



HAL
open science

Prise en charge des femmes enceintes sous traitement de substitution à l'héroïne : comparaison entre deux maternités : le FEH du CHU de Caen et la maternité d'Arnaud de Villeneuve de Montpellier

Marion Viot

► To cite this version:

Marion Viot. Prise en charge des femmes enceintes sous traitement de substitution à l'héroïne : comparaison entre deux maternités : le FEH du CHU de Caen et la maternité d'Arnaud de Villeneuve de Montpellier. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00732418

HAL Id: dumas-00732418

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00732418v1>

Submitted on 14 Sep 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Ecole de Sages-Femmes de Caen

**Prise en charge des femmes enceintes sous
traitement de substitution à l'héroïne**

Comparaison entre deux maternités :

Le FEH du CHU de Caen et

La maternité d'Arnaud de Villeneuve de Montpellier

Mémoire présenté et soutenu par
Marion Virot
Née le 7 Septembre 1988
En vue de l'obtention du diplôme d'état
De Sage-Femme

Promotion 2008/2012

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement :

- Mme Chanal, directrice de ce mémoire, pour ses conseils,
- Mme Brielle, qui s'est toujours montrée à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce travail,
- Mme Fiant, pour son aide dans mes recherches sur les dossiers de Caen et pour sa relecture,
- Les sages-femmes enseignantes qui m'ont suivi durant ces quatre années,
- Mes parents pour leur soutien,
- Ma tante, sage-femme, qui m'a mise au monde et avec qui j'ai fait mes premiers accouchements,
- Et Mélodie, Carole, Léa, Sophie, Adélaïde, Charles-Henri et Arnaud pour ces années passées ensemble.

Liste des abréviations

Introduction p.1

Première partie :

1. Héroïne et substitution p.3

1.1. L'héroïne p.3

1.1.1. L'état des lieux en Europe et en France p.3

1.1.2. Les différents comportements de consommation p.3

1.1.3. Pharmacologie p.4

1.1.4. Le phénomène d'addiction à l'héroïne p.5

1.1.5. La nécessité d'une substitution chez la femme enceinte ... p.6

1.2. La méthadone p.6

1.2.1. Pharmacologie p.6

1.2.2. Méthadone et grossesse p.8

1.3. Le Subutex® p.8

1.3.1. Pharmacologie p.8

1.3.2. Subutex® et grossesse p.10

1.4. Le choix entre Méthadone et Subutex® p.10

2. Retentissement de l'usage d'opiacés et bénéfices de la substitution chez les femmes enceintes p.11

2.1. Les conséquences médicales de l'héroïne sur les femmes enceintes . p.11

2.2. Les conséquences obstétricales des opiacés p.11

2.2.1 Les avortements spontanés p.12

2.2.2 L'accouchement prématuré p.12

2.2.3 L'accouchement et le post-partum p.12

2.3. Les conséquences fœtales et néonatales des opiacés p.13

2.3.1 La mort fœtale in utéro p.13

2.3.2 Le retard de croissance intra utérin p.13

2.3.3 Les malformations p.13

2.3.4 Le syndrome de sevrage néonatal p.14

2.4. L'allaitement chez les femmes sous traitement substitutif p.15

2.5. Les bénéfices de la substitution p.15

2.6. La perception de la grossesse par les femmes enceintes toxicomanes p.16

3. Prise en charge des femmes sous substitution et de leur enfant dans deux maternités de niveau 3	p.18
3.1. Prise en charge au pôle FEH du CHU de Caen	p.18
3.2. Prise en charge à la Maternité d'Arnaud de Villeneuve de Montpellier	p.20
3.2.1. Les acteurs de cette cellule	p.20
3.2.2. Le fonctionnement de cette cellule	p.21
3.2.2.1. Pendant la grossesse.....	p.21
3.2.2.2. Pendant le post-partum	p.22
3.2.3. Un travail de coordination et de soutien.....	p.23
3.2.4. Le financement de cette cellule	p.23

Deuxième partie : Etude

1. Présentation de l'étude	p.24
1.1. Objectifs	p.24
1.2. Le type d'étude	p.24
1.2.1. Le recueil de données	p.24
1.2.2. La population étudiée	p.24
2. Résultats de l'étude	p.25
2.1. La population	p.25
2.1.1. L'âge	p.25
2.1.2. La situation maritale	p.25
2.1.3. Le contexte familial	p.26
2.1.4. La situation professionnelle et le revenu	p.26
2.1.5. Le logement	p.27
2.1.6. La couverture sociale	p.28
2.2. Le conjoint	p.28
2.2.1. Sa présence et son soutien	p.28
2.2.2. Addiction et suivi du conjoint	p.29
2.3. Les consommations maternelles de toxiques au début de la grossesse	p.29
2.3.1. Le tabac	p.29
2.3.2. L'alcool	p.29
2.3.3. Le cannabis	p.29
2.3.4. L'héroïne	p.30
2.3.5. La cocaïne	p.30
2.3.6. Les médicaments psychotropes	p.30
2.3.7. La substitution et son suivi	p.31
2.4. Les statuts sérologiques	p.33
2.4.1. L'hépatite B	p.33
2.4.2. L'hépatite C	p.33
2.4.3. Le VIH	p.33

2.5. Les antécédents obstétricaux	p.34
2.5.1. Gestité	p.34
2.5.2. Parité	p.35
2.6. La grossesse actuelle	p.36
2.6.1. Age gestationnel lors de la première consultation	p.36
2.6.2. Fréquence des consultations prénatales	p.36
2.6.3. Nombre de rendez-vous non honorés	p.37
2.6.4. Préparation à la naissance et à la parentalité	p.37
2.6.5. Consultation pédiatrique anténatale	p.37
2.6.6. Consultation avec un psychologue ou un pédopsychiatre ..	p.38
2.6.7. Nombre de dossiers présentés au staff médico-psycho- social	p.38
2.6.8. Nombre d'entretiens par la sage-femme coordinatrice de la cellule à Montpellier	p.38
2.6.9. Pathologie pendant la grossesse	p.39
2.6.10. Hospitalisation pendant la grossesse	p.40
2.6.11. Hospitalisation de jour	p.41
2.6.12. Sortie contre avis médical	p.41
2.7. L'accouchement	p.42
2.7.1. Terme de l'accouchement	p.42
2.7.2. Modalités d'accouchement	p.43
2.7.3. Anesthésie pendant le travail	p.44
2.7.4. Morbidité néonatale	p.45
2.7.5. Consommation maternelle de toxiques à l'interrogatoire en salle de naissance	p.45
2.7.6. Durée d'hospitalisation maternelle dans le post-partum	p.46
2.7.7. Sortie contre avis médical en post-partum	p.46
2.8. Le nouveau-né	p.47
2.8.1. Le sexe	p.47
2.8.2. Les mensurations	p.47
2.8.3. Le score d'Apgar	p.47
2.8.4. L'allaitement	p.48
2.8.5. Le lieu et la durée d'hospitalisation de l'enfant	p.49
2.8.6. Présence et traitement d'un syndrome de sevrage néonatal	p.49

Troisième partie : Analyse-Discussion

1. Les limites et les atouts de l'étude	p.51
2. Discussion des résultats	p.51
2.1. Les deux populations de notre étude	p.52
2.1.1. Les patientes	p.52
2.1.2. Leur conjoint	p.53

2.2. Les consommations maternelles de toxiques au début de la grossesse	p.54
2.3. Le traitement de substitution	p.54
2.4. La grossesse	p.55
2.4.1. Le suivi de la grossesse	p.55
2.4.2. Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ..	p.56
2.4.3. La rencontre anténatal avec le pédiatre	p.57
2.4.4. La rencontre avec un psychologue ou un pédopsychiatre ...	p.57
2.4.5. Les pathologies pendant la grossesse	p.57
2.4.6. Les sorties contre avis médical pendant la grossesse	p.58
2.5. L'accouchement	p.58
2.5.1. Le terme	p.58
2.5.2. Les modalités d'accouchement	p.58
2.6. Les consommations maternelles de toxiques à l'interrogatoire en salle de naissance	p.59
2.7. La durée d'hospitalisation en post-partum	p.59
2.8. Le nouveau-né	p.59
2.8.1. Les mensurations	p.59
2.8.2. Le score d'Apgar	p.60
2.8.3. L'allaitement	p.60
2.8.4. Le lieu et la durée d'hospitalisation du nouveau-né	p.61
2.8.5. La présence et le traitement du syndrome de sevrage néonatal	p.61
3. Synthèse	p.62
Conclusion	p.63
Bibliographie	p.64

Annexes :

Annexe I : Score de Finnegan	p.68
Annexe II : Score de Lipsitz	p.69
Annexe III : L'ELSA	p.70
Annexe IV : Association AFREE	p.72
Annexe V : RAVITHOX	p.74
Annexe VI : Recueil de données	p.75

Liste des abréviations

AG : Anesthésie Générale
ALR : Anesthésie LocoRégionale
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
BHD : Buprénorphine Haut Dosage
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétricien
CPUD : Cellule Parentalité et Usage de Drogues
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DASS : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FCS : Fausse Couche Spontanée
FEH : Femme Enfant Hématologie
GEGA : Groupe d'Etude Grossesse et Addiction
HDJ : Hospitalisation De Jour
HRP : Hématome Rétro-Placentaire
IMG : Interruption Médicale de Grossesse
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU : Mort Fœtale In Utéro
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin
RPM : Rupture Prématuroe des Membranes
SA : Semaine d'Aménorrhée
SIG : Surveillance Intensive de Grossesse
SSN : Syndrome de Sevrage Néonatal

Introduction

Introduction

La toxicomanie est devenue par son extension un problème majeur de santé publique. Aujourd'hui en France, il y aurait entre 150 000 à 300 000 toxicomanes.

Vingt à vingt-cinq pour cent de cette population seraient des femmes dont une large majorité en âge de procréer. Cependant l'aspect illégal de la toxicomanie rend les données épidémiologiques peu fiables.

La maternité, qui est un évènement bien légitime chez toutes les femmes, est généralement une situation délicate et particulièrement difficile à gérer pour les femmes toxicomanes qui sont physiquement, psychologiquement et socialement démunies. Le sevrage par des produits de substitution a modifié les possibilités pour une femme d'envisager une grossesse. Mais ces grossesses sont à « haut risque » et nécessitent un accompagnement spécifique et une prise en charge multidisciplinaire du couple mère/enfant.

Tôt dans mes études j'ai été confrontée, en salle d'accouchement, à une patiente qui était sous traitement de substitution. Son enfant avait débuté un syndrome de sevrage dès la première heure de vie. Cela m'avait marqué au point de choisir ce sujet lors de mon travail de recherche de deuxième année de sage-femme. Lors de ces recherches, j'ai découvert l'existence de la « Cellule Parentalité et Usage de Drogue » de Montpellier. Je me suis donc aperçue que la prise en charge de ces femmes variait selon les hôpitaux.

Je me suis donc demandée quel impact pouvait avoir les différentes prises en charge sur le suivi de grossesse. Certaines prises en charge permettent-elles de réduire la survenue de pathologies pendant la grossesse ? Les durées d'hospitalisation, pour la mère et l'enfant sont-elles moins longues avec une prise en charge spécifique ? Et quelles sont les conséquences pour l'enfant ?

Pour pouvoir au mieux répondre à ces questions et réaliser ce travail, j'ai souhaité réaliser mon stage optionnel de deux semaines au sein de la « Cellule Parentalité et Usage de Drogue » de Montpellier en septembre 2011.

La première partie de ce travail sera consacrée à la toxicomanie et aux produits de substitution. J'aborderai le retentissement de la prise d'opiacés sur la grossesse et les bénéfices de la substitution chez la femme enceinte. Puis je décrirai la prise en charge des

femmes enceintes sous traitement de substitution au FEH du CHU de Caen et à la maternité d'Arnaud de Villeneuve du CHU de Montpellier.

Dans une deuxième partie, j'exposerai les résultats de l'étude faite sur les dossiers des patientes sous traitement de substitution ayant accouché de janvier 2008 à septembre 2011 dans les deux maternités citées ci-dessus.

Et enfin, dans une troisième partie, je comparerai ces résultats à ceux de l'étude GEGA « grossesse et substitution, enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés » publiée en 2003, dirigée par C.Lejeune et réalisée entre octobre 1998 et octobre 1999 sur l'ensemble du territoire français. Je comparerai aussi ces résultats à ceux de la population générale retrouvés dans l'enquête de périnatalité de 1998.

Première partie

1. HEROÏNE ET SUBSTITUTION

L'héroïne est le principal opiacé consommé par la femme enceinte. [1] La vie chaotique et tumultueuse d'une femme héroïnomane rend extrêmement difficile le déroulement et le suivi de sa grossesse. Il est donc important de pouvoir faire un dépistage précoce afin de proposer un traitement de substitution, par méthadone ou Buprénorphine Haut Dosage (BHD) (Subutex®), à ces femmes qui doivent absolument éviter les états de manque qui entraînent une hypoxie fœtale importante.

1.1. L'héroïne

1.1.1. L'état des lieux en Europe et en France

L'Europe compte entre 1,3 et 1,4 millions d'usagers d'opiacés, selon les estimations. En 2009, environ 700 000 consommateurs ont bénéficié d'un traitement de substitution. L'héroïne est la principale drogue consommée. Elle correspond à plus de 50% de toutes les demandes de traitement. [2]

En France il y aurait entre 150 000 et 300 000 consommateurs d'héroïne, environ un quart de ces usagers sont des femmes dont une large majorité est en âge de procréer. [1]

1.1.2. Les différents comportements de consommation

La consommation de substances psychoactives modifie les perceptions, l'humeur et le comportement. Il existe différents types d'usage.

L'usage simple est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complication pour la santé, ni trouble du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui. Il en est ainsi chez les adolescents et les jeunes qui essaient les drogues illicites par curiosité, ou qui consomment avec les autres par effet d'entraînement. Beaucoup en resteront à une expérience unique ou n'auront qu'une consommation occasionnelle en petite quantité. [3]

Le passage à des consommations de plus en plus régulières ou des produits de plus en plus dangereux ne se produit pas de façon systématique. L'évolution vers la toxicomanie se fait dans 5 à 10% des cas, après un usage simple. [4] Il varie selon le potentiel addictif de chacune des substances et la vulnérabilité des individus due à leur contexte de vie, leur histoire personnelle et l'existence ou non de troubles psychologiques. [3]

L'usage nocif, ou abus, est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur, ses proches ou son environnement large. [3]

Une personne est dépendante lorsqu'elle ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques. Sa vie tourne largement ou exclusivement autour de la recherche et de la prise du produit. La dépendance peut s'installer de façon brutale ou progressive, en fonction de l'individu et du produit consommé. [3]

La dépendance peut être psychique et/ou physique. Dans le premier cas la privation du produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse allant parfois jusqu'à la dépression. Dans le second cas, la privation du produit engendre un état de manque qui se traduit par des symptômes physiques qui varient selon les produits. Un héroïnomane en manque peut ressentir de fortes douleurs musculaire, avoir une transpiration excessive, une sensation de froid intense, avoir un pouls élevé, des éternuements, le nez qui coule, les yeux qui pleurent, un dérangement intestinal, des nausées, des vomissements ... [3]

Le passage de l'usage simple à l'usage nocif, ou de l'usage nocif à la dépendance, n'est souvent pas perçu par le consommateur qui pense maîtriser sa consommation. Cette impression d'« auto-contrôle » d'une consommation n'est qu'une illusion. Ainsi, sans s'en rendre compte le consommateur peut être dépendant. [3]

L'héroïne a un effet de « dépression respiratoire » qui peut s'accompagner d'un relâchement des muscles et de troubles de la conscience et ainsi entraîner un coma et dans certains cas, la mort : c'est l'overdose. Celle-ci peut survenir dès la première prise. [5]

Le mésusage est un usage abusif ou détourné d'un produit. [6] Les mésusages constatés pour le Subutex®, portent par exemple, sur le mode d'obtention du médicament (acheté dans la rue où il fait l'objet d'un trafic) ou sur l'usage qui en est fait. En effet le Subutex® peut être injecté par voie intraveineuse ou sniffé. [7]

1.1.3. Pharmacologie

L'héroïne ou diacétylmorphine est un opiacé puissant, elle est extraite du pavot.

L'héroïne se trouve sous forme de poudre blanche, souvent mélangée ou « coupée » avec d'autres poudres inertes. Elle se trouve aussi sous forme de granulés à écraser. Elle est consommée par voie veineuse, prise (sniffée) ou fumée. [3]

Comme la morphine et de nombreux autres opioïdes, l'héroïne produit une analgésie. Elle agit comme un agoniste au niveau d'un groupe complexe de récepteurs : les récepteurs μ ,

k et δ . Ces récepteurs sont normalement activés par des peptides endogènes appelés endomorphines ou endorphines. Ils se situent au niveau du système nerveux central, principal lieu d'action de l'héroïne, et de bien d'autres organes. Une molécule opioïde peut avoir des actions agonistes sur un type de récepteur et des actions antagonistes sur un autre type de récepteur. Ceci rend compte, en partie, de la complexité de l'action des opiacés sur l'organisme. [8]

1.1.4. Le phénomène d'addiction à l'héroïne

Administrée par voie intraveineuse, l'héroïne agit rapidement et pendant 2 ou 3 heures. Sa demi-vie est extrêmement brève et difficile à calculer.

Les principaux effets recherchés par les toxicomanes sont une sensation de bien être extrême (mais qui sera brève) et une abstraction de leurs souffrances physiques et psychiques. La diacétylmorphine induit donc un plaisir intense avec une sensation d'euphorie, d'apaisement, d'extase et de détachement du réel qui est suivi de somnolence, parfois accompagnée de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque. [3]

Dans un premier temps donc l'héroïne procure une sensation de plaisir et supprime la sensation de déplaisir, ce qui est une autre façon de trouver du plaisir. C'est ce que Claude Olivenstein, psychiatre spécialisé en toxicomanie, appelle le temps de la lune de miel. [9]

Mais ensuite quand l'usage se répète, la tolérance au produit s'installe et le plaisir intense des premières consommations diminue. Il faut donc plus de produit pour avoir le même effet : c'est la dépendance. Elle s'installe rapidement dans la majorité des cas et sans que le consommateur ne s'en rende compte. Vient ensuite la phase de la gestion du manque, où l'héroïnomanie va consommer pour le plaisir mais aussi pour le besoin. Il a besoin de drogue pour supprimer le manque physique. L'héroïnomanie oscille entre des états de soulagement euphorique (lorsqu'il est sous l'effet de l'héroïne) et des états de manque qui provoquent anxiété et agitation. Dans cette phase il poursuit sa recherche du bonheur et gère son manque. [9]

Vient, enfin un troisième temps que les toxicomanes qualifient et nomment eux même « la galère ». Le manque est omniprésent et leur vie quotidienne tourne autour de la consommation du produit ce qui entraîne un risque important de marginalisation sociale. Le plaisir n'existe plus que dans des souvenirs omniprésents et enjolivés, pouvant gêner le processus de deuil nécessaire à l'abstinence. La durée de ces phases dépend de chaque toxicomane de façon très individuelle. [9]

1.1.5. La nécessité d'une substitution chez la femme enceinte

Chez la femme, sur le plan gynécologique, il existe fréquemment un dérèglement hormonal qui provoque une aménorrhée, soit par une augmentation de sécrétion de l'hormone prolactine, soit par une diminution de sécrétion des hormones gonadotrophiques, soit encore par l'association des deux mécanismes. Ces aménorrhées ont pour conséquence majeure de méconnaître souvent le début de grossesse. Celle-ci est d'ailleurs fréquemment déclarée tardivement ou non déclarée par la femme toxicomane qui refuse habituellement le suivi obstétrical indispensable. [10]

Les opiacés comme l'héroïne ont une action brève et doivent donc être pris souvent pour qu'il n'y ait pas d'effet de sevrage. Les inévitables successions de période de sevrage et de consommation de drogue perturbent le bon développement du fœtus. La grossesse et la période du post-partum ne constituent pas des moments adaptés pour un sevrage maternel aux opiacés. En accord avec la future mère, il est beaucoup plus intéressant de mettre en route un programme de substitution qui pourra permettre une surveillance plus régulière de la grossesse et éviter une hypoxie du fœtus en empêchant la survenue de phases de manque. [11]
[12]

Le traitement de substitution consiste à remplacer la consommation d'héroïne par la prise orale de médicaments opiacés tels que la méthadone ou le Subutex®. Seules ces deux substances peuvent se prévaloir d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication : « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures ». [13]

Ces deux produits ont l'AMM pour le traitement de la femme enceinte (le Subutex® depuis 2005). [13]

En 2007, 120 000 personnes ont bénéficié de traitement de substitution aux opiacés dont 80% sous Subutex® et 20% sous méthadone. [13]

1.2. La méthadone

1.2.1. Pharmacologie

La méthadone appartient à la famille des drogues opioïdes, c'est un narcotique synthétique. Elle appartient à la classe thérapeutique des stupéfiants et doit donc être prescrit avec toutes les précautions d'usage qui sont la prescription sur une ordonnance infalsifiable, la règle des sept jours et la règle du complément.

La méthadone a été élaborée en Allemagne durant la seconde guerre mondiale et a été utilisée à l'origine pour soulager la douleur. Actuellement elle est utilisée comme traitement

substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, telle que l'héroïne, la codéine et la morphine dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique. [14] [15]

La méthadone pure se présente sous forme d'une poudre blanche cristalline. On la dissout habituellement dans un sirop. Elle est commercialisée dans des flacons de 20, 40, 60 mg, en récipient unitaire. Depuis 2007, la méthadone a l'AMM pour la forme gélule avec un dosage à 1mg, 5mg, 10mg, 20mg et 40mg. [14]

La méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés qui agit principalement sur les récepteurs mu. L'occupation des récepteurs morphiniques a pour conséquence la diminution ou l'annulation de l'effet de l'héroïne si le patient en consomme. Il s'agit d'un phénomène de tolérance croisée aux autres opiacés de sorte que la méthadone bloque l'effet euphorisant produit par l'héroïne. Comme les autres opiacés, elle possède des propriétés analgésiques et antitussives et pourrait entraîner un syndrome de dépendance pharmacologique. [14] [16]

L'effet maximal de la méthadone est obtenue en une à deux heures environ après la prise orale. Sa durée d'action est longue de vingt-quatre heures environ, ne nécessitant donc qu'une prise quotidienne sans effet de manque. [15]

Le métabolisme de la méthadone se fait principalement dans le foie, où la méthadone subit plusieurs transformations qui aboutissent à différents métabolismes inactifs. L'élimination de la molécule et de certains de ces dérivés métabolites s'effectuent dans les urines, les selles, la salive, la sueur et même dans le lait maternel. [14]

Comme tout médicament, la méthadone possède des effets indésirables. Certains sont des effets propres à tous les opiacés et d'autres plus spécifiques. On peut observer une euphorie, des vertiges, une constipation, des œdèmes, une somnolence (surdose), une sudation excessive, des nausées, des vomissements, une dysurie ... [14]

Il existe différentes interactions médicamenteuses auxquelles il faut faire attention, mais une seule est contre indiquée : c'est l'association de la méthadone avec des agonistes-antagonistes morphinique. Cette association diminue l'effet antalgique par blocage compétitif des récepteurs, avec un risque d'apparition d'un syndrome de sevrage. [14]

La méthadone a pour but de se substituer à l'opiacé habituel. La posologie initiale est de 20 à 30 mg par jour selon le niveau de dépendance physique et doit être administrée au moins 10 heures après la dernière prise d'opiacés. Ensuite la dose sera adaptée selon l'individu, par paliers de 10 mg, en fonction de la durée, la fréquence et la quantité de sa consommation d'héroïne et selon la tolérance clinique et les états de manque persistants. La dose d'entretien et d'équilibre se situe habituellement entre 80 et 100 mg par jour. [14] [17]

1.2.2. Méthadone et grossesse

Il n'est pas rare de devoir prescrire des posologies plus élevées, notamment en fin de grossesse et parfois même en deux prises quotidiennes. La demi-vie de la méthadone peut être nettement réduite jusqu'à 8 heures du fait de la grossesse. La posologie, chez la femme enceinte, doit donc être nécessairement adaptée aux modifications physiologiques du métabolisme secondaire de la grossesse. Une méthadonémie peut être réalisée pour vérifier que le dosage délivré est adapté aux besoins de la patiente. Après un délai variable selon les sujets, le sevrage progressif de la méthadone pourra se faire. Dans le cas d'une grossesse, le sevrage est déconseillé au premier trimestre à cause du risque de fausse couche et au troisième trimestre du fait du risque d'accouchement prématuré. S'il est réalisé au deuxième trimestre (sur demande expresse de la patiente), il doit être fait en milieu hospitalier avec des surveillances quotidiennes du rythme cardiaque fœtal. [14] [17]

La méthadone permet une meilleure prise en charge de la toxicomanie et par la même de la grossesse. En outre, cette substitution délivre la mère de la recherche incessante de la drogue.

Il n'a pas été démontré d'actions tératogènes chez le nouveau-né soumis in-utero à l'action de la méthadone. Il existe de faible passage des métabolites de la méthadone dans le lait maternel. La plupart des équipes françaises regroupées au sein des GEGA (Groupe d'Etude « Grossesse et Addiction ») concluent à l'absence de contre-indication à l'allaitement maternel en dehors de la séropositivité VIH et la prise concomitante de toxique. De plus, l'allaitement peut favoriser le lien mère-enfant chez ces femmes vulnérables. [18]

1.3. Le Subutex®

1.3.1. Pharmacologie

La Buprenorphine Haut Dosage (BHD) commercialisé sous le nom de Subutex® a pour indication le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. Le principe actif du Subutex® est la molécule appelée buprénorphine. C'est un opiacé proche de la morphine. Ce médicament appartient à la classe thérapeutique de liste 1 mais les règles de prescription et de délivrance sont les mêmes que pour les stupéfiants. [14] [19] [20]

Le Subutex® a été mis sur le marché en 1996, et depuis 2006 sont apparus des génériques comme le Buprénorphine Arrow®, ou le Buprénorphine Mylan®. [20]

Le Subutex® a une action agoniste-antagoniste sur les récepteurs μ et κ cérébraux. Son activité dans le traitement de substitution aux opioïdes est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs μ qui lui confère une longue durée d'action (plus de 24 heures) et minimise ainsi de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiants, facilitant le traitement en ambulatoire (une prise par jour). [14]

L'activité agoniste partielle de la buprénorphine confère au produit une grande marge de sécurité pour son utilisation, en limitant ses effets dépresseurs, notamment sur les fonctions cardio-respiratoires. [14]

Le Subutex® est vendu sous forme de comprimé sublingual, seule voie efficace d'absorption. Le pic plasmatique est atteint en 90 minutes. La demi-vie est de 2 à 5 heures. L'élimination du Subutex® est bi ou tri exponentielle, avec une longue phase d'élimination terminale de 20 à 25 heures. Son élimination se fait essentiellement dans les fèces par extraction biliaire des métabolites glycéroconjugués (80%), le restant par les urines. [14]

Le Subutex® peut être prescrit par tous les médecins contrairement à la méthadone (classée comme stupéfiant). La prescription se fait pour 28 jours maximum. La délivrance ne se fait que pour une durée de 7 jours et à titre dérogatoire pour 28 jours. [19]

Il existe des contres indications à la prescription du Subutex® qui sont une hypersensibilité à la Buprénorphine ou à tous autres constituants du produit, un âge inférieur à 15 ans, une insuffisance respiratoire sévère, une insuffisance hépatique sévère, une intoxication alcoolique aiguë ou un delirium tremens. [14]

Le Subutex® ne doit pas être associé à l'alcool, aux benzodiazépines et autres dépresseurs du système nerveux central. [14]

La survenue d'effets indésirables dépend du seuil de tolérance, plus élevé chez les toxicomanes que dans la population générale. Les manifestations les plus fréquemment observées sont : constipations, céphalées, insomnie, asthénie, somnolence, nausées, vomissements ... [14]

L'administration de la première dose doit se faire au moins 4 heures après la dernière prise de stupéfiant ou à l'apparition des premiers signes de manque. Le matin ou le midi sont les meilleurs moments pour la prise afin d'éviter le manque en fin de journée. Le fractionnement des prises au cours de la journée la rend moins efficace. Il faut placer les comprimés sous la langue, ou entre la gencive et la joue, jusqu'à ce qu'il fonde entièrement. Ce geste est capital afin que le médicament soit pleinement efficace. Cette opération peut prendre du temps quelques soient les dosages et la marque (de 10 à 15 minutes selon les doses et les marques de comprimés). Si le comprimé est avalé, sucé ou mâché cela le rend

inactif. Il ne faut ni boire ni manger pendant que le comprimé fond. Dans tous les cas une quantité insuffisante de Subutex® peut faire échouer le traitement. [20]

L'autorisation de mise sur le marché stipule que la dose maximale qui peut être prescrite est de 16 milligrammes mais certains peuvent avoir besoin de plus et peuvent prendre jusqu'à 32 milligrammes par jour. L'effet plateau du Subutex® n'est donc pas le même pour tout le monde et la limite de 16 milligrammes est très théorique. Il faut adapter aux besoins de chacun. [20]

Des dosages urinaires peuvent être demandés au patient afin d'avoir une appréciation objective de ses consommations et de voir si la dose du Subutex® prescrite est adaptée. [20]

1.3.2. Subutex® et grossesse

En clinique, il n'existe pas actuellement de données suffisamment pertinentes pour évaluer un éventuel effet malformatif ou fœtotoxique de la buprénorphine lorsqu'elle est administrée pendant la grossesse. La prise régulière de Subutex® par la mère, quelque soit la dose, au cours des derniers mois de grossesse, peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage chez le nouveau né (entre 40 et 80% des cas selon les études). Une adaptation de la posologie peut être nécessaire afin de maintenir l'efficacité thérapeutique du traitement. [14]

1.4. Le choix entre Méthadone et Subutex®

Le choix entre méthadone et le Subutex® devra tenir compte du profil de la personne, de la substitution préexistante à la grossesse, des autres toxicomanies (alcool, benzodiazépines ...), d'un mésusage ... Il faut savoir que la primo prescription de méthadone est réservée aux services hospitaliers ou aux CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), mais après une période obligatoire d'initiation, le patient pourra poursuivre son traitement méthadone en médecine de ville. Le Subutex® quant à lui peut être débuté en médecine de ville directement. [1] [7] [19]

2. RETENTISSEMENT DE L'USAGE D'OPIACES ET BENEFICES DE LA SUBSTITUTION CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Chez une femme consommatrice d'héroïne, la grossesse est une situation à haut risque tant pour le fœtus que pour la mère. Les risques sont nombreux mais peuvent être réduits par la mise en place précoce d'un traitement de substitution.

2.1. Les conséquences médicales de l'héroïne chez les femmes enceintes

Les patientes héroïnomanes présentent souvent des troubles du cycle à type d'aménorrhée. Les opiacés ont un effet dépresseur sur la pulsativité de la LH-RH et un effet stimulateur sur la sécrétion de prolactine ce qui induit l'aménorrhée. Sous opiacés la libido est diminuée. Avec ces deux facteurs, on peut aisément imaginer l'absence d'observance en matière de contraception. La grande majorité des grossesses survient ainsi de manière inopinée, ce qui a pour conséquence la découverte tardive de l'état de grossesse. [1]

Les conséquences médicales maternelles sont dues aux risques infectieux liés à l'utilisation de matériel non stérile. Ces infections sont dues à des germes banaux entraînant des thrombophlébites, des endocardites... Elles peuvent aussi être dues aux hépatites B, C, et au VIH. Des mesures prophylactiques existent pour l'hépatite B et le VIH, il faut donc systématiquement faire les sérologies en début de grossesse pour connaître les traitements à prescrire. [12]

L'incidence des infections a été diminuée par la mise en place de la vente libre de seringues. Cette vente libre n'a pas permis la diminution de l'incidence de la transmission du VIH puisque la femme toxicomane est surtout contaminée lors de relations sexuelles avec son partenaire souvent toxicomane lui aussi. [21]

Chez les toxicomanes héroïnomanes, la prévalence de l'infection par l'hépatite C est de l'ordre de 60 à 70%. Il n'est pas rare qu'il existe une co-infection VIH/hépatite C, ce qui aggrave le risque de transmission materno-fœtale par le virus du VIH. [22]

Les conséquences médicales maternelles peuvent être aussi dues au mode de vie marginal de ces femmes, à l'éclatement de la structure familiale et à la toxicomanie en elle-même. [12] [22]

2.2. Les conséquences obstétricales des opiacés

Il s'agit souvent de grossesses peu suivies et il est difficile de faire la part des choses entre ce qui est dû à la prise du toxique et ce qui est dû au mode de vie lié à sa consommation. Mais les conséquences obstétricales retrouvées plus fréquemment que dans la population

générale, sont des avortements spontanés et des accouchements prématurés. Par contre la consommation d'héroïne n'entraîne que peu de problèmes durant l'accouchement.

2.2.1. Les avortements spontanés

Selon les séries, la fréquence varie entre 15 et 30% (vs 12 à 15% dans la population générale). Le diagnostic tardif de la grossesse et le fait qu'un certain nombre de fausses couches se passent sans intervention médicale expliquent la grande variabilité des pourcentages. Mais il semble tout de même que l'héroïne entraîne une augmentation des avortements spontanés par rapport à la population générale. [1] [12]

2.2.2. L'accouchement prématuré

Pour définir la prématurité, selon une recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'âge gestationnel est un critère nécessaire et suffisant. Toute naissance avant le terme de 37 semaines d'aménorrhées (SA) révolues est un accouchement prématuré. La fréquence des accouchements prématurés est estimée entre 20 et 56% dans la population consommatrice d'héroïne alors qu'elle est d'environ 6% dans la population générale. [8] Les épisodes de sevrage aux opiacés, même à minima engendrent très probablement une irritabilité utérine qui entraîne des contractions utérines. Mais un rôle majeur est attribué aux facteurs environnementaux et aux contextes socioéconomiques très souvent défavorisés ainsi qu'au tabac. [1] [12]

2.2.3. L'accouchement et le post-partum

L'héroïnomanie entraîne peu de problèmes au moment de l'accouchement. [12] Cependant, étant donné le nombre important d'accouchements prématurés, la présentation du siège est plus fréquente. [12]

Le liquide amniotique est plus fréquemment teinté lors de l'accouchement à cause de l'hypoxie fœtale due à l'alternance « overdoses-manque » chez le fœtus. [12]

Il n'y a pas plus de complications médicales du post-partum chez les patientes héroïnomanes. [12]

2.3. Les conséquences fœtales et néonatales des opiacés

2.3.1. La mort fœtale in utero

Tous les opioïdes traversent le placenta. On peut constater, lorsque l'on analyse le taux de drogue dans le sang fœtal, qu'en moins d'une heure ce taux est plus élevé chez le fœtus que chez la mère qui a pris un opiacé. Ce taux décroît beaucoup moins vite chez le fœtus que chez sa mère. Cette dépendance in utero à l'héroïne rend le fœtus très vulnérable au syndrome de sevrage, tant au cours de la grossesse qu'après la naissance. L'alternance entre les épisodes de consommation de la mère et les épisodes de manque expose le fœtus à un risque de mort fœtale in utero. [1] [12] [23]

2.3.2. Le retard de croissance intra utérin

Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) est une anomalie dynamique de la croissance du fœtus. Il exprime le décrochage de la courbe de croissance du fœtus in utero par rapport aux courbes de référence. Il en existe deux types.

Le RCIU est dit harmonieux lorsqu'il touche de façon homogène le fœtus. Ce retard de croissance touche aussi bien le pôle céphalique, l'abdomen et les membres. Ce RCIU est plus rare mais souvent associé à une forme plus sévère et précoce et a un pronostic moins bon. Il faut craindre une anomalie génétique. [24]

Le second type de RCIU est dit dysharmonieux quand il ne touche que l'abdomen, la taille et le périmètre crânien étant normaux. Ils sont souvent d'origine vasculaire. [24]

Dans le cas où la mère consomme de l'héroïne, le risque que le fœtus soit touché par un RCIU harmonieux est plus important. [15] Il est d'environ 30% contre 25% dans la population générale. [12] Mais ce RCIU est autant lié à la malnutrition, au mode de vie et au tabagisme, qu'à la consommation d'héroïne de ces patientes. [12]

Le poids de naissance des enfants est souvent plus faible, entre 2300 et 2600grammes en moyenne contre 3300grammes de la population générale. Ces petits poids sont liés à l'hypotrophie engendrée par l'hypoxie fœtale mais aussi à la prématurité. [12]

2.3.3. Les malformations

L'héroïne n'est pas tératogène à l'inverse d'autres substances telles que l'alcool ou la thalidomide. L'augmentation du nombre de malformations congénitales observées est due à une intoxication associée et en particulier à l'alcool, puissant tératogène. [12]

2.3.4. Le syndrome de sevrage néonatal (SSN)

Que la femme soit sous substitution ou sous héroïne, le nouveau-né à la naissance pourra souffrir d'un ensemble de symptômes, signes du manque d'opiacés que l'on nomme le syndrome de sevrage. Les opiacés sont de petites molécules lipophiles qui passent facilement la barrière placentaire, et s'accumulent chez le fœtus du fait de ces capacités limitées de métabolisation et d'excrétion rénale. Elles passent facilement dans le cerveau fœtal. Les estimations de la fréquence du syndrome de sevrage sont très variables. [25] Une revue de la littérature effectuée par le Groupe Pompidou en 2002 indique « *la fréquence du syndrome de sevrage à la méthadone apparaît différente selon les études et varie entre 60 et 90%, mais ce dernier est moins fréquent que le syndrome de sevrage à l'héroïne. Le syndrome de sevrage à la méthadone est plus prolongé que celui à l'héroïne à cause de la demi-vie plus longue de la méthadone. Il est plus retardé [...] Son intensité est moindre qu'avec l'héroïne, mais celle-ci est néanmoins variable* ». [26]

Les données sont beaucoup plus rares sur le Subutex®, mais il semblerait que le SSN soit moins fréquent et plus faible. [26]

Soumis in utéro aux opiacés, les nouveau-nés doivent être pris en charge à la naissance. Le SSN est plus ou moins marqué selon les nouveau-nés. Il s'agit en fait de manifestations de manque chez le bébé qui se traduisent par une irritation cérébrale avec un risque de convulsion et une alimentation souvent difficile entraînant une chute de poids importante. Ce syndrome peut être létal s'il est sévère et non traité. [27]

Il apparaît le plus souvent entre le premier et le troisième jour de vie et dure 1 à 3 semaines (10 jours en moyenne) chez les nouveau-nés de mères héroïnomanes. Son apparition est retardée par la prise maternelle de barbituriques. Son intensité est imprévisible. A noter que la prise de méthadone ne retarde ni la fréquence, ni la sévérité du sevrage. Certaines femmes peuvent être tentées de réduire les doses de produits en fin de grossesse pour limiter l'intensité du SSN. Mais cela est fortement déconseillé. En effet, cela expose les mères et le fœtus au manque et cela fragilise ces mères au moment délicat de l'accouchement et des premiers jours suivants la naissance. [12] [21] [23]

Ce syndrome se traduit essentiellement par des troubles neurologiques, digestifs, généraux et respiratoires. Les trémulations et les troubles du sommeil sont les signes les plus constants et sont souvent révélateurs. Pour évaluer l'intensité du SSN plusieurs indices ont été mis en place : les scores de Finnegan et de Lipsitz. (Annexes I et II).

Selon l'intensité de ces signes, le nouveau-né peut être soulagé grâce à de simples gestes de maternage (nursing : peau à peau, câlin, portage ...), mais aussi par un traitement

médicamenteux (par chlorhydrate de morphine) visant à sevrer l'enfant en douceur et à limiter les symptômes. Dans tous les cas la participation active de la mère à ces soins a un effet bénéfique majeur sur l'enfant et sur elle-même. [21] [23]

2.4. L'allaitement chez les femmes enceintes sous traitement substitutif

Les opiacés passent dans le lait maternel.

La quantité de méthadone ingérée via le lait est faible, l'enfant reçoit moins de 3% de la dose maternelle (en mg/kg). L'utilisation de la méthadone est donc possible pendant un allaitement. Mais les doses absorbées par l'enfant sont insuffisantes pour traiter un SSN à la méthadone. Et l'allaitement n'empêche pas le SSN à la méthadone, car les doses absorbées par le lait maternel sont bien moindre qu'in utero. [28]

L'enfant reçoit environ 1% de la dose de Subutex® (en mg/kg) ingérée par sa mère. L'allaitement est donc possible quand une femme est traitée par Subutex® mais celui-ci ne pourra être envisagé comme un traitement du SSN. [28]

La plupart des équipes regroupées au sein du GEGA concluent à l'absence de contre-indication à l'allaitement au sein en dehors de la séropositivité VIH et de la prise d'autres substances telles que l'alcool, les toxiques ou les psychotropes. [28] [29]

L'allaitement joue un rôle bénéfique sur le développement du lien mère-enfant. M.E. Abdel-Latif et Coll (2006) ont, dans une étude rétrospective, comparé l'intensité du syndrome de sevrage chez 85 nouveau-nés allaités par leur mère polytoxicomane et 105 nouveau-nés nourris par allaitement artificiel. L'intensité du SSN était significativement moindre dans le groupe des enfants allaités par leur mère. Cet effet bénéfique de l'allaitement maternel est probablement davantage lié à la qualité du nursing qu'au passage dans le lait de la mère de substances psychoactives. [29]

2.5. Les bénéfices de la substitution

La mise en place d'un traitement de substitution permet de montrer l'attention que l'on porte à ces mères vulnérables. Cette substitution librement décidée par la patiente permet de restaurer un climat de confiance entre ces femmes, les soignants et l'institution hospitalière en général. Cela permet donc un suivi plus régulier de la grossesse et ainsi de diminuer les risques liés à la toxicomanie de ces femmes et à leur mode de vie. [21]

Par la substitution, les doses d'opiacés sont équilibrées ce qui diminue l'hypoxie fœtale de 16 à 42%, et facilite l'allaitement. [21]

La substitution permet aussi un soutien psychosocial et souvent un soutien financier par une ouverture de droits (CMU, CAF ...). L'investissement de la grossesse et de l'enfant à naître sera meilleur car le traitement substitutif « *libère la future mère de la quête incessante de la drogue et la rend plus disponible à la maternité* » (Geismar-Wieviorka et al., 1997). [21]

Enfin cela permet de diminuer la prostitution et la délinquance ainsi que d'améliorer leur état nutritionnel. [21]

2.6. La perception de la grossesse par les femmes enceintes toxicomanes

La grossesse est un moment clé dans la vie d'une femme, tant sur le plan psychologique que médical, caractérisée par un recours important au système de soins. Cette période facilite donc la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes qui « échappent » habituellement à un quelconque suivi médical. [4]

Par ailleurs, la découverte d'une grossesse a souvent un impact sur la consommation de produits qui passerait de 17% à 6% selon une étude australienne. Cette diminution de consommation dépend aussi du produit en lui-même. Et il faut préciser que cette étude a été établie sur la base déclarative des femmes qui se trouvent sous la pression d'un discours normatif, en particulier pendant la grossesse. [26]

L'impact psychologique de la dépendance au niveau de l'imaginaire et des représentations est immense. Le phénomène toxicomaniaque est la conséquence d'une conjonction de plusieurs facteurs (individuels, environnementaux, sociaux). [4]

Chez les femmes dépendantes des drogues, de nombreux troubles sont retrouvés liés à l'état psychique initial de l'individu, aux effets des produits et à l'environnement. Ainsi les patientes toxicomanes ont des points communs au niveau du développement psychologique et sur le plan comportemental :

- des antécédents de carences affectives, des abandons, des histoires de maltraitances ou de relations fusionnelles
- des structures narcissiques altérées
- des tendances à la dépression pouvant aller jusqu'à un état *borderline*
- des difficultés relationnelles, troubles du comportement, impulsivité, intolérance à la frustration et à la solitude
- une tendance à transgresser les limites, la loi, possibilité d'avoir un sentiment de toute puissance ou, au contraire, une tendance à la dévalorisation, et à la prise de risque
- un besoin important de l'autre, et un manque d'autonomie

- ce sont des individus dans le besoin et non dans le désir. [4]

Les femmes dépendantes vivent dans un faux sentiment de confiance vis-à-vis des risques de grossesse lié à l'irrégularité des cycles, voire de l'aménorrhée du fait de la prise de produit. L'aménorrhée peut les amener à penser qu'elles sont stériles et la contraception est alors souvent inexistante. Et quand survient une grossesse les « signes sympathiques » de celle-ci sont souvent assimilés à des signes de manque. [4]

Une fois le diagnostic de grossesse posé un dilemme se pose : poursuivre sa consommation ou modifier son comportement. Le plus souvent, ces femmes décident de diminuer leur consommation car elles ont une vraie motivation, elles portent leur futur enfant. Mais les sentiments de culpabilité, de honte, de peur qu'elles peuvent ressentir, les amènent parfois à ne pas investir cette grossesse de manière satisfaisante, et possiblement à consommer davantage. [4]

Pour tous les couples, lors de la grossesse, il existe un enfant imaginaire et attendu. Pour la patiente toxicomane cet enfant à naître prend une place importante et singulière dans son imaginaire. Cet enfant a un rôle de sauveur, qui permet de passer du statut de toxicomane à celui de mère, en réduisant ses consommations, et d'entrer dans les « normes ». Il a aussi un rôle réparateur, il va réparer les conflits familiaux et protéger la future mère de l'agressivité et des sentiments de culpabilité qu'elle a développés à l'égard de sa propre mère. Ainsi, la femme enceinte dépendante voit l'enfant à naître comme un être d'espoir, réconfortant, protecteur, une sorte de « bonne mère ». [4]

L'enfant imaginaire, fait place à un enfant réel après l'accouchement. Cet enfant est bien sûr incapable de tenir tous ces rôles, d'autant plus qu'il peut souffrir d'un syndrome de sevrage.

L'accouchement en lui-même représente une période difficile. Il est, pour un grand nombre de femmes dépendantes, un moment de réactualisation de l'angoisse, d'abandon et ce, d'autant plus que le nouveau-né devient le centre d'intérêt.

Puis arrivent les premières demandes de cet enfant qui reste un être idéalisé pour sa mère. Il n'est donc pas un être comblant, mais un être dépendant d'elle, exclusif. Ce comportement –« je veux tout, tout de suite »- peut être vécu difficilement par la mère qui reconnaît chez son enfant son propre fonctionnement. Par ailleurs, lorsque le nouveau-né présente un syndrome de sevrage, la mère se retrouve dans une désillusion totale et brutale, couplée d'une culpabilité intense à laquelle s'ajoute un sentiment d'impuissance face aux demandes accrues de l'enfant. [4]

3. PRISE EN CHARGE DES FEMMES SOUS SUBSTITUTION ET DE LEUR ENFANT DANS DEUX MATERNITES DE NIVEAU 3

Dans cette partie nous allons nous intéresser à la prise en charge des femmes enceintes sous traitement substitutif dans deux maternités de niveau 3 le pôle Femme Enfant Hématologie (FEH) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen et la maternité Arnaud de Villeneuve de Montpellier.

3.1. Prise en charge au pôle FEH du CHU de Caen

La maternité de Caen est un niveau 3. Elle comprend un service de consultation où les femmes enceintes sous traitement de substitution sont suivies par des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes. Depuis peu, a été mis en place dans ce service le suivi global. La même sage-femme pour une grossesse donnée peut faire les consultations prénatales, l'entretien prénatal et les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, collectifs ou individuels selon les besoins de la patiente.

Les patientes sous traitement de substitution ont la possibilité de rencontrer une assistante sociale et un psychologue ou un pédopsychiatre au cours de la grossesse si elles le désirent.

Le cas de ces patientes peut être évoqué au staff médico-psycho-social qui a lieu tous les mercredis matin, si la situation paraît inquiétante et si les patientes donnent leur accord. Ce staff regroupe des sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), les sages-femmes cadres des services de suites de naissance, des pédopsychiatres, des assistantes sociales, et les pédiatres peuvent aussi y assister. Lorsque l'équipe en fait la demande des intervenants extérieurs (médecin addictologue par exemple) peuvent aussi y participer.

Ce staff permet d'anticiper les situations à risques, avant la naissance de l'enfant. Il structure la collaboration entre le domaine médical, psychologique, psychiatrique, socio-éducatif et juridique afin de dégager des repères et des lignes de conduite lisibles pour les professionnels et les familles. Cela permet de réduire le cloisonnement des pratiques professionnelles, de favoriser une prise en charge personnalisée et d'organiser un travail en réseau, afin d'éviter, dans la mesure du possible, le retrait de l'enfant. [30]

Une saisine judiciaire ne peut pas être réalisée en ante partum puisque le fœtus ne possède pas de personnalité juridique, elle s'acquiert à la naissance. En post-partum, il est

possible de faire parvenir au juge un écrit énumérant les faits inquiétants constatés. Le staff médico-psycho-social peut alerter les travailleurs sociaux à propos de situation préoccupante, et demander au personnel médical et soignant de la maternité d'être vigilant en suites de naissance. Lorsqu'il est question de saisine judiciaire, le staff médico-psycho-social ne peut en aucun cas se substituer au service social des circonscriptions. [30]

Pendant la grossesse, la pédiatre de l'unité Kangourou, le docteur Martine Fiant, rencontre ces futurs parents. Elle aborde, avec eux, le retentissement des différents toxiques sur le fœtus et le nouveau-né, la prise en charge de leur enfant à la naissance, et dans les premiers jours de vie. La pédiatre les informe sur le syndrome de sevrage, son inconstance, ses risques, et ses difficultés, mais elle suggère aussi toute l'aide que ces parents entourés de professionnels qualifiés, peuvent apporter à leur enfant. Les parents évoquent souvent leurs craintes de voir leur enfant souffrir, et à cette occasion le traitement médicamenteux qui permet de soulager le syndrome de sevrage leur est expliqué.

Madame Fiant aborde aussi le sujet de l'allaitement en tenant compte des produits consommés et des sérologies de la mère. Une rencontre avec les puéricultrices du secteur de soins en berceaux (unité kangourou localisée en suites de naissance) est possible et permet de rassurer les parents.

La pédiatre insiste sur l'importance de la présence des parents durant toute la durée de l'hospitalisation et les aide à anticiper l'organisation (fratrie, confidentialité avec les familles, cadre de l'hospitalisation et modalités de sortie ...).

Enfin elle propose de rencontrer la fratrie et évoque la possibilité de revoir les parents après la sortie de la maternité dans une dynamique de continuité des soins. Ainsi les futurs parents peuvent appréhender les lieux et l'équipe afin que l'hospitalisation se passe le mieux possible.

La maternité de Caen dispose d'une unité kangourou ou unité mère/enfant. Cette unité est dépendante du service de néonatalogie mais est située au sein du service des suites de naissance de la maternité. Elle peut accueillir jusqu'à six patientes. Elle permet de soigner les enfants, ne nécessitant pas de soins de réanimation, auprès de leur mère. Ceci permet de préserver la dyade mère/enfant après l'accouchement, de maintenir l'enfant à sa place physiologique, c'est-à-dire près de sa mère, tout en assurant une sécurité médicale et de traiter l'enfant pour un éventuel syndrome de sevrage néonatal sans séparation. Lors de

l'hospitalisation le personnel paramédical et les médecins établissent le score de Lipsitz, les patientes sont sollicitées et présentes lors de tous les soins.

A Caen il existe un centre de soin et d'accompagnement, de prévention en addictologie. Il se situe au centre ville. Son personnel se compose d'assistants sociaux, d'infirmiers, de médecins, d'un psychiatre, de psychologues, d'un sociologue et d'une secrétaire chargée de l'accueil. Ce centre accueille les usagers de drogues, les jeunes consommateurs, leur entourage et les professionnels. Cet accueil se fait sur rendez-vous avec une rencontre préalable avec un infirmier. Ce centre a un rôle de prévention de la santé, de prévention contre la toxicomanie et de formation de professionnels. Il permet un suivi individualisé médico-psycho-social des patients. Il offre la possibilité aux patients d'une substitution par méthadone ou Subutex® et une aide au sevrage. Il existe aussi des groupes d'entraide et de parole avec un anonymat et une gratuité des soins.

3.2. Prise en charge a la maternité Arnaud de Villeneuve à Montpellier

L'hôpital de Montpellier a mis en place, il y a quatorze ans, la « Cellule Parentalité et Usage de Drogue » (CPUD).

Cette structure a donc été mise en place à partir de l'hypothèse suivante : « l'accueil de ses patientes par les équipes soignantes, au travers de protocoles de soins somatiques et relationnels spécifiques, apporterait suffisamment de sécurité aux professionnels et aux parents pour se rencontrer dans la confiance et la continuité, deux principes jusque-là impensables dans ce type de cas ». L'objectif de cette cellule est donc d'améliorer la prise en charge de ces grossesses à haut risque et de permettre la naissance à terme d'un enfant en bonne santé pouvant être pris en charge sans être séparé de sa mère. [29] [31]

3.2.1. Les acteurs de cette cellule

La « Cellule Parentalité et Usage de Drogue » emploie deux sages-femmes à mi-temps : Corinne CHANAL (créatrice de la cellule) et Valérie REY. Il y a aussi un pédiatre Michèle MISRAOUI et une pédopsychiatre Rose-Marie TOUBIN toutes les deux recrutées pour une vacation de trois heures trente par semaine.

3.2.2. Le fonctionnement de cette cellule

La « Cellule Parentalité et Usage de Drogue » a pour but de faciliter l'accès aux soins des femmes enceintes toxicomanes, de réduire les risques médico-psycho-sociaux de la

toxicomanie sur la grossesse, de créer les conditions favorables à l'épanouissement du lien mère-enfant et enfin de former et soutenir les équipes soignantes. [31] [32]

3.2.2.1. Pendant la grossesse

L'accès à cette prise en charge se fait par un premier rendez-vous avec la sage-femme référente. Les patientes sont adressées soit par des professionnels de la grossesse intra ou extrahospitaliers, soit par des professionnels de la toxicomanie (médecins généralistes ou médecins des centres spécialisés). Il arrive aussi que les femmes aient eu connaissance du CPUD par d'autres usagers de drogues. Lors des premières consultations tous les axes sont abordés (médicaux, sociaux, environnementaux, toxicomanie ...). La sage-femme avec les futurs parents envisage ce qui est possible, ce qui ne l'est pas, ainsi que les avantages et les inconvénients de chaque choix (sevrage ou traitement de substitution, le shoot peut-il être arrêté ou pas, logement personnel ou foyer, quels produits pour quels risques ...). Ce suivi a pour but de mettre en place un lien de confiance entre les futurs parents et la maternité ainsi que de repérer et réduire les risques liés à la grossesse. Le travail de médiation réalisé entre l'hôpital et ces patientes permet de réduire les appréhensions réciproques. [31] [32]

Lors de la première consultation, la sage-femme présente aux futurs parents le planning des consultations de la grossesse (suivi conjoint sage-femme/gynécologue-obstétricien). Il comprend une consultation par mois durant le premier trimestre, puis une consultation tous les 15 jours au deuxième trimestre et enfin un enregistrement du rythme cardiaque fœtal une fois par semaine à partir de 28 Semaines d'Aménorrhée (SA), si possible à domicile. Afin de faciliter les liens ultérieurs avec un réseau de soutien de proximité, le suivi à domicile leur est proposé par une sage-femme de PMI. S'ils refusent, les coordonnées d'une sage-femme libérale leur sont données. [31] [32]

Autour de 28 SA, une rencontre avec les pédiatres est organisée. Les informations données lors de cette rencontre sont identiques à celle données à Caen. Après la naissance, l'enfant peut être suivi par le même pédiatre.

La sage-femme coordinatrice discute avec la patiente du contenu d'une fiche de transmissions remise aux équipes médicales tout en respectant la confidentialité. En cas d'hospitalisation il est demandé à la patiente d'amener 48 heures de traitement. [31] [32]

La CPUD et les soignants de la maternité de Montpellier peuvent faire appel lors de l'hospitalisation d'une patiente à l'Equipe de Liaison et de Soutien en Addictologie (ELSA). L'ELSA est une unité mobile d'addictologie qui se déplace dans tous les services du CHU de

Montpellier mais qui est aussi spécialisée dans la prise en charge des femmes enceintes avec un comportement d'addiction. L'ELSA rencontre donc les patientes de la cellule si besoin et leur permet de faire le point sur leur consommation et leur propose une prise en charge spécifique (mise en place ou adaptation du traitement de substitution). (Annexe III)

Toutes les patientes hospitalisées, pour des Hématomes Rétro Placentaires (HRP), des Morts Fœtales In Utéro (MFIU), des Menace d'Accouchement Prématuro (MAP) sévères inexplicables, et surtout dans des cas de Retard de Croissance In Utérin (RCIU), sont soumises à des tests urinaires de toxicologie. Ces tests urinaires sont aussi pratiqués à l'entrée en salle d'accouchement chez les femmes qui ont déclaré avoir consommé de la cocaïne, de l'héroïne, et qui sont sous traitement de substitution pendant la grossesse.

Tous les dossiers des patientes suivies par la cellule parentalité et usage de drogues sont soumis au staff médico-psycho-social. Si la situation est stable, non problématique et bien encadrée, une feuille de transmission est faite pour les équipes mais le dossier n'est pas présenté au staff.

3.2.2.2 Le post partum

En post-partum la sage-femme coordinatrice reprend avec la patiente le vécu de son accouchement, ses sentiments envers l'enfant et l'équipe. Elle surveille surtout l'apparition d'un blocage dans la communication et l'anticipe en donnant beaucoup de détails sur les modalités de travail en commun au sein des équipes. La période du post-partum est une période difficile car apparaît fréquemment un sentiment de culpabilité face au syndrome de sevrage de l'enfant et la présence quasi-quotidienne de la sage-femme coordinatrice est indispensable. Elle organise aussi la sortie de la mère en coordination avec l'équipe de pédiatrie qui s'occupe de la sortie de l'enfant en lien avec les structures de la PMI et les sages-femmes libérales. [31] [32]

La rencontre avec un pédopsychiatre n'est pas systématique. Cette consultation est le résultat d'un long et délicat travail d'élaboration avec la sage-femme qui contextualise cette rencontre au cours des différentes consultations. Parfois réalisée en urgence, dans les 48 heures, elle s'organise le plus souvent dans un délai de 8 jours avec possibilité de poursuite du suivi après la sortie de la maternité et pendant les premières années de vie de l'enfant. [31] [32]

Un médecin référent (médecin traitant, psychiatre addictologue, médecin de centre de soin ...) s'occupe uniquement de la prise en charge de la toxicomanie, cela permet que l'ensemble du suivi de la grossesse ne soit pas centré sur la prise de produits.

3.2.3 Un travail de coordination et de soutien

La CPUD a une intense activité de liaison entre les différentes structures de soins et de soutien. Cette activité de liaison est assurée principalement par la sage-femme référente avec tous les secteurs (gynécologue-obstétriciens, pédiatres, pédopsychiatres, spécialistes de la prise en charge de la toxicomanie, pharmaciens de ville et de l'hôpital, professionnels de PMI et des services sociaux). Ce travail permet la mobilisation des représentations négatives et le désamorçage des conflits afin de garder un climat de confiance et d'éviter toute rupture de communication entre la patiente et les différents acteurs de soins. Ces acteurs ont chacun un rôle particulier et s'efforçant de rester dans ce rôle précis. [32]

3.2.3 Le financement de cette cellule

Le projet « Cellule Parentalité et Usage de Drogues » a été présenté en juin 1996 à la direction du CHU de Montpellier. La CPUD a été financée en partie sur des crédits de la Direction départementale des Actions Sanitaires et Sociales (DASS) depuis mars 1997, renouvelable chaque année. C'est une unité fonctionnelle localisée dans le service des grossesses à risques, avec un bureau, un poste téléphonique et un répondeur dans le secteur des consultations. Il n'y a pas de budget de fonctionnement, ni de déplacement. Les interventions extérieures ont donc nécessité un partenariat financier avec différentes structures : l'Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (AFREE) (Annexes IV), la Fédération Régionale des réseaux, la DRASS Languedoc-Roussillon, le réseau audois VIH et toxicomanie (RAVIHTOX) (Annexes V). [31] [33]

Deuxième partie : Etude

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Objectifs

Après avoir lu « Toxicomanie et grossesse » du pédopsychiatre F.Molénat [34], j'ai constaté que la prise en charge des femmes sous substitution à l'héroïne à Montpellier était différente de celle de Caen. Je me suis donc demandée ce que cela pouvait avoir comme impact sur le suivi de grossesse de ces femmes, sur la survenue de pathologies pendant leur grossesse, sur la durée d'hospitalisation et quelles étaient les conséquences sur leur enfant.

1.2. Le type d'étude

1.2.1. Le recueil de données

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée à partir des dossiers obstétricaux et néonataux du CHU de Caen et de la maternité d'Arnaud de Villeneuve de Montpellier depuis 2008.

Dans la première partie de mon recueil de données, sont décrites les caractéristiques des femmes sous traitement substitutif, leurs consommations et leurs antécédents infectieux et obstétricaux. Dans la seconde partie, j'évalue la qualité du suivi de la grossesse actuelle ainsi que les pathologies ayant pu survenir au cours de celle-ci. Et enfin, j'observe les conditions de l'accouchement et l'état du nouveau-né. (Annexe V)

Les logiciels EPI INFO et EXEL m'ont permis de calculer mes différents résultats et de créer mes figures.

1.2.2. La population étudiée

J'ai décidé de mener cette enquête auprès de femmes majeures sous traitement de substitution. Toute les patientes de cette étude ont accouché, entre janvier 2008 et septembre 2011, soit à la maternité de Caen soit à celle de Montpellier et y ont été suivies au moins une fois pendant leur grossesse.

A Caen, j'ai donc recensé 41 dossiers de patientes étant traitées par méthadone ou Subutex® grâce au service médical d'informatique. Une de ces patientes était enceinte de jumeaux et une autre a fait un hématome rétro placentaire (HRP) à 31 SA qui a entraîné une Mort Fœtale In Utero (MFIU). Ce qui nous fait un nombre total de 41 enfants.

Et à Montpellier 65 patientes ont été incluses dans cette étude. Il faut noter que j'ai étudié 65 dossiers de patientes mais que quatre d'entre elles étaient enceintes de jumeaux, et

que deux patientes ont perdu leur enfant à 28 et 33 SA. Une patiente a fait une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) à 14 SA pour anasarque fœtal. Ce qui porte à 66 le nombre de nouveau-nés.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

2.1. La population

2.1.1. L'âge

A Caen, les femmes de notre étude avaient entre 20 et 37 ans : la moyenne d'âge étant de 27,6 ans (écart-type = 4,5).

Les femmes de notre étude à Montpellier avaient entre 20 et 42 ans : la moyenne d'âge étant de 30,7 ans (écart-type = 6,2).

La différence a été détectée significative entre ces deux populations ($p = 0,0061$), la population de Montpellier est donc plus âgée.

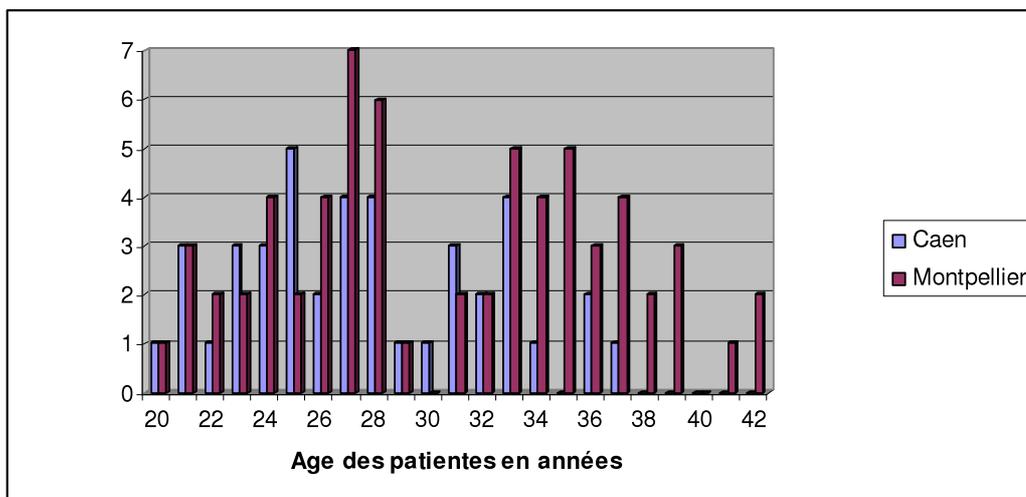


Figure 1 : Répartition des patientes de Caen et Montpellier selon leur âge

2.1.2 La situation maritale

A Caen, 92,7% (n=38) des patientes étaient en couple. Et 7,3% (n=3) des patientes étaient seules.

A Montpellier 81,5% (n=53) des patientes étaient en couple. Et 18,5% (n=12) d'entre elles vivaient seules

La différence entre les deux populations n'a pas été détectée significative ($p = 0,11$).

2.1.3. Le contexte familial

Avec cet item, j'ai cherché à savoir si les patientes avaient toujours un lien avec leur famille, afin de savoir si elles étaient soutenues par leur entourage. Je n'ai obtenu la réponse à cette question que pour 24,4% (n=10) des patientes de Caen. Parmi elles, 20% (n=2) étaient en rupture avec leur famille au moment de la grossesse, pour 10% (n=1) des patientes la famille ignorait l'addiction et enfin 70% (n=7) n'étaient pas en rupture avec leur famille.

A Montpellier, 65,2% (n=43) patientes étaient toujours en lien avec leur famille, 4,5% (n=3) n'étaient pas en rupture avec leur famille mais cette dernière ignorait la toxicomanie et la substitution, et enfin 13,6% (n=9) patientes n'avaient plus de liens avec leur famille. Cet item était sans réponse pour 16,7% (n=11) patientes.

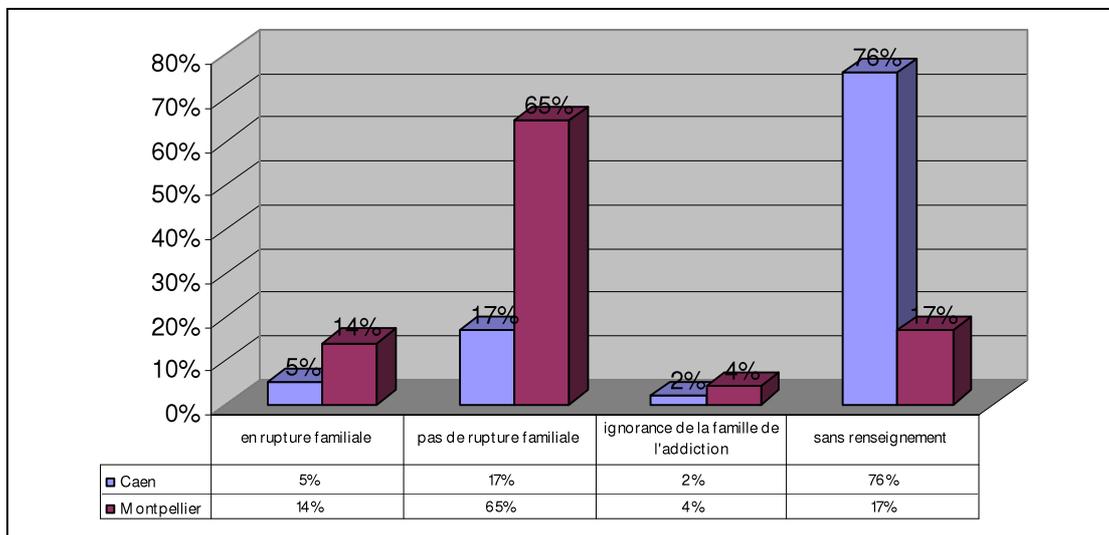


Figure 2 : Répartition des patientes de Caen et Montpellier selon le contexte familial

2.1.4. La situation professionnelle et le revenu

A Caen, 39% (n=16) des patientes avaient une profession, 56,1% (n=23) n'avaient pas de travail et 4,9% (n=2) étaient encore étudiantes.

A Montpellier, 49,2% (n=32) de ces femmes avaient une profession, 1,5% (n=1) étaient étudiantes, 46,2% (n=31) étaient sans emploi et enfin cette information n'était pas renseignée pour 3,1% (n=2) des dossiers.

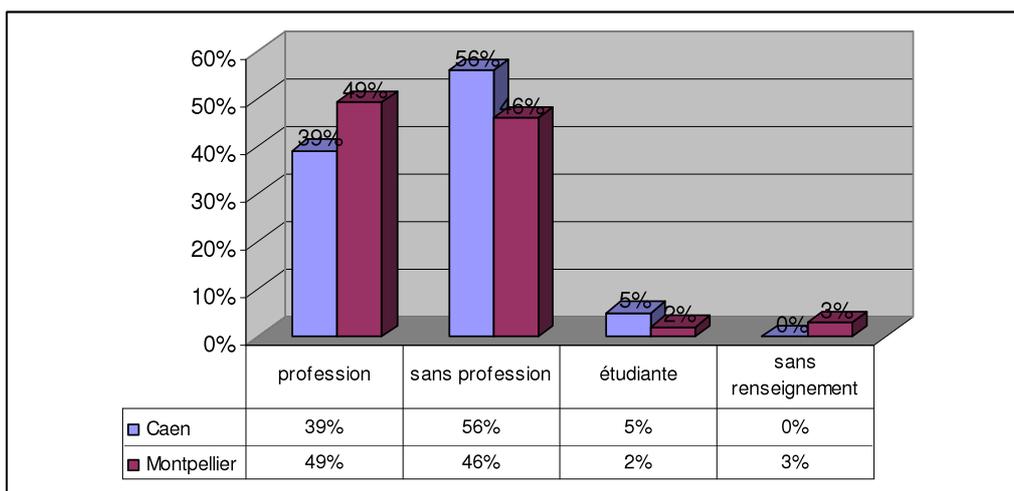


Figure 3 : Répartition des patientes de Caen et Montpellier selon leur activité professionnelle

Pour la signification du test, j'ai exclu les étudiantes et les patientes pour lesquelles je n'avais pas d'information sur leur situation professionnelle. La différence entre les populations de Caen et Montpellier n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,356$).

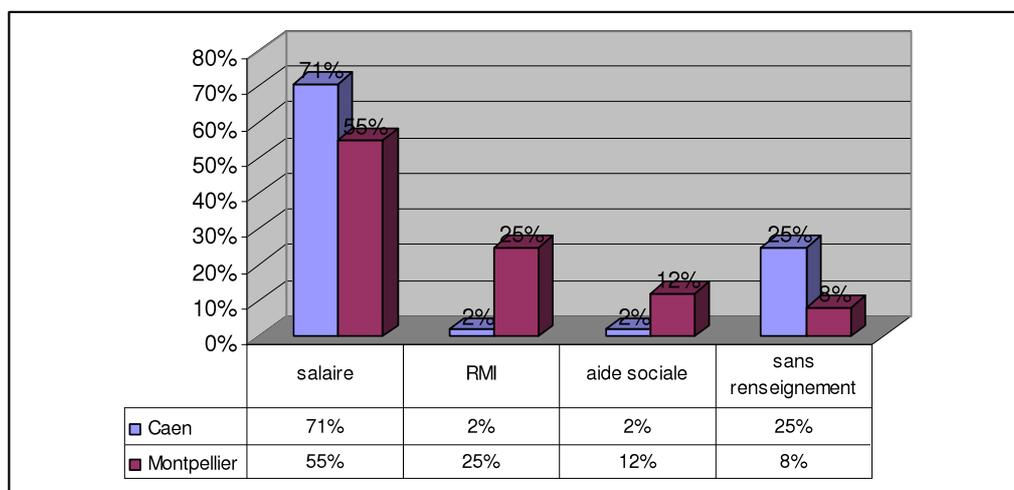


Figure 4 : Répartition des patientes de Caen et Montpellier selon leur source de revenus

2.1.5. Le logement

J'ai défini le logement comme étant précaire quand les patientes sont logées chez des membres de leur famille, ou qu'elles vivent dans un foyer. Et j'ai considéré un logement comme durable quand les patientes avaient un bail à leur nom.

A Caen, 17,1% (n=7) des patientes avaient un logement précaire et 82,9% (n=34) habitaient dans des logements stables.

A Montpellier, 16,9% (n=11) des patientes vivaient dans un logement précaire et 83,1% (n=54) habitaient dans des logements stables.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,98$).

2.1.6. La couverture sociale

A Caen, cette information n'a été retrouvée que pour 1,2% (n=3) des dossiers. Ces trois patientes étaient sous le régime de la CMU.

A Montpellier, 38,5% (n=25) des patientes étaient sous le régime de la sécurité sociale et avaient une mutuelle, 13,8% (n=9) des patientes n'avaient pas de mutuelle mais étaient sous le régime de la sécurité sociale, et 47,7% (n=31) des patientes étaient sous le régime de la CMU.

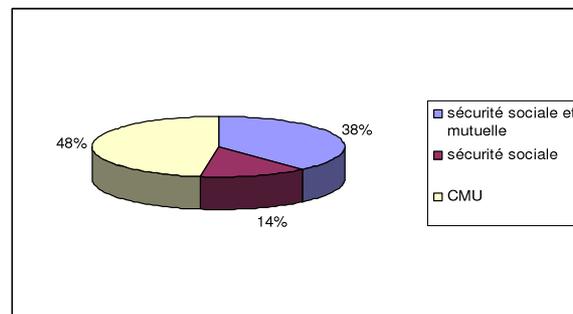


Figure 5 : Répartition des patientes de Montpellier selon leur couverture sociale

2.2. Le conjoint

2.2.1. Sa présence et son soutien

A Caen, le père de l'enfant n'était pas du tout présent pour 9,8% (n=4) de ces patientes. Il y avait en tout 36,6% (n=15) des pères qui n'étaient pas soutenant soit parce qu'ils étaient incarcérés, soit parce qu'ils fournissaient la drogue, soit parce qu'ils étaient absents.

A Montpellier, le père de l'enfant n'était pas du tout présent pour 17,2% (n=11) de ces patientes. Il y avait en tout 29,2% (n=9) des pères qui n'étaient pas soutenant pour les raisons déjà évoquées ci-dessus et des cas de violences conjugales ont été répertoriés.

La différence dans les deux populations en ce qui concerne la présence du conjoint n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,29$). La différence dans les deux populations en ce qui concerne le soutien du conjoint n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,43$).

2.2.2. Addiction et suivi du conjoint

A Caen, 36,6% (n=15) des pères présents avaient une addiction et parmi eux 18,2% (n=2) étaient suivis pour cela. En revanche 7,3% (n=3) des pères n'avaient pas d'addiction. Cette information n'était pas renseignée pour 56,1% (n=23) des conjoints.

A Montpellier, 57,4% (n=31) des pères présents avaient une addiction, et parmi eux 61,3% (n=19) étaient suivis pour cela, 37% (n=23) des pères n'avaient pas d'addiction. Cette information n'était pas renseignée pour 16,1% (n=5) des conjoints.

La différence n'a pas été détectée significative ($p = 0,08$) pour la présence ou non d'une addiction chez le conjoint des patientes.

2.3. Les consommations maternelles de toxiques en début de la grossesse

2.3.1. Le tabac

A Caen, 97,6% (n=40) des patientes fumaient.

A Montpellier, 96,9% (n=63) des patientes fumaient du tabac lors de leur grossesse.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,85$).

2.3.2. L'alcool

A Caen, 17,1% (n=7) des patientes ont reconnu avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse.

A Montpellier, 10,8% (n=7) patientes ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,35$). La quantité d'alcool consommée n'a pas été renseignée.

2.3.3. Le cannabis

A Caen, 19,5% (n=8) des femmes ont déclaré avoir consommé du cannabis pendant leur grossesse.

A Montpellier, 16,9% (n=11) des patientes disaient avoir fumé du cannabis au cours de leur grossesse.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,74$). La quantité de cannabis consommée n'a pas été renseignée.

2.3.4. L'héroïne

A Caen, 14,6% (n=6) des patientes ont consommé de l'héroïne pendant leur grossesse.

A Montpellier, 21,5% (n=14) des patientes ont consommé de l'héroïne pendant leur grossesse.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,38$).

2.3.5. La cocaïne

A Caen, aucune patiente n'a consommé de la cocaïne pendant sa grossesse.

A Montpellier, 13,8% (n=9) des patientes ont consommé de la cocaïne au cours de leur grossesse.

La différence entre les deux populations a été détectée significative ($p = 0,01$), la population de Montpellier consommait plus de cocaïne que la population de Caen.

2.3.6. Les médicaments psychotropes

A Caen, 22% (n=9) des patientes prenaient des médicaments psychotropes, tel que des neuroleptiques (2 patientes), des anxiolytiques (4 patientes), des hypnotiques (1 patiente) et des antalgiques (Skénan et Temgésic) (2 patientes).

A Montpellier, 20% (n=13) des patientes (20%) ont consommé des médicaments psychotropes pendant la grossesse, tels que des anxiolytiques, des hypnotiques, des antalgiques (Skénan) ou des amphétamines.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,81$).

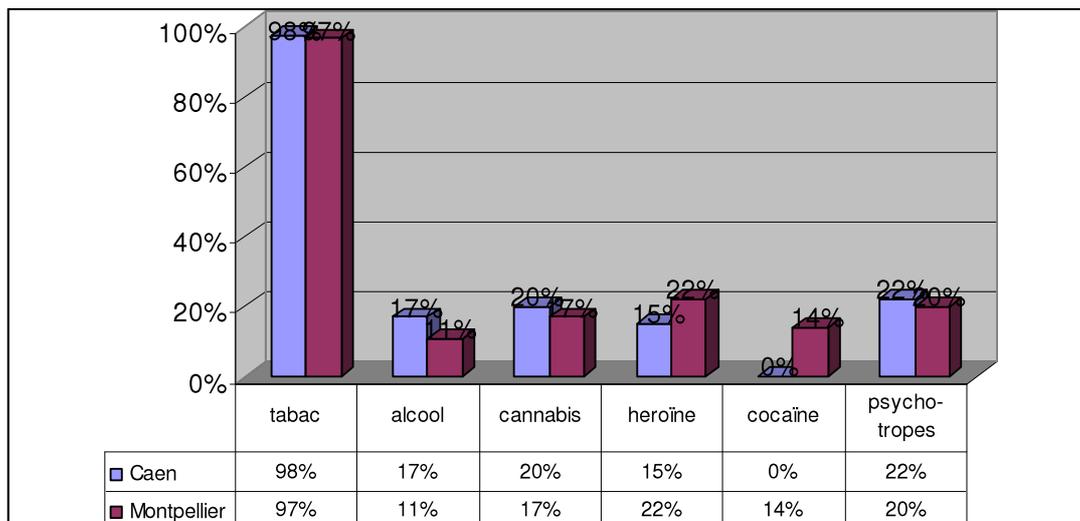


Figure 6 : Consommations de toxiques des patientes de Caen et Montpellier en début de grossesse

2.3.7. La substitution et son suivi

A Caen, 36,6% (n=15) des patientes étaient sous méthadone, et 63,4% (n=26) étaient sous Subutex®.

A Montpellier, 47,7% (n=31) des patientes étaient sous méthadone et 52,3% (n=34) étaient sous Subutex® en début de grossesse.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,26$).

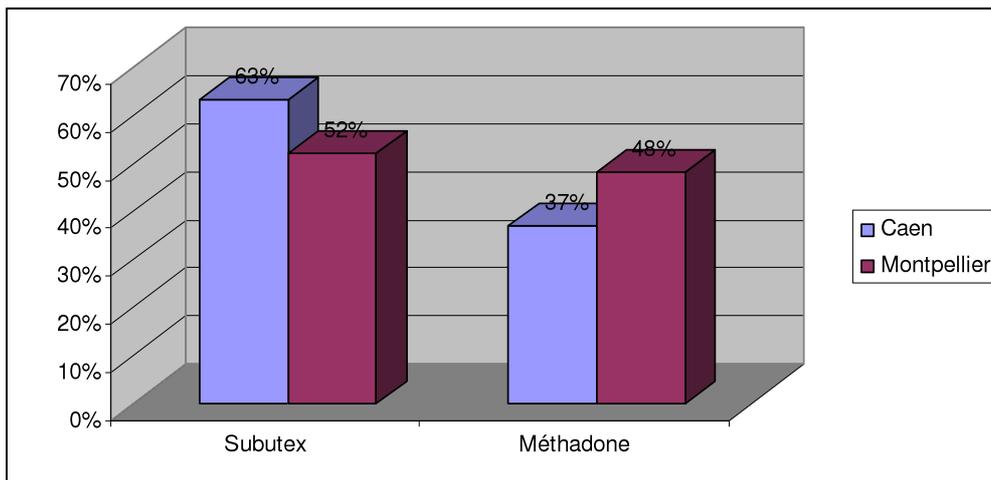


Figure 7 : Répartition des patientes de Caen et Montpellier selon le traitement de substitution

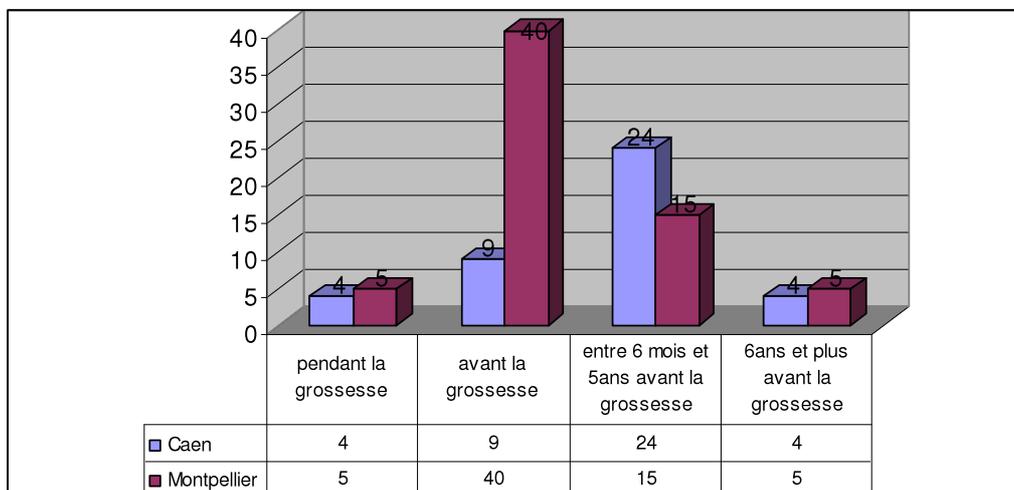


Figure 8 : Répartition des patientes de Caen et Montpellier selon le moment de mise en place du traitement substitutif

A Caen, le traitement de substitution avait été mis en place en moyenne 3,1 ans (écart-type = 4,7) avant la grossesse pour les patientes dont on connaissait la date de mise en place de ce traitement, soit pour 68,3% (n=28) des patientes de Caen.

A Montpellier, il faut noter que deux patientes partageaient le traitement de leur conjoint, elles n'avaient donc aucun suivi et aucune surveillance.

Le traitement substitutif avait été mis en place en moyenne 3,75 ans (écart-type = 10,3) avant la grossesse pour les femmes dont on connaissait la date de la mise en place de ce traitement, soit 30,8% (n=20) des patientes de Montpellier.

La différence entre les dates de mise en place du traitement de substitution des deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,42$).

A Caen, 32% (n=13) des patientes étaient suivies dans un centre spécialisé en addictologie, 22% (n=9) étaient suivies par un médecin addictologue, et enfin 22% (n=9) des patientes étaient suivies par leur médecin traitant. Pour 24% (n=10) des patientes, l'information n'était pas renseignée.

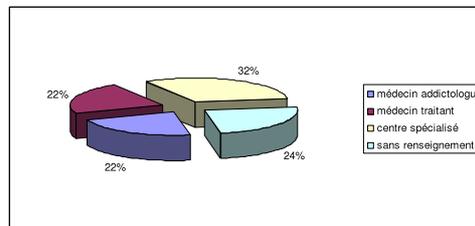


Figure 9 : Responsable du suivi du traitement de substitution des patientes à Caen

A Montpellier, 55,4% (n=36) patientes étaient suivies par leur médecin traitant, 13,8% (n=9) étaient suivies par un centre spécialisé en addictologie, 7,7% (n=5) des patientes étaient suivies par des associations et 4,6% (n=3) des patientes n'avaient pas de suivi avant la grossesse. Pour 7,7% (n=5) des patientes le traitement de substitution a été mis en place pendant la grossesse par l'ELSA (unité mobile d'addictologie de la maternité de Montpellier). Et enfin l'information n'a pas été retrouvée pour sept patientes soit 10,8%.

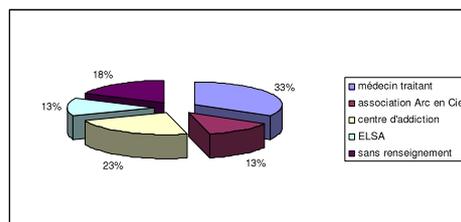


Figure 10 : Responsable du suivi du traitement de substitution des patientes à Montpellier

La différence de suivi de la substitution a été détectée significative ($p=0,0038$) entre les deux populations. Les patientes de Montpellier se font significativement plus suivre par leur médecin traitant.

2.4. Statut sérologique

2.4.1. L'hépatite B

A Caen, 2,6% (n=1) des femmes de notre population étaient porteuses de l'antigène HBs. Dans 7,3% (n=3) des dossiers la sérologie de l'hépatite B n'a pas été renseignée.

A Montpellier, la sérologie de l'hépatite B était négative pour 98,5% (n=64) des patientes de notre population. Cette information était toujours renseignée.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,70$).

2.4.2. L'hépatite C

A Caen, cette donnée n'était présente que pour 26,8% (n=11) dossiers. Cette sérologie était positive pour 45,5% (n=5) de ces patientes.

A Montpellier, la sérologie de l'hépatite C était négative pour 70,8% (n=46) des patientes de notre population. Cette information était renseignée pour tous les dossiers.

La différence entre les deux populations n'a donc pas pu être calculée.

2.4.3. Le VIH

A Caen, 2,5% (n=1) des sérologies VIH ont été retrouvées positives. Dans 2,5% (n=1) des dossiers la sérologie VIH n'a pas été renseignée.

A Montpellier, deux patientes étaient porteuses du SIDA, soit 3,1% d'entre elles. Cette information était renseignée pour tous les dossiers.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,86$).

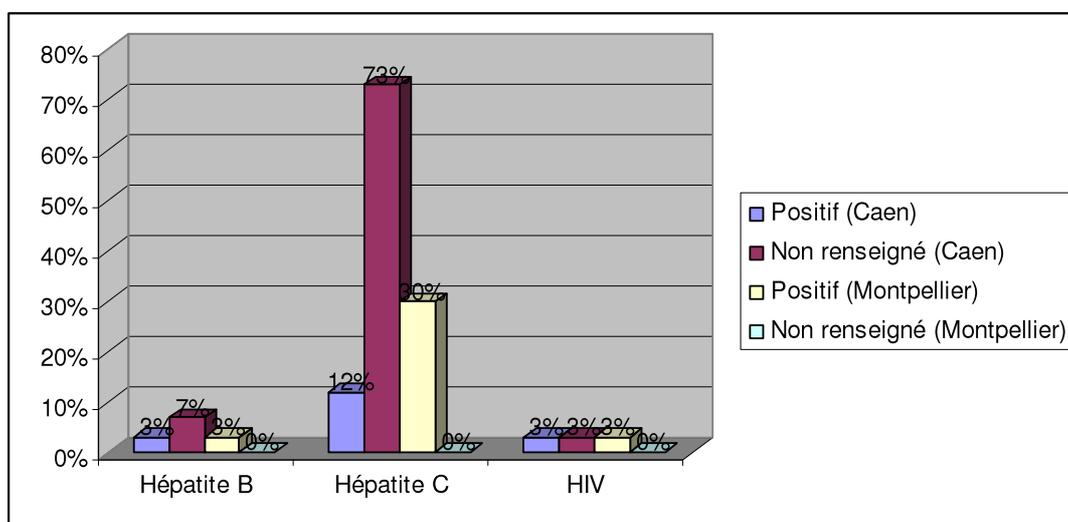


Figure 11 : Répartition du statut sérologique des patientes de Caen et Montpellier

2.5. Les antécédents obstétricaux

2.5.1. Gestité

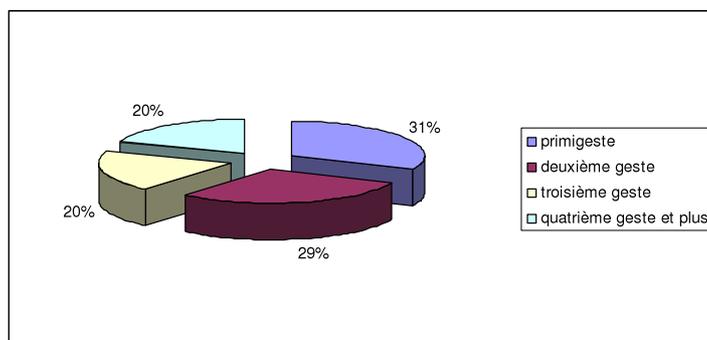


Figure 12 : Répartition des patientes de Caen selon la gestité

A Caen, parmi les femmes multigestes, nous dénombrons :

- 27 naissances
- 23 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)
- 19 Fausses Couches Spontanées (FCS)
- 1 Interruption Médicale de Grossesse (IMG)

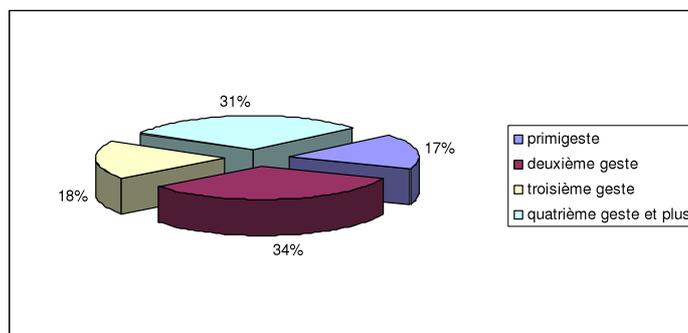


Figure 13 : Répartition des patientes de Montpellier selon la gestité

A Montpellier, parmi les femmes multigestes, nous dénombrons :

- 58 naissances
- 47 IVG
- 18 FCS
- 2 Grossesses Extra-Utérines (GEU)
- 1 IMG

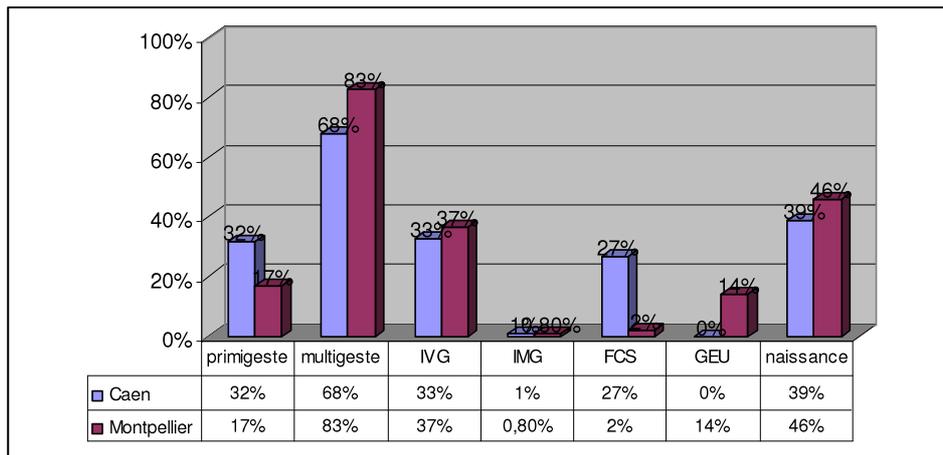


Figure 14 : Répartition des antécédents obstétricaux des patientes de Caen et Montpellier

2.5.2. Parité

Dans notre population de Caen, nous dénombrons :

- 48,8% (n=20) nullipares
- 36,6% (n=15) primipares
- 9,7% (n=4) deuxièmes pares
- 4,9% (n=2) troisièmes pares

Dans notre population de Montpellier nous dénombrons :

- 47,8% (n=31) nullipares
- 29,2% (n=19) primipares
- 7,7% (n=5) deuxièmes pares
- 13,8% (n=9) troisièmes pares
- 1,5% (n=1) quatrième pare

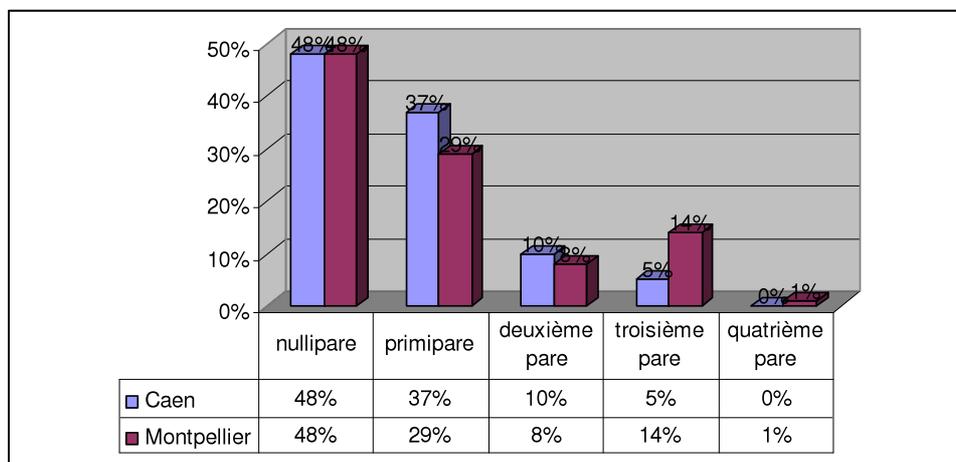


Figure 15 : Répartition des patientes de Caen et Montpellier selon la parité

2.6. La grossesse actuelle

2.6.1. Age gestationnel lors de la première consultation

A Caen, pour 70,7% (n=29) des patientes la première consultation ou échographie avait été effectuée avant 15 SA.

A Montpellier, pour 78,5% (n=51) des patientes la première consultation ou échographie avait été effectuée avant 15 SA.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,37$).

2.6.2. Fréquence des consultations prénatales

A Caen, 53,7% (n=22) des patientes ont consulté au moins une fois par mois pendant la grossesse, et 34,1% (n=14) des patientes ont consulté moins d'une fois par mois. Pour 12,2% (n=5) des dossiers l'information n'a pas pu être renseignée car leur grossesse n'a pas été entièrement suivie au FEH et il n'y avait pas d'information concernant la qualité du suivi de la grossesse en cours.

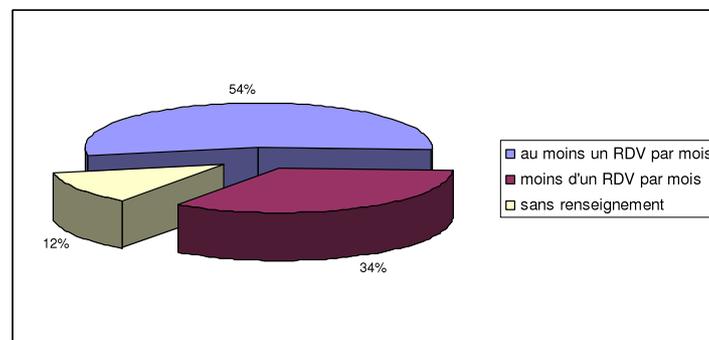


Figure 16 : Répartition des patientes de Caen selon la fréquence de leur suivi de grossesse

A Montpellier, 75% (n=48) des patientes ont consulté au moins une fois par mois pendant la grossesse, et 25% (n=16) des patientes ont été vues moins d'une fois par mois. Ces pourcentages ont été calculés sur la base de 64 patientes, car une patiente a fait une IMG à 14 SA pour anasarque fœtal. Cet item était renseigné à chaque fois car toutes les grossesses étaient suivies au CHU de Montpellier.

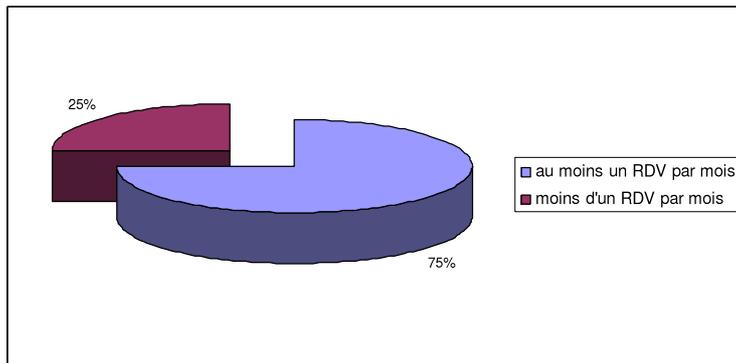


Figure 17 : Répartition des patientes de Montpellier selon la fréquence de leur suivi

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,14$).

2.6.3. Nombre de rendez-vous non honorés

A Caen, 48,8% (n=20) des patientes ont été absentes à plus de deux rendez-vous, et 34,1% (n=14) des patientes ont honoré tous leurs rendez-vous ou n'en n'ont pas honoré un. Cette donnée est absente pour 17,1% (n=7) des dossiers.

A Montpellier, 31,2% (n=20) des patientes ont été absentes à deux (ou plus) de rendez-vous, et 68,8% (n=44) des patientes ont honoré tous leurs rendez-vous ou n'en n'ont pas honoré un. Ces pourcentages ont été calculés sur la base de 64 dossiers.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,32$).

2.6.4. Préparation à la naissance et à la parentalité

A Caen, 24,4% (n=10) des patientes ont suivi les cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

A Montpellier, 65,5% (n=42) des patientes ont suivi les cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

La différence entre les deux populations a été détectée significative ($p = 0,0000054643$), à Montpellier plus de patientes avaient suivi les cours de préparation à la naissance.

2.6.5. Consultation pédiatrique anténatale

A Caen, 68,3% (n=28) des patientes ont rencontré un pédiatre de la maternité pendant la grossesse.

A Montpellier, 95,3% (n=61) des patientes ont rencontré un pédiatre de la maternité pendant la grossesse.

La différence entre les deux populations a été détectée significative ($p = 0,0001721666$), à Montpellier plus de patientes ont rencontré un pédiatre en anténatal.

2.6.6. Consultation avec un psychologue ou un pédopsychiatre

A Caen, six patientes ont éprouvé le besoin de rencontrer un psychologue pendant la grossesse. Une patiente souffrait de troubles psychiatriques avant sa grossesse et a donc continué d'être suivie par le même psychiatre. Une autre patiente avec des antécédents de dépression à demander à se faire hospitaliser au CHS pendant sa grossesse, et deux patientes ont rencontré un psychologue en post-partum pendant leur hospitalisation. Au total 24,4% (n=10) des patientes ont consulté un psychologue ou un psychiatre en anté et postnatal. Il y a donc 75,6% (n=31) des patientes qui n'ont pas rencontré de psychologue pendant la grossesse ou en post-partum.

A Montpellier, 25% (n=16) des patientes ont éprouvé le besoin de rencontrer un psychologue pendant la grossesse. Il y a donc 75% (n=48) des patientes qui n'ont pas rencontré de psychologue pendant la grossesse ou en post-partum.

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,94$).

2.6.7. Nombre de dossiers présentés au staff médico-psycho-social

A Caen, 22% (n=9) des dossiers ont été présentés au staff médico-psycho-social. Dans la population de Caen, 4,9% (n=2) des dossiers n'ont pas été présentés car les patientes avaient refusé. Et enfin 73,1% (n=30) des dossiers n'ont pas été présentés au staff médico-psycho-social ou s'ils ont été présentés, il n'y avait aucun compte rendu dans les dossiers.

A Montpellier, un compte rendu figuré dans tous les dossiers et seuls les dossiers de situation difficiles ont été présentés au staff.

2.6.8. Nombre d'entretiens par la sage-femme coordinatrice de la cellule à Montpellier

Les sages-femmes coordinatrices ont vu toutes les patientes incluses dans cette étude. Elles se sont entretenues avec ces patientes entre 1 et 36 fois avec une moyenne de 8,4 entretiens par patiente

2.6.9. Pathologie pendant la grossesse

A Caen, pour 51,2% (n=21) patientes ont eu une ou plusieurs pathologies pendant la grossesse.

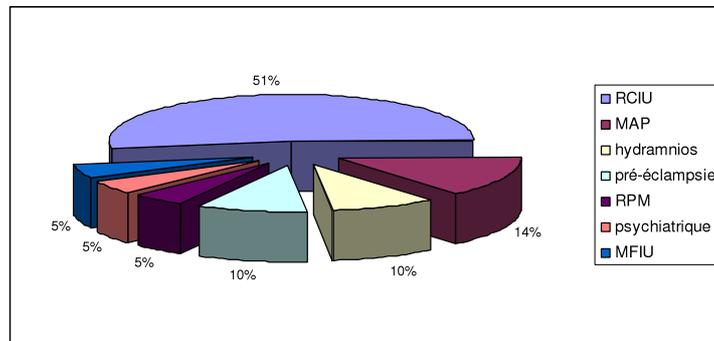


Figure 18 : Répartition des pathologies rencontrées aux cours de la grossesse des patientes de Caen

Pour la patiente présentant un hydramnios, il y avait un hygromacolie et une suspicion d'achondroplasie.

Pour la patiente présentant un RCIU, c'était une grossesse gémellaire associée à une Menace d'Accouchement Prématuro (MAP).

La MFIU était due à un Hématome Rétro Placentaire (HRP) à 31 SA.

A Montpellier, 32,8% (n=21) des patientes ont eu une ou plusieurs pathologies pendant leur grossesse.

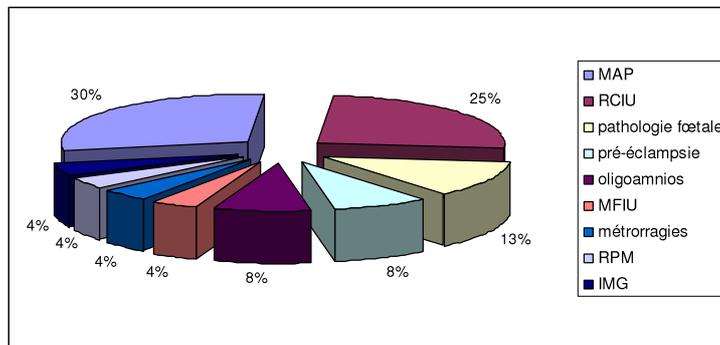


Figure 19 : Répartition des pathologies rencontrées au cours de la grossesse des patientes de Montpellier

Les pathologies fœtales étaient une cardiopathie, une séquestration pulmonaire bilatérale associée à une maladie adénomatoïde kystique du poumon gauche et une ascite fœtale.

L'IMG a été pratiquée pour anasarque fœtal à 14 SA. Une des MFIU était due à une chorioamnionite à 28 SA et pour la seconde la cause n'était pas renseignée dans le dossier.

La différence entre les deux populations en ce qui concerne le nombre de pathologies pendant la grossesse n'a pas pu être détectée ($p = 0,10$).

2.6.10. Hospitalisation pendant la grossesse

A Caen, 14,6% (n=6) des patientes ont été hospitalisées dans le service de Surveillance Intensive de Grossesse (SIG) pendant leur gestation pour MAP (n=3), pré-éclampsie (n=2), ou Rupture Prématuré des Membranes (RPM) (n=1). Une patiente a été hospitalisée toute la grossesse au CHS pour pathologie psychiatrique.

Une patiente hospitalisée pour MAP à 30 SA et 2 jours est sortie contre avis médical après 16 jours d'hospitalisation, une surveillance à domicile par une sage-femme a donc été mise en place.

La patiente ayant présenté un HRP a consulté au service des urgences obstétricales avec un utérus de bois. Elle a donc été césarisée en urgence sans être hospitalisée pour MFIU.

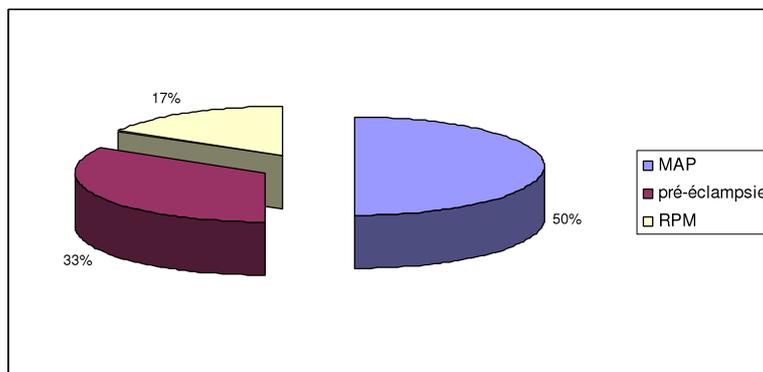


Figure 20 : Répartition des causes d'hospitalisation pour les patientes de Caen

A Montpellier, 29,7% (n=19) patientes ont été hospitalisées pendant leur grossesse :

- 7 pour une MAP
- 6 pour leur traitement de substitution (dont une qui a aussi été hospitalisée pour MAP)
- 1 pour pré-éclampsie
- 1 pour RPM
- 2 pour surveillance foetale
- 1 pour prise en charge de MFIU
- 1 pour des métrorragies
- et 1 patiente enceinte de jumeaux pour la surveillance d'un oligoamnios sur J2.

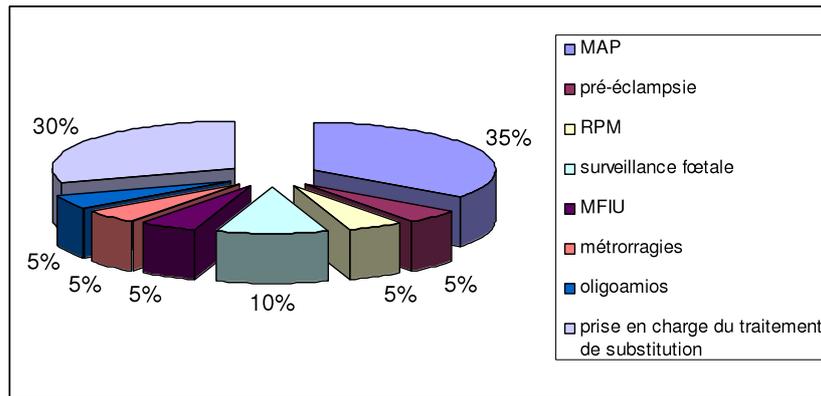


Figure 21 : Répartition des causes d'hospitalisation pour les patientes de Montpellier

La différence entre les deux populations pour le nombre d'hospitalisations pendant la grossesse n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,08$).

2.6.11. Hospitalisation de jour

A Caen, 22% (n=9) des patientes ont été suivies en hospitalisation de jour (HDJ). Sept patientes avaient rendez-vous pour la surveillance de la croissance du fœtus (parmi celle-ci deux ne sont venues qu'une seule fois, elles n'ont pas honorées les autres rendez-vous) et une pour suspicion d'achondroplasie. La patiente présentant une grossesse gémellaire a été suivie en HDJ pour RCIU sur J2 après avoir été hospitalisée au SIG.

A Montpellier, 17,2% (n=11) des patientes ont été suivies en HDJ pendant leur grossesse :

- 4 pour leur traitement de substitution
- 3 pour surveillance d'un RCIU
- 1 en fin de grossesse car elle était porteuse du SIDA
- 1 patiente pour la surveillance de l'ascite fœtale
- 1 pour hypertension artérielle et protéinurie
- et enfin 1 patiente pour une cardiopathie maternelle.

La différence entre les deux populations pour le nombre de patientes hospitalisées en HDJ n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,54$).

2.6.12. Sortie contre avis médical

A Caen, une patiente suivie en HDJ pour RCIU devait être déclenchée mais elle a refusé et n'est revenue que deux jours après. Une autre patiente hospitalisée pour MAP a fugué pendant son séjour et est finalement sortie contre avis médical après seize jours

d'hospitalisation mais avec un suivi à domicile par une sage femme. Au total 7,3% (n=3) patientes ont été comptées comme étant sorties contre avis médical.

A Montpellier, aucune patiente hospitalisée n'est sortie contre avis médical.

La différence entre les deux populations a été détectée significative ($p = 0,007$), il y a donc plus de sortie contre avis médical à Caen.

2.7. Accouchement

2.7.1. Terme de l'accouchement

A Caen, toutes les patientes ont accouché entre 24 et 41 SA, avec une moyenne d'accouchement à 38,2 SA (écart-type = 11,7).

Dans cette population, 19,5% (n=8) des patientes ont accouché prématurément.

A Montpellier, le nombre de patientes n'était que de 64 puisque une patiente a fait une IMG à 14 SA pour anasarque fœtal.

Toutes les patientes ont accouché entre 28 et 42 SA, soit en moyenne au terme de 38,1 SA (écart-type = 9,5).

Dans cette population, 20,3% (n=13) des patientes ont accouché prématurément.

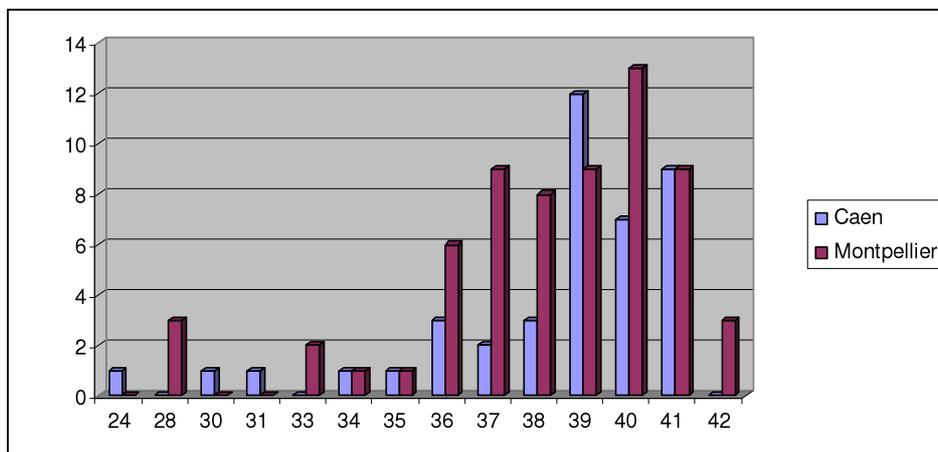


Figure 22 : Répartition des patientes de Caen et Montpellier selon le terme d'accouchement

La différence des moyennes des termes d'accouchements entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,85$).

La différence du nombre d'accouchements prématurés entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,92$).

2.7.2. Modalités d'accouchement

A Caen, 58,5% (n=24) des patientes ont accouché par voie basse spontanée, 19,5% (n=8) des patientes ont accouché par voie basse instrumentale pour des altérations du rythme cardiaque fœtal ou insuffisance des efforts expulsifs, et enfin 22% (n=9) des patientes ont accouché par césarienne.

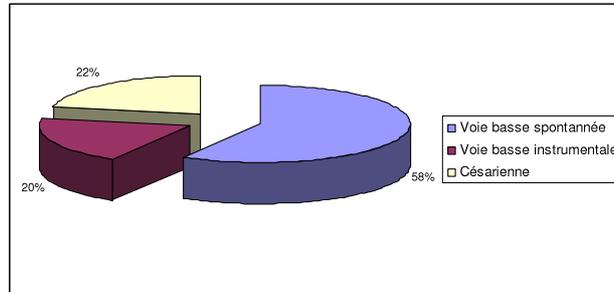


Figure 23 : Répartition des patientes de Caen selon le mode d'accouchement

Cinq césariennes ont eu lieu avant le travail respectivement pour pré-éclampsie, HRP, utérus cicatriciel avec présentation pelvienne et bassin généralement rétréci, grossesse gémellaire avec arrêt de croissance sur J2, et enfin pour utérus cicatriciel et mauvais vécu de l'accouchement précédent.

Trois des quatre césariennes qui ont eu lieu pendant le travail étaient pour altération du rythme cardiaque fœtal et stagnation de la dilatation, et enfin la dernière a été faite pour présentation pelvienne découverte à quatre centimètres de dilatation.

A Montpellier, 53,1% (n=34) des patientes ont accouché par voie basse spontanée, et 15,6% (n=10) par voie basse instrumentale. Les extractions instrumentales ont été réalisées pour altération du rythme cardiaque fœtal ou insuffisance des efforts expulsifs, et enfin 31,3% (n=20) des patientes ont accouché par césarienne.

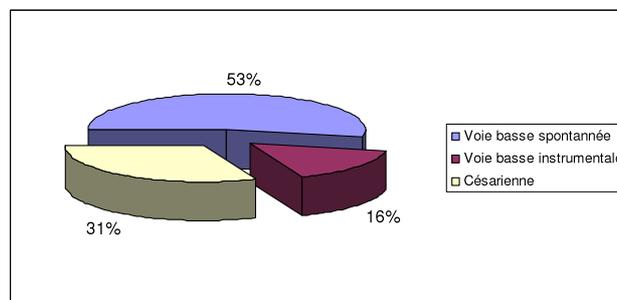


Figure 24 : Répartition des patientes de Montpellier selon le mode d'accouchement

Neuf césariennes ont eu lieu avant le début du travail pour :

- sauvetage maternel (pré-éclampsie)
- utérus tricicatriciel

- utérus cicatriciel terme dépassé et macrosomie
- antécédent de césarienne segmentaire corporeale
- présentation pelvienne et bassin rétréci
- présentation pelvienne
- ascite fœtale
- RCIU et malformation cardiaque
- HRP

Onze césariennes ont eu lieu en cours de travail pour :

- échec de déclenchement (1)
- altération du rythme cardiaque fœtal et stagnation de la dilatation (9)
- altération du rythme cardiaque fœtal et liquide amniotique méconial (1)

La différence entre les modes d'accouchement dans les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,5669$).

2.7.3. Anesthésie pendant le travail

A Caen, 56,1% (n=23) des patientes ont bénéficié d'une anesthésie locorégionale (ALR), 9,9% (n=4) des patientes ont accouché sous rachianesthésie, 2,3% (n=1) des patientes ont bénéficié d'une anesthésie générale (AG) et enfin 31,7% (n=13) des patientes ont accouché sans anesthésie.

A Montpellier, 17,2% (n=11) des patientes ont accouché sans anesthésie, 79,7% (n=51) des patientes ont accouché sous ALR et enfin 3,1% (n=2) sous AG.

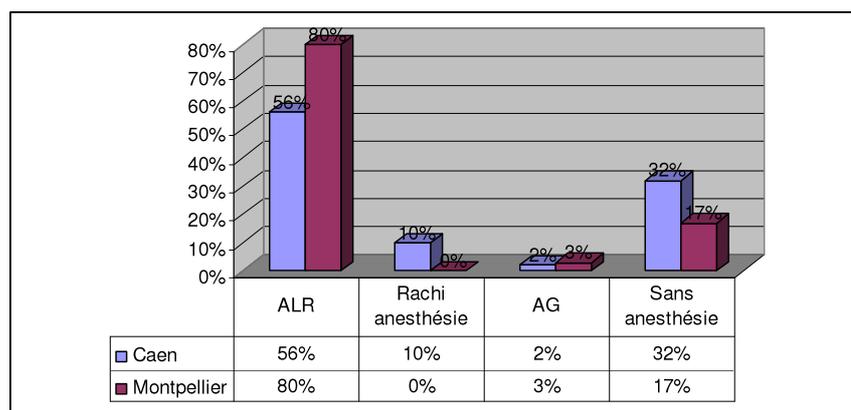


Figure 25 : Répartition des patientes de Caen et Montpellier selon le mode d'anesthésie à l'accouchement

La différence entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,08$).

2.7.4. Morbidité néonatale

A Caen, sur 41 accouchements, il y a eu 26,8% (n=11) d'interventions pour des altérations du rythme cardiaque fœtal et 2,4% (n=1) de césarienne en urgence pour un HRP qui a entraîné la mort de l'enfant.

A Montpellier, sur 64 accouchements, il y a eu 26,6% (n=17) d'interventions pour des altérations du rythme cardiaque fœtal et 1,5% (n=1) de dystocie des épaules avec fracture de la clavicule pour le nouveau-né.

Il a été relevé deux MFIU à 28 et 33 SA et un HRP à 36 SA sans décès de l'enfant.

2.7.5. Consommation maternelle de toxiques à l'interrogatoire en salle de naissance

A Caen, 53,7% (n=22) des patientes ne prenaient que du Subutex® au moment de l'accouchement, et 29,3% (n=12) des patientes que de la méthadone.

Dans la population de Caen 7,4% (n=3) des patientes ont avoué avoir pris leur traitement de substitution et des drogues illicites tel que de l'héroïne, de la cocaïne ou encore du cannabis.

Et enfin 9,6% (n=4) des patientes prenaient leur traitement de substitution plus des médicaments psychotropes.

Il n'y a pas eu d'arrêt de traitement de substitution pendant la grossesse.

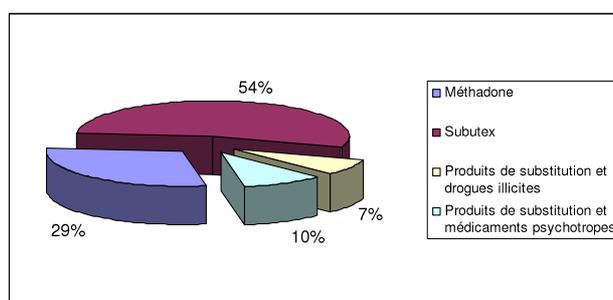


Figure 26 : Répartition des patientes de Caen selon leur consommation de produits à l'interrogatoire en salle de naissance

A Montpellier, 30,8% (n=20) des patientes ne prenaient que du Subutex® au moment de l'accouchement et 36,9% (n=24) des patientes que de la méthadone.

Dans la population de Montpellier, 24,6% (n=16) des patientes ont dit consommer des drogues illicites en plus de leur traitement de substitution et 4,6% (n=3) des patientes consommaient des médicaments psychotropes en plus de leur traitement de substitution.

Et enfin 3,1% (n=2) des patientes ont arrêté leur traitement de substitution pendant la grossesse.

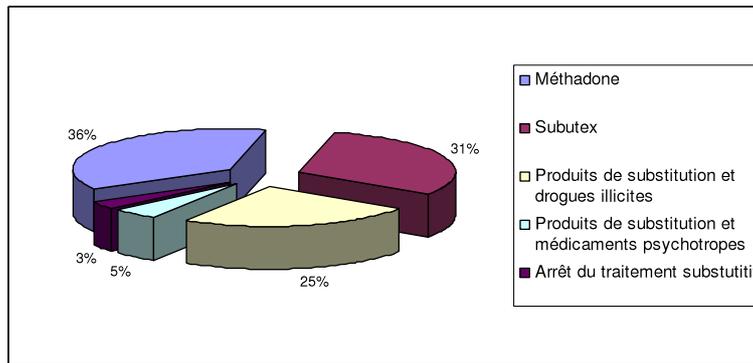


Figure 27 : Répartition des patientes de Montpellier selon leur consommation de produits à l'interrogatoire en salle de naissance

La différence entre les deux populations de Caen et Montpellier ne prenant que leur traitement de substitution et celle qui le prenaient soit avec un autre produit illicite soit avec des médicaments psychotropes n'a pas pu être détectée significative ($p = 0,0515$).

2.7.6. Durée d'hospitalisation maternelle dans le post-partum

A Caen, les patientes ont été hospitalisées entre 3 et 48 jours avec une moyenne de 15,4 jours.

A Montpellier, les patientes ont été hospitalisées entre 3 et 22 jours avec une moyenne de 12,1 jours. Cette information était manquante pour 9,4% (n=6) dossiers.

La différence de durée d'hospitalisation est significative ($p = 0,0222$), la durée d'hospitalisation est plus courte à Montpellier.

2.7.7. Sortie contre avis médical en post-partum

A Caen, 14,6% (n=6) des patientes sont sorties contre avis médical (sans visite de sortie, ou non rentrée d'une permission).

A Montpellier, 1,6% (n=1) des patientes sont sorties contre avis médical en post-partum.

La différence a été détectée significative ($p = 0,0076285869$), il y a donc plus de sorties contre avis médical en post-partum à Caen.

2.8. Le nouveau-né

2.8.1. Le sexe

A Caen, la population comptait 46,3% (n=19) filles et 53,7% (n=22) garçons. Ceci nous amène à un total de 41 enfants.

A Montpellier nous avons un total de 66 enfants dont 48,5% (n=32) de filles et 51,5% (n=34) de garçons.

2.8.2. Les mensurations

✓ Le poids

A Caen, 39% (n=16) des nouveau-nés étaient hypotrophes et 61% (n=25) des nouveau-nés étaient normotrophes. Le poids moyen de ces enfants est de 2812grammes (écart-type= 685,3g). Il n'y avait aucun macrosome.

A Montpellier, 34,8% (n=23) des nouveau-nés étaient hypotrophes et 65,2% (n=43) des nouveau-nés étaient normotrophes. Le poids moyen de ces enfants est de 2710grammes (écart-type=706,3). Il n'y avait aucun macrosome.

La différence d'enfants hypotrophes entre les deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p=0,66$). La différence des moyennes des poids n'a pas pu être détectée significative ($p=0,7384$).

✓ La taille

A Caen, la moyenne des tailles des nouveau-nés était de 46,6centimètres (écart-type=4,0cm).

A Montpellier, la moyenne des tailles des nouveau-nés était de 47,7centimètres (écart-type=2,7cm).

La différence entre les moyennes des deux populations n'a pas pu être détectée significative ($p=0,1088$).

2.8.3. Le score d'Apgar

A Caen, 82,9% (n=34) des nouveau-nés avaient un Apgar coté à 10 à une minute de vie, 90,2% (n=37) des nouveau-nés avaient un Apgar coté à 10 à cinq minutes de vie, et enfin 92,7% (n=38) des nouveau-nés avaient un Apgar coté à 10 à dix minutes de vie.

A Montpellier, le score d’Apgar était inconnu pour 6 dossiers, 56,7% (n=34) des nouveau-nés avaient un Apgar coté à 10 à une minute de vie, 80% (n=48) des nouveau-nés avaient un Apgar coté à 10 à cinq minutes de vie, et enfin 86,7% (n=52) des nouveau-nés avaient un Apgar coté à 10 à dix minutes de vie.

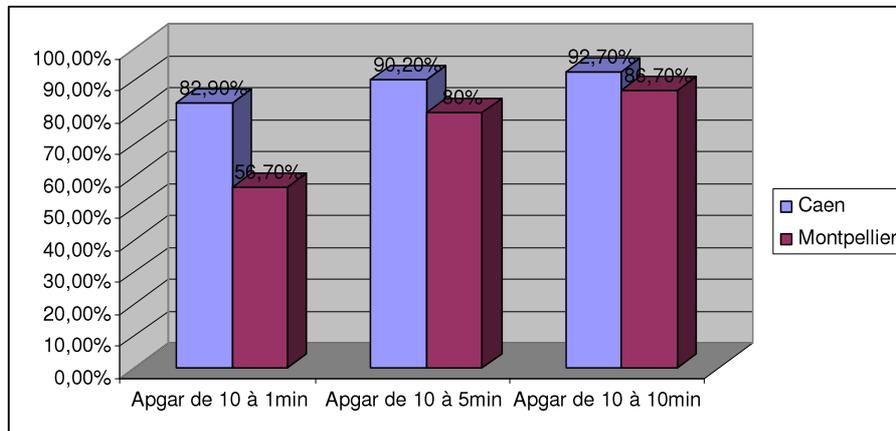


Figure 28 : Répartition des score d’Apgar dans nos deux population à 1, 5 et 10 minutes

Le score d’Apgar à une minute de vie était significativement différent ($p = 0,0057247183$), il était donc plus élevé à Caen. La différence à cinq et dix minutes de vie n’est plus détectée significative (respectivement $p = 0,17$ et $p = 0,59$).

2.8.4. L’allaitement

A Caen, 51,2% (n=21) de ces nouveau-nés étaient nourris par allaitement artificiel. Les autres, soit 48,8% (n=20) étaient nourris au sein.

A Montpellier, 28,8% (n=19) de ces nouveau-nés étaient nourris par allaitement artificiel. Les autres soit 71,2% (n=47) étaient nourris au sein.

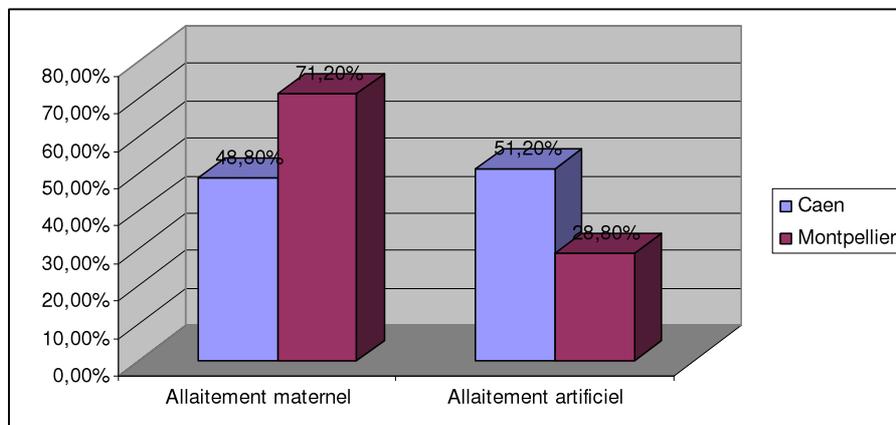


Figure 29 : Répartition des enfants selon leur mode d’alimentation

La différence entre les deux populations a été détectée significative ($p = 0,0197242357$), il y avait donc plus d'allaitements maternels à Montpellier.

2.8.5. Le lieu et la durée d'hospitalisation de l'enfant

A Caen, 61% (n=25) des enfants ont été hospitalisés en unité kangourou, 19,5% (n=8) dans le service de néonatalogie et 19,5% (n=8) en maternité (nurserie).

A Montpellier, 81,8% (n=54) des nouveau-nés ont été hospitalisés en unité kangourou, et 18,2% (n=12) ont été hospitalisés dans un service de néonatalogie à la naissance.

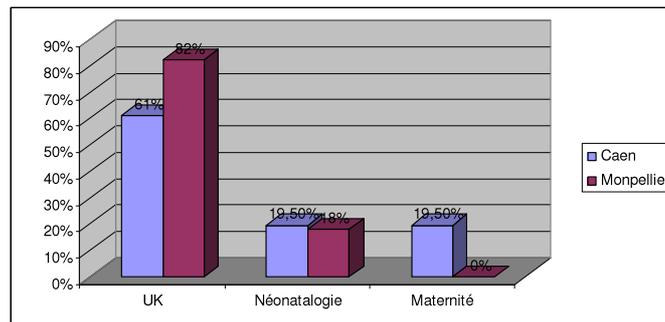


Figure 30 : Répartition des enfants de Caen et Montpellier selon le service d'hospitalisation

La différence du lieu d'hospitalisation des enfants des deux populations n'a pas été détectée significative ($p = 0,86$).

A Caen, la durée d'hospitalisation allait de 5 jours à 97 jours avec une moyenne de 19,4 jours.

A Montpellier, la durée d'hospitalisation allait de 5 jours à 70 jours avec une moyenne de 14,5 jours. La durée d'hospitalisation n'a pas pu être retrouvée pour 6 enfants.

La différence est significative ($p = 0,0008$), la durée d'hospitalisation est donc plus courte à Montpellier.

2.8.6. Présence et traitement d'un syndrome de sevrage néonatal (SSN)

Grâce au docteur Fiant, pédiatre de l'unité Kangourou du FEH de Caen, j'ai pu avoir accès au compte rendu d'hospitalisation des 41 enfants de mon étude. Ainsi à Caen, 14,6% (n=6) des nouveau-nés n'ont pas fait de syndrome de sevrage néonatal. Sur les 85,4% (n=35) des enfants qui ont fait un syndrome de sevrage néonatal, 71% (n=25) ont été traités par chlorhydrate de morphine.

A Montpellier, 31,8% (n=21) des nouveau-nés n'ont pas fait de syndrome de sevrage néonatal. Sur les 68,2% (n=45) des enfants qui ont fait un syndrome de sevrage néonatal, 64,4% (n=29) ont été traités par chlorhydrate de morphine.

La différence d'apparition du SSN entre les deux populations a été détectée significative ($p = 0,0466420415$). Les nouveau-nés à Montpellier font significativement moins de syndrome de sevrage néonatal. Mais, sur le pourcentage d'enfants ayant fait un syndrome de sevrage néonatal, la mise en place d'un traitement n'a pas été détectée significative ($p=0,51$).

Afin de nous rendre compte de ce qu'apporte la CPUD par rapport à un service comme Caen, sans cellule, j'ai, dans une troisième partie, comparé ces résultats à ceux deux études : l'étude GEGA menée par C.Lejeune en 1998 et publiée en 2003 et l'enquête de périnatalité de 1998.

Troisième partie :
Analyse - Discussion

1. LES LIMITES ET LES ATOUTS DE L'ETUDE

Sur trois ans, j'ai répertorié 65 dossiers à Montpellier et 41 à Caen. Le nombre moins important de dossier à Caen tient sûrement au fait que la ville de Montpellier compte 412 070 habitants et que celle de Caen n'en compte que 223 224. Cette différence a peut être une influence sur les significativités de mes résultats statistiques. Le fait qu'il y est plus de dossiers à Montpellier peut aussi être expliqué par l'existence de la cellule en elle-même. Les patientes s'y rendent volontairement avec moins d'appréhension vis-à-vis du regard des soignants puisque cette cellule ne s'occupe que de patientes présentant une addiction.

Toutes les données sur les consommations de produits sont sur la base déclarative des patientes, il y a donc certainement une minimisation de la consommation du fait de la pression morale et de l'image négative de la prise de toxiques, pression d'autant plus importante chez la femme enceinte.

Il y a de nombreuses informations qui n'étaient pas renseignées dans les dossiers informatiques et papiers de Caen. Ceci ne m'a donc pas permis de pouvoir conclure sur tous les items de mon relevé de données.

L'atout majeur de mon étude tient au fait que mes deux populations de Caen et Montpellier soient comparables sur les critères socio-économiques.

2. DISCUSSION DES RESULTATS

Le but de ce mémoire était de voir si une prise en charge spécifique de la grossesse chez des femmes qui prenaient un traitement de substitution (méthadone ou Subutex®) pouvait avoir un impact sur le suivi de grossesse de ces femmes, sur la survenue de pathologies, sur la durée d'hospitalisation et quelles étaient les conséquences sur leur enfant.

2.1. Les deux populations de notre étude

2.1.1. Les patientes

✓ L'âge, le contexte familial et économique

La population de Montpellier était plus âgée que celle de Caen (30,7ans vs 27,6ans). Ces moyennes d'âge sont comparables à celle de l'étude de GEGA menée par le docteur C.Lejeune. Lors de cette étude la moyenne d'âge était de 28,7ans.

En dehors de ce paramètre les deux populations sont comparables que ce soit sur la situation maritale (92,7% et 81,5% des patientes sont en couple), la situation professionnelle (39% et 49,2% avec profession), ou le logement (précaire dans 17,1% et 16,9%).

Dans la population générale, 90% des femmes qui accouchent ont des revenus provenant du travail (soit le leur soit celui de leur conjoint), ce n'était le cas que pour 70,7% de la population de Caen contre 54,5% pour celles de Montpellier. Les autres patientes de mon étude vivaient des allocations et des aides ou n'avait aucune ressource. Mes deux populations étaient donc plus précaires que la population générale et donc les risques en terme de prématurité, de décès infantile, de grossesse mal suivie sont plus importants que dans la population générale.

Les informations sur le contexte familial et sur la couverture sociale étaient trop souvent absentes des dossiers de Caen pour pouvoir conclure sur une différence ou non. A Caen, le contexte familial n'était pas renseigné dans 75,6% (n=31) des dossiers et la couverture sociale n'était pas renseignée dans 92,7% (n=38).

✓ Les sérologies

A Caen 2,1% des femmes étaient porteuses de l'antigène HBs contre 7,3% des patientes de Montpellier. La sérologie VIH a été retrouvée positive pour 2,5% des patientes de Caen contre 3,1% pour les patientes de Montpellier. Il n'y a donc pas de différence significative entre les deux populations pour les sérologies de l'hépatite B et du VIH.

Par contre la sérologie de l'hépatite C n'était renseignée que pour 26,8% (n=11) des dossiers de Caen et parmi elles, 5 étaient porteuses d'une hépatite C. A Montpellier, 29,2% étaient porteuses d'une hépatite C, et cette information était renseignée pour tous les dossiers.

Il est vraiment très regrettable que la sérologie de l'hépatite C ne soit pas mieux renseignée dans les dossiers de Caen quand on sait que le taux de risque de contamination

chez les toxicomanes est de 11% et que la prévalence de l'infection par l'hépatite C chez les toxicomanes héroïnomanes est de l'ordre de 60 à 70%. [36]

Cependant ces chiffres sont très inférieurs à ceux retrouvés dans l'étude GEGA. Dans cette étude, 6,2% des patientes avaient une sérologie VIH positive, 8,9% avaient une sérologie HBs positive et 63,3% avaient une sérologie hépatite C positive. La cohorte de l'étude GEGA a été testée en 1998, cela ne faisait que 3 ans que le programme d'échange de seringues avait été mis en place. Depuis 2004, des « centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues » ont été ouverts en France pour diminuer les risques de contamination et orienter ses usagers vers les services de soins. Ces programmes spécifiques mis en place par le gouvernement expliquent les bons résultats retrouvés dans mon étude pour les deux populations.

2.1.2. Leur conjoint

✓ Leur présence et leur soutien

Le conjoint n'était pas présent pour 9,8% des patientes de Caen et pour 17,2% des patientes de Montpellier. En France, 7% des femmes de l'étude GEGA qui accouchent sont célibataire [26], ce qui est équivalent aux résultats de mon étude.

J'ai considéré que les pères n'étaient pas soutenant quand ils étaient en prison, qu'ils fournissaient en drogue leur compagne, ou lorsqu'ils étaient eux même toxicomanes. Le conjoint n'était pas soutenant pour 36,6% des patientes de Caen et pour 29,2% des patientes de Montpellier. Il n'y a pas de différence significative entre mes deux populations.

Ces chiffres montrent tout de même que un tiers de ces femmes ne sont pas soutenues et sont donc seules voire isolées. Ces patientes ont donc besoin d'un accompagnement plus important que dans la population générale.

✓ Leur toxicomanie et leur suivi

Dans la population de Montpellier, 57,4% (n=31) des conjoints avaient une addiction. L'information concernant une addiction possible du conjoint des patientes de Caen n'était renseignée que pour 43,9% (n=18). Parmi eux 36,5% (n=15) avaient une addiction. On peut raisonnablement penser que si tous les dossiers avaient été renseignés la proportion de conjoints toxicomanes aurait été plus importante. Aucune différence n'a cependant été détectée comme significative entre les deux populations mais l'absence de données est un biais important.

2.2. Les consommations maternelles de toxiques au début de la grossesse

Il n'y a pas de différence significative pour les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis, d'héroïne et de médicaments psychotropes entre les deux populations.

Par contre dans la population de Montpellier plus de patientes disent avoir consommé de la cocaïne (13,8% vs 0% pour Caen) pendant la grossesse alors qu'elles étaient sous traitement substitutif. Ce relevé de données est basé sur les déclarations des patientes, donc il est possible qu'elles aient minimisé leur consommation, la pression sociale jouant un rôle certain. De plus, il est peut être plus facile aux patientes de Montpellier de parler de leur consommation car elles sont prises en charge par des sages-femmes qui ne voient que des patientes avec des addictions, ce qui expliquerait la grande consommation de cocaïne à Montpellier. Ces sages-femmes ont aussi un diplôme universitaire en addictologie, elles sont formées plus spécifiquement à ce problème et peut être plus à même à recevoir les confidences des patientes.

2.3. Le traitement de substitution

Concernant la durée moyenne de la prise du traitement de substitution avant la grossesse, il n'y a pas de différence significative entre les deux populations. Les deux moyennes sont de 3,1ans pour Caen et de 3,75ans pour Montpellier. Cette information n'était renseignée que pour 30,8% des patientes de Montpellier contre 68,3% à Caen. Il y a une liaison certaine entre le nombre d'années de toxicomanie et l'âge des femmes. Il est donc possible que si toutes les données de Montpellier avaient été renseignées, la différence aurait été significative puisque la population de Montpellier est plus âgée. Mais ces chiffres correspondent à ceux retrouvés lors de l'étude GEGA. [26] Les femmes de cette cohorte étaient sous traitement de substitution depuis en moyenne 2,2ans et la moyenne d'âge de ces femmes était de 28,71ans. De plus il existe, dans la littérature, une relation entre la durée de la toxicomanie et le début du traitement de substitution. [26] Plus les femmes sont toxicomanes depuis longtemps plus elles auront tendance à débiter un traitement avant la grossesse, alors que les femmes avec une durée de toxicomanie plus courte peuvent commencer la substitution à l'occasion de cette grossesse.

Selon l'étude GEGA, il existe des disparités régionales au niveau de l'accessibilité des traitements de substitutions méthadone et Subutex®. La disponibilité des traitements par la méthadone était loin d'être homogène en France, en 1998. Lors de cette étude, les auteurs avaient retrouvé 96% de prescriptions pour le Subutex® contre 4% pour la méthadone en Normandie et 20,7% pour la méthadone contre 79,3% pour le Subutex® en Languedoc et

dans le Midi. Dans mon étude, je retrouve 36,6% de prescriptions de méthadone à Caen et 47,7% à Montpellier. Je pense que la grande différence entre mes résultats et ceux de l'étude GEGA, est certainement due au fait que mon étude n'a été réalisée que sur Caen et Montpellier et non sur toute la région. Et ces deux grandes villes possèdent toutes les deux des centres spécialisés et autorisés à prescrire la méthadone. Les résultats de mon étude sont plus équilibrés et sans différence significative entre Caen et Montpellier.

Cependant les patientes des deux populations de l'étude étant plus suivies par leur médecin traitant, sont plus souvent sous Subutex®.

2.4. La grossesse

La grossesse chez une femme toxicomane de manière générale est une grossesse à risques et elle doit donc bénéficier d'une surveillance particulière. De plus, il s'y ajoute des conditions sociales précaires qui augmentent les risques. Ces grossesses doivent donc bénéficier d'une surveillance plus accrue.

2.4.1. Le suivi de la grossesse

Afin d'évaluer la qualité du suivi de la grossesse, j'ai choisi trois indicateurs : la date de la première visite, le nombre de visites prénatales effectuées et le nombre de rendez-vous non honorés.

Les grossesses des deux populations ont été découvertes majoritairement avant 15 SA (70,7% à Caen et 78,5% à Montpellier). Ces chiffres sont équivalents à ceux de l'enquête GEGA, 36% des femmes ayant consulté après 15 SA, soit au cours du deuxième ou troisième trimestre. Dans la population générale, le taux de déclarations au deuxième trimestre est de 3,7% et de 0,7% au troisième trimestre. Les déclarations tardives dans la population substituée sont donc environ dix fois plus fréquentes que dans la population générale.

J'ai ensuite étudié la fréquence des visites prénatales dans les deux populations de mon étude que j'ai comparée à celle de l'étude GEGA. La différence entre la fréquence des consultations prénatales de Caen (53,7% au moins un rendez-vous par mois) et Montpellier (75%) n'a pas été détectée significative d'un point de vue statistique, mais il existe pourtant un écart de 21,3%. Je n'ai pas pu inclure les patientes de Caen suivies à l'extérieur du FEH, cela est donc un biais au test.

Dans l'étude GEGA, les auteurs ont relevé que le nombre de consultations prénatales, était en moyenne de 6,75 pour l'ensemble de leur cohorte. En France plus de la moitié des femmes de la population générale consultent au moins 8 fois lors de leur grossesse. Je pense

donc que mes résultats se placent quasiment, au niveau de la population générale, avec 75% de la population de Montpellier ayant eu au moins une consultation par mois pendant toute la grossesse. Et que les résultats de Caen sont mieux que ceux de l'étude GEGA avec 53,7% de la population ayant eu au moins un rendez-vous par mois. Il existe donc une amélioration par rapport à l'étude GEGA publiée en 2003 pour Caen et Montpellier.

Et enfin, j'ai choisi d'observer la fréquence des rendez-vous non honorés afin d'étudier l'observance du suivi des patientes de mon étude. J'ai donc relevé le nombre de patientes ayant honoré tous leur rendez-vous ou n'en ayant pas honoré un seul. J'estimais que n'importe qui pouvait oublier un rendez-vous sur neuf mois. La différence entre les nombres de rendez-vous non honorés n'a pas été détectée significative entre les deux populations. En effet le test statistique ne pouvait pas inclure les dossiers des patientes de Caen où l'information n'était pas renseignée, c'est très certainement ce qui explique l'absence de différence significative. Cependant l'étude montre quand même que les patientes de Montpellier ont honoré tous leur rendez-vous à 68,8% alors qu'à Caen ce pourcentage est de 34,1%. Cette différence et la fréquence des consultations plus importante à Montpellier sont liées à l'activité des sages-femmes de la CPUD. En effet, celles-ci contactent les patientes la veille de leur rendez-vous pour le leur rappeler. Ce travail est visiblement bénéfique.

2.4.2. Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité

Les patientes de Montpellier ont plus suivi de cours à de préparation à la naissance et à la parentalité qu'à Caen (65,5% vs 24,4%). Peut-être que les patientes ont moins peur du regard des autres car elles savent qu'elles ne sont pas seules puisqu'il existe une unité spéciale qui ne s'occupe que de patientes ayant un problème avec des drogues. De plus, elles sont très certainement beaucoup plus sollicitées par les sages-femmes de la cellule qui les orientent au cas par cas vers des séances individuelles ou collectives.

2.4.3. La rencontre anténatale avec le pédiatre

Les patientes à Montpellier ont rencontré le pédiatre en anténatal à 95,3% (vs 68,3% à Caen). Le pédiatre de Montpellier faisant des vacances au sein de la cellule et n'étant pas hospitalier, est peut-être plus accessible pour les patientes. Ces vacances permettent au pédiatre de Montpellier d'avoir un temps spécifique, réservé à la prise en charge des patientes avec un problème d'addiction. Les rendez vous avec le pédiatre sont souvent pris lorsque les patientes consultent à la cellule avec les sages-femmes coordinatrices. Les patientes peuvent

aussi appeler le pédiatre à son cabinet directement pour prendre un rendez-vous. C'est d'ailleurs souvent ce pédiatre qui suit les enfants après la naissance à Montpellier comme à Caen. Lors de l'étude GEGA seulement 40% des patientes avaient rencontré le pédiatre en anténatal. On note donc de meilleurs résultats pour Caen et Montpellier.

2.4.4. La rencontre avec un psychologue ou un pédopsychiatre

Dans les deux populations, il y a autant de patientes qui ont rencontré un psychologue ou un psychiatre, soit 24,4% des patientes de Caen et 25% des patientes de Montpellier. Dans la cohorte de l'étude GEGA seulement 17% des patientes avaient rencontré un psychologue. On note donc une amélioration depuis 1998, avec un pourcentage de patientes ayant rencontrées le psychologue qui augmente. La prise de conscience par les équipes médicales, de la nécessité d'une prise en charge plus globale, explique sans doute l'amélioration de ces résultats.

2.4.5. Les pathologies pendant la grossesse

A Caen, 51,2% (n=21) des patientes ont eu une ou plusieurs pathologies pendant la grossesse, et à Montpellier 32,8% (n=21). La différence n'a pas été détectée significative par les tests. Pour pouvoir comparer mes chiffres avec ceux de l'étude GEGA, je me suis intéressée plus particulièrement aux patientes ayant présentées une MAP. A Caen, 7,3% des patientes ont présenté une MAP contre 9,2% à Montpellier. Lors de l'étude GEGA, 16,3% des femmes avaient présenté une MAP pendant leur grossesse. On note donc encore une amélioration par rapport à 1998 pour les deux maternités de mon étude, très certainement grâce à une amélioration du suivi global. Mais à priori, la prise en charge spécifique de Montpellier ne permet pas une diminution du nombre de pathologies pendant la grossesse, son existence a par contre des répercussions sur d'autres critères que nous allons voir ultérieurement.

2.4.6 Les sorties contre avis médical pendant la grossesse

A Caen, le nombre de sorties contre avis médical est plus important qu'à Montpellier (7,3% vs 0%). Un des rôles de la sage-femme coordinatrice de Montpellier est de désamorcer les conflits et les mécontentements dans les services. Cette sage-femme est connue de la patiente, puisqu'elle la rencontre tout au long de la grossesse. Le nombre d'intervenants pendant la grossesse est limité, pour permettre donc un suivi très personnalisé et le plus global possible. Cette relation de confiance permet visiblement d'éviter les sorties contre avis médical.

2.5. L'accouchement

2.5.1. Le terme

A Caen, 19,5% des patientes ont accouché prématurément (avant 37 SA) contre 20,3% à Montpellier. Il n'y a pas de différence significative entre les deux populations. Les chiffres sont meilleurs que ceux de la population de femmes héroïnomanes de l'étude Ferraro de 1998 où le taux de prématurité était de 25 à 55%. [26] Cependant dans l'étude GEGA, 12,3% des naissances étaient prématurés contre 6,9% dans la population générale. Les résultats de mes deux populations sont donc étonnement élevés par rapport à ceux de l'étude GEGA, alors que le taux de MAP était inférieur.

2.5.2. Les modalités d'accouchement

Les modalités d'accouchement ne sont pas différentes entre les deux populations de l'étude. A Caen, 58,5% (n=24) ont accouché par voie basse spontanée, contre 53,1% à Montpellier, 19,5% des patientes de Caen ont accouché par voie basse instrumentale contre 15,6% à Montpellier. Et il y a eu 22% de césariennes à Caen et 31,3% à Montpellier. Pour pouvoir comparer mes résultats à ceux de l'étude GEGA, j'ai dû regrouper les accouchements par voie basse instrumentale et les césariennes pendant le travail, soit pour Caen 29,2%, pour Montpellier 32,9% et 27% pour l'étude GEGA. Ces résultats sont donc tous équivalents. Les causes d'extractions instrumentales et de césariennes en urgence retrouvées dans mon étude et celle de GEGA sont les mêmes : altérations du rythme cardiaque fœtal et stagnation de la dilatation. Donc le suivi des patientes sous substitution n'influe visiblement pas sur les modalités d'accouchement de ces femmes.

2.6. Les consommations maternelles de toxiques à l'interrogatoire en salle de naissance

La différence des consommations de produits à l'interrogatoire en salle de naissance n'a pas été détectée significative entre mes deux populations. Cependant cette différence était significative à l'interrogatoire en début de la grossesse. L'absence de différence à l'interrogatoire en salle de naissance est peut-être due à la crainte des patientes vis-à-vis du potentiel SSN de leur enfant. A cause de cette peur, il est possible qu'elles n'omettent aucune consommation. Elles pensent certainement que leur enfant sera mieux pris en charge et mieux traité si les équipes connaissent précisément leur consommation. De plus à

Montpellier, en salle de naissance, des tests urinaires sont pratiqués donc pour cet item il n'y a pas de doute qu'en à l'omission de consommation de la part des patientes de Montpellier.

2.7. La durée d'hospitalisation en post-partum

La durée d'hospitalisation en post-partum est plus courte à Montpellier (12,1 jours vs 15,4 jours en moyenne à Caen). Les patientes de Montpellier ont rencontré à 95,3% le pédiatre en anténatal (vs 68,3% à Caen), elles ont suivi à 65,5% les cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité (vs 24,4% à Caen) et de plus elles ont eu en moyenne 8,4 entretiens avec la sage-femme coordinatrice de la cellule. Il est donc possible que grâce à ce suivi intensif, elles soient mieux préparées à ce qui les attend en suites de naissance, et la durée d'hospitalisation est donc moins longue.

2.8. Le nouveau-né

2.8.1. Les mensurations

✓ Le poids

L'influence des consommations de substances sur la probabilité d'avoir des enfants de faible poids est rapportée par un grand nombre d'études. [26] Ces études ont montré que le tabac était le produit avec le plus d'influence sur le poids de naissance. Pour rappel, dans mon étude la population de Caen fumait à 97,6% et celle de Montpellier à 96,9%. Les nouveau-nés des deux populations font en moyenne le même poids (2812 grammes à Caen vs 2710 grammes à Montpellier) que ceux de l'étude GEGA (2822 grammes). La moyenne des poids de naissance des enfants relevé lors de l'enquête de périnatalité était de 3300 grammes dans la population générale.

✓ La taille

La taille de l'enfant à la naissance est un indicateur de son développement intra-utérin qui malheureusement ne figure pas dans les données de l'enquête de périnatalité. J'ai cependant comparé mes résultats à ceux de l'étude de GEGA. En moyenne les nouveau-nés de Caen mesuraient 46,6 centimètres, 47,7 centimètres à Montpellier et 47,04 dans l'étude GEGA. Il n'y a donc pas de différence entre ces trois populations. Par contre si on compare ces moyennes avec celle des enfants naissant de mère non fumeuse on observe une différence

puisque leur taille est en moyenne de 49,29centimètres. [26] Il est donc possible que le tabac, plus que la substitution, soit la cause de la différence de taille retrouvée.

2.8.2. Le score d'Apgar

Il y a significativement plus de scores d'Apgar égaux à 10 à 1 minute de vie à Caen (82,9% vs 56,7% à Montpellier). Mais à 5 et 10 minutes, il n'y a plus de différence significative. Le score d'Apgar est composé de critères précis mais l'évaluation de celui-ci est très dépendante de chaque soignant. Ce score est attribué selon la subjectivité des soignants. Ceci peut expliquer la différence significative à 1 minute qui disparaît par la suite. Après 5 minutes de vie, l'étude GEGA retrouve un taux de 92,4% d'Apgar à 10 et l'enquête périnatalité 94%. Après 10 minutes, il y a 95,5% d'Apgar à 10 dans la cohorte de l'étude GEGA. Cette dernière information n'avait pas été recueillie dans l'enquête de périnatalité. Les scores des deux populations de mon étude sont donc satisfaisant et peu différents de la population générale.

2.8.3. L'allaitement

Les patientes de Montpellier allaitaient plus souvent leur enfant que celles de Caen (71,2% vs 51,2%).

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le passage du médicament de substitution est très faible dans le lait maternel. Il n'y a pas de risque de sevrage pour l'enfant à l'arrêt de l'allaitement. [26] Globalement, l'allaitement serait neutre à l'égard du passage des substances mais est en revanche très profitable au développement du lien mère-enfant. La littérature a montré que le SSN de faible intensité pouvait être traité par de simples mesures de nursing. [26] Toutes ces informations peuvent être données aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que par le pédiatre à la consultation anténatale. Or 95,3% des patientes de Montpellier ont rencontré le pédiatre en anténatal (vs 68,3% à Caen) et 65,5% d'entre elles ont assisté à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (vs 24,4% à Caen). Ce suivi global permet certainement aux patientes de Montpellier d'appréhender plus facilement l'allaitement, ce qui explique sûrement les meilleurs résultats.

L'étude GEGA n'avait retrouvé que 22% de patientes allaitantes et dans l'enquête de périnatalité ce taux était de 47,5%. Les résultats dans les deux populations de mon étude sont meilleurs que ceux de l'étude GEGA et se placent au dessus de ceux de la population générale.

2.8.4. Le lieu et la durée d'hospitalisation du nouveau-né

Les lieux d'hospitalisation des nouveau-nés ne sont pas différents entre les deux populations. A Caen, 80,5% des nouveau-nés ont été hospitalisés en unité kangourou et en maternité contre 81,8% à Montpellier. Et 19,5% des enfants de Caen ont été hospitalisés en néonatalogie contre 18,2% à Montpellier.

Par contre la durée d'hospitalisation des enfants à Montpellier est plus courte (14,5jours vs 19,5jours). Les patientes de Montpellier allaitaient à 71,2% contre 51,2% à Caen. En allaitant, elles ont plus souvent leur enfant contre elles, en peau à peau et donc favorisent les soins de nursing. En effet, comme vu précédemment, le nursing permet de soigner le SSN de faible intensité et il est donc possible que le contact direct avec la mère puisse aider à un sevrage plus rapide et donc de réduire les durées d'hospitalisation.

2.8.5. La présence et le traitement du syndrome de sevrage néonatal

Le nombre de nouveau-né ayant fait un syndrome de sevrage néonatal est plus important à Caen qu'à Montpellier (85,4% vs 68,2%). Les patientes de Montpellier allaitaient plus souvent, favorisant ainsi les soins de nursing et le peau à peau. Cette proximité entre l'enfant et sa mère permet certainement la diminution de SSN.

Dans l'étude GEGA, les auteurs retrouvaient 71% de SSN ce qui est quasi identique au taux de Montpellier, mais beaucoup plus bas que le taux de Caen. Après discussion avec le docteur Fiant, il apparaît que dans l'unité Kangourou du pôle FEH, les enfants sont mis sous chlorhydrate de morphine quand la mère tolère mal les effets du manque chez son enfant. Cette prise en charge peut expliquer le nombre plus important de SSN.

Lorsque les enfants font un SSN, ils sont traités par chlorhydrate de morphine dans deux tiers des cas que se soit à Caen, à Montpellier ou dans l'étude GEGA.

3. SYNTHÈSE

Les résultats de cette étude menée dans les centres de Caen et Montpellier correspondent à ceux de l'étude GEGA publiée en 2003 ou montrent une amélioration par rapport à elle. Que ce soit à Caen ou à Montpellier, il semble qu'il ait eu une prise de conscience des équipes soignantes sur la nécessité d'un accompagnement spécifique de ces femmes.

La cellule de Montpellier permet de meilleurs résultats sur le nombre de rendez-vous honorés, le taux de suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, le taux de rencontre anténatale avec le pédiatre, le taux d'allaitements maternels. Elle permet aussi une diminution du nombre de SSN, une diminution de la durée d'hospitalisation de la mère et de l'enfant et un taux de sortie contre avis médical moindre.

Cependant mon étude n'a pas révélé d'influence de la cellule quand à la survenue de pathologies pendant la grossesse.

A Caen, où il n'existe pas de cellule particulière les résultats sont tout de même satisfaisants et montrent une amélioration par rapport à l'étude GEGA, grâce aux rencontres anténatales avec le pédiatre et l'unité Kangourou qui permettent une prise en charge de la mère et de l'enfant sans les séparer.

De plus, il est possible que ces résultats s'amélioreront dans l'avenir grâce à la mise en place du suivi global par les sages-femmes dans le service de consultation du pôle FEH. Ce suivi individualisé permettra certainement à ces femmes de bénéficier de toute l'attention et de la vigilance dont elles ont besoin.

Enfin, le manque d'informations dans les dossiers de Caen est regrettable et il ne m'a pas permis de conclure sur tous les points que j'aurais voulu aborder.

Conclusion

Conclusion

Le traitement substitutif de l'héroïne permet un meilleur suivi des grossesses des mères toxicomanes, ainsi qu'une diminution des risques de fausses couches, d'accouchements prématurés et de retards de croissance intra utérin sans pour autant les supprimer totalement. Les grossesses des femmes sous substitution sont donc considérées à haut risque.

Grâce à mon étude, j'ai pu observer que la « cellule parentalité et usage de drogue » de Montpellier avait de meilleurs résultats que le pôle FEH du CHU de Caen sur le nombre de rendez-vous honorés pendant la grossesse, le taux de suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, le taux de rencontre anténatale avec le pédiatre, le taux d'allaitement maternel. Elle permet aussi un taux de sortie contre avis médical moindre et une diminution de la durée d'hospitalisation de la mère et de l'enfant.

Au pôle FEH du CHU de Caen, la fréquence des visites prénatales, le nombre de patientes ayant rencontré la pédiatre et/ou le psychologue ou le psychiatre pendant la grossesse ainsi que le taux d'allaitement maternel sont meilleurs que les taux retrouvés lors de l'étude GEGA publiée en 2003.

Ainsi, depuis plusieurs années, la prise de conscience des équipes soignantes quant à la nécessité d'une prise en charge spécifique des femmes enceintes sous traitement substitutif, a permis de constater une évolution positive pour ces femmes, même dans un centre ne possédant pas de cellule particulière.

De plus, l'installation du suivi global dans le service de consultations du pôle FEH de Caen ne va-t-il pas permettre d'améliorer encore le suivi de ces femmes ?

Enfin, la formation d'une sage-femme référente en addictologie dans ce service permettrait-elle pas une plus nette amélioration, sans pour autant instaurer une cellule entière ?

Ces questions pourraient être le départ d'un autre travail visant toujours à l'amélioration de la prise en charge des femmes sous traitement substitutif et de leur enfant.

Bibliographie

- [1] Benos P. Grossesse, héroïne et substitution. La lettre du gynécologue 1999 ; 241 : 15-21.
- [2] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Rapport 2011 sur l'état d'un phénomène de la drogue en Europe. Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, 2011, 120p.
- [3] Bernard C, Gautier N, Jayle D, Lert F, Moracchini A, Palle C et al. Drogues & dépendance. Inpes, Saint-Denis, 2006, 177p.
- [4] Nadjafizadeh M. Psychopathologie d'un long est douloureux parcours. Vocation sage-femme 2010 ; 82 : 19-22.
- [5] Benso V, Bajon JB, Gozlan R, Vella S. 16 réponses sur l'héroïne. Inpes, Saint-Denis, 2010, 47 p.
- [6] Isabelle Jeuge-Maynard, Yves Garnierite, Line Karoubi, Mady Vinciguerra et al. Le Petit Larousse. Larousse, Paris, 2009, 1812p.
- [7] Gervaisot JP. Les usages détournés du Subutex.
<http://www.stethonet.org/fmc/toxico10.htm//>, décembre 2011.
- [8] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Europaen Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu//>, juillet 2011.
- [9] Gibier L. Prise en charge des usagers de drogues. Doin, Rueil-Malmaison, 1999, 341p.
- [10] Caroit Cambazard Y. Des produits et des femmes. Le courrier des addictions 2005 ; 4 : 146-148p.

- [11] Faculté de médecine ULP F67000. Prévention des risques fœtaux : toxicomanie et grossesse. Strasbourg, 2004-2005.
- [12] Henrion R, Lejeune C et Pons JC. Toxicomanie et grossesse. 3^{ème} journée parisienne d'obstétrique, Paris, 1996.
- [13] Canarelli T, Coquelin A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Tendances 2009 ; 65 : 6 p.
- [14] Le dictionnaire VIDAL. Vidal, 77^{ème} édition, 2011.
- [15] CAMH : Centre for Addiction and Mental Health. Transformer des vies. <http://www.camh.net/fr/>, aout 2011. Article : Vous connaissez... la méthadone.
- [16] Centre l'étape du bassin maskinongé inc. Centre communautaire d'intervention en dépendance promotion de la santé-prévention de la toxicomanie. <http://www.etape.qc.ca/>, aout 2011. Article : méthadone.
- [17] Mollie P. Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés : prise en charge à l'officine. Thèse de pharmacie, Lyon, 2001.
- [18] Lejeune C, Jubineau C, Poucle O, Mac Carth J-J, Jacques C, Deman A-C et al. Pharmaco-dépendances aux opiacés, grossesse et parentalité. Le Flyer, juin/juillet 2003 ; hors-série n°1, 76.
- [19] Olivet F, Michel L, Kin T, Gourarier L, Peyrer E. Manuel des droits des usagers de traitement de substitution aux opiacés. Imprimerie Moderne de Bayeux, Bayeux, 2007, 64 p.
- [20] Olivet F, Chappart P. Buprénorphine haut dosage le pourquoi & le comment tout savoir pour plus d'efficacité et moins de danger. Imprimerie Moderne de Bayeux, Bayeux, 30 p.

- [21] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Gynécologie Obstétrique, Connaissances et pratique, réussir les épreuves classantes nationales. Masson, Paris, 2006, 476 p.
- [22] Faculté de médecine de Reims. Toxicomanie. <http://polysencreims.free.fr/polys/CNGO/Item020%20Toxicomanie%20et%20grossesse.pdf//>, juillet 2011.
- [23] Addictions drogues alcool info service (ADALIS). Drogues info service, pour s'informer, pour en parler. <http://www.drogues-info-service.fr//>, août 2011.
- [24] Lejeune C, Simmat-Durand L, Gourarier L, Aubisson S ; Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA). Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. Drug Alcohol Depen 2006 ; 82 : 250-7.
- [25] Lacroix S. Drogues licites et illicites : descriptions, usages et risques. http://www.ssmg.be/new/files/IMP_Toxico_DroguesLicitesIllicites.pdf//, août 2011.
- [26] Lejeune C, Simmat-Durant L, Aubisson S, Gourarier L, Piquet M. Grossesse et substitution – Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristique de leurs nouveau-nés. Paris, OFDT, 2003, 142p.
- [27] Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. Déviance et Société, 2002 ; 26 : 105-126.
- [28] Centre de Référence des Agents Tératogènes. <http://www.lecrat.org//>, décembre 2011.
- [29] Chanal C. Périnatalité et toxicomanie : comment préserver la place des parents ?. La santé de l'homme 2007 ; 391 : 35-36.

- [30] Leroux C. Le staff « médico-psycho-social » de la maternité du CHU de Caen pont entre disciplines et entre institutions. Ecole de Sages-Femmes, Caen, 2010.
- [31] Chanal C, Toubin R-M, Benos P, Mazurier E, Misraoui M, Clutier J et all. Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes au CHU de Montpellier : Résultats périnataux et psychosociaux. La lettre du gynécologue 2001 ; 265 ; 40-43.
- [32] Chanal, C, Toubin RM, Benos P, Mazurier E, Misraoui M, Clutier J, Boulot P, Molénat F. Cellule Parentalité et usage de drogues: résultats périnataux et psychosociaux. In Médecine Périnatale, 31èmes Journées Nationales. Arnette, Paris, 2001, 107 -123.
- [33] Chanal C. Cellule parentalité et usage de drogues. Accueil et prise en charge médico-psycho-sociale des femmes enceintes toxicomanes, des pères et de leurs enfants. Rapport d'activité 2002-2003. Service de gynécologie-obstétrique Secteur C et Médecine Materno-fœtale Hôpital Arnaud de Villeneuve CHU de Montpellier.
- [34] Molénat F, Benos P, Chanal C, Lloveras A, Mazurier E, Misraoui M et Toubin R-M. Grossesse et toxicomanie. Eres, Ramonville Saint-Agne, 2000, 150p.
- [35] Lucidarme D. Infection aiguë par le VHC et toxicomanie.
<http://www.afef.asso.fr/Data/upload/files/FMC/LAC1040.pdf>
- [36] Simmat-Durand L. Gossesse avec drogues : entre médecine et sciences sociales. L'harmattan, Paris, 2009, 272 p.

Annexes

Annexe I : Score de Finnegan

TABLEAU 2

Grille d'évaluation de Finnegan

Score de Finnegan	Symptômes	
Signes neurologiques	Cri aigu	2
	Cris incessants aigus	3
	Sommeil < 3 heures après un biberon	2
	Sommeil < 2 heures après un biberon	3
	Moro réponse ++	2
	Moro réponse +++	3
	Léger tremblement à la stimulation	2
	Légère trémulation au repos	3
	Trémulations ++ au repos	4
	Convulsions	5
Signes digestifs	Hypertonie	2
	Succion des poings	1
	S'alimente mal	2
	Régurgitations	2
	Vomissements	3
	Diarrhée ++	2
	Diarrhée +++	3
	Signes généraux	Bâillements fréquents
Éternuements		1
Sueurs		1
Température > 38 °C		2
Signes respiratoires	Respiration bruyante	1
	FR > 60/min	1
	FR > 60/min et tirage	2
Signes cutanés	Excoriations nez	1
	Excoriations genoux	1
	Excoriations orteils	1
Score total		

Annexe II : Score de Lipsitz

	0	1	2	3
Trémulations	N	Minime (faim, dérangé)	Modéré (spontanément)	Important continues à la limite des convulsions
Irritabilité (cri incessant)	N	Légèrement augmenté	Modéré (faim ou dérangé)	Important Spontanément
Réflexes	N	Augmenté	Important	
Selles	N	Explosives	Explosive et élevé ou > 8	
Tonus musculaire	N	Elevé	Hypertonie	
Erosions cutanées	N	Rougeurs des genoux et coudes	Erosions	
Rythme respiratoire	N	< 55	55 – 75	76 - 95
Eternuement répété	N	Oui		
Bâillement répété	N	Oui		
Vomissement	N	Oui		
Fièvre	N	Oui		

Annexe III : L'ELSA

LIVRET D'ACCUEIL



Responsable Médical :
Dr Vincent FAUCHERRE

**Equipe de Liaison
et de Soutien en Addictologie**

E.L.S.A.



Pôles Cliniques Médicales



Hôpital La Colombière
Pavillon Les Tilleuls
30 avenue Charles Flahault
34296 Montpellier cedex 5

Que fait l'E.L.S.A. ?

Auprès du patient

Elle rencontre les personnes présentant des conduites addictives pour leur permettre de faire le point sur leur consommation et leur proposer une prise en charge spécifique.

Auprès des équipes soignantes

- Elle conçoit, avec les équipes hospitalières, les projets de soins.
- Elle sensibilise l'équipe au repérage des conduites addictives de leurs patients, les aide au diagnostic et à une prise en charge globale.
- Elle informe et forme les équipes para-médicales et médicales.
- Elle soutient les soignants en cas de difficulté avec les problématiques addictives.

Par quels MOYENS ?

- Une équipe pluridisciplinaire médico-psycho-sociale,
- Des protocoles de soins,
- Une connaissance et une mobilisation du réseau hospitalier et de ville.

E

EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

- COÛTE
- THIQUE
- STIME DE SOI
- MOTION
- MPATHIE
- CHANGES

L

LIAISON

- LIBÉRATION
- ÂCHER PRISE
- ANGAGE

S

SOUTIEN

- OINS
- ENSIBILISATION
- ANTÉ
- UBSTITUTION
- USTANCE PSYCHO-ACTIVE

A

ADDICTION

- CCOMPAGNEMENT
- BSTINENCE
- NONYMAT
- UTONOMIE

L'E.L.S.A. :
Equipe de Liaison et de Soutien en Addictologie intervient à la demande des équipes soignantes

Où intervient l'E.L.S.A. ?

- Dans tous les services cliniques, y compris les urgences, sauf ceux de Médecine Interne et du Pôle Digestif de Saint-Eloi.

Pour quelles conduites addictives ?

- Tout produit consommé, toute conduite addictive.

Quelles sont les autres spécificités ?

- Prise en charge des femmes enceintes avec comportement d'addiction par une équipe spécifique.
- Prise en charge tabacologique sur l'hôpital Gui-de-Chauliac.

Annexe IV : L'AFREE



Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement

Depuis 25 années, ancrée sur les services de médecine psychologique pour enfants et adolescents du CHU de Montpellier, l'Afrée développe actions et formations afin de promouvoir les conditions optimales du développement de l'enfant. Composée de praticiens de l'enfance tous engagés dans la clinique, la recherche et la formation, l'Afrée s'est consacrée tout particulièrement au champ neuf ouvert par le rapprochement des disciplines concernées : obstétrique, pédiatrie, médecine générale, intervention médico-sociale et sociale, éducation, psychologie, orthophonie et psychomotricité, pédopsychiatrie et psychiatrie adulte...

La nécessité s'est imposée de méthodes pédagogiques transdisciplinaires et de contenus reflétant les nouvelles connaissances. L'activité évolue d'année en année, à la fois pour répondre aux demandes du terrain et pour impulser de nouvelles pratiques. Divers courants de pensée s'y expriment, afin de diffuser une information large et d'enrichir le débat.

L'action pédagogique s'est progressivement développée sur quatre axes, dont les recouvrements varient chaque année en fonction des nouvelles connaissances et des avancées cliniques :

► L'abord pluridisciplinaire de la périnatalité a connu un fort développement dès les premières années puisqu'il s'agissait d'un domaine nouveau qui exigeait des actions innovantes et la fabrication d'outils pédagogiques adaptés : formations interdisciplinaires, Cahiers de l'Afrée « Naissances », études cliniques, films... La coordination s'effectue en équipe (F. Molénat, J. Roy, R.M. Toubin, R. Kojayan, C. Tutunovic, D. Lassus).

► Le développement et ses troubles sont abordés au travers des Journées Montpelliéraines et des formations spécifiques sur tel ou tel aspect. L'approche sensori-motrice développée par A. Bullinger fait l'objet de formations coordonnées et animées par M. F. Livoir-Petersen, en collaboration avec A. Bullinger et R. Vasseur, formations pour lesquelles l'intérêt s'élargie d'année en année.

► Les troubles du développement, et tout particulièrement les troubles sévères, sont également traités sous de multiples aspects, incluant les techniques diversifiées de bilans et de prise en charge, sous la responsabilité du Pr A. Baghdadli et de B. Sunyer, en

collaboration avec psychologues et rééducateurs expérimentés, et l'appuie scientifique du Centre de Ressources Autismes (CRA).

► Les Journées montpelliéraines de psychiatrie de l'enfant et des professions associées, coordonnées actuellement par le Pr M. Maury, rassemblent au Corum les équipes des deux services, et les multiples acteurs de l'enfance concernés à toutes les étapes du développement. Leur thème est défini d'une année sur l'autre.

De nombreuses formations sont extériorisées à la demande d'équipes de terrain.

Le Journal de l'Afrée scande chaque année l'évolution clinique et pédagogique. Le site animé par Moustafa Ateya facilite la diffusion et informe sur la diversité des actions dans chaque domaine (recherche, formation, actions innovantes et publications) ainsi que sur la participation de l'Afrée à des programmes d'enseignement et à des ouvrages collectifs. L'interactivité forte avec les professionnels entretient la vitalité de l'Association.

La juxtaposition de programmes renvoyant à des courants de pensées très diverses reflète le souhait d'approfondir la réflexion, et non d'alimenter les polémiques.

La disponibilité de Cathy Pohl, secrétaire actuelle de l'Afrée, est le ciment d'une activité multiforme qui se veut ajustée à la réalité vivante du travail autour de l'enfant, des parents, des professionnels qui les entourent. Pour les formations se renseigner sur le site ou auprès d'elle qui vous orientera vers les responsables des formations si nécessaire.

Annexe V : RAVIHTOX

Qu'est-ce que le RAVIHTOX ?

RAVIHTOX est le réseau Audois Ville-Hôpital, fonctionnant selon le mode associatif loi 1901, subventionné par la DDASS de l'Aude, regroupant les professionnels de santé et d'une façon plus large les personnes ayant des compétences dans les domaines du VIH et de la Toxicomanie.

Cette association a pour objets de :

- Coordonner la prise en charge globale de tous les patients séropositifs et/ou sidéens et/ou toxicomanes et/ou autres pathologies associées.
- D'optimiser les relations entre les équipes hospitalières et les équipes de ville.
- D'améliorer l'accès aux soins et les conditions de prise en charge des malades.
- De former les différents partenaires professionnels (médicaux, paramédicaux, hospitaliers, libéraux, sociaux et associatifs) dans le cadre des situations rencontrées par chacun de ces acteurs (RAVIHFORMATION).
- De développer des actions de préventions de l'infection à VIH et/ou de la toxicomanie et pathologies associées.

Le réseau RAVIHTOX, c'est aussi :

- Assurer la continuité des soins des patients et le suivi de leur(s) accompagnement(s) tout au long de leurs parcours
- Veiller à la régularité des suivis
- Renforcer l'accompagnement social
- Mettre en œuvre toutes les actions favorisant la prise en charge médicale et sociale et l'amélioration de l'état de santé des patients
- Favoriser le contact et le traitement
- Améliorer les conditions de vie des patients
- Mieux prendre en charge les femmes enceintes toxicomanes
- Aider les professionnels face à la complexité des problématiques de la toxicomanie et/ou du VIH, des pathologies associées (hépatites et problématiques liées aux troubles d'ordre psychologique et psychiatrique)
- Créer un réseau de microstructures médicales
- Développer tous les moyens pour atteindre ces buts

Annexe VI : Recueil de données

Mère :

Age

Situation maritale

Contexte familial

Profession Revenu

Logement

Couverture sociale

Père :

Présent Soutenant

Addiction Suivi

Consommation maternelle de toxique en début de grossesse:

Tabac

Alcool

Cannabis

Héroïne

Cocaïne

Médicaments psychotropes

Substitution : produit et suivi

Risques infectieux :

Hbs

Hepatite C

HIV

Antécédents obstétricaux:

Gestité : IVG, FCS, IMG, naissance

Parité

Grossesse actuelle :

1^{ère} Cs : < 15SA >15SA

Cs prénatales : <1/mois >1/mois

RV non honorés : < = 1 plusieurs

PNP

Consultation pédiatre anténatal

Cs psy ou pédopsychiatrique

Présentation du dossier au Staff Médico-psycho-social

Nombre d'entretiens avec la SF coordinatrice à Montpellier

Pathologie grossesse

Hospitalisation complète : durée motif

Hospitalisation de jour

Sortie contre avis médical

Accouchement :

Terme : SA

Modalités : VB Césarienne Instrumentale

Anesthésie: ALG AG Sans Analgésie

Morbidité néonatal

Produits à la naissance

Durée d'hospitalisation en post-natal

Sortie contre avis médical

Nouveau-né :

Sexe : Masculin Féminin

Mensurations : Poids (grammes) Taille (centimètres)

Score d'Apgar : à 1, 5 et 10 minutes de vie

Allaitement

Lieu et durée d'hospitalisation de l'enfant

Syndrome de sevrage et traitement : oui non

Résumé :

La toxicomanie est devenue par son extension un problème majeur de santé publique. La maternité, qui est un évènement bien légitime chez toutes les femmes, est généralement une situation délicate et particulièrement difficile à gérer pour les femmes toxicomanes qui sont physiquement, psychiquement et socialement démunies. Le sevrage par des produits de substitution a modifié les possibilités pour une femme d'envisager une grossesse. Dans ce mémoire, deux prises en charge différentes de la grossesse sous substitutions sont observées, au FEH du CHU de Caen et à la Cellule Parentalité et Usage de Drogues de Montpellier. Les résultats de cette étude montrent une amélioration de la prise en charge de ces femmes depuis 1999, ainsi qu'un bénéfice réel du suivi spécifique et individualisé.

Mots clés :

héroïne, méthadone, Subutex®, opiacés, grossesse, toxicomanie, prise en charge, FEH du CHU de Caen, maternité d'Arnaud de Villeneuve de Montpellier

Titre :

Prise en charge des femmes enceintes sous traitement substitutif. Comparaison entre deux maternités : le FEH du CHU de Caen et la maternité d'Arnaud de Villeneuve de Montpellier.

Auteur : Virot Marion

Diplôme d'état de sage-femme

Ecole de sages-femmes de Caen

Promotion 2008-2012