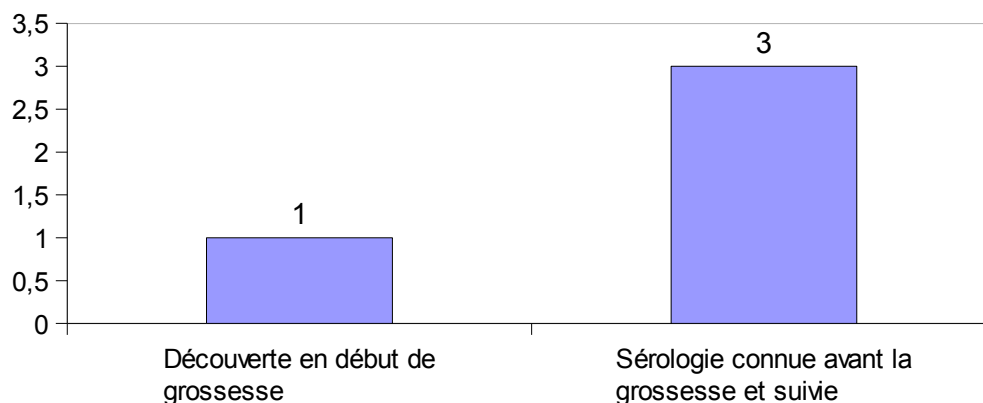


Figure 12 : Découverte de la sérologie HCV

La co-morbidité psychiatrique

Nous avons répertorié les patientes présentant des antécédents d'anorexie, de

tentatives de suicide, d'actes violents ou de séjours en hôpital psychiatrique ; 7 femmes étaient concernées soit 43,75% de la population étudiée. Une patiente consommait des benzodiazépines régulièrement.

IV.3.a - Les résultats médicaux

Le suivi médical a permis de dépister une patiente atteinte de l'hépatite C. Sur le plan de la toxicomanie, voici les résultats de la consommation en opiacés en fin de grossesse :

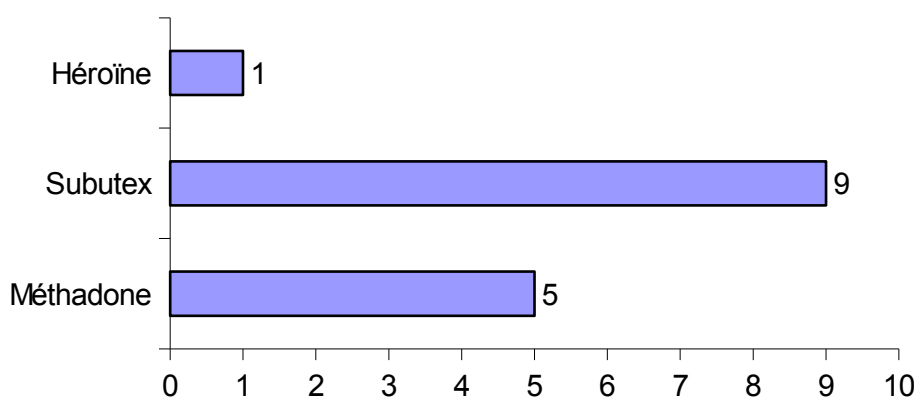


Figure 13 : Consommation d'opiacés en fin de grossesse

| Opiacés | Début de grossesse | Fin de grossesse |
|------------------|--------------------|------------------|
| Héroïne | 4 (25%) | 1 (6,25%) |
| Substitution | 12 (75%) | 14 (87,5%) |
| Non-consommation | 0 | 1 (6,25%) |

Tableau I : Consommation d'opiacés pendant la grossesse

Parmi les quatre patientes qui consommaient de l'héroïne en début de grossesse, trois d'entre elles ont été substituées par le Subutex® et une patiente par de la méthadone. Durant la grossesse, aucun traitement substitutif n'a été remplacé par un autre, seulement certaines posologies ont été modifiées.

IV.4 - Le suivi anténatal

L'UMPSP existant depuis seulement 6 ans, toutes les femmes n'ont pas pu être prise en charge par ce dispositif.

- Le terme de la première consultation

C'est une donnée intéressante mais difficile à retrouver. En effet, nos patientes étaient suivies en premier lieu par leur médecin traitant et adressées ensuite à la maternité d'Angers. Néanmoins, nous avons relevé l'âge gestationnel de la première consultation au CHU. Les femmes adressées tardivement n'ont donc pas pu bénéficier totalement de la prise en charge par les sages-femmes de la PASS-Périnatalité et de l'UMPSP.

L'âge moyen de la grossesse lors de la première consultation au CHU d'Angers est de 23 SA, s'étalant de 9 à 37 SA. Cinq femmes étaient suivies par leur médecin généraliste et adressées au CHU au dernier trimestre de grossesse.

- Le professionnel de la première consultation

Dans la majorité des cas, c'est le médecin traitant qui reçoit en premier les femmes enceintes dépendantes aux opiacés. En effet, onze patientes (68,75%) ont consulté leur médecin généraliste en premier lieu. Deux patientes (12,5%) ont consulté une sage-femme et deux autres (12,5%) un gynécologue.

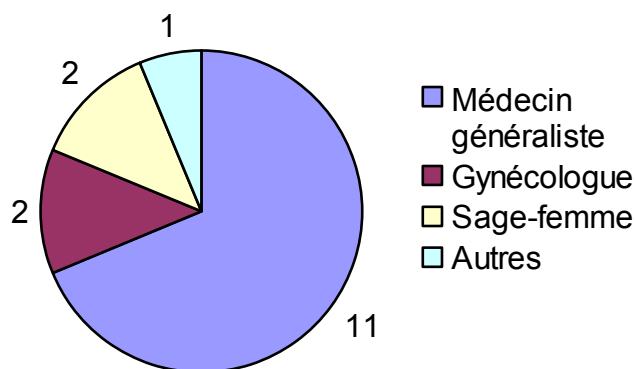


Figure 14 : Professionnel de la première consultation

- Le nombre de consultations anténatales au CHU

Nous n'avons pas pu connaître le nombre exact de consultations effectuées chez le professionnel qui suivait la grossesse. Cependant nous avons comptabilisé le nombre de consultation anténatales effectuées à la maternité.

En moyenne, le nombre de consultations était de 4 (de 0 à 10). Une patiente est arrivée au urgences pour accoucher sans aucun suivi à la maternité d'Angers.

- Motif des hospitalisations

L'hospitalisation a concerné 8 patientes soit 50% de nos patientes. Nous exposerons plus loin les différentes pathologies de la grossesse rencontrées.

L'hospitalisation complète a concerné 4 patientes (25%), dont la durée moyenne du séjour est de 19,75 jours (de 2 à 34 jours).

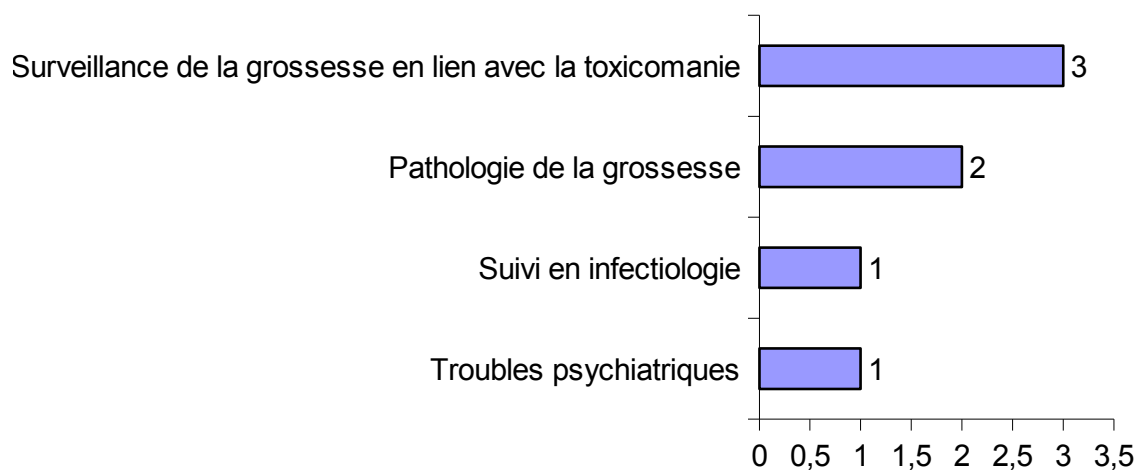


Figure 15 : Motifs d'hospitalisation

Le suivi échographique était satisfaisant, puisque toutes les patientes ont bénéficié de trois échographies anténatales ou plus.

Une patiente a été suivie par une sage-femme pour la surveillance d'un diabète gestationnel dans le cadre du SIG (Suivi Intensif de Grossesse) avec un enregistrement régulier du rythme cardiaque foetal en fin de grossesse.

La consultation anténatale avec le pédiatre a été réalisée pour 9 patientes (56,25%). Parfois, la consultation était prévue mais les patientes ne sont pas toujours venues au rendez-vous fixé.

La consultation avec l'anesthésiste a été réalisée chez toutes les patientes.

L'intervention de l'assistante sociale a été réalisée pour 5 patientes (31,25%).

Seulement 3 patientes (18,75%) ont bénéficié d'un *soutien psychologique*. Une patiente a été hospitalisée dans le service de psychiatrie du CHU d'Angers.

La préparation à l'accouchement à été effectuée par 6 patientes seulement (37,5%).

IV.5 - Les complications obstétricales

- Les pathologies de la grossesse

La première pathologie de la grossesse est le RCIU qui représente près de 37,5% des cas. Il faut noter qu'une patiente avait une grossesse de découverte tardive.

Un rythme cardiaque fœtal pathologique est retrouvé dans 25% des cas.

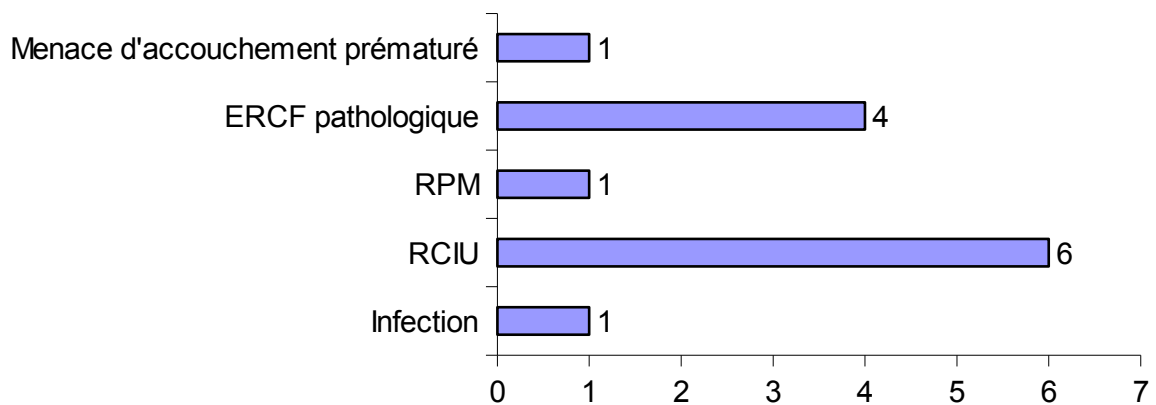


Figure 16 : Pathologies de la grossesse

- Le terme moyen d'accouchement

Le terme moyen d'accouchement était de 39 SA (+/- 2). L'accouchement le plus précoce a eu lieu au terme de 36SA et le plus tardif à 41 SA.

- La dilatation du col de l'utérus à l'entrée en travail

Aucune patiente n'est arrivée à dilatation complète. En revanche, 93,75% des patientes sont arrivées en salle avant 4 cm de dilatation.

- La durée du travail

La durée du travail reste courte soit en moyenne 5 heures (+/-4) allant de 1 à 12 heures.

- Le mode d'accouchement

81,25% des patientes ont accouché par voie basse. Quatre patientes (25%) ont nécessité une extraction instrumentale, dont 3 pour des anomalies du rythme cardiaque foetal.

Trois césariennes ont été effectuées pour des anomalies du rythme cardiaque foetal, des métrorragies et une stagnation de la dilatation.

Par ailleurs, on ne note aucune césarienne itérative.

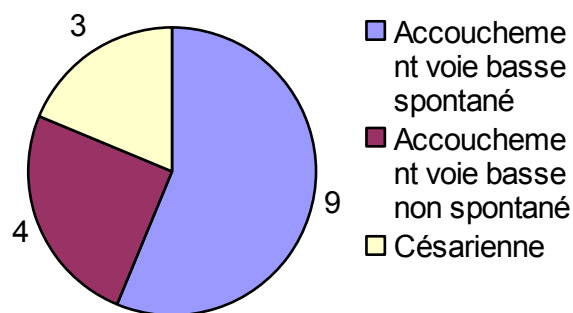


Figure 17 : Mode d'accouchement

Onze patientes (68,75%) ont bénéficié d'une analgésie péridurale.

IV.6 - Les complications néonatales

Le liquide amniotique était teinté pour 5 patientes soit 31,25% des cas, et méconial chez 2 patientes (12,5%).

- Le score d'apgar

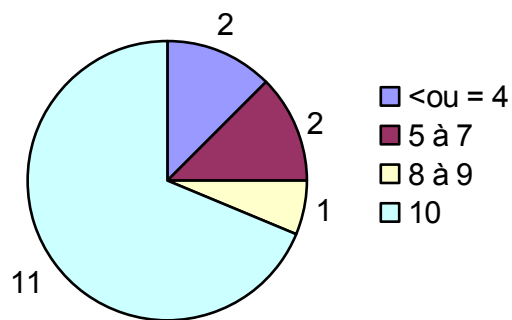


Figure 18 : Score d'apgar à 1 minute de vie

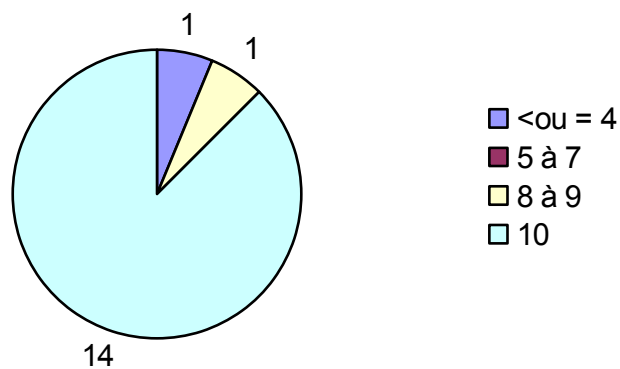


Figure 19 : Score d'apgar à 5 minutes de vie

Trois nouveau-nés ont été hospitalisés en réanimation néonatale dont un enfant pour une inhalation méconiale, associée à une souffrance fœtale aiguë.

Au total, neuf nouveau-nés (56,25%) ont été hospitalisés en pédiatrie ou en réanimation néonatale entraînant une séparation mère-enfant.

Plusieurs arguments nous permettent de penser que la toxicomanie est un facteur de risque non négligeable de souffrance néonatale :

- le souffrance foetale aiguë :25 %
- le liquide méconiale : 12,5 %
- la réanimation néonatale : 18,75 %
- séparation mère-enfant : 56,25 %

- Les poids des nouveau-nés à la naissance

Quatre enfants (25%) présentaient un poids inférieure à 2500g et aucun ne pesait moins de 1500g.

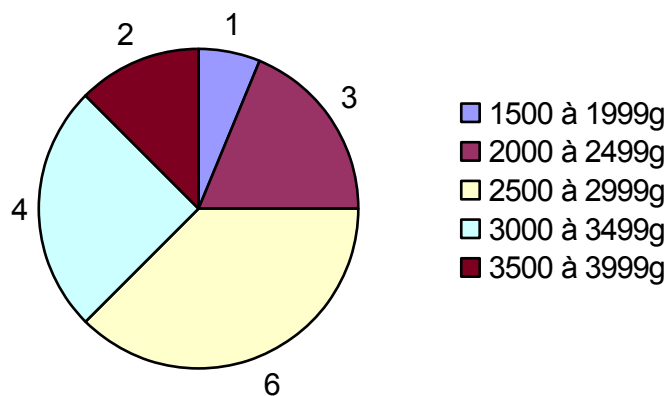


Figure 20 : Poids des nouveau-nés à la naissance

Les facteurs de risque d'hypotrophie sont multiples : tabagisme, précarité, mauvais suivi anténatal, malnutrition, variations des doses journalières dans la prise d'opiacés.

- Le syndrome de sevrage

Huit nouveau-nés (50%) ont présenté un syndrome de sevrage modéré ou sévère. Trois d'entre eux ont nécessité la prise en charge par un traitement médical.

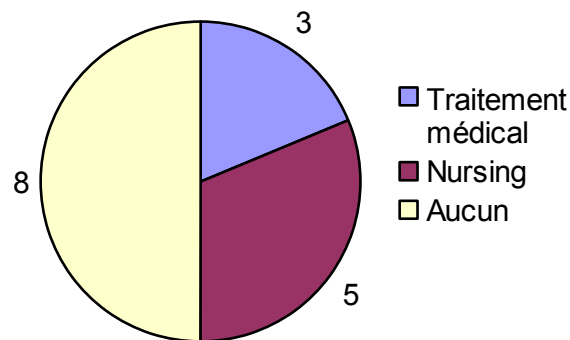


Figure 21 : Syndrome de sevrage

IV.7 - Le lien mère-enfant

- Lieu d'accueil de l'enfant à la naissance

Suite à l'accouchement, 3 enfants (18,75%) ont été hospitalisés dans le service de suites de couches et 4 ont été hospitalisés dans l'unité kangourou soit 25% des nouveaux-nés. Six enfants ont relevé de la pédiatrie pour une surveillance ou des soins particuliers, et 3 dans le service de réanimation néonatale.

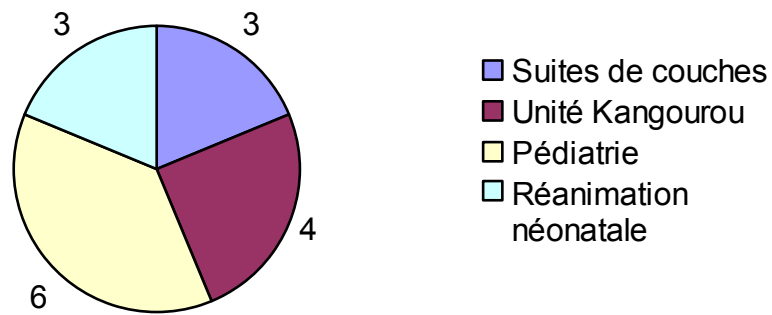


Figure 22 : Lieu d'accueil de l'enfant à la naissance

- L'allaitement

Sept mères ont choisi l'allaitement maternel pour leur enfant, et 9 ont choisi de donner le biberon soit 56,25% des mères.

- Sortie avec l'enfant

A la sortie de la maternité, 75% des mères sont rentrées chez elles avec leur enfants. Quatre enfants ne sont pas rentrés dans le foyer familial. Nous n'avons pas retrouvé les informations concernant le lieu du placement.

A Angers, il n'existe pas d'hospitalisation à domicile pédiatrique, et malgré un suivi compréhensif, toutes les situations ne permettent pas un retour à domicile avec l'enfant, faute de surveillance adaptée. Outre les hospitalisations en lien avec une hypotrophie, les problèmes sociaux et psychiatriques de certaines patientes ne permettent pas toujours le retour de l'enfant au sein de la famille.

IV.8 - Le suivi post-natal

- Le suivi psychologique post-natal

Dans notre effectif, 31,25% des mères ont bénéficié d'une consultation par un psychologue référent ou un psychologue de la maternité durant leur hospitalisation.

- Suivi PMI

Le relai avec la PMI a été instauré dans 37,5% des cas, soit pour 6 patientes.

V - DISCUSSION ET ANALYSE

V.1 - Critique de la méthodologie

Au travers de notre étude rétrospective, nous avons tenté de mettre en avant les difficultés spécifiques que peuvent rencontrer les professionnels de santé lors de la prise en charge des femmes en grande précarité, tant au niveau médical que social.

La grossesse, dans un contexte de dépendance aux opiacés, ne concerne finalement que peu de patientes chaque année. Il n'est pas évident d'évaluer au mieux cette prise en charge sur les quelques dossiers qu'on a pu obtenir. Cependant, ce type d'étude nous a permis d'obtenir un certain nombre de renseignements, essentiellement médicaux, à travers le dossier obstétrical. Certains éléments intéressants n'ont pu être recueillis, car le dossier médical ne contient qu'une partie de l'information. Or, il aurait été intéressant de pouvoir élargir notre champ de recherche : des critères socio-économiques (comme le lieu de vie de la patiente, les aides sociales qu'elle peut bénéficier, les structures extérieures du suivi de la patiente, l'âge gestationnel de la première consultation...) sont absents de nombreux dossiers, il nous est donc impossible de renseigner ces éléments.

Par ailleurs, nous avons vu que la toxicomanie s'inscrit dans un déséquilibre psychologique, social et médical prolongé. Il est donc difficile de trouver des indicateurs spécifiques permettant d'évaluer la prise en charge (par exemple la prématurité, le taux de mortalité néonatale ou encore le syndrome de sevrage). En effet, la précarité dans laquelle vivent ces femmes est un élément essentiel à prendre en compte, élément qui influe également sur les indicateurs précédemment cités. Ainsi, on ne peut pas réellement savoir quel a été l'impact de la toxicomanie de la mère sur l'enfant à naître. On entend bien que la toxicomanie n'est pas seulement une prise de drogue et qu'elle s'inscrit dans un contexte particulier.

V.2 - Présentation des autres études (18)

- C. Brulet et l'équipe pluridisciplinaire de Montpellier ont réalisé une étude prospective sur 5 ans (de 1997 à 2002) dont le but a été d'évaluer la toxicodépendance des patientes enceintes suivies par la Cellule Parentalité et Usage de Drogues (CPUD) de Montpellier (18). La CPUD est une référence dans la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux opiacés et se dote d'un suivi de grossesse organisé et planifié.

La CPUD se compose notamment d'une sage-femme coordinatrice. Elle assure le suivi de grossesse, la coordination des différents intervenants de la maternité et de secteurs (réfèrent toxicomanie, médecin généraliste...). Elle centralise l'information sur chaque dossier et permet un travail en réseau. Elle participe à la réflexion sur chaque dossier par une rencontre hebdomadaire avec les pédopsychiatres, dans le but de faire le point ou de recentrer la prise en charge de certaines patientes difficiles à suivre.

La CPUD se compose donc de pédopsychiatres, du service social, d'obstétriciens, de pédiatres, d'anesthésistes, de sages-femmes ou encore de puéricultrices. Concernant la substitution, elle est gérée par un centre spécialisé s'il s'agit de la méthadone, ou par un médecin traitant pour le subutex®. Tous les acteurs du réseau ne se situent pas forcément au sein de l'hôpital ou de la maternité. Le suivi de ces femmes passe notamment une consultation par mois puis tous les quinze jours au deuxième trimestre. Un enregistrement cardiaque fœtal est effectué à partir de 28 SA.

- Le service du professeur LEJEUNE de l'hôpital Louis Mourier dans les Hauts-de-Seine a comparé deux cohortes de nouveaux-nés de mère toxicomanes. La première est constituée de femmes prises en charge au sein du réseau ville-hôpital des Hauts-de-Seine et l'autre d'une cohorte multicentrique française (19). Cette structure comprend :
 - des obstétriciens et sages-femmes avec l'implication d'une sage-femme référente qui suit la patiente jusqu'à la sortie de la maternité
 - des pédiatres néonatalogistes qui effectuent des consultations prénatales
 - des assistantes sociales et psychologues qui ont un rôle dans le suivi personnalisé des patientes
 - des anesthésistes

- une interniste responsable de la coordination du réseau ville-hôpital, et du traitement de substitution chez les femmes non substituées.

Un effort particulier est mis sur la formation des équipes soignantes. Cette formation semble avoir un impact non négligeable sur l'accueil des patientes, la relation mère-enfant par le soutien de l'équipe dans la période du post-partum, et sur la toxicomanie. Le réseau ville-hôpital périnatal et la PMI permettent la mise en place d'un soutien à domicile, avant et après l'accouchement.

Autres types de prise en charge :

N. Michel a effectué une étude rétrospective entre 1998 et 2007, afin d'évaluer la prise en charge et de connaître les impacts des actions menées par une équipe spécialisée : Equipe Mobile d'Addictologie (EMA) (23). L'organisation de la prise en charge passe par :

- une sage-femme coordinatrice et des assistantes sociales qui constituent la première ligne de la prise en charge afin de créer un climat de confiance entre l'hôpital et les patientes
- un pédiatre
- un psychiatre et un infirmier qui se chargent du suivi psychologique et toxicologique pendant les hospitalisations
- un important travail en réseau avec les intervenants qui connaissent déjà les patientes

La particularité de la prise en charge est la possibilité d'une hospitalisation à domicile (HAD) pédiatrique.

V.3 - Analyse

- Les conditions socio-économiques

Concernant les conditions socio-économiques de notre échantillon, nous remarquons que la majorité de ces femmes n'ont pas d'activité professionnelle mais touchent des aides sociales. La prise de toxique est néfaste pour leur socialisation et la recherche d'un emploi. On constate ici qu'il est difficile pour elles d'être consommatrices de substances psycho-actives et d'entrer dans la vie active.

Cependant, la grossesse peut-être un élément déclencheur à une prise de conscience concernant les risques de la toxicomanie, et peut ainsi être un moment important de leur vie pour enrayer ce problème. Dans la plupart des cas, le conjoint est aussi toxicomane ou substitué, et la grossesse peut permettre au conjoint de modifier sa consommation. Très peu de femmes vivent seules leur grossesse ce qui peut être un soutien pour elles, dans le cas où le conjoint est non consommateur ou substitué. Dans notre étude, 68,75% des femmes vivent en couple ou sont mariées. C'est le cas aussi à Montpellier où 76,3% des patientes vivent en couple.

- Les antécédents gynécologiques et obstétricaux

La contraception par oestro-progestatif est utilisée dans l'année précédent la grossesse dans 25% des cas, contre 5% pour la même population dans la littérature. Cependant, nous n'avons pas enquêté sur l'observance de cette contraception. Dans notre étude, l'IVG à concerner une majorité des femmes (56,25%) et 65% à Montpellier. Ce taux est bien supérieur à celui de la population générale (près de 10%). Il est légitime de se questionner quant au réel désir de grossesse chez ces femmes et leur implication dans le suivi ultérieur de la grossesse.

Nous retrouvons 12,5% de femmes ayant un antécédent de fausse couche spontanée. Ce taux légèrement inférieure à celui de la population générale (environ 15%). Ce taux est aussi inférieur à celui retrouvé par Lejeune (15 à 30 %) ou à Montpellier (25%). Par contre, nous n'avons pas répertorié d'antécédents de fausses

couches tardives ou de MFIU. En effet, il s'agit de primipares dans 56,25% des cas et n'ont donc pas d'antécédents obstétricaux. Concernant les antécédents d'accouchements prématurés, 12,5% ont déjà accouché prématurément, ce qui est nettement plus élevé en regard de la population générale (3%).

- Le suivi de la grossesse

Nous n'avons pas pu connaître le nombre exact de consultations effectuées chez le professionnel qui suivait la grossesse. En effet, les femmes sont adressées au CHU d'Angers pour la consultation du 8ème et 9ème mois de grossesse. Les autres consultations ont pu être effectuées chez un médecin généraliste ou un gynécologue par exemple. Il est donc difficile de conclure si un climat de confiance a bien été instauré entre les patientes et les professionnels soignants. Cependant, nous avons pu constater que les patientes ne se rendaient pas toujours aux rendez-vous fixés.

C'est le même problème qui s'est posé lorsqu'on a cherché à connaître l'âge gestationnel de la patiente lors de la première consultation (peu d'informations à ce sujet dans le dossier obstétrical).

Le médecin généraliste est le premier professionnel de santé consulté par les femmes toxicomanes (68,75%). A Montpellier, dans 49% des cas, c'est le gynécologue qui est en premier lieu consulté, et le médecin généraliste arrive en deuxième position (30%). Ces chiffres montrent bien que les médecins généralistes sont des acteurs indispensables à la prise en charge de ces femmes et soulignent ainsi l'importance d'un réseau ville-hôpital bien conduit.

Nous avons pu constater que la coordination avec les autres professionnels de santé au sein du CHU d'Angers est plutôt bon. En effet, le suivi anesthésique et le suivi échographique étaient plutôt satisfaisants, puisque toutes les patientes ont bénéficié de trois échographies anténatales ou plus, contre 85% à Montpellier.

La consultation anténatale avec le pédiatre est réalisée pour 9 patientes (56,25%) et concerne 82% des cas à Montpellier. Dans la majorité des cas, la consultation était

prévue mais les patientes ne sont pas toujours venues au rendez-vous fixé. Ce chiffre peut nous questionner quant à la mise en place d'un lien réel de confiance avec les praticiens. En effet, le protocole mis en place était bien respecté mais son observance par les patientes a fait défaut. Lorsque celui-ci est accepté, il favorise la socialisation des patientes, l'extériorisation des craintes et améliore la prise en charge. En effet, c'est par l'intermédiaire de ces rendez-vous que la patiente peut poser ses questions sur le devenir de l'enfant et les risques encourus.

- Les opiacés pendant la grossesse

De part notre étude, nous avons constaté que la majorité des patientes (56,25%) sont substituées par de la buprénorphine haut dose dès le début de la grossesse. Ce chiffre est le reflet de la prise en charge par les héroïnomanes en France et est sensiblement le même à Montpellier (54,4%) : la substitution est majoritairement couverte par la buprénorphine et prise en charge par les médecins généralistes. Nous pourrions penser que la prescription du traitement substitutif pendant la grossesse relève d'un spécialiste. Mais dans l'équilibre précaire que représente le suivi d'un toxicomane, faut-il privilégier la prudence au suivi de proximité ?

Dans notre étude, la majorité des patientes bien équilibrées sous subutex® ont continué leur traitement. Sur les quatre patientes consommatrices d'héroïne en début de grossesse, trois ont été substituées par du subutex® et une seulement par la méthadone, ce qui pourrait paraître surprenant dans d'autres pays. Ceci est notamment dû à une acceptabilité sociale de la BHD plus importante que pour la méthadone.

Stabiliser l'usage des opiacés est le premier objectif de la prise en charge. Dans notre étude, celui-ci est facilité par le fait que 75% des patientes sont déjà substituées en début de grossesse. En fin de grossesse, une patiente est héroïnomane active, ce qui est encore trop.

La polytoxicomanie est un fléau non négligeable et concerne 37,5% de nos patientes, tabac exclus, contre 68% à Montpellier. Le fait d'être polytoxicomane est reconnu comme étant un facteur de risque de mauvaise rétention au traitement

substitutif (19).

- Les co-morbidité

Concernant la co-morbidité psychiatrique, elle est peut être un peu négligée : 43,75% de nos patientes ont des antécédents psychiatriques graves, et seulement trois patientes soit 18,75% sont suivies par un psychiatre ou un psychologue pendant la grossesse. Ces chiffres reflètent une prise en charge adaptée aux désirs de la patientes. En effet, le suivi psychiatrique n'est pas imposé mais proposé au cours de la prise en charge, ou introduit de façon prudente.

Comme nous l'avons vu, aucune de nos patientes n'est touchée par le VIH. A Montpellier, le VIH concernait 3,5% des patientes et 5% dans l'étude de Lejeune. Ceci peut s'expliquer par le fait que nous avons obtenu un petit nombre de dossiers.

Concernant le virus de l'hépatite C, 25% des patientes étaient concernées, dont une patiente a été dépistée au cours de la grossesse. Ce rôle de dépistage est très important pour la qualité de la prise en charge néonatale, étant donné que ce virus reste un fléau chez les patientes dépendantes aux opiacés.

- Des grossesses à haut risque

Une des fonctions du suivi de la grossesse est le dépistage des pathologies associées. Dans ce contexte, le VIH et HCV sont les deux pathologies associées les plus répertoriées. Là encore, un suivi précoce est indispensable pour limiter les risques de transmission materno-foetales.

La menace d'accouchement prématuré n'a concerné qu'une patiente dans notre étude. Nous savons que le syndrome de manque est un facteur de risque de la MAP. On peut donc penser que la prise d'opiacés était plutôt stable grâce à la substitution.

La pathologie qui sévit le plus, en touchant près 37,5% des grossesses suivies,

est le RCIU. Ces chiffres sont sensiblement les mêmes pour Lejeune (34%). A Montpellier, le taux de RCIU est nettement moins important, et concerne seulement 25% des patientes.

Le taux de RCIU est approximatif car il est possible que certaines patientes aient effectué leur première échographie tardivement (nous n'avons pas eu accès aux premières consultations faites à l'extérieur du CHU). Rappelons que près de 94% de nos patientes sont tabagiques, et ce facteur influe fortement sur la croissance fœtale.

Le rythme cardiaque fœtal pathologique est la deuxième anomalie retrouvée dans la population étudiée (18,75%). Ceci est vraisemblablement le reflet d'une souffrance fœtale aiguë ou chronique d'origine multifactorielle (malnutrition, tabac, syndrome de sevrage...).

- L'accouchement

Le terme moyen d'accouchement est plutôt satisfaisant puisqu'il est de 39 SA et prouve que la prise en charge est adaptée aux besoins de chaque patiente.

Une grande majorité des patientes ont accouché par voie basse, et le taux de césarienne est seulement de 18,75% dans notre étude, contre 17,5% au regard de la population générale française. A Montpellier, le taux de césarienne était nettement plus élevé puisqu'il atteint près de 30%.

- Les données néonatales

On constate que le taux d'hypotrophie n'est pas négligeable, puisque 25% des nouveaux-nés présentent un poids de naissance inférieur à 2500g. Là aussi, les facteurs de risque d'hypotrophie sont multiples :

- tabagisme
- précarité
- mauvais suivi anténatal

- malnutrition
- les opiacés ne sont pas reconnus comme un facteur d'hypotrophie à part entière, mais la variation des doses journalières induit des syndromes de sevrage in utero à répétition, une souffrance fœtale chronique et donc une hypotrophie à la naissance.

Concernant l'apgar à 5 minutes de vie, les données sont plutôt rassurantes puisque 93,75% ont un score supérieur ou égal à 8.

Le syndrome de sevrage est maintenant bien connu et bien géré par les équipes pédiatriques spécialisées. Il n'est pas reconnu comme ayant des conséquences à long terme sur le développement de l'enfant. Son traitement se fait au sein de l'hospitalisation mère-enfant, et la participation des parents doit faire partie prenante du traitement.

Dans notre étude, 50% des enfants ont présenté un syndrome de sevrage contre 65% dans l'étude de Lejeune et 78,7% à Montpellier. Ces chiffres sont plutôt encourageants. Ceci peut s'expliquer par le fait que presque toutes nos patientes sont substituées en fin de grossesse contrairement à la population de Montpellier ou du professeur Lejeune.

- Le lien mère-enfant

Grâce à la création de l'Unité Kangourou (unité mère-enfant), il est possible d'hospitaliser les enfants sans les séparer de leurs mères. Les seuls enfants réellement séparés juste après la naissance, sont ceux qui présentent un état de santé trop grave pour les laisser en Unité Kangourou, ou les enfants soumis in utero à des doses de substitutif élevées. Certains enfants ont été hospitalisés dans le service classique de suites de couches, faute de place dans cette unité mère-enfant. Les enfants réellement séparés de leur mère représentent un pourcentage important soit 56,25. A Montpellier, ce taux n'est que de 13,8% alors même que le syndrome de sevrage est plus important là-bas qu'à la maternité d'Angers. Ceci est dû au fait qu'un certain nombre d'enfants sont transférés directement en pédiatrie pour une surveillance, alors même que l'enfant ne présente pas de syndrome de sevrage.

L'allaitement maternel est un reflet du lien mère-enfant ; dans notre étude, il est

de 43,75% ce qui est bien supérieur à l'étude de Lejeune (24%) ou à Montpellier (28%), mais toujours inférieur à la population générale (56,5%). Ceci peut s'expliquer par les diverses campagnes faites ces dernières années pour encourager l'allaitement maternel, augmentant ainsi le taux dans la population générale.

Comme nous l'avons vu, le but de la prise en charge à Angers est de permettre aux patientes dépendantes aux opiacés d'accoucher à terme, sans complication et sans séparation mère-enfant. Ceci passe nécessairement par un accueil chaleureux et humanisé, propice à la mise en place d'un lien de confiance durable avec les soignants. Les axes de travail passent également par la stabilisation de l'usage des drogues et la revalorisation des futures mères.

Axes d'amélioration (18)

Il peut être intéressant de souligner les éléments importants du suivi d'une grossesse à risque dans le cadre de la toxicomanie.

Tout d'abord, un premier contact précoce et compréhensif en début de grossesse avec la sage-femme de la PASS pourrait être organisé afin de rassurer la patiente et de la familiariser avec les lieux de la maternité. Ceci aurait pour but de favoriser l'adhésion des patientes au suivi thérapeutique. On pourrait profiter de ce premier temps pour axer la prise en charge sur la grossesse et la relation mère-enfant, sans aborder directement le problème de la toxicomanie.

A Montpellier, la sage-femme coordinatrice de la CPUD est le pilier de cette prise en charge. En effet, elle a une compétence obstétricale, toxicologique et une bonne connaissance des réseaux de prise en charge en ville, tant sur le plan social que de la toxicomanie. Ceci passe nécessairement par un temps de formation de cette sage-femme, axé notamment sur l'accueil, la mise en confiance et la connaissance des problèmes directement liés à la toxicomanie.

Actuellement, le suivi est souvent réalisé à l'extérieur du CHU d'Angers, par un

médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Ceci est plutôt intéressant car il évite ainsi une marginalisation de cette population par ségrégation du lieu et de la pathologie. Cependant, il s'agit de grossesses à risque, et il est donc important que ces femmes soient suivies par un gynécologue.

De plus, certaines patientes ne sont vues qu'au 8ème et 9ème mois de grossesse. L'organisation du suivi peut être amélioré par une alternance des consultations anténatales entre un gynécologue du choix de la patiente et la sage-femme de la PASS, afin de favoriser ce lien de confiance au sein de la maternité. A Montpellier, la sage-femme coordinatrice assure l'observance du suivi et rappelle les patientes si besoin. Elle les oriente également sur les structures de prise en charge les mieux adaptées à leur situation. Elle effectue un travail acharné de communications permettant un travail en réseau efficace. De plus, une rencontre hebdomadaire avec les pédopsychiatres permet de faire le point sur chaque situation et de recentrer la prise en charge de certaines patientes difficiles en terme d'investissement personnel.

Concernant la substitution, elle pourrait être prescrite par un centre spécialisé s'il s'agit de la méthadone (Centre de Traitement par la Méthadone Angevin ou CTMA par exemple) ou par un médecin généraliste pour le subutex®. Les posologies pourraient être faxées à la maternité par le biais de la sage-femme de la PASS, notamment pour les hospitalisations.

A Montpellier, les sages-femmes ont un rôle important, dans la préparation à l'accouchement, dispensée à l'hôpital ou en ville par une sage-femme libérale. En effet, dans l'étude réalisée à Montpellier, il a été démontré que la préparation à l'accouchement favorisait la mise en place du lien mère-enfant par le biais de l'allaitement. A Angers, une sage-femme libérale pourrait réaliser cette préparation à l'accouchement et organiser une visite de la salle d'accouchement, de l'Unité Kangourou et du service de pédiatrie vers 36 SA.

Dans la cadre d'une grossesse à risque, il serait intéressant d'augmenter le nombre de consultations anténatales au CHU d'Angers. Ce suivi pourrait se traduire par une consultation par mois au premier trimestre, puis tous les quinze jours au deuxième

trimestre. A Montpellier, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est réalisé une fois par semaine par une sage-femme libérale à partir de 28 SA.

Concernant l'accouchement, le rôle de l'équipe soignante est de rassurer la patiente, de la soutenir et de laisser une place au père. La place de l'analgésie péridurale est importante et doit être encouragée pour ces femmes particulièrement sensibles à la douleur (qui génère angoisse et augmentation de la consommation d'opiacés).

Quant au lieu d'accueil des enfants soumis à de fortes doses de substitutifs, nous pourrions réfléchir à privilégier d'avantage l'hospitalisation des nouveau-nés en Unité Kangourou plutôt qu'en Pédiatrie tant que le nouveau-né ne présente pas de signes.

Par ailleurs, le vécu de l'accouchement pourrait être repris par la sage-femme de la PASS ou l'obstétricien, afin d'éviter les non-dits qui sont source de blocage en terme de dialogue entre l'équipe soignante et la patiente. De plus, un soutien du pédopsychiatre peut être nécessaire et proposé dans le cadre d'un syndrome de sevrage du nouveau-né. De même, nous pourrions réfléchir à la mise en place systématique du service de PMI à la sortie de la maternité, afin que le retour à la maison puisse se faire dans les meilleures conditions.

VI - CONCLUSION

Aujourd'hui, la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes ne s'inscrit pas dans les cadres habituels de l'offre de soin. Il s'agit parfois de situations complexes où on ne peut négliger l'environnement social et psychologique, déterminant le bien être fœtal. Il s'agit là de trouver un équilibre entre la mère et son enfant, nécessitant une participation active de tous les acteurs de la santé.

Les études médicales parviennent à conclure que la grossesse est clairement un moment privilégié pour la mise en place ou le renforcement d'un soutien pluridisciplinaire ou d'un réseau ville-hôpital (18)(19)(23). Ce dernier améliore le pronostic périnatal, et peut influencer positivement sur la qualité de vie de l'enfant et de ses parents.

Le traitement de substitution n'est qu'un élément de cette prise en charge. Le plus important est un changement de regard, moins stigmatisant, envers une population qui se caractérise à la fois par une forme de marginalité et une certaine précarité des conditions d'existence.

Au CHU d'Angers, nous constatons des chiffres intéressants, avec notamment des naissances qui se déroulent souvent au terme de la grossesse, un taux de césariennes encourageant, et une fréquence du syndrome de sevrage correcte. Cependant, on note un taux important d'hypotrophie qui montre des efforts à faire dans le domaine de la prévention de la polytoxicomanie. De plus, un effort supplémentaire pourrait être axé sur le lien mère-enfant, en privilégiant notamment l'hospitalisation des enfants en Unité Kangourou plutôt qu'en service de pédiatrie.

Par ailleurs, la prise en charge de telles situations complexes peut rester incomplète du fait de l'absence de liaisons entre les domaines distincts de la périnatalité et de la toxicomanie. Ainsi, en l'absence de dispositif de coordination ou de mise en réseau, la prise en charge de la jonction toxicomanie-périnatalité peut se résumer à l'un seulement des deux aspects de la situation sanitaire des femmes concernées, soit le traitement de la toxicomanie, soit l'accompagnement périnatal, ou bien à une prise en

charge segmentée (22).

Les résultats très encourageants de quelques équipes comme celle de Montpellier ou du professeur Lejeune, nous incitent à généraliser ce mode de suivi des femmes dépendantes.

La sage-femme, de part sa qualité d'écoute, de soin et d'accompagnement tient une place primordiale au sein de cette prise en charge et doit pouvoir bénéficier d'une formation suffisante pour offrir à ces femmes un accès aux soins de qualité.

VII - BIBLIOGRAPHIE

- 1) Ministère de l'intérieur, de l'outre mer, des collectivités territoriales et de l'immigration. La consommation de drogues en France (consulté le 10/11/2011). Disponible à partir de : URL : http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_votre_service/drogue/drogue-en-france/consommation-drogues-france
- 2) Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Drogues, chiffres clés. 3 ème édition (consulté le 10/11/2011). Disponible à partir de : URL : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dce10.html>
- 3) MAESTRACCI N. Une nouvelle approche des conduites addictives. Rev. Epidém. Et Santé Publ. 1999, 47 : 393-96
- 4) JUTRAS-ASWAD D, BRUNEAU J, HURD Y-L. Neurobiologie de la toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention. Drogues, santé et société. Vol. 8, n°2, pp 27-73.
- 5) Université de Grenoble. Opioides. Consulté le 15/11/2011. Disponible sur l'URL : <http://www.centres-pharmacodependance.net/grenoble/ORITHYE/Monograp/OPIACES.HTM>
- 6) FLETCHER D. Pharmacologie des opioïdes. EMC (Elsevier Masson). Anesthésie-réanimation, 2011, 36-371.
- 7) MOLENAT F. Toxicomanie et grossesse, P.Benos, C. Chanal, Ed Eres, 2000.
- 8) BONGAIN A, EJNES L, DURAND-REVILLE M, GILLET J-Y. Toxicomanie et grossesse. Elsevier Masson Obstétrique ; 2000.

- 9) REYNAUD M, BAILLY D, VENISSE J-L. Médecine et addiction : peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Médecine et psychothérapie. Paris : Masson, 2005
- 10) CHASSEVENT-PAJOT A, GUILLOU-LANDREA M, GRALL-BRONNEC M, WAINSTEIN L, PHILIPPE H-J, LOMBRAIL P, VENISSE J-L. Etude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2011, 40, 237-45.
- 11) LEJEUNE C. Conséquences périnatales des addictions. EMC (Elsevier Masson). Archives de pédiatrie 14, 656-8, 2007.
- 12) ROBINS L-M, MILLS J-L. Effect of in utero exposure to street drugs. AM J Public Health 1993 ; 83 (Suppl.) 1-32.
- 13) ROHMER J-G. Toxicomanie aux stupéfiants : épidémiologie, modalité de prise en charge, complications, diagnostic et traitement des surdoses ; manifestations cliniques du syndrome de sevrage. Faculté de médecine de Strasbourg. 2002.
- 14) BRANGER B, FLAMANT C, BREHU S. Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né. Réseau Sécurité Naissance des Pays-de-la-Loire. Décembre 2011.
- 15) LEJEUNE C., SIMMAT-DURAND L. Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Focus consommation et conséquences. Juillet 2003.
- 16) LOWENSTEIN W. Addictions aux opiacés et traitements de substitution : évolution des pratiques médicales. Ed. Montrouge : J.Libbey-Eurotext, 2003.
- 17) JACQUES J-P, FIGIEL C. Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet. Ed. De Boeck Université, 2006.

- 18) BRULET C, CHANAL C, RAVEL P, MAZURIER E, BOULOT P, FAUCHERRE V.
Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes. 114 grossesses suivies en 5 ans. La Presse Médicale 2007 ; 36 : 1571-80.
- 19) LEJEUNE C, FLOCH-TUDAL C, CRENN-HEBERT C, SIMONPOLI A-M. Réseau ville-hôpital et projet social : l'expérience des réseaux périnatal et toxicomanie du nord des Hauts-de-Seine autour des femmes enceintes abusant de drogues psycho-actives. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2004 ; 33 : 1S67-1S70.
- 20) SIMMAT-DURAND L, TOUTAIN S, LEJEUNE C, FLOCH-TUDAL C, CRENN-HEBERT C, SIMONPOLI A-M. Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveau-nés de mères polyconsommatrices, Ile-de-France, 1999-2008. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2010 ; 39, 647-55.
- 21) LEJEUNE C. Pharmaco-dépendance aux opiacés, grossesse & parentalité. Le Flyer. Juin/Juillet 2003.
- 22) Ecole Nationale de la Santé Publique. La prise en charge coordonnée ou en réseau de situations complexes : le cas de la jonction sida-toxicomanie-périnatalité, 2005.
- 23) MICHEL N, RIVIERE M, LE BOT N. Toxicomanie chez la femme enceinte. Prise en charge spécialisée à Port-Royal entre 1998 et 2007. La revue sage-femme 2008, 7, 289-94.
- 24) POOLE N. La consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse : les faits. Canadian Women's Health Network, 2002.
- 25) AUBERT J-P. Grossesse et consommation de drogues. La rev. Du prat. Med. Générale, janv 2000, Tome 14, N°485, 121-3

RESUME

Objectif : évaluer les difficultés spécifiques ressortant de la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux opiacés sur le plan obstétrical, pédiatrique, ainsi que sur le plan social.

Matériel et méthode : du 1er janvier 2002 au 31 octobre 2012, 16 patientes ont accouché au CHU d'Angers. Nous avons rétrospectivement étudié les caractéristiques physiques et socio-économiques de ces femmes et de leur conjoints, les antécédents de ces patientes, l'évolution de la grossesse et la prise en charge particulière qui peut en découler, les modalités d'accouchement, les caractéristiques du nouveau-né, et enfin le déroulement des suites de couches.

Résultats : Les patientes sont âgées de 18 à 40 ans. Elles vivent pour la plupart en couple mais la majorité d'entre elles n'ont aucune activité professionnelle, ceci étant le reflet de leur marginalisation induite par la dépendance au toxique. Dans notre étude, 7 patientes avaient de lourds antécédents psychiatriques. La co-morbidité virale n'est pas négligeable puisque 25% de nos patientes sont touchées par le virus de l'hépatite C. De plus, un certain nombre de nos patientes (37,5%) est polytoxicomane, tabac exclus. En début de grossesse, 4 patientes consommaient de l'héroïne et seulement une en fin de grossesse. En général, le suivi de grossesse était régulier et seule une patiente n'avait aucun suivi dans le cadre de la PASS-Périnatalité. Par ailleurs, on note un retard de croissance intra-utérin chez 37,5% de nos patientes, et une souffrance fœtale aiguë dans 25% des cas. Après l'accouchement, la moitié des nouveaux-nés ont présenté un syndrome de sevrage. 56,25% des enfants ont été séparés de leur mères juste après l'accouchement pour surveillance une du syndrome de sevrage ou des soins particuliers. Un suivi ultérieur avec la PMI a été instauré que dans 37,5% des cas.

Conclusion : ces femmes rentrent dans une population à risque, notamment de RCIU et de syndrome de sevrage. Ce sont pour la plupart des femmes fragiles et souvent en marge de la société. Il est nécessaire d'instaurer une prise en charge multidisciplinaire adaptée.

Mots-clé : grossesse ; opiacés

ABSTRACT

Objectives: assessing the specific difficulties in the follow-up care for pregnant women addicted to opiates, from an obstetrical and pediatric point of view, taking into account their social background.

Human material and method: from January 1st 2002 to October 31st 2012, 16 patients gave birth in the teaching hospital of Angers. We retrospectively studied the physical characteristics, the socio-economic situation of these women and their partners, their medical history, the course of their pregnancy and the specific aftercare put in place, the delivery mode, the new born features and the evolution in the post-partum.

Results : all patients were between 18 and 40. Most of them lived with their partner but

the majority of them didn't work as a result of their marginalization due to their drug addiction. In our study, 7 patients had a significant psychiatric social history. The viral co morbidity was significant since 25% carried Hepatitis C. More, most of our patients (37, 5%) had multiple drug addictions excluding tobacco. At the beginning of the pregnancy 4 patients were heroin-addicted, but only one remained addicted till the end of her pregnancy. Pregnancy monitoring was regular except for one patient who didn't benefit from any follow-up within the framework of the « PASS-Périnatalité». Moreover, an intrauterine growth retardation was noted for 37, 5% of our patients and an acute foetal distress in 25% of the cases. After the birth, half of the children were suffering from a drug withdrawal syndrome. 56, 25% of them were separated from their mothers after birth, in order to monitor the early stages of the drug withdrawal syndrome or to receive specific care. A social follow-up was planned for 37, 5% of our patients.

Conclusion : these patients present a high-risk of intrauterine growth retardation and drug withdrawal syndrome. Most of them are fragile and they often live on the fringe of society. Therefore, it is necessary to establish an appropriate follow-up care.

Key-words: pregnancy ; opiate.