ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de médecine et des sciences de la santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2013

Présenté et soutenu par :

Pauline DAVY

Née le 7 janvier 1989

Grossesses et naissances sous traitement de substitution aux opiacés :

Étude rétrospective descriptive menée du 01/01/2010 au 31/05/2012 dans les établissements d'un réseau de périnatalité.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....3

Introduction.....4

PARTIE I : CONTEXTE ET SYNTHESE DE LA LITTERATURE

I. L' HEROINE ET LES PRODUITS DE SUBSTITUTION. 6

1. L'héroïne.....6
2. Les traitements de substitution aux opiacés 7

II. Les aspects psychologiques et physiologiques de la femme enceinte toxicomane. 10

1. La psychologie de la femme enceinte toxicomane. 10
2. Les aspects physiologiques. 10

III. Le retentissement de la prise d'héroïne et les bénéfices des traitements de substitution chez les femmes enceintes. 12

1. L'héroïne et grossesse 12
2. Les médicaments de substitution aux opiacés et grossesse.....13

IV. La prise en charge globale de la toxicomanie materno-infantile 13

1. Les bénéfices des TSO pendant la grossesse. 13
2. Le réseau de santé.....14
3. La prise en charge globale. 14

V. La problématique. 19

I. Matériels et méthodes 20

1. Objectifs de recherche et terrain d'étude: 20
2. Type d'étude et population : 20
3. Outils de recherche : 20

II. Présentation des résultats. 21

1. La population. 21
2. Le suivi de la grossesse actuelle. 25
3. L'accouchement. 29

4. Les suites en maternité. 34

I. Les limites et atouts de l'étude. 36

II. Discussion des résultats. 36

1. La population. 37

2. La grossesse. 40

3. L'accouchement. 43

4. Les suites en maternité. 44

5. La synthèse. 46

CONCLUSION… 48

Références 50

Annexes 54

Liste des abréviations

Antigène HBs : antigène de l'hépatite B

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

HAS : Haute autorité de santé.

HRP : Hématome Rétro Placentaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique

LA : Liquide Amniotique

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

MFIU : Mort Fœtale In Utéro

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

MTD : Méthadone

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

SA : Semaines d'Aménorrhée

SNC : Système Nerveux Central

SSN : Syndrome de Sevrage Néonatal

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

Introduction

L'addiction aux drogues est un problème de santé publique majeur touchant aussi bien les hommes que les femmes, les adolescents que les adultes de tous milieux socio-économiques. Ce phénomène est l'une des préoccupations de la mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) qui déclarent que « 2013 sera l'année du nouveau plan triennal de la lutte contre les drogues et les conduites addictives » [1].

Ces dernières années, l'accoutumance féminine tend à évoluer vers une « polytoxicomanie » touchant notamment 5% des femmes enceintes [2]. La consommation d'un toxique illégal, tel que l'héroïne, rend les données épidémiologiques difficiles. Mais on estime que 1/3 de la population d'héroïnomanes sont des femmes et que 500 à 2500 grossesses seraient menées à terme tous les ans [3]. Ces grossesses sont considérées à haut risque du fait des éléments environnementaux, sociaux, médicaux, conditions de vie précaires, marginalisation, exclusion sociale, poly-intoxication, infections fréquentes, faible suivi prénatal, mettant en danger la femme et l'enfant à naitre. En effet le pronostic obstétrical est parfois impacté (HRP, MAP, MFIU) ainsi que le pronostic fœtal et néonatal (RCIU, prématurité, MFIU, syndrome de sevrage).

L'institution d'un traitement de substitution aux opiacés permet aux patientes d'entrer dans une dynamique de soins assurant ainsi un meilleur suivi de leur grossesse et une diminution des risques obstétricaux et néonatals [4] [5] bien que le problème du syndrome de sevrage néonatal persiste [5].

Le travail en réseau semble nécessaire afin de prendre en charge les patientes dans leur intégrité médico-socio-économique. La grossesse est une période clé sur le plan du suivi médical (suivi de substitution, suivi de grossesse) mais également social (femmes souvent isolées, sans ressources financières, conditions de vie précaires) et psychologique (histoire de vie difficile).

Lors de mes stages en tant qu'étudiante sage-femme, je me suis aperçue que les femmes sous traitement de substitution aux opiacés n'étaient pas si rare. Les professionnels de santé, se sentent souvent peu formés à ce traitement et se trouvent en difficulté ne sachant pas toujours vers qui se tourner.

Dans ce contexte, les professionnels ont en effet besoin de connaître la prise en charge adaptée en pré, per et postnatal afin de réduire les risques obstétricaux et néonataux. Ainsi que les différents professionnels concernés pour assurer une prise en charge optimale des patientes.

La première partie de ce travail consiste en une synthèse de la littérature consultée, afin de présenter les produits, les retentissements obstétricaux et fœtaux dus à l'héroïne et aux traitements de substitutions. L'intérêt du travail en réseau pour une prise en charge materno-infantile adaptée sera également abordé.

La seconde partie, consiste en une présentation d'une étude rétrospective descriptive multicentrique incluant les femmes enceintes substituées et leurs nouveau-nés. Cette étude a été menée du 01/01/2010 au 31/05/2012, dans les maternités appartenant à un réseau de périnatalité (annexe 1). La période étudiée s'étend de la déclaration de grossesse à la fin de l'hospitalisation materno-infantile.

En troisième partie, l'étude et ses résultats seront discutés et des pistes d'amélioration seront proposées si cela est pertinent.

PARTIE I : CONTEXTE ET SYNTHESE DE LA LITTERATURE.

Chez les parturientes consommatrices d'héroïne, la grossesse est considérée à haut risque [2] tant sur le plan obstétrical que maternel et fœtal. La mise en place d'un traitement de substitution permet de réduire ces derniers.

L'accompagnement périnatal des patientes toxicomanes substituées, nécessite une compréhension des enjeux de leur suivi. Ceci demande des connaissances en psychologie et en physiologie, mais également une connaissance des produits et les pratiques de suivi et d'accompagnement les plus favorables pour la prise en charge des grossesses et des naissances dans ce contexte. L'objet de cette première partie est d'exposer ces éléments à partir d'une synthèse de la littérature afin d'expliciter la problématique de notre travail.

I. L' HEROINE ET LES PRODUITS DE SUBSTITUTION.

L'héroïne, le subutex® ou buprénorphine haut dosage(BHD), la méthadone (MTD) sont obtenus à partir de la graine de pavot tout comme la morphine, la codéine et le skénan®. L'héroïne ainsi que les produits de substitution (MTD et BHD) sont les opiacés les plus consommés chez la femme enceinte. Ces substances créent une dépendance définie en 1975, par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme : *« un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »* Pour aider les professionnels de santé à apprécier la dépendance aux divers produits, des outils tel que le DSM IV ont été construits (Annexe 2).

1. L'héroïne

L'héroïne est une substance de synthèse[1], ayant un bref délai d'action au sein du système nerveux central. [6] [7].

a. Les modes d'utilisation.

L'héroïne peut être utilisée soit injectée en intraveineux (le *shoot)*, *sniffée* ou les vapeurs peuvent être inhalées (le *chasse-dragon)*.

[1] Morphine estérifiée sur les carbones 3 et 6 (diacétylmorphine) ce qui augmente la solubilité de la molécule dans les liquides.

L'héroïne est souvent consommée par des individus poly-toxicomanes. Elle est fréquemment associée au crack appelée *speed-ball*, aux amphétamines, au tabac, à l'alcool ou aux benzodiazépines [7] [8].

b. La pharmacologie.

Les opiacés agissent principalement au niveau du système nerveux central, où se trouvent des récepteurs aux substances opioïdes naturelles endogènes (les endorphines). Les opiacés inhibent la libération de neurotransmetteurs stimulants (la noradrénaline) et bloquent la sensation douloureuse. Lorsque l'intoxication devient chronique, les neurones tarissent leur production d'endorphine. Ce phénomène s'appelle la *down-regulation.* Un relargage massif de noradrénaline est alors responsable des douleurs généralisées pénibles [6] [7]. A partir de ce moment, la prise exogène d'opiacés devient nécessaire et de plus en plus importante afin d'éviter l'état de manque chez l'individu. C'est la dépendance physique aux opiacés.

c. La pharmacocinétique.

Administrée en intraveineux, l'héroïne agit rapidement et pendant deux à trois heures, sa demie vie ne dépassant guère les 3 à 10 minutes. Ses transformations métaboliques s'effectuent principalement dans le foie dans des proportions variables suivant les individus. Elle passe facilement la barrière hémato-encéphalique et arrive donc au niveau du système nerveux central (SNC) où elle agit sur les récepteurs opioïdes [6]. Son élimination est essentiellement urinaire et s'effectue en moins de vingt-quatre heures [8]. Suite à l'injection, l'héroïnomane passe par trois phases différentes [8] (annexe 3).

d. L'effet du produit sur le corps de l'individu dépendant.

L'héroïne a un effet analgésique d'installation plus précoce mais de durée d'action moindre que celui de la morphine [7] [9]. Elle a un effet euphorisant et dépresseur respiratoire (risque d'arrêt respiratoire : overdose). Elle a un impact sur les fonctions digestives et musculaires (constipation, rétention d'urine), les fonctions endocriniennes (diminution du désir et des capacités sexuelles, aménorrhée) et les fonctions cardiaques (hypotension et réduction du rythme cardiaque).

Le syndrome de manque se manifeste premièrement par des signes subjectifs : douleurs musculaires, frissons puis par des signes objectifs : rhinorrhée, larmoiement, bâillement [7] [8] (Annexe 5). Le syndrome de sevrage aux opiacés n'est pas mortel.

2. Les traitements de substitution aux opiacés

Dans la littérature, on peut voir deux sigles différents TSO (traitement de substitution aux opiacés) et MSO (médicaments de substitution aux opiacés). Les TSO ont une dimension sociale,

médicale et psychique. En effet il s'agit pour le professionnel de santé de soutenir le patient dans sa démarche en répondant dans un premier temps à sa souffrance physique et morale. Les MSO sont pour cela l'un des moyens. Puis dans un second temps en le soutenant vers un sevrage de prise de MSO [10].

Pour traiter la dépendance aux opiacés, trois médicaments sont disponibles sur le marché : la méthadone (MTD), la buprénorphine haut dosage (subutex®) et le suboxone disponible depuis 2011, c'est un mélange de BHD et de narcan®, ce dernier médicament pouvant prévenir des mésusages, peut être utilisé chez la femme enceinte.

Tableau 1 : caractéristiques typiques des deux principaux MSO [11] [12] [13] [14] [15]

	Méthadone (MTD)	**Buprénorphine haut dosage (BHD) (Subutex®)**
Mode d'action	Agoniste	Agoniste/antagoniste
Pharmacocinétique	Variations interindividuelles importantes	Peu de variation d'un individu à l'autre
Forme galénique	Sirop épais ou gélules	Comprimés sublinguaux
Prescription initiale	CSAPA, établissement de santé	Tous les médecins
Dosages	1/5/10/20/40/60 mg	0,4/1/2/4/6/8 mg
Durée de prescription	14 jours	28 jours
Ordonnance (écrite en toutes lettres) et délivrance	Sécurisée : 1 à 7 jours (14 jours sur dérogations)	Sécurisée : 7 jours (28 jours sur dérogation)
Renouvellement	Interdit	Interdit
AMM	Depuis 1994	Depuis 1996
Liste	Stupéfiant	Liste I (mais règle de prescription et de délivrance des stupéfiants)
Durée d'action	Environ 24 heures	Supérieur 24 heures
Demi-vie	12 à 18 heures	3 heures
Remboursement	65 %	65%

a. Le choix entre Méthadone et Subutex®

Ces deux traitements sont prescrits lors d'une « pharmacodépendance majeure aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique» [14]. L'étude GEGA réalisée par le Docteur Lejeune, montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux médicaments en terme de conséquences périnatales [5]. Le choix entre méthadone (MTD) et subutex®(BHD) devra

tenir compte du profil de la personne, des autres toxicomanies associées et d'un mésusage éventuel. Le lieu de la primo-prescription est également déterminant.

La BHD est le médicament le plus facile en ambulatoire et est devenu le MSO à la française, en effet en 2007 elle comptait 80% de bénéficiaires contre 20% pour la MTD [10] [16].

b. La buprénorphine haut dosage (Subutex®)

Depuis 2006, des génériques ont fait leur apparition. La dose initiale est de 4 à 8 mg par jour, elle est instaurée idéalement au-delà d'un délai de 6 heures après la dernière prise d'opiacé ou à l'apparition des premiers signes de manque. Le palier d'augmentation est de 1 à 2 mg par palier de 1 à 3 jours, jusqu'au dosage optimal qui est entre 8 et 16 mg (cette dernière valeur étant la dose maximale selon l'AMM. [12]. Le fractionnement des prises dans la journée le rend moins efficace. La prise d'un comprimé le matin ou le midi sont les meilleurs moments pour éviter le manque dans la journée. Le Subutex® bien que plus pratique dans la vie quotidienne, du fait de sa forme galénique, est plus enclin aux mésusages : il peut être écrasé puis injecté ou sniffé.

Il existe également des contre-indications à la prescription de Subutex® qui sont une hypersensibilité à la buprénorphine ou à un autre constituant du produit, un âge inférieur à 15 ans, une insuffisance respiratoire sévère, une insuffisance hépatique sévère, une intoxication alcoolique aigue ou un delirium tremens [14].

c. La méthadone

La MTD est un opiacé de synthèse créé initialement en Allemagne lors de la seconde guerre mondiale, remplaçant la morphine en rupture de stock. Elle est si puissante qu'une prise quotidienne suffit [10]. La dose mortelle chez un individu non dépendant est de 0,8 à 1,5 mg/kg de poids corporel, soit 60 mg chez un adulte en moyenne et 10 mg chez un enfant [17]. Mais il existe une variété interindividuelle plus ou moins importante, d'où les conditions de la prescription initiale qui est contraignante.

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la MTD stipule l'obligation de réaliser des examens urinaires lors de la primo-prescription. Ceci permet d'une part de vérifier la dépendance aux opiacés et d'autre part d'évaluer la posologie du traitement [18].

La dose initiale est de 20 à 40 mg puis l'augmentation des doses se fait par paliers de 5 à 10 mg maximum de 1 à 3 jours compte tenu du long temps d'élimination et en fonction de la clinique jusqu'à la dose optimale. L'effet maximal de la MTD est obtenu en une à deux heure après la prise orale. A l'induction du traitement, sous forme de sirop, l'individu doit se rendre au Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), puis une fois le dosage de

stabilisation trouvé, généralement entre 60 et 100 mg [12], les rendez-vous ne se font plus qu'une fois par semaine pour la délivrance. Lorsque l'observance est satisfaisante, c'est-à-dire un bon suivi au centre et sans mésusage, après autorisation obtenue auprès de la sécurité sociale, la personne peut passer du sirop aux gélules. La méthadone peut être délivrée en relais par le médecin généraliste de la patiente suite à un accord donné par le CSAPA.

Il faut faire attention aux interactions médicamenteuses, des contre-indications existent : notamment son association avec un agoniste-antagoniste de la morphine (buprénorphine, nalbuphine®) qui diminuerait son action par blocage compétitif des récepteurs, un âge inférieur à 15 ans, une insuffisance respiratoire sévère, une insuffisance hépatique sévère [14].

II. Les aspects psychologiques et physiologiques de la femme enceinte toxicomane.

Chez la femme dépendante à l'héroïne la grossesse est souvent diagnostiquée tardivement (aménorrhée fréquente et femmes se pensant souvent stériles) [7].

1. La psychologie de la femme enceinte toxicomane. [3], [19], [20]

La grossesse est une période de vulnérabilité chez toutes les femmes, mais cette fragilité est encore plus marquée chez les patientes toxicomanes qui ont un parcours de vie souvent difficile (violences physiques, verbales ou sexuelles, ruptures familiales, placement en foyer…). Comme pour toutes les femmes, durant la grossesse l'enfant est idéalisé, rêvé comme un être réconfortant, protecteur, marquant une nouvelle vie qui commence, renvoyant à la femme une image de mère « suffisamment bonne » définie par Winnicott. Mais l'accouchement réactive l'angoisse d'abandon. Le nouveau-né fait comprendre par ses cris et ses pleurs qu'il est dépendant de l'autre. En outre il est parfois difficile pour elles de faire face à leur enfant souffrant d'un syndrome de sevrage car cela lui rappelle son état de manque ou son propre syndrome de sevrage, ce qui génère chez elle un sentiment de culpabilité, de honte, de colère, pouvant aller jusqu'au mépris. Elle peut alors être en grande difficulté pendant la période de post-partum, pour établir un lien avec son enfant d'autant plus si elle n'est pas préparée et que la crainte du jugement et du retrait de son enfant sont présents.

2. Les aspects physiologiques.

a. La physiologie du placenta.

Le placenta a un rôle fondamental en ce qui concerne les fonctions nutritionnelles, endocriniennes et d'oxygénation. La buprénorphine et son métabolite actif la nor-buprénorphine passent le placenta, 30 minutes après la prise. Les concentrations néonatales peuvent représenter

jusqu'à 50 voire 65% des taux plasmatiques maternels. En ce qui concerne la méthadone les concentrations fœtales représentent environ 20% des taux sanguins maternels [6] [21].

b. La physiologie de la lactation.

Une barrière filtrante entre la circulation sanguine et la circulation glandulaire mammaire existe. On considère que seulement 1% de la BHD versus moins de 3% de la MTD passe via le lait ; aucun élément particulier n'est à signaler à ce jour chez les enfants allaités [21] [22] [23].

L'allaitement maternel n'est donc pas contre-indiqué chez les femmes sous MSO (il est CI si la femme est séropositive au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ou s'il existe une altération de l'état général), il ne permet pas à lui seul de prévenir du syndrome de sevrage.

c. Les actions des opiacés sur le fœtus.

Le fœtus métabolise et excrète les opiacés principalement par voies hépatiques et rénales [6]. Les opiacés se retrouvent alors dans le liquide amniotique (LA) qui est essentiel au développement harmonieux du fœtus. Les périodes de manque induisent une augmentation des mouvements actifs fœtaux (MAF) provoquant ainsi des contractions utérines, pouvant aller jusqu'à la menace d'accouchement prématuré (MAP). Ces dernières produisent une diminution des flux placentaires c'est-à-dire une diminution des échanges nutritionnels et d'oxygène qui sont sources de stress fœtal. A force de répétition ces périodes de manque peuvent conduire à l'hypoxie fœtale s'exprimant par une diminution des MAF, un LA teinté voir méconial menant parfois à la MFIU [6] [7]. Les MSO à longue durée d'action sont donc intéressant car ils préviennent ces phases de manque.

III. Le retentissement de la prise d'héroïne et les bénéfices des traitements de substitution chez les femmes enceintes.

La mise en place d'un traitement de substitution permet de réduire les risques notamment fœtaux, liés à la toxicomanie (MAP, HRP, RCIU, prématurité).

1. L'héroïne et grossesse

a. Les conséquences médicales de la prise d'héroïne.

Les patientes héroïnomanes présentent la plupart du temps des troubles du cycle de type aménorrhée. Ceci s'explique par le fait que les opiacés ont un effet inhibiteur sur la GnRH et un effet stimulant sur la sécrétion de prolactine. Sous opiacés la libido ainsi que les capacités sexuelles diminuent. En réunissant ces deux facteurs, on peut imaginer l'absence d'observance en matière de contraception. La grande majorité des grossesses survient de façon inopinée, ce qui explique la découverte tardive de l'état de grossesse [7] [9] [24].

Un risque infectieux majeur existe dû à l'usage de matériel non stérile (seringues, aiguilles). Ces infections qui peuvent être causées par des germes banaux entraînent des thrombophlébites, endocardites... mais peuvent aussi entrainer des hépatites B, hépatites C, VIH [25]. Il faut donc systématiquement réaliser ces sérologies en début de grossesse pour éventuellement mettre en place un traitement. Néanmoins, depuis la politique de réduction des risques mise en place à partir de 1987 et inscrite dans la loi de santé publique le 9 août 2004, l'incidence des infections a diminué [16].

b. Les conséquences obstétricales de la prise d'héroïne.

Les grossesses sous l'emprise de ce toxique sont souvent peu suivies et il est difficile de distinguer les complications obstétricales liées au mode de vie de celles liées à l'utilisation du produit. L'héroïne n'est pas tératogène chez le fœtus [20]. Les conséquences obstétricales retrouvées plus fréquemment que dans la population générale sont regroupées dans le tableau 2.

Tableau 2 : risques de l'héroïne durant la grossesse : origine et conséquences [3] [7] [13] [24] [25].

	Origine	Conséquences
Risques médicaux	Diagnostic tardif, suivi irrégulier, polyintoxication, infections, malnutrition, anémie, fluctuation du taux sérique d'héroïne	- ↗ FCS (15 à 30%) - ↗ accouchement prématuré (20 à 56%) - ↗ taux de césarienne et d'extraction instrumentale - ↗ RCIU (25 à 46%) - ↗ MAP - ↗ MFIU suite à une anoxie. (4 à 32%) - ↗ HRP
Risques psycho-sociaux	Précarité, conditions de vie défavorables, faible soutien social, notion de maltraitance et d'abus durant l'enfance.	

2. Les médicaments de substitution aux opiacés et grossesse.

La grossesse, période de « transparence psychique » comme le décrit M. Bidlowski, est une période de plasticité cérébrale, propice pour la mise en place d'un suivi de la dépendance quelle qu'elle soit. Apprendre qu'elle est enceinte, est pour la femme, une motivation supplémentaire pour réduire une consommation nocive. Il existe un large consensus en faveur d'une prescription de traitements de substitution aux opiacés au mieux avant une grossesse désirée ou au 1er voire 2e trimestre, au 3e trimestre l'initiation de MSO n'entraîne pas forcément de bénéfice et reste encore discutée [12] [26].

Lorsque la femme déjà sous MSO découvre sa grossesse, pour plusieurs auteurs, il est nécessaire de maintenir une posologie adaptée. Le taux plasmique chez la femme enceinte étant plus bas que chez une femme qui ne l'est pas pour une posologie identique. Il se peut qu'un sous dosage existe. Il est parfois nécessaire d'augmenter la posologie [13] [27].

IV. La prise en charge globale de la toxicomanie materno-infantile

1. Les bénéfices des TSO pendant la grossesse.

Les avantages du traitement de substitution aux opiacés sont nombreux et démontrés par plusieurs études [5] [6] [11] [13] [25] [26].

- Prise en charge individuelle pluridisciplinaire favorisée (obstétricien, sage-femme, pédiatre, addictologue, généraliste, infectiologue, pédiatre, psychologue…).
- Restauration de la confiance des femmes toxicomanes vis-à-vis des soignants et de l'institution hospitalière.

- Réduction voir arrêt de la consommation d'héroïne, diminuant ainsi le risque de transmission verticale de VIH et d'hépatites et celui d'infections sexuellement transmissibles (IST).
- Stabilisation de la dose de MSO afin de protéger le fœtus des variations de concentrations plasmique et d'éviter une rechute dans la consommation d'héroïne pour la femme.
- Soutien psycho-social fournissant un meilleur investissement de l'enfant à naitre, ouverture de droits sociaux, etc.

Si la substitution entraîne une diminution des complications obstétricales sans les supprimer, le syndrome de sevrage néonatal est quant à lui toujours présent.

2. Le réseau de santé.

Les recommandations professionnelles de la haute autorité de santé (HAS) [30] sur les « grossesses à risques » et« l'orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement » stipulent que « les femmes enceintes ayant des conduites addictives doivent relever d'une prise en charge multidisciplinaire dans un réseau organisé. Ce réseau organisé implique les différents intervenants (médecin généraliste, psychiatre, addictologue, tabacologue, CSAPA, obstétricien, pédiatre, sage-femme) ». Le but du réseau est de se centrer sur les besoins de chaque femme et non sur les risques afin d'organiser un suivi de grossesse régulier, adapté et personnalisé. L'orientation vers d'autres professionnels de santé n'est pas systématique, mais lorsqu'elle a lieu il est indispensable de travailler préalablement avec le couple, au sujet des informations qui vont être ou non échangées, leur consentement est indispensable, le but étant d'assurer la meilleure prise en charge possible pour la mère et l'enfant à naître. [2][17][27] [28] [29].

3. La prise en charge globale.

La grossesse des femmes consommatrices d'opiacés est une grossesse à risque qui nécessite une prise en charge spécialisée en lien avec différents professionnels de santé. Un groupe de travail pluridisciplinaire du Languedoc Roussillon a réfléchi sur la question de la périnatalité et des addictions et a élaboré une « fiche technique » sur cette prise en charge globale. (Annexe 5).

a. La prise en charge anténatale.

Selon l'HAS [30], « en l'absence de comorbidité maternelle, tout type de maternité doit être capable de prendre en charge les femmes enceintes ayant une addiction ».

La prise en charge anténatale est primordiale : elle consiste en une prévention des risques obstétricaux et néonataux, du vécu de la grossesse, de la mise en place du réseau de proximité et des aides potentielles. Une relation de confiance doit être établie avec le professionnel référent (sage-femme, gynécologue-obstétricien ou médecin généraliste), qui effectue le « suivi du suivi » [17] [28].

Il peut faire appel à un professionnel compétent dans le champ d'action lui posant des difficultés. Le nombre d'intervenants doit tout de même être réduit au minimum [30].

Le « suivi du suivi » consiste premièrement à vérifier que la patiente a bien eu tous ses rendez-vous et qu'elle a pu s'y rendre. Deuxièmement à moduler la fréquence des consultations en fonction des besoins de chacune : (pouvant aller) jusqu'à vingt ou trente rendez-vous et/ou appels téléphoniques. Enfin troisièmement, il convient de retravailler les difficultés émotionnelles du couple. Tout ceci impose une grande disponibilité de la part de la personne ressource [17] [28] [29] [31].

Voici les différents professionnels de santé pouvant travailler ensemble autour des femmes [17] [28] [31] [32] :

- **« La sage-femme » :** Suite à l'établissement d'une relation de confiance, elle a un rôle pivot dans la coordination du travail en réseau.
- **« Le médecin généraliste » :** il occupe une place essentielle car il connait la femme, ses conditions familiales et socio-professionnelles. Il est au centre des réseaux « ville-hôpital ». Il a un rôle fondamental car les premiers mois de vie de l'enfant il peut être assez régulièrement sollicité. Il peut également gérer le traitement de substitution, la surveillance de la grossesse. Il est donc en première ligne.
- **« L'addictologue » :** Par une évaluation globale, il accompagne la femme dans la résolution de sa dépendance grâce aux MSO sur le plan physique mais il intervient également sur le plan psycho comportementale, ceci aboutissant parfois, à une prise en charge pluridisciplinaire.
- **« Le pédiatre » :** Une rencontre avec lui en anténatal permet de mettre en mot les craintes du couple. Il explique en détail les modalités de prise en charge de l'enfant à la naissance et lors du séjour en maternité ou en néonatalogie. Il les informe de la possibilité d'allaitement, du syndrome de sevrage néonatal (SSN), de ses difficultés, de son inconstance et évoque le traitement qu'il soit ou non médicamenteux.
- **« L'anesthésiste » :** Lors de la consultation prénatale systématique, il prévoit l'analgésie durant le travail et en post-partum, en fonction du MSO.
- **« La sage-femme de PMI (protection maternelle et infantile) »:** Elle prend en charge les femmes dans leurs globalités socio-économiques en faisant intervenir si nécessaire les travailleurs sociaux. Elle facilite également le lien avec le réseau de proximité (puéricultrice et médecin de PMI, assistante sociale, éducateur, etc.)

- **« L'assistance sociale » :** Elle intervient selon les situations socio-économiques du couple. Elle a un rôle important car elle peut obtenir des aides, notamment financières, indispensables à l'amélioration des conditions de vie du couple.
- **« Le psychologue ou le pédopsychiatre » :** Il élabore un travail de soutient pour lutter contre les angoisses du couple et l'espérance que porte l'enfant à naitre. Il accompagne les femmes dans la résolution de ses problèmes psychologiques.
- **« Le pharmacien » :** Il veille à la bonne observance du traitement et travaille en étroite collaboration avec le prescripteur du traitement.

Une coordination entre les différents professionnels est indispensable afin d'harmoniser les discours, de retravailler sur les difficultés etc. Il est recommandé d'orienter les patientes en fonction des compétences de chacun et de maintenir la continuité du suivi [28] [31].

Il est essentiel d'expliquer l'augmentation du MSO lors du troisième trimestre. En effet à cause du volume circulant et du stockage des graisses plus important, la métabolisation du médicament se fait plus rapidement, la posologie pourra être revue à la hausse, en respectant des paliers, avec une possibilité de bi-prise quotidienne [13] [27] [33]. L'augmentation se fait souvent sur des signes physiques et psychiques du syndrome de sevrage. Mais dans le doute, il ne faut pas hésiter à demander une méthadonémie pour adapter le dosage [27]. Cette méthadonémie résiduelle doit être effectuée 24 heures après la prise de MTD, au moins 5 jours après la dernière adaptation du traitement. L'efficacité thérapeutique est réelle quand les valeurs sont comprises entre 200 et 400 ng/ml ; le dosage est jugé inefficace si la méthadonémie est inférieure à 100 ng/ml et toxique si supérieur à 600ng/ml [34]. Certaines femmes sont tentées de réduire les doses de produits prescrits afin de limiter le SSN, mais cela est fortement déconseillé. En effet, cela expose la mère et le fœtus au manque qui pourra fragiliser les femmes au moment de l'accouchement et des premiers jours suivant la naissance pouvant les replonger dans une prise de produits illégaux.

Les cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité sont importants pour ces femmes. En effet, ils sont un lieu d'échange et d'information où l'on amène les femmes à percevoir leur corps différemment afin d'entrer en relation avec leur enfant. Une visite des salles de naissance et du service de néonatalogie est également conseillée [17] [28] [31].

b. La prise en charge à l'accouchement.

L'accouchement nécessite une surveillance classique tout en évitant les situations stressantes [17] [28]. Il faut connaître l'heure de la dernière prise de MSO pour analyser le rythme cardiaque fœtal. En effet un tracé d'un fœtus de mère sous MSO est moins réactif et moins oscillant, cela d'autant plus que la prise de médicaments est proche [17].

La prise de MSO doit être faite aux heures habituelles, également en salle de naissance [2]. La patiente prend ses comprimés, exception faite au jeun habituellement de règle. L'administration de nalbuphine (Nubain®) en cas de dystocie de démarrage est à proscrire si la femme est sous MTD, en effet la nalbuphine diminue l'efficacité de la MTD par blocage compétitif des récepteurs aux opiacés [14]. La péridurale est encouragée chez ces patientes, si une anesthésie générale est envisagée, il faut une dose plus forte d'hypnotique en raison d'une élimination plus rapide du corps pour ce produit.

« Pour l'accouchement, en l'absence de comorbidités maternelles, il est recommandé que l'organisation (exigence technique et de compétences) de la maternité soit en mesure d'assurer la détection et la prise en charge d'un éventuel syndrome de sevrage chez la mère ou le nouveau-né. »[30].

La présence du pédiatre n'est pas obligatoire en salle de naissance. Lorsque la naissance se déroule bien et si l'examen pédiatrique affirme la normalité de l'enfant, ce dernier est laissé en peau-à-peau avec sa mère durant les 2 heures du post-partum immédiat. La surveillance est classique, c'est-à-dire que lorsque la sage-femme vérifie les saignements de la mère tous les quart d'heure, elle regarde également l'enfant (coloration, tonus, respiration, cris). Si la mère et l'enfant vont bien, ils vont tous deux dans le service de maternité [17] [28] [29].

c. La prise en charge en post-partum.

a) La prise en charge néonatale.

Les opiacés sont des molécules qui passent facilement la barrière placentaire et hémato-encéphalique, s'accumulant ainsi chez le fœtus dont les capacités de métabolisation et d'excrétion rénale et hépatiques sont limitées [32]. La naissance provoque une rupture brutale de ce passage entrainant des symptômes de manque chez le nouveau-né, appelé syndrome de sevrage néonatal (SSN) dans 60 à 90% des cas dans la littérature. Il semble qu'une variabilité interpersonnelle existe. Selon certains auteurs, le SSN semblerait plus tardif sous MTD 48 à 72 heures pouvant aller jusqu'au dixième jour [26] que sous héroïne (1 à 4 jours) [35]. Le SSN est moins bien documenté sous BHD mais il semblerait tout de même qu'il soit moins long comparativement à la MTD.

Ceci pourrait s'expliquer par la demi-vie des molécules [33] :

- 2 heures pour l'héroïne
- 24 à 36 heures pour la MTD, notons qu'elle se lie de façon importante à l'albumine et aux diverses protéines plasmiques et tissulaires (l'enfant ayant un taux d'albumine élevé par rapport à l'adulte).

- 2 à 5 heures pour la BHD mais son élimination se fait sur 20 à 25 heures. Cette durée intermédiaire entre l'héroïne et la MTD expliquerait une durée de sevrage également intermédiaire.

Le SSN se manifeste par des signes présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : signe de syndrome de sevrage néonatal [3] [5] [6] [13] [18] [24] [26] [35].

SYSTEMES CONCERNES	**SIGNES ASSOCIES**
Système nerveux central	Trémulations (90%), troubles du sommeil (85%), hyperactivité, hyperexcitabilité, hypertonie, convulsions (rare)
Système respiratoire	Polypnée, hyperpnée (respiration d'amplitude exagérée) encombrement nasal, cyanose, tirage
Système nerveux autonome	Bâillements, éternuements, sudation excessive, température instable, rougeur cutanée, larmoiement.
Système digestif	Succion excessive et mal coordonnée, difficulté d'alimentation, régurgitations, vomissements, diarrhées, hyper péristaltisme intestinal, douleurs abdominales,

Les scores, (scores d'Ostrea, Lipsitz (Annexe 6) et Finnegan (Annexe 7) qui sont en fait des systèmes de codifications, ont été créés pour objectiver l'apparition, la progression et la diminution du syndrome de sevrage ainsi que leur sévérité ; le score de Finnegan étant le plus utilisé en France.

La cotation des signes de sevrage permet d'adapter la thérapie à utiliser pour le nouveau-né. Par exemple, le score de Finnegan est réévalué toutes les 4 à 8 heures avec les parents. Pour la plupart des auteurs un traitement médicamenteux est débuté lorsque le score de Finnegan est ≥ 8 à deux reprises ou si l'homéostasie de l'enfant est perturbée (diarrhées, vomissements, convulsions, perte de poids excessive…).

Tableau 5 : Types de prise en charge du SSN [6] [9] [26] [35] (Annexe 8).

Prise en charge non médicamenteuse	-Soins de nursing (cocooning) -Peau-à-peau, diminution des stimuli visuels et sonores, berçage, enveloppement.
Prise en charge médicamenteuse	Actuellement, il n'existe pas de consensus. Mais on peut noter que la morphine semble préconisée dans les données littéraires.

b) La prise en charge maternelle.

Le séjour à la maternité doit être préparé en anténatal, différents points sont à connaître et à noter dans le dossier par l'équipe médicale afin d'assurer une meilleure prise en charge :

- Savoir si la famille est au courant de la situation et s'entendre sur ce qu'il faut lui dire.
- Reprendre le vécu de la grossesse, de l'accouchement avec le couple.
- Soutenir le lien mère/père/enfant.
- Proposer un soutien psychologique si l'angoisse est forte.
- Connaitre les conditions de retour à domicile
- Connaitre le suivi post-natal par les différents professionnels et leur articulation :
    - Service de proximité : puéricultrice de PMI, médecin de PMI, services sociaux.
    - Médecin généraliste.
    - Sage-femme libérale.
    - Pédiatre.

V. La problématique.

La population de toxicomanes est difficile à identifier du fait de l'illégalité de la substance. Hors les grossesses des femmes dépendantes aux opiacés sont identifiées comme à haut risque, une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire est donc nécessaire.

La deuxième partie de l'étude menée, à partir des données recueillies rétrospectivement dans les dossiers obstétricaux et pédiatriques des établissements d'un réseau de périnatalité, a pour objectif de décrire la population des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés ainsi que le travail multidisciplinaire mis en œuvre dans ces situations.

PARTIE II : Etude descriptive rétrospective multicentrique

I. Matériels et méthodes

1. Objectifs de recherche et terrain d'étude:

Cette étude a pour but de recenser et de décrire la population des patientes sous traitement de substitution aux opiacés et de leurs nouveau-nés des maternités d'un réseau de périnatalité correspondant aux maternités du département.

Le but est d'identifier les modalités du suivi de leur grossesse, les complications obstétricales et néonatales et de mettre en évidence le travail pluridisciplinaire mis en œuvre dans ces grossesses à haut risque.

2. Type d'étude et population :

Critères d'inclusion :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective multicentrique sur la période du 01/01/2010 au 31/05/2012, dans les maternités d'un réseau de périnatalité. La population inclut les femmes enceintes traitées par méthadone ou Subutex® ainsi que leurs nouveau-nés.

Critères d'exclusion :

Les morts fœtales in-utéro ainsi que les interruptions médicales ou volontaires de grossesse n'entrent pas dans le codage PMSI utilisé et sont donc exclus de l'étude.

3. Outils de recherche :

Le recueil des données a été réalisé du 15/08/2012 au 25/10/2012 sur les dossiers obstétricaux et néonataux ainsi que sur l'outil informatique « médis » grâce à une grille de recueil (Annexe 9). Les dossiers ont été sélectionnés après accord du DIM et/ou du chef de pôle et de la cadre du service, de la manière suivante :

Dans un premier temps, la recherche de dossier s'est effectuée avec des codages PMSI correspondant à la dépendance de la mère (F1122, F1123, F1112, F1124, F1125) mais le nombre de dossiers cotés était très faible. Il a donc été judicieux de croiser cette requête avec celle des dossiers pédiatriques.

La recherche s'est donc poursuivie à partir des codes PMSI correspondant aux « symptômes néonatals de privation dus à la toxicomanie de la mère » (p961), « symptôme de privation d'une utilisation thérapeutique de médicament chez le nouveau-né » (p962), « fœtus et nouveau-né affectés par la toxicomanie de la mère »(P044) et « fœtus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère »(P041). Lors de cette deuxième requête, nous avons retrouvé tous les dossiers du premier sondage, plus des nouveaux.

Sur 72 dossiers obstétricaux et néonataux consultés, 27 femmes étaient concernées ainsi que leurs 30 nouveau-nés (une patiente ayant eu une grossesse gémellaire, deux autres ayant eu deux enfants durant la période étudiée), soit 29 accouchements. Les 45 autres dossiers correspondent à d'autres substances ou médicaments absorbés durant la grossesse tels que : cannabis, psychotropes, traitement de la lèpre, traitement maternel par anticoagulant….

Cela représente 0,21% des naissances, soit 30 sur les 14201, qu'il y a eu durant cette période dans les maternités.

II. Présentation des résultats.

1. La population.

a. L'âge.

c) L'âge de la première grossesse menée à terme.

L'âge moyen (n=27 femmes) de la première grossesse menée à terme est de 26 ans (écart-type 4,9) et la médiane étant de 25 ans.

d) L'âge lors de cette grossesse.

L'âge moyen pour cette grossesse (n=29 grossesses) est de 28,7 ans, la médiane de 27,5 ans, avec un âge minimum de 18 ans et maximum de 41 ans. Concernant leur conjoint l'âge moyen est de 33,2 ans (l'âge du conjoint n'étant pas renseigné dans 16/29 dossiers, soit 55,2% de non renseignés).

b. Les caractéristiques sociodémographiques.

25/27 patientes sont en couple. Pour une d'entre elles, il est mentionné que la famille est au courant de la substitution, pour le reste des patientes, aucune information concernant la famille n'est écrite dans le dossier. Une d'entre elle vivant en foyer, est en situation de rupture familiale, son conjoint est demandeur d'asile et enfin une a été victime d'incendie en début de grossesse, les autres ont un logement.

1 femme est porteuse d'un bracelet électronique.

Selon la classification des groupes socioprofessionnels établie par INSEE, 18 femmes ont une activité professionnelle (13 employées, 2 ouvrières, 2 au chômage et 1 mère au foyer), 6 sont sans profession et 3 dont la profession n'est pas renseignée (figure 1). Toutes ces femmes ont un niveau d'étude allant du CAP-BEP au bac +3.

Quant à leur conjoint (n=25) 18 ont une activité professionnelle (8 employés, 6 ouvriers et 3 artisans et 1 au chômage), pour 5 d'entre eux la profession n'est pas renseignée et 2 n'ont pas d'activité professionnelle (figure 1).

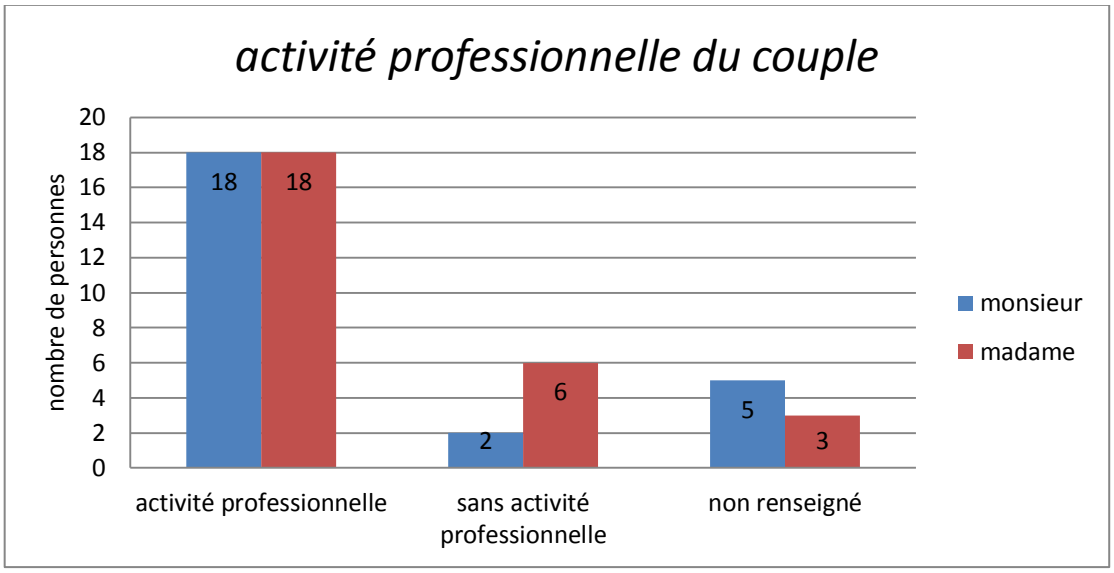


Figure 1 : activité professionnelle du couple.

c. Les antécédents médicaux.

1 patiente a une sérologie à l'hépatite C positive, elle possède une virémie négative, le suivi de l'hépatite et les circonstances de découverte ne sont pas mentionnées dans le dossier. Aucune autre pathologie chronique n'est évoqué chez les autres femmes.

1 femme a déclaré avoir été victime d'agression sexuelle durant son enfance.

d. La consommation de toxiques durant la grossesse.

a) Les consommations de substances psychoactives.

Une consommation de tabac est associée chez 23/27 femmes soit dans 85,2% des cas. 16/27 fument moins de 10 cigarettes par jour, 7/27 d'entre elles fument plus de 10 par jour et 4/27 femmes ne fument pas. On note une légère diminution au cours de la grossesse.

7 femmes ont consommé des substances psychoactives durant leur grossesse. 3 d'entre elles ont arrêté après avoir appris qu'elles étaient enceintes (1 consommait de la cocaïne et de l'héroïne, 1 de l'alcool et la dernière du Tercian® (1 goutte par jour) et un verre d'alcool tous les soirs). 4 autres patientes ont continué leur consommation malgré l'annonce de la grossesse (1 consomme de l'héroïne, 1 de la cocaïne en petite quantité, l'autre du cannabis, de la cocaïne, du LSH et du MDLA et la dernière a été sous Prozac® 2mg par jour durant toute la grossesse).

Concernant leur conjoint, il est mentionné que 3 sont sous traitement de substitution, 1 d'entre eux consomme également du tabac. Parmi les 22 autres conjoints, il est identifié pour 2 d'entre eux une consommation de tabac.

b) Le traitement de substitution et son suivi.

14 patientes ont mené leur grossesse sous méthadone (MTD) et 13 sous Subutex® (BHD).

Pour 4/27 de ces patientes le temps d'exposition à l'héroïne est mentionné en année avant la mise sous traitement de substitution, avec une moyenne de 9 ans (écart-type de 8,75 ans) et une médiane à 6,5 ans. La durée minimale d'intoxication est de 2 ans et la maximale mentionnée est de 21 ans pour ces 4 patientes. L'âge moyen du début de la consommation est de 22,75 ans, avec pour âge minimal renseigné 21 ans et maximal 28 ans pour ces 4 femmes.

La durée de traitement de substitution (n=27) n'est pas mentionnée dans 7 dossiers. Dans les autres dossiers, elle est datée en année. Concernant le Subutex la moyenne est de 2,8 ans (écart-type 1,6 ans), la médiane est de 2 ans, alors que pour la MTD la moyenne est de 2,3 ans (écart-type 1,7 ans) et la médiane est de 2,25 ans.

Concernant le suivi (n=27), les données sont manquantes pour 19 patientes (soit 70,4%) dont 8 sont sous MTD et 11 sous BHD. Concernant le suivi des autres patientes (figure 2) :

- les femmes sous MTD : 5 sont suivies par un addictologue et 1 par un médecin généraliste. 2 des patientes dont le suivi n'est pas mentionné sous MTD ont été vue par un addictologue, lors de leur hospitalisation pour augmenter le dosage et le dossier de 2 autres femmes a été discuté avec un addictologue dû à un manque de suivi quant à leur prise en charge obstétricale et addictologique.
- En ce qui concerne la BHD : 2 femmes sont suivies par un addictologue et aucune par son médecin généraliste. 1 d'entre elles dont le suivi n'est pas renseigné était vue par un addictologue lors de son hospitalisation pour réévaluer le dosage.

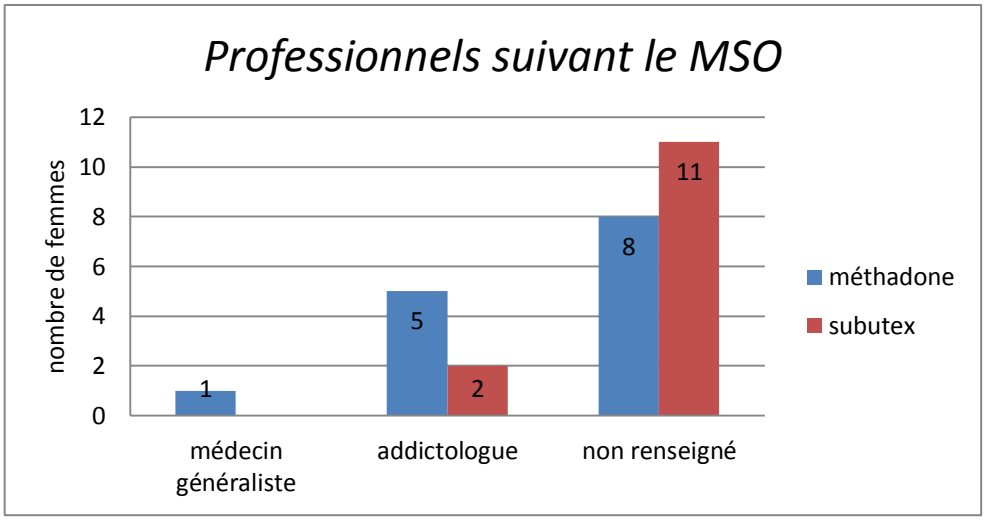


Figure 2 : Représentation des professionnels de santé suivant le médicament de substitution.

Le nom du médecin traitant est inscrit dans 18/27 dossiers : 8 dossiers de femmes sous MTD (3 suivies par un addictologue) et 10 de femmes sous BHD (1 suivie par un addictologue).

Concernant les modifications de posologies de traitement durant la grossesse :

15 femmes ont augmenté les doses dont 7 sont sous BHD et 8 sous MTD, 11 ont conservé les mêmes posologies tout au long de la grossesse dont 5 sous BHD et 6 sous MTD. 1 seule patiente dont le suivi n'est pas renseigné a arrêté son traitement 9 jours avant la naissance de son enfant.

e. Les antécédents gynécologiques et obstétricaux.

a) Les infections sexuellement transmissibles (IST).

5 d'entre elles ont un antécédent d'IST : 1 d'herpès génital et de chlamydiae, 1 de salpingite, 2 sont porteuses de condylomes et la dernière a eu une conisation du col dut à l'HPV.

b) La gestité

C'est la première grossesse pour 9 femmes (n=27), la deuxième grossesse pour 6, la troisième pour 4 et la quatrième grossesse et plus pour 8 d'entre elles (figure 3).

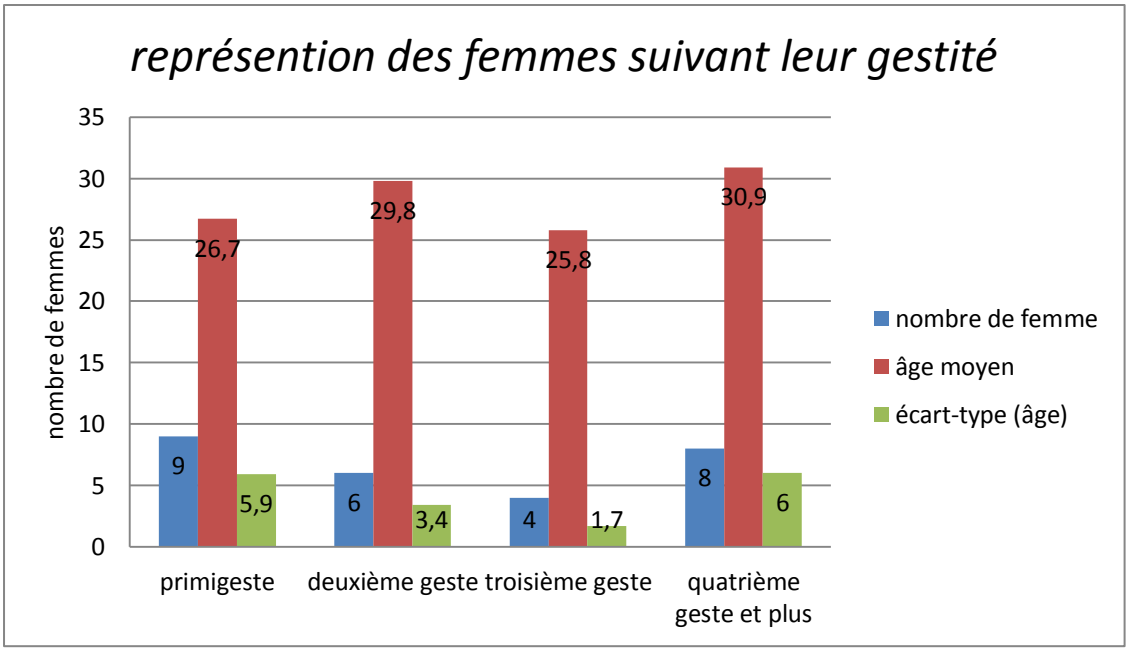


Figure 3 : représentation des femmes selon leur gestité.

Pour les multigestes :

- 13 femmes ont déjà accouché (correspondant à 20 naissances).
- 7 femmes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) (10 IVG au total soit une moyenne de 1,4 par femme).
- 6 femmes ont fait une fausse couche (12 fausses couches au total soit une moyenne de 2 par femme).

2. Le suivi de la grossesse actuelle.

a. Le désir de grossesse et terme de déclaration.

La déclaration a été faite tardivement pour 3/29 grossesses (16 SA, 21 SA et 31SA). Les 26 autres ont été déclarées avant 15 semaines d'aménorrhée.

La grossesse est inopinée pour 4 patientes (inscrit dans le dossier médical). 3 d'entre elles n'avaient pas de moyen de contraception : 1 grossesse survenant à la suite de la précédente grossesse sans retour de couche, 1 autre femme ayant arrêté son moyen de contraception orale un mois auparavant a fait une demande d'IVG avant la 14 SA et est revenue sur sa décision par la suite. L'une des femmes a un suivi de grossesse remarquable sur plusieurs aspects, nous la nommerons Madame A. Cette dernière a déclaré sa grossesse tardivement et a débuté son sevrage à l'héroïne à 5 mois de grossesse.

b. Le nombre de consultations prénatales.

Le nombre de consultations moyen de la population (n=29) étudiée est de 7,27 (écart-type 3) et la médiane est de 7. Le nombre de visites est compris entre 2 et 17. Les troubles majoritairement retrouvés sont : constipation (3 patientes), anémie (3 patientes), nausées (2 patientes) et anxiété (1 patiente).

Il est également noté le manque de suivi dans le dossier de 2 patientes. L'une est enceinte de son deuxième enfant, elle et son conjoint travaillent, le nom de 2 médecins généralistes et celui d'une sage-femme libérale sont inscrits dans le dossier. Une amniocentèse a été réalisée chez cette femme suite un triple test à la recherche d'anomalie chromosomique à 1/15 (seuil 1/250), le caryotype réalisé n'a pas révélé d'anomalies. Cette patiente n'a, en revanche, pas réalisé les sérologies obligatoires et s'est rendue à 4 consultations prénatales au total.

L'autre, Madame A, attend son premier enfant, connait une « situation socio-économique précaire » (transmissions retranscrites dans le dossier médical). Elle vit dans une partie du département où les centres de soins et les sages-femmes libérales sont rares (sage-femme de PMI sur le secteur). Le nom d'un gynécologue et d'un médecin généraliste sont mentionné dans le dossier ainsi que celui de la sage-femme de PMI du secteur. La patiente déclare également être suivi par un addictologue mais ce dernier ne la connaît pas (information écrite dans le dossier médical). Elle a été hospitalisée pour une MAP à 32SA + 6 jours dans une maternité de niveau I et est sortie contre avis médical 4 jours plus tard. Son dossier a par la suite été transféré dans une maternité de niveau III. Une feuille de liaison a été mise en place entre l'hôpital et la sage-femme de PMI. Une information préoccupante a également été transmise à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes) pour manque de suivi, difficulté de rencontre et de dialogue avec la patiente.

14/29 femmes sont suivies par des professionnels appartenant à la fonction publique hospitalière et 14/29 par des professionnels de secteur privé et 1/29 est suivie à la fois par une sage-femme libérale et une sage-femme hospitalière (figure 4). Concernant le secteur hospitalier: 12 grossesses sont suivies par une sage-femme, dont 1 sage-femme détachée dans un centre de périnatalité, et 2 à la fois par une sage-femme et un obstétricien. Quant au secteur libéral, comprenant également les obstétriciens de clinique: 3 femmes sont suivies par une sage-femme et 9 par un obstétricien, 2 patientes ont été suivies à la fois par un obstétricien et une sage-femme libérale.

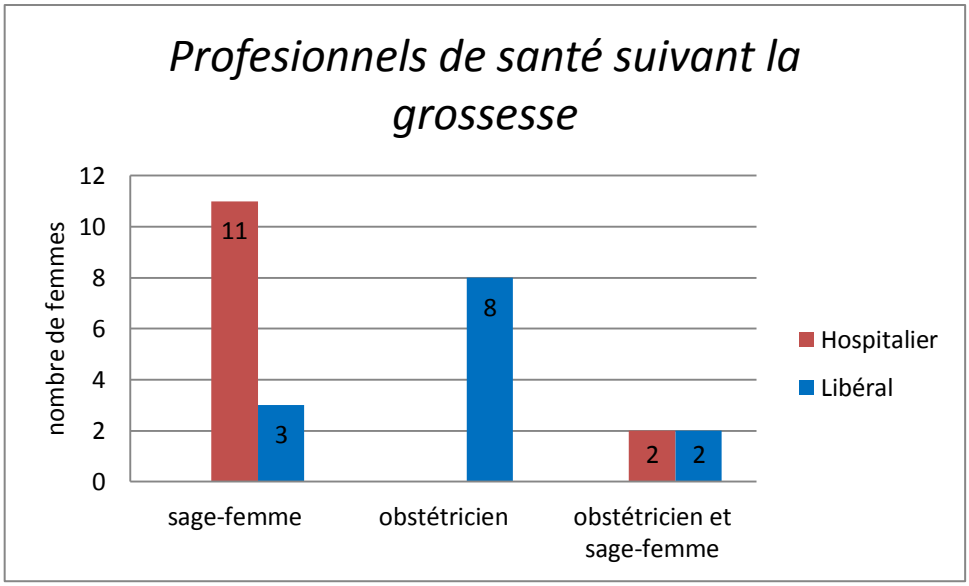


Figure 4 : Professionnels de santé suivant la grossesse.

6 patientes ont bénéficié de rendez-vous en hôpital de jour, pour surveillance d'un RCIU (n=3), RCIU et anomalie de doppler utérin (n=1), grossesse gémellaire avec RCIU sur un jumeau (n=1), surveillance du RCF (RCF plat) (n=1). Le nombre moyen de consultations est de 3. 2 autres patientes ont eu une surveillance particulière une fois par semaine : 1 pour sa tension artérielle à partir de 33 SA et l'autre pour une suspicion de RCIU à partir de 36 SA.

On peut noter que le nombre de consultations en urgence est compris entre 0 et 4 pour toutes les femmes. Les motifs de consultation étaient contractions utérines et suspicion de perte de liquide amniotique, avéré pour 1 patiente (n=3).

c. Le suivi échographique.

26/29 patientes ont effectué une échographie au 1e trimestre. Elles sont 28 au 2e trimestre et 29 au 3e trimestre. Le nombre moyen d'échographie réalisé durant la grossesse est de 4,53 et la médiane est de 4. Le nombre minimum d'échographies est de 3 et le maximum de 7 (découverte de stagnation pondéral et oligamnios).

Lors des échographies, ont été diagnostiqués : 13 fœtus RCIU (entre le 3e et le 10e percentile), 1 fœtus macrosome (90e percentile) et 1 oligamnios.

d. L'entretien individuel prénatal précoce (EIPP) et participation aux cours de préparation à la naissance.

5 femmes ont réalisés leur EIPP avec une sage-femme d'un centre hospitalier, 3 d'entre elles y ont également fait leurs cours de préparation à la naissance. 3 femmes ont fait leur EIPP avec une sage-femme libérale ainsi que leur cours de préparation, de plus 1 patiente a fait un EIPP et 1 autre a

suivi des cours. L'EIPP n'a pas été réalisé pour 18 des femmes et les cours de préparation pour 20. Parmi celles n'ayant pas eu recours à ces 2 modes de préparation, 5 sont des primipares et 6 sont des multipares.

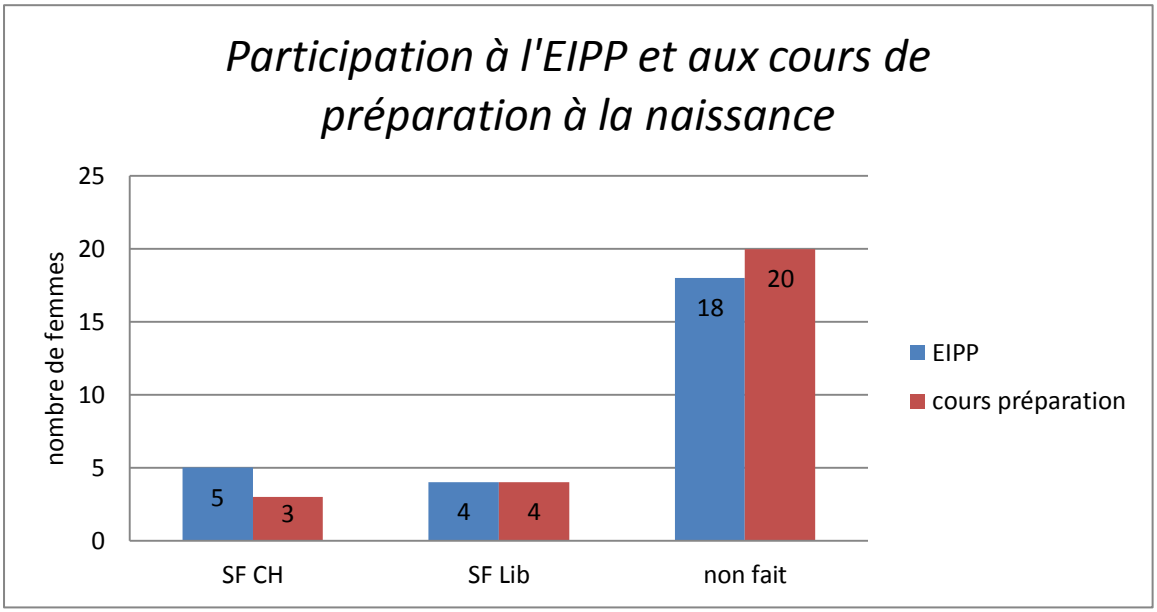


Figure 5 : Participation à l'entretien individuel prénatal précoce (EIPP) et aux cours de préparation à la parentalité.

Il est mentionné dans un dossier, dont la grossesse a été déclarée tardivement, que l'EIPP a été fait en couple.

Parmi les 9 femmes ayant eu un EIPP, 2 ont rencontré un pédiatre durant la grossesse soit pendant leur hospitalisation soit en consultation externe (contre 4/18 dans le reste de la population), 2 ont vu une assistante sociale (contre 2/18), 1 a vu le psychologue (contre 4/18) et 1 a été suivie par la sage-femme de PMI (contre 3/18), en plus de son suivi hospitalier. Le nombre de consultations de ces 9 femmes est compris entre 7 et 17 avec une moyenne de 8,9 consultations durant la grossesse.

e. Les consultations de spécialistes.

Comme vu précédemment peu de femmes ont bénéficié d'une consultation spécialisée durant leur grossesse, en revanche toutes les patientes ont eu une consultation anesthésique avant le jour de l'accouchement. Les patientes ayant eu ces orientations spécialisées montrent une fragilité psychique (1 femme est déjà suivie par un psychologue en dehors de la grossesse) et sont souvent en situation précaire. De plus, 3/5 femmes ont rencontré le pédiatre en anténatal lors de leur hospitalisation (MAP, RSM, métrorragies sur placenta bas inséré).

f. Le suivi par la sage-femme de PMI

Il est mentionné dans 11 dossiers obstétricaux hospitaliers qu'un suivi par la sage-femme de PMI est mis en place. Pour 2 des femmes une fiche de liaison entre la PMI et l'hôpital a été faite. Certaines femmes vivent dans la précarité, sont psychologiquement fragiles ou en rupture familiale alors que d'autres n'ont aucune caractéristique particulière.

g. L'hospitalisation pendant la grossesse.

8/29 patientes ont été hospitalisées dans le service de grossesses pathologiques pour menace d'accouchement prématuré (MAP) (n=4), dont Madame A sortie contre avis médical après 4 jours d'hospitalisation, retard de croissance in-utérin (RCIU) (n=2), rupture prématurée des membranes (RPM) (n=1) et métrorragies sur placenta bas inséré associées à des contractions utérines ayant rompu les membranes (n=1).

Les 4 femmes hospitalisées pour MAP et celle pour métrorragies associées à des contractions utérines ayant rompu les membranes ont bénéficié d'une tocolyse (5/29). Ces mêmes patientes ainsi que celle ayant rompu les membranes prématurément ont bénéficiées d'une cure de corticoïde, leur terme étant inférieur à 34 SA (n=6/29). Ces 6 femmes fument, 3 sont en situation précaire, l'une d'entre elles attend des jumeaux et il est diagnostiqué à l'aide des échographies anténatales que les 7 fœtus sont RCIU.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 29,25 jours et la médiane est de 24,5. Le temps minimum étant de 2 jours et le temps maximum de 71 jours, pour RSM à 26 SA+6jours et MAP associée à des métrorragies sur placenta bas inséré à 24 SA.

3. L'accouchement.

a. Les médicament de substitution et lieu d'accouchement (n=29).

15 patientes ont accouché dans un établissement de niveau III, 11 dans un de niveau II et 3 dans un établissement de niveau I (figure 6). Les femmes accouchent dans la maternité la plus proche de chez elles.

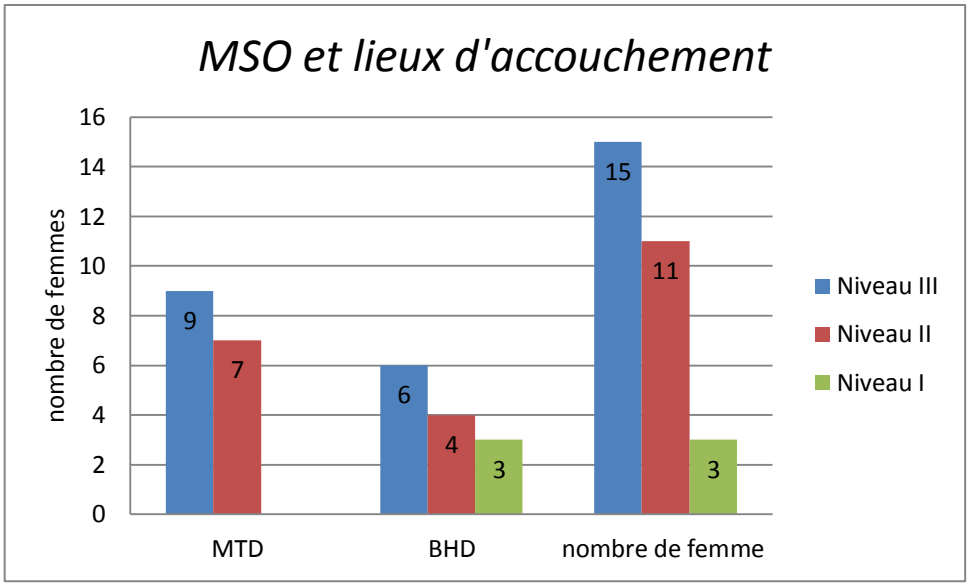


Figure 6 : Répartition des MSO et des lieux d'accouchement.

b. Le terme.

Toutes les patientes (n=29) ont accouché entre 34 et 41 SA, avec une moyenne de 37,8 SA (écart-type 1,9) et une médiane de 38 SA (figure 7).

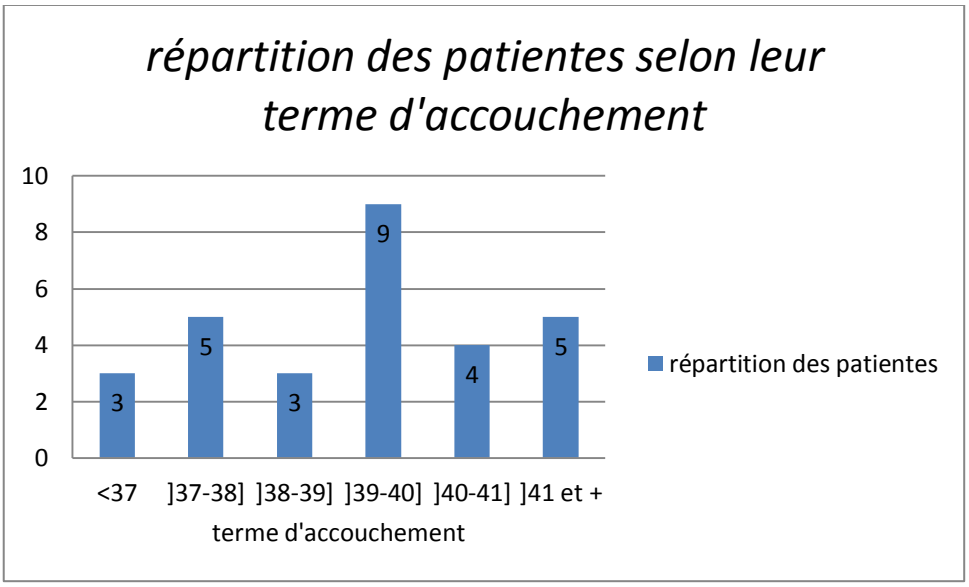


Figure 7: Répartition des patientes selon le terme d'accouchement.

14 patientes se sont mises en travail spontanément et l'accouchement a été induit chez les 15 autres femmes pour diverses causes : RCIU inférieur au 3^{e}percentile (n=5) dont un est associé à des dopplers fœtaux pathologiques, terme dépassé (n=4), césarienne itérative pour utérus bi cicatriciel (n=1), anomalie du rythme cardiaque fœtal (ARCF) pour rythme de base inférieur à 110 battements par minute et ralentissement (n=2), rupture spontanée des membranes supérieure à 1 mois (n=1),

HRP sans hémorragie ni trouble de la coagulation(n=1) et déclenchement de convenance (n=1) (2e pare impicable, victime incendie de son logement durant la grossesse, RCIU harmonieux inférieur au 3e percentile, 12 consultations durant la grossesse).

c. La conduite à tenir pour la naissance.

Les conduites à tenir quant à la prise en charge de la patiente et de l'enfant sont notées dans 3/29 dossiers : « prévenir pédiatre en salle de naissance », « femme à encadrer » et « cotation du score de Finnegan 1 fois par équipe ».

d. Les modalités en salle d'accouchement.

a) La couleur du liquide amniotique.

Le liquide amniotique est clair pour 25/29 accouchements, teinté lors de 2 accouchements et non renseigné dans 2 dossiers.

b) L'analgésie pendant le travail.

22/29 patientes ont accouché sous péridurale (APD), 3/29 femmes ont bénéficié d'une rachi anesthésie (césariennes : utérus bicicatriciel, RCIU inférieur au 3e percentile et HRP), 1/29 a eu du kalinox®, et 3/29 patientes ont accouché sans aucune anesthésie (1 primipare a accouché à terme sur la route suite à un travail rapide, elle avait eu une grossesse physiologique et un suivi correct. 1autre femme a accouché rapidement et l'autre ne souhaitait pas APD).

c) Le mode d'accouchement.

18/29 patientes ont accouché par voie basse spontanée, 6 ont accouché par voie basse instrumentale soit pour non progression du mobile fœtal (n=3) soit pour insuffisance des efforts expulsifs (n=3), et enfin 5 patientes ont accouché par césarienne : 1 césarienne itérative pour utérus bi cicatriciel, 1 césarienne prophylactique pour RCIU inférieur au 3epercentile et 3 ont été faites en urgence pour HRP, 2 pour ARCF. La femme ayant fait un HRP a eu une grossesse physiologique et un suivi régulier. Les 2 autres patientes ont été déclenchées pour RCIU, la première a été césarisée pour ARCF et stagnation de la dilatation à 4 cm chez un fœtus estimé au 10e percentile, sa grossesse a été marquée par une hospitalisation à deux reprises pour MAP (29 SA et 33 SA, soit 32 jours d'hospitalisation au total). La deuxième patiente, Madame A a été césarisée pour ARCF.

Pour les 24 accouchements voies basses 11 épisiotomies ont été réalisées.

d) Les Particularités du post-partum immédiat.

La patiente ayant eu des jumeaux, primipare et sans facteur de risque, a eu une révision utérine pour non décollement placentaire et 1 autre, sans facteur de risque, a fait une hémorragie de la délivrance, rien n'est à signaler pour les autres patientes.

e. Le nouveau-né.

a) Le pH artériel au cordon.

15 pH artériels au cordon sont interprétables sur les 30 enfants (sur les 15 autres pH : pH veineux, quantité de sang insuffisante, non réalisé, fait mais non noté dans le dossier). La moyenne des pH artériel est de 7,25 (écart-type 0,06) et une médiane de 7,24.

6 pH sur les 13 dossiers d'enfants diagnostiqués RCIU en anténatal sont renseignés. La moyenne est de 7,26 avec un pH le plus bas a 7,20.

b) Le score d'Apgar.

25 nouveau-nés avaient un apgar coté à 10 à 1 minute de vie, 28 coté à 10 à 3 minutes de vie et 29 à 1 minutes de vie (figure 8). (Annexe 10).

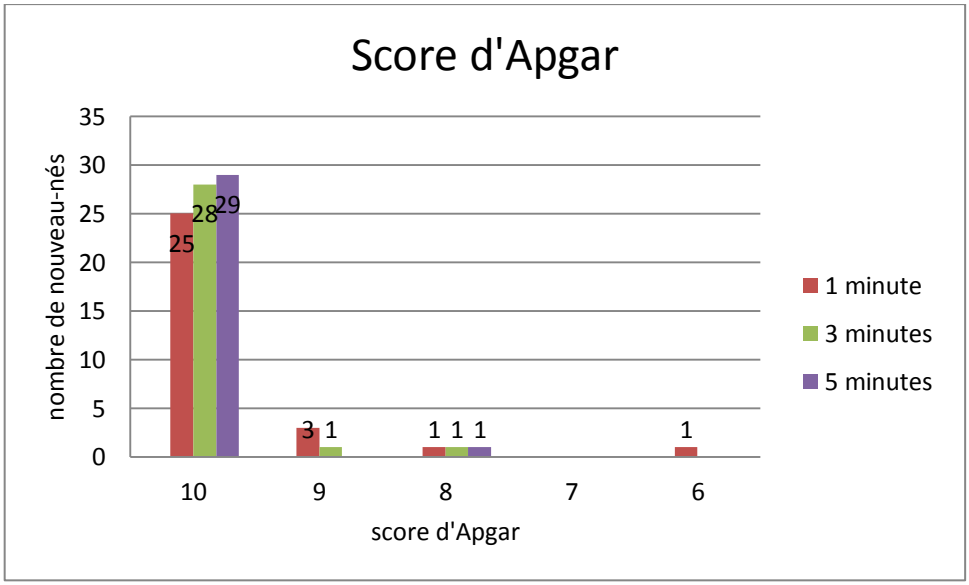


Figure 8 : Score d'apgar des nouveau-nés à 1,3 et 10 minutes de vie.

1 enfant né par voie basse instrumentale (ventouse pour non progression du mobil fœtal) suite à un déclenchement pour terme dépassé et RCF « plat » a un score d'apgar coté à 6/8/8 et un pH artériel à 7,23. Le pédiatre a été appelé pour une prise en charge optimale de l'enfant qui est resté en peau-à-peau avec sa mère par la suite.

Le pH de 2 enfants étant nés par césarienne en urgence ne sont pas renseignés: le pH de l'enfant de Madame A (apgar coté à 8/9/10) et celui né suite à un HRP (apgar 10/10/10). Le pH est de 7,21 pour celui né pour ARCF et stagnation à 4 cm (apgar 9/10/10).

Pour 8 nouveau-nés le pédiatre était présent en salle de naissance : 3 car protocole d'établissement, 3 RCIU inférieurs au 3e percentile transférés dans l'unité de néonatalogie par la suite (bonne adaptation à la vie extra-utérine pour chacun), 1 car HRP, et le dernier pour geignements.

c) *Les mensurations selon les données morphométriques Audipog. [36]*

Sont considérés comme RCIU tous enfants nés en dessous du 10e percentile (concerne le poids et/ou la taille et/ou le périmètre crânien en fonction de l'âge gestationnel), et RCIU sévère tous ceux en dessous du 3e percentile.

17/30enfants sont considérés RCIU à la naissance soit en fonction de leur taille, de leur poids, de leur périmètre crânien (PC) ou des 3 mesures. 10 d'entre eux avaient été diagnostiqués RCIU grâce aux échographies anténatales dont 6 sont nés suite à un déclenchement pour RCIU sévère confirmé à la naissance, en revanche 2 fœtus ne le sont pas en réalité.

Selon les données Audipog, on peut considérer que 13 des nouveau-nés de l'étude sont diagnostiqué RCIU harmonieux, 2 enfants sont en restriction de croissance concernant le poids, 1 est RCIU au niveau du PC et enfin 1 nouveau-né est RCIU au niveau de la taille, ses autres mensurations n'étant pas renseignées dans le dossier.

Concernant le fœtus estimé macrosome, au 90e percentile, lors des échographies anténatales cela s'est confirmé à la naissance avec une taille et un PC respectivement au 90 e et 92e percentile (figure 10). La patiente est une primipare de 28 ans n'ayant aucun facteur de risque d'avoir un enfant macrosome (fume 12 cigarettes par jour, indice de masse corporelle à 23, pas de diabète gestationnel).

17/30 nouveau-nés sont hypotrophes (7/30 ont un poids inférieur à 2500 grammes), 12/30 sont eutrophes et 1 est macrosome (10/30 ont un poids supérieur à 3000 grammes). Le poids moyen de ces enfants est de 2822 grammes.

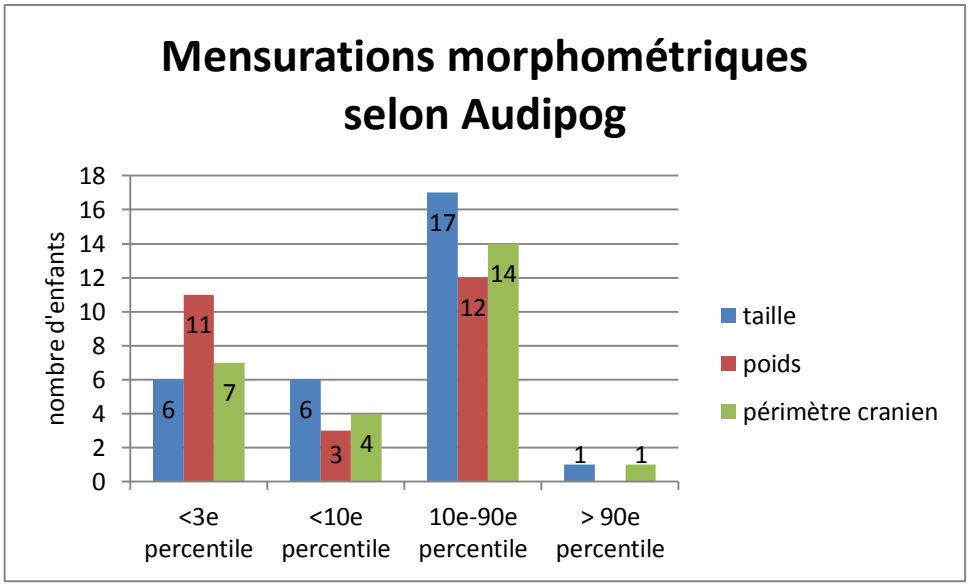


Figure 9 : mensurations selon les données morphométriques Audipog.

4. Les suites en maternité.

a. Mode d'alimentation du nouveau-né.

22/30 nouveau-nés sont nourris au sein, 7/30 le sont par un substitut de lait maternel et 1 est alimenté de façon mixte (lait maternel et substitut de lait maternel). Un allaitement s'est arrêté à J5 et 2 autres enfants nourris au sein ont bénéficié d'une alimentation mixte par la suite.

b. Syndrome de sevrage néonatal (SSN).

13 enfants sont nés de mère sous BHD et 17 de mère sous MTD.

Le score de Finnegan est coté dans 17/30 dossiers. 8/17 ont un score de Finnegan inférieur à 8 et les 8 autres ont un score supérieur ou égal à 8. Parmi ces 8 nouveau-nés : 4 ont été traités par morphinique, 2 par des soins de cocooning (peau-à-peau) et 2 pour qui rien n'est renseigné. En revanche, pour 4 nouveau-nés ayant reçu de la morphine, le score de Finnegan n'est pas renseigné.

Le délai moyen du syndrome est de 3 jours (écart-type 1,4 jours) pour les enfants nés de mère sous BHD et de 3,8 jours (écart-type 2,9) pour ceux nés de mère sous MTD.

9 ont été traités par morphinique, pour 3, la posologie était renseignée (0,02 à 0,5 mg/kg/j), le nombre de dose reçues par l'enfant également avec une moyenne de 32,7 (écart-type de 26,2). Dans 6 dossiers l'arrêt du traitement par morphinique était mentionné avec pour moyenne 16 jours (écart-type 2,9 jours). 2 enfants en plus de la morphine ont également eu du valium pour des clonies et 2 ont bénéficié du peau-à-peau. Sur les 13 enfants nés hors niveau-né III, 3 d'entre eux ont été transférés entre J5 et J13 pour traiter leur SSN par la morphine.

c. Particularité pendant le séjour.

La prise de poids a été difficile pour 6 nouveau-nés, 3 ont fait des hypoglycémies, 2 ont eu des érythèmes fessiers.

Il est noté que 6/27 mamans culpabilisent face à leur enfant.

d. Temps d'hospitalisation.

Les patientes ont été hospitalisées entre 4 et 20 jours avec une moyenne de 9,1 jours.

Les nouveau-nés ont été hospitalisés entre 4 et 26 jours avec une moyenne de 11 jours.

e. Organisation à la sortie.

100% des mères sont sorties avec leur enfant, y compris Madame A.

Il est mentionné dans les dossiers obstétricaux que 12 patientes doivent bénéficier d'un soutien à domicile à la sortie de maternité : 3 femmes sont suivies par une puéricultrice de PMI car c'est le protocole de service semble-t-il, 6 autres femmes sont également soutenues par les puéricultrices de PMI pour les motifs suivant : difficulté de prise de poids, difficulté sociale et précarité, cotation du score de Finnegan deux fois par semaine (1 fois puéricultrice PMI et 1 fois par puéricultrice de l'hôpital), soutien pour la patiente ayant fait l'HRP et 1 autre est soutenue à la fois par la PMI en association avec une sage-femme libérale. 3 femmes ont refusé un suivi PMI mais ont accepté pour l'une d'elle l'hospitalisation à domicile (HAD) pour prise de poids insuffisante et culpabilité maternelle, et les 2 autres, dont madame A, ont bénéficié de l'aide d'une travailleuse familiale.

Concernant les enfants, un suivi pédiatrique est renseigné pour 15 d'entre eux. Le devenir est mentionné pour 7 d'entre eux : 5 vont bien, 1 présente une hypotonie axiale à 3 mois et 1 suivi par le CAMPS (centre d'action médico-sociale précoce) à 18 mois pour retard staturo-pondéral.

Concernant les femmes, lors de leurs sorties 24 ont bénéficié d'une contraception dont 21 d'une contraception orale, 2 d'implant et 1 de dispositif intra-utérin.

12 d'entre elles ont fait leur visite post-natale dans la structure où elles ont accouché, parmi elles 11 avaient débuté leur rééducation périnéale.

PARTIE III : ANALYSE ET DISCUSSION

I. Les limites et atouts de l'étude.

Les limites et les biais :

Les biais méthodologiques de l'étude sont les suivants: la population étant limitée (27 femmes et 30 nouveau-nés) il n'est donc pas possible de réaliser des statistiques fiables. Un certain nombre de données sont manquantes dans les dossiers obstétricaux et néonataux. De plus les résultats concernant certaines consommations (tabac, drogues…) sont basés sur la déclaration des patientes, ceci est un biais possible d'omission volontaire car il existe certainement une minimisation de la consommation des toxiques du fait de l'image négative de la prise de toxique dans la société.

Les Atouts :

Cette étude descriptive est intéressante sur plusieurs points :

- Elle est multicentrique et donc représentative de la population du département.
- Elle s'inscrit dans une préoccupation actuelle traduite dans la loi HPST (hôpital, patient, santé, territoire), titre III [37] de 2009, qui prévoit la « transmission au Parlement d'un rapport relatif au nombre de malades de l'alcool, des tabacs et des drogues ».
- Elle est en accord avec des éléments de la littérature consultée: grossesse à risque, pathologies obstétricales (MAP, HRP) et néonatales (prématurité, RCIU).
- Elle permet une réflexion sur le travail pluridisciplinaire mis en œuvre autour des femmes grâce à un recueil de nombreuses données (216 items recueillis) réalisé sur de multiples supports (dossier maternel et dossier pédiatrique, dossier de soins nouveau-né).

II. Discussion des résultats.

Le but de ce mémoire est, par un état des lieux des grossesses et des naissances, d'étudier le suivi de grossesse, la survenue de pathologies ainsi que les conséquences sur l'enfant. Il a également pour objectif de mettre en évidence la prise en charge pluridisciplinaire des femmes enceintes sous traitement de substitution (méthadone ou Subutex®).

Les résultats de cette étude vont être discutés et comparés avec à ceux de l'étude GEGA « Grossesse et substitution, enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés » publiée en 2003 par C.Lejeune et réalisée entre octobre 1998 et octobre 1999 sur l'ensemble du territoire français [5]. Les

résultats vont également être comparés aux données retrouvées dans l'enquête de périnatalité de 2010 décrivant la population générale [38].

1. La population.

a. L'âge, le contexte familial.

La moyenne d'âge des femmes de cette étude est de 27,5 ans comparable à celle de l'étude GEGA (28,7 ans). Celui de la population générale est de 29,9 ans, dernière données disponible datant de 2008 [38].

25/27 patientes ont un logement personnel contre ¾ pour l'étude GEGA. De même 25/27 sont en couple, contre 61% des femmes de l'étude GEGA. Les femmes de notre étude ont une situation familiale plus stable.

18/27 des femmes de notre étude sont actives (travaillent ou sont au chômage), dans l'étude GEGA 79 ,9% ne travaillent pas. En France en 2010 [5], 70,2% des femmes ont exercé un emploi, même de courte durée, durant leur grossesse. Les résultats de cette étude sont proches des données de la population générale.

Les informations sur le contexte familial et sur la couverture sociale sont trop souvent absentes des dossiers pour pouvoir conclure sur une différence par rapport à l'étude GEGA où la couverture sociale des femmes n'était pas acquise pour 4% d'entre elles en début de grossesse et pour 1% des femmes de la population générale en 2010.

1/27 femme déclare être porteuse d'un bracelet électronique, le motif de ce dernier n'étant pas renseigné dans le dossier. Dans l'étude GEGA, ¼ des femmes avaient déclarées avoir fait de la prison, cette donnée n'est pas renseignée pour la population générale. Ce chiffre est inférieur à celui de l'étude GEGA.

La plus jeune des femmes de notre étude, âgée de 18 ans, vit en foyer car elle est en rupture avec ses parents, son conjoint est demandeur d'asile. C'est la seule patiente pour qui il est mentionné dans le dossier obstétrical que sa famille est au courant de sa substitution.

Concernant les conjoints peu d'informations ont été recueillies. Il est mentionné pour 3 d'entre eux qu'ils sont eux-même sous substitution. On peut penser que la question n'a pas été renseignée dans tous les dossiers et que si cela avait été le cas, le nombre de conjoints toxicomanes ou substitués, aurait été plus important. De même, les informations concernant le conjoint sont souvent manquantes (enfant d'un autre lit, addictions, âge), sont-elles abordées avec les patientes ou sont-elles renseignées ailleurs que dans le dossier obstétrical ? Malgré la consultation de plusieurs

sources (dossiers obstétricaux, pédiatriques et dossiers de soins pendant l'hospitalisation) nous ne les avons pas retrouvées.

Ces données concernant la population des femmes enceintes de l'étude montrent une inégalité des conditions socio-économiques qui peuvent d'une part être parfois précaire (4/27) et peu favorables au bon déroulement d'une grossesse (aucun des conjoints n'a de profession pour 2 couples, femmes isolées, suivi de grossesse difficile) et d'autre part proche des conditions de la population générale laissant présager une « grossesse comme les autres » (18 hommes et femmes ont une activité professionnelle, 25/27 femmes sont en couple, moyenne d'âge des femmes de 28,7 ans, aucune femme ne vit dans la rue).

b. Les sérologies.

Une seule patiente est porteuse d'une hépatite C chronique avec une virémie négative. L'hépatite C n'influe en aucun cas sur la grossesse. Aucune femme n'est porteuse de l'antigène HBs ni du VIH.

Ces chiffres sont très inférieurs à ceux de l'étude GEGA où 63,3% des patientes avaient une sérologie positive à l'hépatite C, 8,9% avaient une sérologie positive à l'antigène HBs et 6,2% avaient une sérologie positive au VIH. 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. Suite à la loi du 9 août 2004, des « centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues » (CAARUD) ont ouvert leurs portes afin de faire des actions de prévention (mise à disposition de matériel, informations personnalisées…) et encouragent l'accès aux soins des usagers. Ces programmes de prévention en santé publique peuvent expliquer les bons résultats de notre étude. De plus, l'incidence du VIH en Bretagne est l'une des plus faibles comparativement aux autres régions de France [38]. En effet en Bretagne, 57 sérologies positives au VIH pour mille habitants ont été recensé en 2011 alors que ce nombre est de 106 pour mille habitants en Ile-de-France [39].

c. La consommation de toxiques durant la grossesse.

a) La consommation de substances psychoactives.

23/27 femmes soit 85,2% ont déclaré fumer durant leur grossesse, soit quasiment le même nombre qu'à l'étude GEGA (86%), ce qui représente environ 4 fois plus que la population générale (21,8%).

Les données concernant les consommations des substances sont basées sur la déclaration des femmes qui peut se trouver minimisée face à la pression sociale et à la peur du regard du professionnel. Donc la consommation de tabac, dans notre population, est à interpréter avec

précaution car elle peut être minimisée, mais dans tous les cas, elle est largement supérieure à la population générale.

b) Le traitement de substitution et son suivi.

Concernant la durée moyenne de la prise de traitement de substitution avant la grossesse, il n'y a pas de différence significative entre MTD (2,8 ans) et BHD (2,3ans), cette information n'étant pas renseignée dans 7 dossiers. Ces chiffres correspondent à ceux de l'étude GEGA où la cohorte était traitée par TSO depuis 2,2 ans en moyenne.

Selon l'étude GEGA (réalisée entre octobre 1998 et octobre 1999), il existe des disparités régionales concernant l'accès aux traitements de substitution. Lors de cette enquête, la région Bretagne avait été regroupée avec les régions Poitou, Aquitaine et Pays de Loire. Notons que ce groupe de régions est représenté par 19 patientes sur les 259 de l'étude, (ce chiffre représente 100% des femmes substituées durant la période dans ces régions, notons qu'aucun département de Bretagne n'avait participé à cette étude), soit le plus petit effectif de cette étude nationale. La population de notre étude est de 27 femmes enceintes, population non négligeable sachant que ce département n'est pas celui où il y a le plus d'accouchements. Cette hausse peut s'expliquer par la mise en place des politiques de réduction des risques suite à la loi de 2004, qui a facilité l'accès aux soins permettant une pression sociale moins stigmatisante.

14/27 ont mené leur grossesse sous MTD et 13/27 sous BHD. Les résultats de notre étude montrent une prescription de moitié MTD moitié BHD. La différence entre les résultats de notre étude, ceux de l'étude GEGA et ceux retrouvé dans la littérature peut s'expliquer de différentes manières. D'une part, cette étude ne concerne que le département et non tout le secteur grand Ouest de la France. D'autre part, la méthadone bien que contraignante à mettre en place (prise quotidienne en centre d'addictologie à l'introduction du traitement, cadre strict) est préférable pour les personnes susceptibles de mésusage avec la BHD. Elle est également préférable chez la femme enceinte, car elle est utilisée depuis longtemps, ses effets et son utilisation sont donc mieux connus des prescripteurs. Enfin le département, comporte 7 centres d'addictologie ou des structures équivalentes permettant la délivrance de MTD, ces centres étant dans le même secteur que les centres hospitaliers où l'étude a été menée.

Dans les dossiers obstétricaux mis à part l'année du début de mise sous TSO, peu d'informations sont mentionnées (début de la toxicomanie (4/27), dosage initial et évolution mensuelle du MSO pendant la grossesse). De même, la personne référente de la substitution n'est mentionnée que dans 8 /29 dossiers, ce chiffre est trop faible pour être significatif. On peut se poser la question quant à la tenue de ces dossiers et à la traçabilité des informations en lien avec la

toxicomanie. Accepterait-on si peu d'informations pour une autre maladie chronique telle que le diabète ou l'hypertension artérielle ?

d. Les antécédents gynécologiques et obstétricaux.

Les femmes de l'étude présentent un taux d'IVG de 7/29 ce qui est supérieur au chiffre national : 15,5% pour les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2011[4], ce résultat ne peut pas être comparé à l'étude GEGA qui montre que 18% des femmes ont subi au moins 2 IVG.

L'aménorrhée chez la femme toxicomane avec le sentiment d'infécondité, la non observance en matière de contraception et même parfois de TSO permet de comprendre un recours à l'IVG. De plus le désir ambivalent d'enfant (être réparateur, début d'une vie « nouvelle ») mais compliqué par la culpabilité (dépendance à la substance in-utéro) peut également expliquer ce taux élevé.

2. La grossesse.

a. La qualité du suivi de grossesse.

Afin d'évaluer la qualité du suivi de grossesse des patientes, trois indicateurs sont choisis: il s'agit du terme de la déclaration de grossesse, du nombre de consultations prénatales effectuées et du nombre d'échographies réalisées.

Les grossesses déclarées tardivement dans l'étude sont au nombre de 3/29, dont 1 à 16 SA. Dans l'étude GEGA, 36% des grossesses ont été déclarées après 15 SA alors qu'elles sont de 7,3% dans la population générale. Les femmes de notre étude se rapprochent donc plus de la population générale qui voit son taux de déclaration tardive augmenter entre les enquêtes de périnatalité de 2003 et 2010. Ce dernier fait est souvent constaté chez les femmes connaissant une situation socio-économique difficile [5].

Dans cette enquête le nombre moyen de consultations prénatales est de 7,27 (±3), dans l'étude GEGA les auteurs ont révélé qu'il était de 6,74 (±3,32). En France, en 2010, les femmes ont consulté en moyenne 9,9 fois (±3,7). Même si ce résultat montre que notre population est moins bien suivie que la moyenne des femmes françaises, il semble un peu meilleur que celui de l'étude GEGA. Mais il devrait être supérieur au vu des pathologies fœtales découvertes durant la grossesse.

Enfin le dernier indicateur de la qualité du suivi, le nombre d'échographies réalisées (3 échographies sont recommandées par les règles de bonnes pratiques professionnelles pour une grossesse au terme de 12^{e}, 22^{e} et 32^{e} SA). Le nombre moyen d'échographies est de 4,53 (±2) pour notre population. Dans l'enquête GEGA, le nombre moyen est de 3,57 (±1,87) échographies par grossesse et de 5 pour la population générale en 2010. Même si le nombre d'échographies de

surveillance tend à se rapprocher de la population générale, il devrait être plus important au vu des pathologies fœtales découvertes.

En comparant la population de notre étude avec celle de l'étude GEGA et l'enquête de périnatalité de 2010, il ressort que la population étudiée a un suivi obstétrical correct concernant la déclaration de grossesse. En revanche, nous aurions pu penser que le nombre de consultations et d'échographies chez ces femmes possiblement suivies en hôpital de jour ou ayant un RCIU serait plus important. Il existe certes une disparité en fonction des femmes, la question de la prise en charge optimale se pose tout de même. Les recommandations officielles concernant le suivi de grossesse sont peu nombreuses [25] [30]. Les femmes qui ont un suivi moins optimal présentent souvent un manque d'assiduité (rendez-vous non honorés, bilans sanguins non réalisés). On peut se demander quel impact aurait une personne de confiance référente assurant éventuellement le « suivi du suivi » ? Le nombre de consultations serait-il supérieur ?

b. L'entretien prénatal précoce et cours de préparation à la parentalité.

L'entretien individuel prénatal précoce (EIPP) a été mis en place suite au Plan Périnatalité 2005-2007 [40] [41] (Ministère de la Santé 2004). Il a pour objectif de permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leurs angoisses, leurs besoins quant à la grossesse, la naissance, l'enfant à venir et la parentalité. Cet entretien se réalise grâce aux questions et aux cheminements des parents. Dans cette étude 9/29 des femmes ont bénéficié de l'EIPP contre 40% des femmes du réseau et seulement 21,4% de la population générale en 2010. Le nombre de patientes y participant est certes plus important que la population générale mais reste moins important que la population départementale. De plus, le nombre de consultations moyen des femmes ayant réalisé leur EIPP est de 8,8 alors que la moyenne de notre population est de 7,27. Même si le nombre de femmes ayant rencontré un spécialiste durant la grossesse reste faible, on note une amélioration de la qualité du travail pluridisciplinaire et une amélioration du suivi lorsque les femmes réalisent leur EIPP.

Concernant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité 7/27 des femmes de l'étude y ont eu recours, il n'existe pas de données concernant la population générale dans l'enquête de périnatalité. Mais ce chiffre est peu élevé, le fait d'avoir 45% de la population multipare n'influe-t-il pas sur ce résultat ?

c. La rencontre des différents professionnels de santé.

Dans notre étude 6/27 patientes ont rencontré le pédiatre en anténatal. Lors de l'étude GEGA 40% des femmes l'avaient rencontré. Il est difficile de savoir si une consultation a été proposée à la patiente mais refusée, si le reste des patientes n'a réellement pas vu de pédiatre ou si la proposition ne leur a pas été faite du fait des 45 % de multipares.

5/27 femmes ont rencontré un psychologue durant leur grossesse, 17% en avait rencontré un dans l'étude GEGA.

Il est mentionné dans 11 dossiers obstétricaux hospitaliers qu'un suivi par la sage-femme de PMI est mis en place. Pour 2 des femmes une fiche de liaison entre la PMI et l'hôpital a été faite. Mais en réalité 7/11 femmes n'ont pas de référente PMI ce qui veut dire que seulement 4 sont suivies par une sage-femme de PMI (condition de vie précaire, rupture familiale, fragilité psychologique). 2 femmes, non mentionnées dans les dossiers, le sont également. Cette différence peut éventuellement s'expliquer par le retard de la saisie des renseignements administratifs ainsi que le manque de sage-femme de PMI sur les secteurs concernés. Mais d'autres questions se posent : comment est renseigné cet item dans les dossiers (par déclaration de la patiente ou après demande auprès de la PMI) ? Le travail de réseau avec liens entre les différents professionnels existe-t-il réellement ?

d. Les pathologies pendant la grossesse.

8/29 femmes ont été hospitalisées pour MAP, RMP, grossesse gémellaire, contractions utérines sur placenta bas inséré associé à des métrorragies. Pour pouvoir comparer les résultats de l'étude à ceux de l'étude GEGA, seulement les MAP sont prises en compte. Dans notre étude, 4/29 femmes ont été hospitalisées pour MAP contre 16,3% concernant l'étude GEGA et 6,5% dans la population générale. On voit qu'il y a la moitié plus de MAP dans notre étude que dans la population générale et que le taux d'hospitalisation n'est pas majoré pour ces grossesses jugées à hauts risques. Le suivi global est donc à poursuivre. De plus sur ces 8 femmes hospitalisées, leurs 9 fœtus présentent un RCIU. Le facteur de risque retrouvé chez toutes ces patientes est le tabac. Une prévention tabacologique plus importante ne permettrait-elle pas de diminuer ce taux. En revanche, le taux d'hospitalisation n'est pas majoré pour ces grossesses jugées à hauts risques.

e. Les sorties contre avis médical.

1 patiente est sortie contre avis médical (MAP à33SA) durant la grossesse. Cette patiente, Madame A, est une primipare en situation précaire qui a commencé son sevrage à l'héroïne à 5 mois de grossesse. Elle a découvert sa grossesse à 21 SA (grossesse « inopinée » (information notée dans le dossier médical)), elle a un suivi de grossesse difficile (pas de suivi de grossesse pendant 5 mois, information préoccupante faite à la CRIP pour manque de suivi et difficulté de rencontre avec la patiente). On peut se demander si cette femme comprend les enjeux du suivi de grossesse ou si sa pathologie addictive l'empêche de faire les choix les plus favorables à sa santé et à celle de son enfant ?

3. L'accouchement.

a. Le terme.

3/29 femmes ont accouché prématurément (avant 37 SA). Concernant l'étude GEGA, 12,3% des nouveau-nés étaient prématurés contre 6,6% dans la population générale. Les chiffres sont meilleurs que ceux de l'étude Ferro (1998) étudiant la population de femmes héroïnomanes où ce taux était de 25à 55%. Cette valeur est proche de la population générale et en progression par rapport à celui de GEGA, ceci est sans doute lié à un meilleur suivi de grossesse.

b. Les modalités d'accouchement.

22/29 patientes ont bénéficié d'une anesthésie par péridurale, 3/29 d'une rachi anesthésie et 4/29 ont accouché sans anesthésie. Concernant l'étude GEGA, 66,66% des femmes ont bénéficié d'une péridurale et 5% d'une anesthésie générale.

Pour pouvoir comparer à l'étude GEGA, les accouchements par voie basse spontanée et instrumentale ainsi que les césariennes programmées et en urgence ont été regroupés. 24/29 des patientes de l'étude ont accouché par voie basse et 5/29 par césarienne contre 18% pour l'étude GEGA. Ces résultats sont équivalents. Les taux d'extractions instrumentales et les césariennes en urgence de notre étude sont retrouvés dans l'étude GEGA : altération du rythme cardiaque fœtal et stagnation de la dilatation.

c. Le nouveau-né.

a) L'adaptation à la vie extra-utérine

Afin d'évaluer la qualité d'adaptation à la vie extra-utérine, deux indicateurs sont choisis : le pH artériel au cordon et la cotation du score d'apgar.

Le fait de faire un pH au cordon permet de rechercher une asphyxie néonatale qui se traduit par une acidose métabolique. L'asphyxie est une privation en oxygène des organes centraux (cerveau, cœur, reins), ceci provoque une production d'acide lactique qui entraîne une diminution du pH artériel et veineux. Les normes concernant le pH sont 7,26 (±0,07) avec pour valeur limite 7,12 [42]. Un pH en dessous de 7 est pathologique avec une augmentation de risque d'encéphalopathie. Dans notre étude la moyenne du pH artériel au cordon est de 7,25, cette valeur témoigne donc d'une qualité de vie in-utéro satisfaisante.

Le score d'apgar permet, à l'aide de 5 critères, d'évaluer la vitalité de l'enfant à la naissance. Il est coté par le soignant, son évaluation est alors subjective et peut varier d'une personne à l'autre. Dans notre étude, il est coté à 10 pour 25/30 nouveau-nés à 1minute, pour 28/30 à 3 minutes et

pour 29/30 à 5 minutes. Dans l'étude GEGA, après 1 minute de vie 76,5% ont un apgar coté à 10 et 92,4% à 5 minutes. Dans l'enquête de périnatalité, les données ne sont pas recueillies de la même manière et une comparaison est donc difficile. Les scores d'apgar de cette étude semblent donc satisfaisants et témoignent d'une bonne adaptation à la vie extra-utérine.

b) Les mensurations.

Pour pouvoir comparer nos résultats à l'étude GEGA et l'enquête de périnatalité, nous allons parler du poids en grammes et de la taille en centimètres. Le fait de parler en percentile aurait été plus pertinent car le terme de la naissance est pris en compte.

(1) Le poids.

La consommation de substance influe sur le faible poids de l'enfant, un grand nombre d'étude a montré que le produit qui avait le plus d'effet était le tabac. Pour rappel, 85,2% de la population de l'étude fume. 7/30 des nouveau-nés ont un poids inférieur à 2500 grammes contre 7,1% de la population générale et 10/30 ont un poids supérieur à 3000 grammes contre 73,4% dans la population génrale. Le poids moyen des enfants de l'étude est de 2822 grammes et identique à celui de l'étude GEGA.

(2) La taille.

La taille est un bon indicateur du développement intra-utérin qui n'est malheureusement pas mentionné dans l'enquête de périnatalité. En moyenne les nouveau-nés de l'étude mesurent 46,2 centimètres et ceux de l'étude GEGA 47,04. Il n'y a pas de différence entre ces deux populations. Si l'on compare ces moyennes avec celles des enfants nés de mère non fumeuses on voit une différence puisque la taille moyenne est de 49,29cm [5]. Le tabac, plus que la substitution influe sur la taille de l'enfant [5]. Rappelons que 85,2% de notre population fume, ce qui pourrait expliquer la petite taille de ces enfants.

4. Les suites en maternité.

a. Le mode d'alimentation des nouveau-nés.

23/30 des nouveau-nés ont bénéficié d'un allaitement maternel et 7/30 ont été nourris au biberon. L'étude GEGA avait retrouvé que 22% des patientes allaitaient et dans l'enquête de périnatalité ce taux est de 68,7%. Le nombre de femmes allaitantes est supérieur dans notre étude. La problématique est sans doute abordée lors des consultations prénatales, des EIPP, des cours de préparation à la naissance mais peu souvent avec le pédiatre en anténatal car seulement 5/27 femmes l'ont rencontré. De bonnes pratiques d'information par les professionnels et la promotion de l'allaitement maternel peuvent contribuer à expliquer ce taux élevé.

Le passage du MSO est très faible dans le lait maternel, l'allaitement ne permet donc pas à lui seul de prévenir d'un SSN. En revanche, il est profitable au lien mère-enfant, de plus il est montré dans la littérature qu'un SSN de faible intensité pouvait être traité par de simples mesures de cocooning. Il est important que ces informations soient connues par les femmes soit lors des EIPP, des cours de préparation ou lors de la consultation avec le pédiatre en anténatal.

b. Le syndrome de sevrage néonatal.

Le nombre de nouveau-nés ayant fait un SSN est de 17 parmi les 30 ayant été exposés et affectés in-utéro aux toxiques. Parmi eux, 13 sont nourris au sein. Dans l'étude GEGA, les auteurs retrouvent 71% de SSN. Le SSN est bien dépendant de chaque individu puisque les jumeaux ont fait tous les 2 un SSN mais le jour d'apparition du SSN est différent : 3^{e} jour de vie pour celui pesant 2660 grammes et 9^{e} jour celui pesant 2230 grammes. Dans notre étude, il ne semble pas avoir de lien entre SSN et RCIU qui sont associés pour 5 des nouveau-nés. En outre 9/30 des nouveau-nés ont bénéficié d'un traitement contre les 2/3 des enfants de l'étude GEGA. Le taux de nouveau-nés ayant fait un SSN et ayant été traités par médicament est moins important que ceux de l'étude GEGA mais le SSN comparable aux données de la littérature (60 à 90%). A voir ces résultats on se demande si le dépistage du syndrome de sevrage est le même que dans l'étude GEGA, la cotation du score de Finnegan est-elle faite à un instant T par le soignant ou sur une plus longue durée par les parents et/ou le soignant ?

c. Le temps d'hospitalisation.

La durée moyenne d'hospitalisation en post-partum des femmes de l'étude est de 9,1 jours alors que la durée moyenne dans la population générale est de 4,4 jours. Si ce temps d'hospitalisation est plus long pour les femmes de l'étude, c'est qu'elles restent hospitalisées avec leur enfant qui a besoin de soins et de surveillance prolongée par rapport à un autre nouveau-né. L'enfant peut faire un SSN dans les 48 à 72 premières heures mais il peut aussi le déclarer jusqu'à 10 jours après sa naissance [33]. De plus les nouveau-nés exposés aux opiacés in-utéro peuvent avoir des difficultés de succion donc des difficultés à s'alimenter d'où plus de risques de perte de poids et d'hypoglycémie. Cette augmentation du temps d'hospitalisation implique des moyens humains et financiers non négligeables, or cette dernière n'est pas financièrement valorisée au niveau de l'hôpital.

d. L'organisation à la sortie.

Concernant notre étude, tous les enfants sont sortis de l'hôpital avec leurs parents (28/30) ou leur mère (2/30), aucun n'a été placé. Dans l'étude GEGA, 61% des enfants sont sortis avec leurs deux parents, 35% avec leur mère et 4% ont été placés en pouponnière ou en famille d'accueil. Cet

élément n'est pas renseigné dans l'enquête de périnatalité. Ceci est peut être lié au petit nombre de patientes par rapport à l'étude GEGA pour les enfants placés. Concernant la sortie avec les parents, on peut penser que c'est en rapport avec la bonne stabilité familiale de ces patientes. Le lien mère/père/enfant est semble-t-il plus facile à développer.

12/29 femmes ont bénéficié d'un soutien à domicile à la sortie de la maternité (puéricultrice de PMI, sage-femme libérale, HAD, travailleuse familiale). Cette donnée n'est pas renseignée dans l'étude GEGA. On aurait pu penser que compte tenue de la fragilité et parfois même de la culpabilité (mentionnée dans 6/29 dossiers médicaux), des situations socio-économiques parfois précaires, des pathologies néonatales, ce chiffre serait plus important. Comment la coordination entre la maternité et les professionnels libéraux prenant le relai est-elle réalisée, existe-t-elle, les éléments recueillis dans les dossiers ne nous permettent pas de le savoir.

5. La synthèse.

Les femmes enceintes de notre étude ont une réelle insertion socio-économique et familiale. Les pathologies retrouvées concernent essentiellement les fœtus et les nouveau-nés. Le suivi obstétrical des patientes bien que correct aurait pu être plus accru compte tenu des pathologies fœtales dont l'incidence semble majorée dans notre population par rapport à la population générale. Le manque de traçabilité de la coordination entre les professionnels de santé semble réel. On peut penser qu'un professionnel de santé référent, tel que la sage-femme, dans le suivi de la patiente aurait un rôle pivot dans ce travail de réseau.

.Actions mises en place.

Les addictions (drogues, alcool) sont extrêmement difficiles à repérer, ceci peut s'expliquer par le fait que les professionnels de santé ne savent pas toujours où s'adresser une fois le dépistage réalisé.

Dans la région où se situe la maternité de niveau III, un carnet d'adresse reprenant les coordonnées des différents professionnels, au niveau local, est en train d'être élaboré en lien avec les professionnels de réseau et ANPAA (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie). De même, une sage-femme hospitalière de la maternité de niveau III prépare également un diplôme universitaire en addiction et périnatalité afin d'améliorer la prise en charge des patientes.

Dans les autres hôpitaux, des staffs médico-psycho-sociaux ainsi que des staffs avec les sages-femmes de PMI sont organisés. De même, lorsqu'un risque potentiel est détecté pour l'enfant à venir, un transfert anténatal de la femme vers un niveau II ou III est envisagé.

Conclusion

Les femmes de notre étude ont une réelle insertion et une stabilité socio-économique et familiale. Les déclarations de grossesses tardives sont peu nombreuses et le statut sérologique proche de celui de la population générale.

Sous traitement substitutif à l'héroïne il semble que les risques obstétricaux et néonataux tels que les accouchements prématurés, HRP, MAP soient réduits, mais ne sont pas totalement supprimés. Le syndrome de sevrage néonatal (17/30) et le retard de croissance intra-utérin (17/30) persistent. Tout ceci implique une hospitalisation materno-infantile plus longue avec des conséquences humaines et financières

Concernant le travail pluridisciplinaire, du chemin reste à parcourir. En effet, seulement 9/27 des femmes ont bénéficié de l'EIPP, 5/30 ont rencontré le pédiatre en anténatal, 5/30 ont vu le psychologue, 4/27 ont été suivies par une sage-femme de PMI et seulement 12/27 ont pu avoir un accompagnement en post-natal. Un manque de coordination pluridisciplinaire (ou à minima de sa traçabilité) est donc à noter.

Le manque de données disponibles dans les dossiers confirme que les addictions (drogues, alcool) sont extrêmement difficiles à repérer. Une des raisons peut être le manque d'aisance des professionnels dans ces situations et le fait qu'il ne savent pas toujours où s'adresser et comment organiser le suivi ainsi que la prise en charge une fois le dépistage réalisé.

On constate que la prise en charge des patientes est différente selon les établissements. Certains organisent des staffs médico-psycho-sociaux ou des staffs avec les sages-femmes de PMI. D'autres, transferent la femme en anténatal vers un hôpital de niveau 2 ou 3 s'il existe un risque potentiel pour l'enfant à naître.

L'amélioration des outils de transmission et de traçabilité du suivi pluridisciplinaire dans les dossiers médicaux ainsi que le projet d'instauration du carnet d'adresses de professionnels de santé, et de la formation d'une sage-femme en addictologie et périnatalité dans la maternité de niveau III du réseau, pourront être le point de départ d'un prochain travail. Une étude réalisée de manière prospective afin d'évaluer à moyen terme, l'impact de ces outils sur la prise en charge des patientes pourrait contribuer à l'évaluation des pratiques.

Ce travail d'amélioration de la prise en charge globale et pluridisciplinaire en anténatal des patientes toxicomanes serait une démarche de qualité des soins pertinente d'autant plus qu'elle

pourrait contribuer à diminuer le temps (et donc le coût) d'hospitalisation des mères et des enfants nécessitant certes une surveillance médicale en post-partum mais pas de thérapeutiques particulières [24] [31].

Références

[1] Jourdain-Menninger D. La lettre de la MILDT. 2013 ; 65.

[2] Nadjafizadeh M. Toxicomanie et grossesse : quelle prise en charge optimale ? Vocation sage-femme. 2010;9(82):21-27.

[3] Franchitto M, Peyreforte E, Tellier G. Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de prise en charge. Toxibase. 2000;2:1-12.

[4] Lejeune C. Perinatal consequences of substances abuse during pregnancy. Archives pediatriques .2007;14:56-658.

[5] Lejeune C, Simmat-Durand L, Aubisson S, Gourarier L, Piquet M. Grossesse et substitution : enquête sur les femmes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Focus consommateurs et conséquences. Paris : OFDT. 2003;142p.

[6] Ferraro F. La grossesse et les drogue le point des connaissances actuelles.Paris : PUF ; 1998:27p.

[7] Richard D, Senan JL, Hautefeuille M, Facy F. L'héroïne. Toxibase. 1998;11998:1-110.

[8] Institut nationale de la santé et d la recherche médicale, mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Etat des connaissances : 16 questions sur l'héroïne. 2010. [En ligne] http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1281.pdf (consulté le 28/09/2012).

[9] Sphan C. Addictions et périnatalité : quels enjeux ? *Vocation sage-femme.* 2010 ; 9, 82 ; 12-18.

[10] Canarelli T, Coquelin A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Tendance. 2009;65:6p.

[11]Touzeau D, Bouchez J. La méthadone. Toxibase. 1998;(2):1-12.

[12] Haute autorité de santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place du traitement de substitution : textes des recommandations Conférence de consensus : Lyon 23 et 24 juillet 2004. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf (consulté le 12/12/2012)

[13] Le Luyer S. Grossesse, toxicomanie et substitution ; étude descriptive au CHU de Brest du 1e janvier 2006 au 30 juin 2009. Mémoire de sage-femme. Brest, UFR de médecine et de sciences de la santé ;2010:52.

[14] Dictionnaire VIDAL. Vidal 77e édition. 2011.

[15]Texquebec. Savoir plus, risquer moins. [En ligne] http://www.toxquebec.com/ (consulté le 6/11/12)

[16] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Drogues & dépendances : les chiffres de la substitution. [En ligne] http://www.drogues-dependance.fr/heroine-chiffres_substitution.html (consulté le 20/07/2012)

[17] Molenat F.Benos P, Chanal C, Lloveras A, Mazurier E, Misraoui M, Toubin RM. Grossesse et toxicomanie. Ramonville Saint-Agne. Eres : 2000.

[18]Olivet F, Michel L, Kin T, Gouararier L, Payret G. Manuel des droits des usagers de traitements de substitution aux opiacés (T.S.O). [En ligne] http://www.asud.org/pub/TSO_net.pdf (consulté 7/08/2012).

[19] Stocco P. Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. Psychotropes. 2007;13(3-4):1-15.

[20] Nadjafizadeh M. Psychopathologie d'un long et douloureux parcours. *Vocation sage-femme.* 2010 ; 9,82:19-22.

[21]Centre de référence des agents tératogènes. http://www.lecrat.org/ certifié en octobre 2011. (conslté le 11/12/2012)

[22]La leche league allaitement et maternage. Le coin du prescripteur : méthadone et allaitement. 63.

[23]Gremmo Feger G. Toxique et allaitement maternel. Conférence allaitement Brest, IFSI cavale blanche ; 9 octobre 2009.

[24]Virot M. Prise en charge des femmes enceintes sous traitement de substitution à l'héroïne : comparaison entre deux maternités : le FEH de Caen et la maternité d'Arnaud de Villeneuve de Montpellier. Mémoire de sage-femme.Ecole de sages-femmes de Caen ; 2012.

[25]CNGOF. Prévention des risques fœtaux. Toxicomanie et grossesse. Item 20 module 2 :5.

[26]Faculté de médecine. Prévention des risques fœtaux : toxicomanie et grossesse. Strasbourg. 2004-2005. [En ligne] http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/obstetrique/risques_foetaux_toxicomanie.pdf (consulté le 03/09/2012).

[27]Lejeune C, Nacachel L, Derreye A. Méthadone et grossesse : revue de la littérature et données récentes. Flyer bulletin de liaison des Centres de Soin Spécialisés pour la Toxicomanie et médecins relais, réseau de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et structures de soins auprès des usagers de drogue. 2009 ;36:9.

[28]Chanal C. Grossesse et addictions histoire d'une prise en charge personnalisé. In : Molénat F. Prévention précoce. Erès : 2009 :73-80.

[29]Chanal C. Grossesse et vulnérabilités : repérage et accompagnement. XXVe Congrès de l'ADEPAFIN ; Dinan, 21 septembre 2012.

[30]Haute Autorité de santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandations 2009 :1-15. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf (consulté le 24/12/2012).

[31]Chanal C, Toubin MR, Mazurier E, Misraoui M, Clutier J, Boulot P, Molénat F. Enceinte et toxicomane : une expérience de suivi et d'accompagnement pluridisciplinaire au CH Montpellier. [En ligne] http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/LR/CPUD/flyer1_bouchara.pdf (consulté le 07/01/2012)

[32]Heydel S. Grossesse et toxicomanie. Thèse de pharmacie. Université Henri Poincare-Nancy 1, Faculté de pharmacie, 2009.

[33]Gosselin C. Addictions et périnatalité : Conséquences des consommations de Substances PsychoActives chez la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né. CSAPA Le Triangle UGOMPS CHU de Nantes. 12 mars 2010.

[34]Cadet-Taïrou A, Bcostes JM, Bello PY, Palle C, Escots S. Les traitements de substitutions en France : résultats récents 2004. Tendances. 2004 ;37:1-8.

[35]Deman AC. Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère dépendantes aux opiacés. Flyer bulletin de liaison des Centres de Soin Spécialisés pour la Toxicomanie et médecins relais, réseau de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et structures de soins auprès des usagers de drogues. 2003 ;HS1.

[36]Courbe Morphométriques Audipog. [En ligne] http://www.audipog.net/courbes_morpho.php (consulté le 26/12/2012)

[37]Loi Bachelot Hopital, petitent, santé, territoire. Titre III :45. [En ligne] http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf (consulté le 07/01/2013).

[38]INSERM, Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011. [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf (consulté le 19/12/2012).

[39]Institut de veille sanitaire. Activité de dépistage du VIH en 2011 par région. [En ligne] http://www.invs.sante.fr/surveillance//vih-sida/PDF/LaboVIH2011ParRegion.pdf (consulté le 12/01/2013)

[40] Plan « périnatalité » 2005-2007 humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004. [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf (consulté le 16/01/2013).

[41]Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf (consulté le 22/12/2012).

[42] Thiebaugeorges O. Interprétation du pH à la naissance ; 2010. [En ligne] http://sdp.perinat-france.org/GEN_LR_AP/documents/2011/actes_ap2011_06.pdf. (consulté le 12/12/2012).

[43]Cadet-Tairou A, Gandihon M, Laihe E. Phénomène marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). Observations du dispositif TREND sur les nouvelles tendances marquantes au plan national. Tendances. 2012 ;78.

[44]Authier N, Bonnet N, Pfau G, Robinet S, Sarram S, Fournier G. Prescription et dispensation de la méthadone (sirop et gélule). Questions-Réponses. [En ligne] http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/u35/questions%20r%C3%A9ponses%20m%C3%A9thadone%20flyer45.pdf (consulté le 21/11/2012)

[45]Isserlis C, Sturrer-Dallay AL, Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères. Eres : 2008.

Annexes

Annexe 1 : Membres du réseau



Annexe 2: DSM IV de l'addiction :

Rappel de la définition du Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.
1. TOLERANCE : besoin quantité plus importante pour effet désiré – effet moindre en cas d'utilisation continue.
2. SEVRAGE : syndrome de sevrage – même substance utilisée pour soulager et prévenir ce symptôme.
3. SUBSTANCE PRISE : quantité plus importante et durée plus longue que prévue
4. DESIR PERSISTANT/ EFFORT INFRUCTUEUX pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.
5. Beaucoup de TEMPS passé pour obtenir ou utiliser la substance.
6. Diminution ou abandon des ACTIVITES SOCIALES/PROFESSIONNELLES/LOISIR.
7. Poursuite de l'intoxication de la substance malgré la connaissance du problème physique ou psychique causé par cette substance.

Annexe 3 : Trois phases par lesquelles les toxicomanes passent.[8].

- *1e phase :* ***la montée*** **:** une sensation soudaine de 5 à 10 secondes ayant des effets physiques et psychiques lorsque le produit arrive au cerveau.
- *2e phase :* ***Le plateau*** : sensation transitoire de calme, d'apaisement, diminution de l'anxiété… durant 2 à 3 heures. L'individu a l'impression d'aller mieux durant cette période alors que ses conditions de vie diminuent progressivement car la recherche du produit devient une nécessité pour lui.

- *3e phase* : ***la descente*** *:* les effets du toxique disparaissent et le besoin de dormir se fait ressentir. Le retour à l'état « sans produit » peut être pénible mais la consommation du produit devient un besoin pour l'individu, il ne peut plus s'en passer. Malgré la connaissance que sa consommation a des effets négatifs sur sa vie familiale, sociale et professionnelle, la personne recherche le produit afin d'éviter l'état de manque.

Annexe 4 : Les effets physiologiques de la toxicomanie chronique : [7] [8] [13] [23]

APPAREIL	SYMPTOMES
Neurologique	- Action contre la conduction de la douleur - Myosis (rétrécissement des pupilles caractéristique de l'usage d'opiacés) - Action antitussive - Perte de sensation (anesthésie due à la drogue) - Diminution de la production de salive entrainant un mauvais état dentaire - Diminution du désir et des capacités sexuelles.
Respiratoire	- Diminution de la sensibilité des centres nerveux au gaz carbonique (pouvant être mortelle) - Inhibition de la stimulation physiologique de la mécanique respiratoire en cas d'hypoxie. → conséquence de la mort par overdose.

Musculaire	- Intervient sur les fibres musculaires lisses :
	  - constipation par diminution de la motricité intestinale
	  - rétention d'urine par contraction du sphincter de la vessie

Cardiaque	- Dépression du myocarde - Chute brutale de la tension entrainant un collapsus cardiovasculaire grave - Réduction du rythme cardiaque

Annexe 5 : « Fiche technique » sur la prise en charge globale établie par un groupe de travail pluridisciplinaire du Languedoc Roussillon.

QUE FAIRE ?

	Arrêt des consommations	Buprénorphine ou méthadone bien équilibrée	Héroïne ou mésusage d'un traitement de substitution
Attitude du consultant	Féliciter d'avoir pu en parler. Rassurer. Etre discret par rapport à l'entourage. Evaluer les consommations à chaque consultation	Expliquer suivi de grossesse à risque	
Collaboration avec les addictologues	Proposer une consultation avec un addictologue pour faire le point sur son parcours et préparer l'après grossesse	Demander un courrier au médecin prescripteur précisant le traitement de la patiente et l'associer au suivi	Proposer une hospitalisation en maternité si possible pour initialiser ou équilibrer un traitement en lien avec un addictologue
Suivi de grossesse	A1*	A2** + Echo mensuelle pour biométries et col utérin 28SA : monitoring fœtal tous les 15j à domicile	A2** + écho col + biométries, dopplers tous les 15 jours 28 SA : monitoring fœtal hebdomadaire à domicile
Travail en réseau	Proposer entretien prénatal précoce pour évaluer situation globale Préparation à la naissance et suivi à domicile par sage-femme de proximité libérale ou PMI Soutien pédopsychiatrique au cas par cas pendant la grossesse et après l'accouchement Anticiper le retour au domicile et évaluer les conditions d'accueil de l'enfant		
		Cs anténatale avec un pédiatre entre 26 et 34 SA Visite de la maternité (salle de naissance, suites de couches, néonatalogie…) Consultation d'anesthésie (attention Nubain®) Intérêt d'un référent pour la coordination du suivi global	
Hospitalisations		Contacter le médecin prescripteur (le dire à la patiente) Commande du traitement de substitution et administration par la sage-femme ou l'infirmière	
Quand et pourquoi rechercher les toxiques ?	Dans le bilan étiologique de MAP, HRP, MFIU (recherche dans les urines : opiacés, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines) A l'accouchement recherche dans les urines maternelles et/ou dans le méconium pour adapter la prise en charge de l'enfant, en informer la mère		
Accouchement	Niveau 1, 2, 3	Niveau 2, 3 conseillé Faire AgHbs, Ac anti HVC, Ac anti HIV si injection ou pas de résultats récents Informer de la naissance les intervenants libéraux et PMI	
Suites de couches	Pas d'hospitalisation du bébé	Communiquer avec les mères : être attentif à l'expression de leurs émotions, les soutenir dans l'épreuve que représente le sevrage de leur enfant Examen attentif de l'enfant (risque SAF si alcool en début de grossesse) Surveillance du bébé par score de Finnegan en maternité ou en pédiatrie (à faire devant la mère) Organiser rencontre mère-puéricultrice de PMI avant la sortie	
Allaitement	favorisé	favorisé	contre indication à discuter
Suivi de l'enfant	Suivi habituel	Enfant vulnérable, suivi spécifique de nouveau-né à risque dans le Réseau d'Aval. Suivi puéricultrice de PMI	
Contraception		Proposer la pose d'Implanon® en suites de couches avant la sortie	

***A1**: avis gynéco ou autre spécialiste conseillé - ****A2** : avis gynéco nécessaire + avis autres spécialiste (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

Annexe 6: Syndrome de sevrage néonatal : Score de Lipsitz.

Signes	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3
Trémulations	Normal	Faible augmentation quand a faim ou est dérangé	Augmentation modérée ou marquée quand est au calme ; diminution quand nourri ou bercé confortablement	Augmentation marquée ou continue même au calme, allant même jusqu'à des mouvements de crise d'épilepsie
Irritabilité (cris excessifs)	Aucune	Augmente faiblement	Modérée à sévère quand est dérangé ou a faim	Marquée même si au calme
Réflexes	Normaux	Augmentés	Augmentés considérablement	
Selles	Normales	Diarrhée, mais fréquence normale	Diarrhée, plus de 8/jour	
Tonus musculaire	Normal	Augmenté	Rigidité	
Lésions cutanées	Aucune	Rougeur des genoux et coudes	Erosions	
Fréquence respiratoire/minute	< 55	55-75	76-95	
Eternuements répétés	Aucun	Oui		
Bâillements répétés	Aucun	Oui		
Vomissements	Aucun	Oui		
Fièvre	Aucune	Oui		

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

Annexe 7 : Syndrome de sevrage néonatal : 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
	Hypertonie	2
	Succion des poings	1
	S'alimente mal	2
Signes digestifs	Régurgitations	2
	Vomissements	3
	Diarrhée ++	2
	Diarrhée +++	3
Signes généraux	Bâillements fréquents	1
	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 8: Syndrome de sevrage néonatal : prise en charge et traitements

SYNDROME DE SEVRAGE DU NOUVEAU-NE
de mère toxicomane ou substituée

DIAGNOSTIC ET SCORE DE SÉVÉRITÉ :

- Score de FINNEGAN : TABLEAU (3)
- Score de LIPSITZ (plus simple) : TABLEAU (4)

Les signes dépendent du type de drogues consommées et du moment de la dernière prise maternelle.

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENTS :

BUT : nouveau-né non irritable, sans diarrhée ni vomissement, nourri facilement, avec un sommeil stable entre les tétées, sans sédation excessive.

- **NURSING :** emmaillotage, bercement, portage, pénombre, diminution des bruits…
- **MEDICAMENTS :**

MORPHINE: indiquée en cas de prise d'opiacés
Solution aqueuse buvable de chlorhydrate de morphine (ampoule de 10 ml = 10 mg) Diluer 1 ml dans 9 ml de sérum physiologique soit une **solution à 0.1 mg/ml.**

Posologie : 0.02 à 0.04 mg / kg /dose (soit 0,2 à 0,4 ml/kg/dose), 6 à 8 fois par 24 h per os.

Adapter le traitement en fonction du **score de Finnegan** ou du **score de Lipsitz** avec une évaluation pluriquotidienne (après chaque tétée)

Score de Finnegan > 8 ou score de Lipsitz > 4 : commencer le traitement

- **Si le score augmente :** augmenter la dose par paliers
- **Si le score reste stable :** donner la même dose
- **Si le score diminue :** faire un plateau de 3 à 4 jours, puis diminuer la dose par paliers de 2 à 3 jours.

VALIUM : soluté oral à 1%, 3 gouttes = 1mg.

Posologie : 0,5 à 1 mg/kg /j, en 2 prises per os, soit **1 à 3 gouttes/kg/j**

* LARGACTIL: parfois utilisé en association avec la morphine
* NARCAN : Contre-indiqué

- **Allaitement :**
Autorisé si traitement substitutif (passage faible du Subutex et de la méthadone dans le lait)
CONTRE INDIQUE si persistance de prise maternelle de Morphine ou d'Héroïne.

- **PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE +++**

Annexe 9: Grille de recueil.

- **Contexte social :** année de naissance / âge/ nationalité/en couple/présence du père/ niveau scolaire/ profession/ logement/ commune d'habitation/ famille présente / famille au courant de la situation/ IMC/ enfants précédents avec le couple, placés.
- **Renseignements sur le père :** année de naissance / nationalité/ enfant d'un autre lit/ TSO (année du début de la toxicomanie, année de mise sous BHD ou MTD), autres addictions (héroïne, cocaïne, hachis, tabac, médicaments, autres).
- **Addiction de la femme enceinte :** année du début de prise d'héroïne / année de mise sous TSO/ MTD ou BHD/ dosage initial/ dosage maximal/ évolution pendant la grossesse/ professionnel référent/ autres addictions (héroïne, cocaïne, hachis, tabac, médicaments, autres).
- **Antécédents personnels de la femme :** sérologies : VIH, antigène HbS, syphilis, toxoplasmose, HCV, autres pathologies, MST, IMC, diabète.
- **Antécédents gynécologiques et obstétricaux :** antécédents d'IVG (nombre, terme), fausse couche (nombre, curetage), suivi gynécologique régulier, date du dernier FCV,première grossesse menée à terme : âge, terme, mode d'accouchement, mode d'alimentation du nouveau-né, comment va-t-il aujourd'hui.
- **Suivi de grossesse :** consultation préconceptionnelle, terme de déclaration de grossesse, praticien suivant la grossesse, EIPP, cours de préparation à la naissance, nombre de consultations mensuelles, nombre de consultations en urgence, consultations spécialisées (addictologue, pédiatre, sage-femme PMI, psychologue, assistante sociale), échographies (nombre, terme, anomalies),diabète gestationnel, hospitalisation (terme, motif durée hospitalisation, professionnels rencontrés).
- **Accouchement :** terme, conduite à tenir inscrite dans le dossier, analgésie, couleur du LA, analgésie, mode accouchement, pH au cordon, apgar, poids, taille, périmètre crânien, prise en charge spécifique à la naissance, présence du père en salle.
- **Suite de maternité** : mode d'alimentation, syndrome de sevrage (jour d'apparition, durée du SSN, cotation du score de Finnegan, prise en charge, réaction maternelle, transfert néonatal, peau-à-peau), temps d'hospitalisation de la mère et de l'enfant.
- **Mode de sortie de l'enfant :** avec les parents, sa mère ou placé.
- **Organisation à la sortie :** soutien à domicile, contraception, visite post-natale, suivi pédiatrique (devenir de l'enfant), rééducation périnéale.

Annexe 10: Score d'Apgar.

	0	1	2
Coloration	tronc bleu ou pâle	tronc rose extrémités bleues	tronc et extrémités roses
Respiration*	aucune	superficielle	cri vigoureux
Tonus	flasque	moyen	vigoureux
Réactivité**	aucune	faible	vive
Fréquence cardiaque	0	< 100	> 100

* Respiration: évaluer les enfants ventilés avec un trait (–).
** Réactivité = motricité spontanée, cri, éternuement, toux.