HAL open science

La toxicomanie chez la femme enceinte

Virginie de Wever

▶ To cite this version:

Virginie de Wever. La toxicomanie chez la femme enceinte. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02278241v1

HAL Id: dumas-02278241

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02278241v1

Submitted on 4 Sep 2019 (v1), last revised 1 Oct 2019 (v2)

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

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

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2019

THESE
pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juin 2019
par
Virginie DE WEVER

Né(e) le 13 juin 1993 à Evreux

La toxicomanie chez la femme enceinte

Président du jury : Monsieur Le Docteur Michel GUERBET
Membres du jury : Monsieur Le Professeur Jean-Pierre GOULLE
Madame Le Docteur Lisa ROMBAUT

Remerciements

Au Docteur Michel GUERBET, Directeur de thèse,

Pour avoir accepté d'être mon maître de thèse et président de ce jury.

Pour m'avoir guidé tout au long de ce travail, grâce à votre expérience et votre enseignement dans ce domaine.

Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour votre aide, vos conseils et vos corrections apportées.

Aux membres du jury :

Au Professeur émérite Jean-Pierre GOULLE,

Pour avoir accepté de juger ma thèse et d'avoir passé du temps à sa lecture.

Au Docteur Lisa ROMBAUT,

Pour avoir accepté d'être membre du jury et de vous intéressez à mon sujet.

A tous les membres de ma famille,

A mes parents, ma sœur, mes frères, mes grand-parents,

Pour m'avoir toujours suivie et encouragée pendant mes études et pour le soutien que vous m'apportez.

A tous mes proches et amis, pour votre soutien, pour tous nos moments passés ensembles durant ces études et pour votre présence,

A Vanessa, pour ton aide, pour avoir lu ma thèse

A Linsay, Eléa, Victor, Nicolas, Audrey, Lucie, Jordane, Marine, Alexandre, Emma, Diane, Sophie, Aude, Agathe, Caroline, Marie, Delphine.

Au Docteur Damien Jacquot et au Docteur Alexandre Dubois,

Pour m'avoir accueillie dans leurs officines et lancée dans la vie professionnelle.

A mon Romain,

Pour toujours me soutenir.

« L’Université de Rouen et l’UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n’entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

I – MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN Immunologie
Mr François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard DUBRAY	CB Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (détachement)	HCN Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (surnombre)	HB Pneumologie
Mr Marc MURAINE	HCN Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD	HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (disponibilité)	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN Hépato-gastrologie
Mme Céline SAVOYE–COLLET	HCN Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (surnombre)	HB Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (surnombre)	HCN Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (détachement)	HCN Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN Anatomie
Mr David WALLON	HCN Neurologie
Mr Julien WILS	HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTO	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique

Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES UNIVERSITAIRES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Alice MOISAN	Virologie
Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
M. Henri GONDE	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL (PH-PH)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-PH)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel HAZARD	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne LAINE	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile PELLERIN	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Table des matières

Introduction

Partie 1 : La toxicomanie en France

1. Généralités

1.1 La toxicomanie

1.1.1. Étymologie

1.1.2. Définitions

1.1.3. Conséquences

1.1.4. Dépendance psychique et physique

1.1.5. Mécanisme d'action des drogues sur le cerveau

1.2. Base d'embryologie et de physiologie de la femme enceinte

1.2.1. La fécondation

1.2.2. L'embryogénèse

1.2.3. Le stade fœtal

2. Les drogues et leurs conséquences sur la grossesse

2.1. Héroïne

2.1.1. Définitions

2.1.2. Pharmacologie

2.1.3. Consommation dans la population générale et conséquences

2.1.4. Conséquences chez la femme enceinte

2.1.5. Conséquences chez le fœtus

2.1.6. Conséquences chez le bébé

2.2. Cocaïne

2.2.1. Définitions

2.2.2. Pharmacologie

2.2.3. Consommation dans la population générale et conséquences

2.2.4. Conséquences chez la femme enceinte

2.2.5. Conséquences chez le fœtus

2.2.6. Conséquences chez le bébé

2.3 Cannabis

2.3.1. Définitions

2.3.2. Pharmacologie

2.3.3. Consommation dans la population générale et conséquences

2.3.4. Conséquences chez la femme enceinte

2.3.5. Conséquences chez le fœtus

2.3.6. Conséquences chez le bébé

2.4. Tabac

2.4.1. Définitions

2.4.2. Pharmacologie

2.4.3. Consommation dans la population générale et conséquences

2.4.4. Conséquences chez la femme enceinte

2.4.5. Conséquences chez le fœtus

2.4.6. Conséquences chez le bébé

2.5. Alcool

2.5.1. Définitions

2.5.2. Pharmacologie

2.5.3. Consommation dans la population générale et conséquences

2.5.4. Conséquences chez la femme enceinte

2.5.5. Conséquences chez le fœtus

2.5.6. Conséquences chez le bébé

Partie 2 : Prise en charge de la femme enceinte toxicomane

1. Les traitements de substitution

1.1. Pris en charge médicamenteuse

1.1.1. Héroïne

1.1.2. Cocaïne

1.1.3. Cannabis

1.1.4. Tabac

1.1.5. Alcool

1.2. Prise en charge non médicamenteuse

1.2.1. La parole

1.2.2. Les thérapies psychologiques

1.2.3. Les groupes de parole et d'entraide

1.2.4. Autres prises en charge non médicamenteuses

2. Prise en charge

2.1. A l'hôpital :

2.1.1. Description de l'équipe hospitalière

2.1.2. Protocoles du CHU de Rouen

2.2. A la pharmacie

2.2.1. Accueil du patient toxicomane

2.2.2. La délivrance

2.2.3. Commandes à usages professionnels

2.2.4. Stockage et destruction des stupéfiants

Partie 3 : Prise en charge du bébé

1. Dépistage

1.1. Les milieux biologiques et leurs méthodes de détection

1.1.1. L'urine

1.1.2. Le sang

1.1.3. La salive et les cheveux

1.2. Les drogues détectables et leur seuil de positivité

1.2.1. L'héroïne

1.2.2. La cocaïne

1.2.3. Le cannabis

1.2.4. Le tabac

1.2.5. L'alcool

2. Le syndrome de sevrage néonatal

2.1. Le syndrome de sevrage néonatal aux opiacés

2.1.1. Les symptômes

2.1.2. Le diagnostic

2.2. Le syndrome de sevrage néonatal à l'alcool

2.2.1. Les symptômes

2.2.2. Le diagnostic

2.3. Le syndrome de sevrage néonatal des autres drogues

2.3.1. La cocaïne

2.3.2. Le cannabis

2.3.3. Le tabac

3. La prise en charge du bébé à la naissance

3.1. La prise en charge thérapeutique

3.1.1. L'héroïne

3.1.2. L'alcool

3.1.3. Les autres drogues

3.2. La prise en charge non thérapeutique

3.2.1. Le bien-être du bébé

3.2.2. L'alimentation du bébé / l'allaitement

3.2.3. La sortie

3.2.4. La prévention

Conclusion

Annexes

Bibliographie

Introduction

Aujourd'hui et depuis longtemps, la toxicomanie est toujours un problème majeur de santé publique qui engendre malheureusement beaucoup de conséquences néfastes pour la société, notamment au niveau sanitaire, sociale et économique. Cette toxicomanie, qu'elle soit pour les drogues illicites et licites, touche de plus en plus les femmes avec une entrée précoce dans la consommation. Beaucoup de ces femmes sont en âge d'avoir des enfants. Lorsque la dépendance est installée et que le désir d'enfant ou l'annonce d'une grossesse est prononcée, alors cette grossesse est dite « à risque » car elle est sujette à des complications sévères, pour l'enfant et la mère, propres aux drogues consommées.

La grossesse chez une femme toxicomane peut effrayer autant la mère que les professionnels de santé. Cette situation peut engendrer des interrogations de la part des professionnels de santé qui doivent être formés pour répondre au mieux aux questions de la maman au travers d'une prise charge thérapeutique et non thérapeutique.

Dans cette thèse, nous décririons dans un premier temps la toxicomanie en France, puis dans un deuxième temps la prise en charge de la femme enceinte en fonction de la drogue, et enfin dans un troisième temps, la prise en charge du bébé en fonction de chaque drogue. Ce travail ne porte pas sur toutes les très nombreuses drogues qui existent en France mais sur les principales drogues responsables d'une toxicomanie. Nous parlerons donc de trois drogues illicites : l'héroïne, la cocaïne et le cannabis ; et de deux drogues licites : le tabac et l'alcool.

Partie 1 : La toxicomanie en France

1. Généralités

1.1 La toxicomanie

1.1.1. Étymologie

Le terme « Toxicomanie » est composée étymologiquement du radical « toxico » qui vient du latin *toxicum* et a, pour signification, une substance ayant un effet nocif, toxique ou « poison » car à l'époque les flèches des arcs étaient empoisonnées et du suffixe « manie » qui vient du latin *mania* et a, pour signification, une folie, un trouble du comportement, une envie excessive et irrationnelle.

1.1.2. Définitions

Selon l'OMS, la toxicomanie, également appelée addiction, est un état de dépendance psychique et physique due à la prise, de manière continue ou périodique, d'une substance, caractérisée par des changements de comportement et des réactions telles que des pulsions, des envies incontrôlables de prendre la substance, également appelée drogue.

De même, il est très difficile de définir une drogue. C'est un produit psychoactif, naturel ou synthétique, qui amène à une dépendance auprès des consommateurs et dont la consommation peut être légale ou non. (OMS 2018)

1.1.3. Conséquences

La dépendance peut avoir des conséquences sanitaires, sociales et économiques délétères sur le quotidien des toxicomanes.

Les conséquences sanitaires peuvent venir d'une consommation excessive de drogues. En effet, la santé du toxicomane est mise en jeu. A court terme, il peut être déprimé, anxieux, nauséeux ou même faire une overdose mortelle si son utilisation est excessive. A long terme, selon le produit, il peut amener à des cancers, des pathologies respiratoires et cardiovasculaires, des infections, etc. (Drogues & dépendance 2006)

Des conséquences sociales peuvent aussi survenir avec la consommation de drogues. Le sujet peut perdre le goût de vivre, ne plus faire de projets de vie, perdre son travail, perdre l'envie d'apprendre à l'école, fragiliser une relation (divorce, séparation, dispute familiale), et même recourir à des actes de délinquance. La drogue le désociabilise complètement et l'amène parfois à des comportements violents tels que des violences conjugales, des vols, des crimes, des accidents de voiture, des suicides, des problèmes judiciaires.

Des conséquences économiques sont enfin à redouter. Le toxicomane peut ne pas avoir de travail et vite s'endetter pour acheter sa drogue. Il peut même aller jusqu'à revendre de la drogue, voler (délits et infractions), voire se prostituer dans les cas extrêmes. (OFDT, Produits et addictions vue d'ensemble 2017)

1.1.4. Dépendance psychique et physique

La dépendance à une drogue peut se manifester de manière physique et/ou psychique, plus ou moins différemment selon les individus. En général, le toxicomane, lorsqu'il prend sa drogue, ressent une sensation de plaisir qui lui fait oublier ses problèmes de la vie quotidienne. Certaines drogues améliorent ses performances physiques et/ou intellectuelles. Ainsi, lorsqu'il ressent une sensation de manque, une anxiété, se met en place une angoisse voire une dépression. Lorsque le toxicomane arrête sa drogue, le malaise qu'il avait au début peut réapparaître voire devenir plus intense.

De plus, le toxicomane peut ressentir une dépendance physique qui se manifeste par un besoin de prendre la drogue. Le corps s'adapte à la consommation de cette drogue et contraint l'individu à la consommer de nouveau pour empêcher la survenue de symptômes qui surviennent à son arrêt, tels que douleurs, tremblements, troubles du comportement, etc. Cet état de manque correspond au syndrome de sevrage ou d'abstinence qui apparaît chez les toxicomanes à l'arrêt de leur drogue.

En parallèle de la dépendance psychique et physique, peut s'installer un état de dépendance. Le toxicomane s'habitue à la drogue et il a besoin d'augmenter les quantités pour ressentir de nouveau l'effet escompté. On appelle cela la tolérance ou l'accoutumance à la drogue. (Drogues Info Service 2006) (OFDT 2017)

1.1.5. Mécanisme d'action des drogues sur le cerveau

La dépendance chez l'homme se manifeste par la consommation de drogues qui stimule la libération de la dopamine dans le cerveau. La dopamine est un neurotransmetteur de la famille des catécholamines et une neurohormone, que l'on désigne sous le terme d'hormone du plaisir, libérée par toutes les drogues au niveau du noyau *accumbens* du cerveau. C'est pour cela que les drogues sont si consommées. L'individu oublie le mal-être qui l'a amené à consommer le produit, il se sent soulagé.

Les drogues jouent sur le circuit de la récompense et cette addiction est due à un dysfonctionnement du circuit qui sert physiologiquement à se nourrir et se reproduire. Chez le toxicomane, ce circuit de la dopamine se dérègle et il a une envie démesurée de ressentir de nouveau du plaisir, il veut de nouveau se sentir soulagé. Ainsi, lorsqu'il n'y a plus de drogue, un manque apparaît.

Sur le plan pharmacologique, on distingue les drogues psychostimulantes qui ont pour rôle de stimuler, d'exciter et de diminuer l'impression de fatigue (la cocaïne, la nicotine et l'alcool) et les psycholeptiques qui sont sédatives et ont tendance à endormir l'individu (l'héroïne et le cannabis). (Brust J. 2007) (INSERM 2014) (OFDT 2017)

1.2. Base d'embryologie et de physiologie de la femme enceinte

1.2.1. La fécondation

Tout d'abord, une grossesse débute par la fécondation. Elle a lieu environ 12 heures après la conception. Il s'agit de la fusion d'un spermatozoïde (gamète mâle) avec un ovocyte (gamète femelle) qui forme un œuf, le zygote. Les spermatozoïdes sont attirés par l'ovocyte dès qu'ils sont placés dans les parties génitales de la femme par l'éjaculation. Ils vont ensuite parcourir l'utérus jusqu'aux trompes de Fallope et ce jusqu'à rencontrer l'ovocyte. Le spermatozoïde pénètre dans la membrane ovocytaire. Ce passage commence par la tête, la pièce intermédiaire et une partie de la queue encore appelée flagelle. Ces deux dernières parties disparaîtront par la suite. (Planète santé 2016) (Ferraro 1998)

Cela mène à l'activation du zygote, qui a lieu environ 25 heures (après la conception) et cet œuf va commencer la deuxième division de la méiose, la première

ayant été faite au moment de l'ovulation. Il se déroule une condensation de l'ADN en chromosomes. Ceux-ci subissent la première mitose de segmentation qui divise le zygote en deux cellules, appelées « blastomères » environ 30 heures après la conception, puis en quatre blastomères environ 48 heures après, puis en huit blastomères au troisième jour et enfin en seize blastomères au quatrième jour. La division en 16 blastomères du zygote s'appelle désormais la morula qui est l'embryon. Celle-ci arrive dans l'utérus et se transforme ensuite en blastocyste au cinquième jour. Elle se compose de cellules qui vont se séparées en deux parties : le trophoblaste, qui est l'épithélium qui entoure une cavité, et l'amas interne, qui sera à la base de la formation de l'amnios et de la vésicule ombilicale. Au sixième jour, le blastocyste se débarrasse de sa membrane pour aller s'accrocher sur l'endomètre maternel, il s'agit de l'attachement à l'endomètre, l'implantation. Il va ensuite pouvoir se passer l'embryogénèse c'est-à-dire le développement de l'embryon. (Tournaire M. 1991)

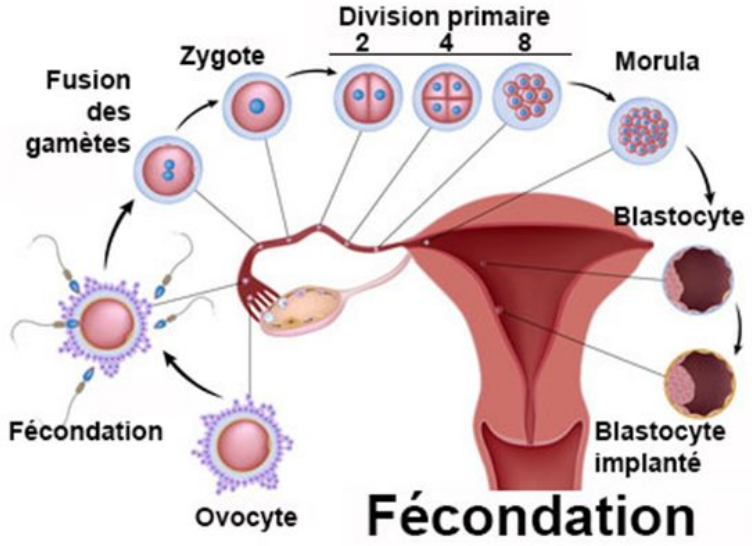

Figure 1 : Fécondation

1.2.2. L'embryogénèse

Le trophoblaste, l'épithélium du blastocyste, évolue aussi et il va se séparer en deux parties, une partie interne : le cytotrophoblaste ; et une partie externe, le syncytiotrophoblaste. Le cytotrophoblaste évolue et formera une cavité, la vésicule ombilicale et le syncitiotrophoblaste, lui, participera à la conception du placenta.

De même, l'amas interne évolue et forme une cavité, la vésicule amniotique. Entre la vésicule ombilicale et la vésicule amniotique, se situe l'entoblaste et l'ectoblaste qui forment l'embryon didermique. Cela a lieu au douzième jour. Cet

embryon se transforme ensuite en embryon tridermique qui est constitué d'un entoderme, ectoderme et mésoderme. (Tournaire M. 1991)

Vers la quatrième semaine commence l'organogénèse, les organes se développent. La circulation sanguine évolue aussi et le cœur bat. A partir de la quatrième semaine, la tête grossit beaucoup plus que le corps et ce jusqu'à la huitième semaine. Les membres se forment aussi et à la fin de la huitième semaine se développent les organes sexuels, même s'il est encore trop tôt pour déterminer le sexe précisément.

A partir de la quatrième semaine, se met en place la plaque neurale qui sera l'amorce du système nerveux central. Celle-ci va se transformer en tube neural et des neurones vont pouvoir se multiplier de plus en plus au fur et à mesure du temps. Puis, le liquide amniotique, lui, se forme à partir de la cavité amniotique. Ce liquide est composé de plusieurs éléments comme l'urine de l'embryon, sa déglutition. Ce liquide se régénère sans cesse. Celui-ci est un lieu d'échanges importants entre la mère et l'embryon par sa peau et ses poumons car il permet la nutrition, mais aussi l'aide à se défendre contre les infections ou les agressions extérieures transmises par la mère.

Le cordon ombilical s'est aussi formé à partir de la vésicule ombilicale. Il est composé de deux artères ombilicales et d'une veine ombilicale. En effet, le sang arrive au placenta par les deux artères et repart par la veine.

Le placenta, lui, est une multiplication de cellules au niveau du trophoblaste et plus précisément à partir du syncitiotrophoblaste. Il va s'accrocher à l'épithélium maternel et favorise les échanges avec la mère pour permettre la croissance, la respiration par l'oxygène qu'il apporte, la nutrition de l'embryon qui va devenir un fœtus. C'est par ce placenta que passent les drogues, les médicaments, le tabac et l'alcool également. Il va voir sa sensibilité croître tout au long du développement de l'embryon puis du fœtus et il va donc rendre le fœtus encore plus sensible aux perturbations extérieures et donc cela peut avoir des effets délétères sur l'embryon et le fœtus. (Ferraro 1998) (Planète santé 2016) (Tournaire M. 1991)

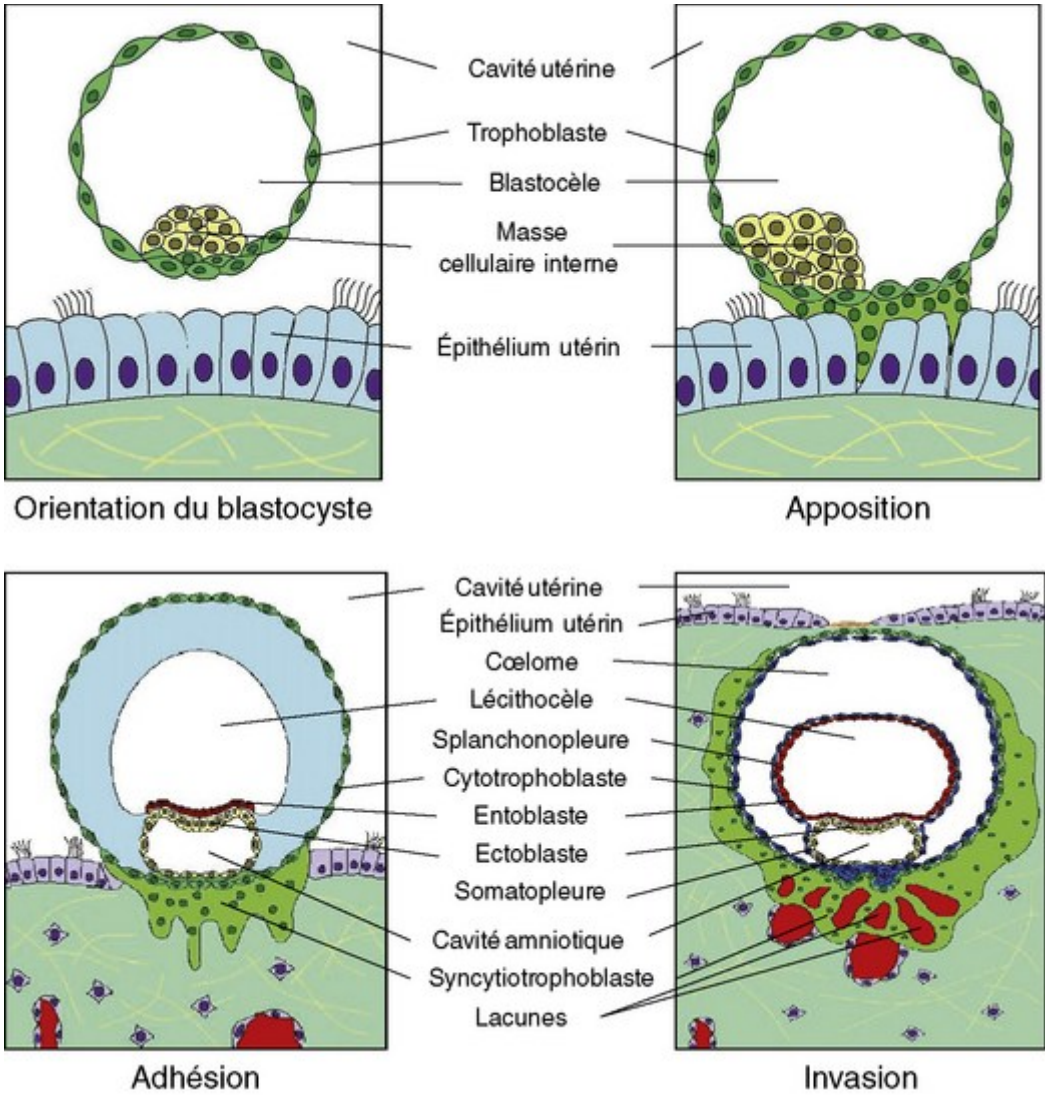

Figure 2 : Embryogénèse

1.2.3. Le stade fœtal

A partir du cinquième mois, les neurones s'allongent et forment des axones et des dendrites qui permettent de lier une multitude de neurones entre eux. La partie qui permet le contact entre les axones et les dendrites s'appelle une synapse. Le flux nerveux qui avance dans l'axone et arrive à la synapse pour libérer des neurotransmetteurs, les neuromédiateurs, qui iront dans une dendrite pour envoyer un message à d'autres neurones ou à des muscles par exemple. Il existe pleins de neuromédiateurs différents : la dopamine, la noradrénaline, l'adrénaline, la sérotonine, l'acétylcholine, l'histamine, etc.

D'autres neurotransmetteurs, les neuropeptides qui eux seront des sortes d'hormones. Il existe pleins de neuropeptides comme les opioïdes endogènes : endorphines, dynorphines, enképhalines. Ainsi, le fœtus a une très grande réceptivité

cérébrale aux toxiques extérieurs et transmis par la mère comme le tabac, l'alcool ou les drogues.

Le SNC fonctionne donc et le fœtus va développer de plus en plus de capacités comme l'audition entre le cinquième et sixième mois. Il reconnaît la voix maternelle et mémorise d'autres voix. Ensuite, survient le développement de la vision, de l'odorat, du goût et du tactile. Ce fœtus acquiert un développement psychologique important et ainsi tout bouleversement ou changements physiques ou psychiques de la part de la mère peut se répercuter sur le développement physique mais aussi psychique du fœtus. (Ferraro 1998)

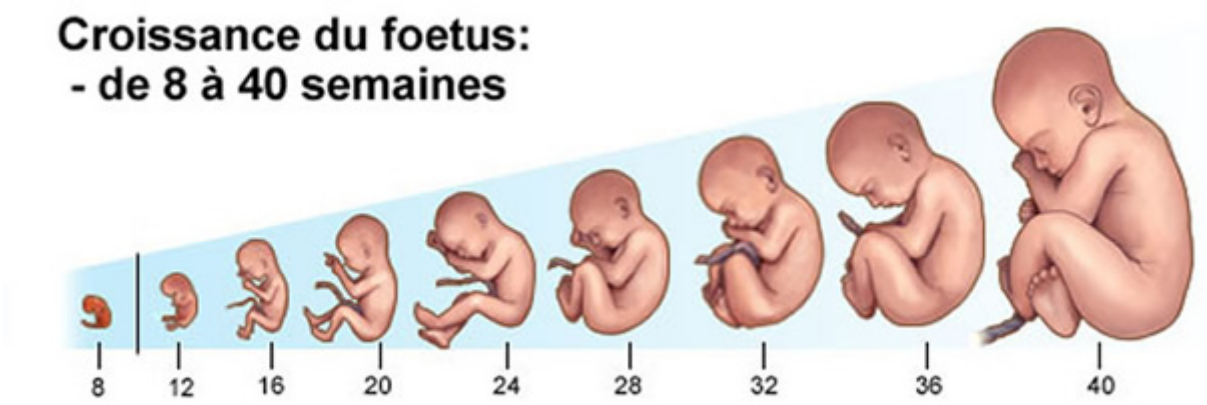

Figure 3 : Développement fœtal

2. Les drogues et leurs conséquences sur la grossesse

2.1. Héroïne

2.1.1. Définitions

L'opium est d'abord extrait à partir du latex du pavot indien *Papaver somniferum* dont les principes actifs sont la morphine, la codéine et la papavérine et dont la famille est « papaveraceae ».

L'héroïne, elle, est un analogue de synthèse produit à partir de la morphine. C'est la 3,6 diacétylmorphine. Elle fut extraite pour la première fois à la fin du XIXème siècle par les laboratoires Bayer pour son indication antitussive dans la tuberculose

et pour le traitement de substitution de la morphine. Elle fut ensuite interdite car jugée trop nocive et à faible utilité thérapeutique. (Salomon L. 2010)

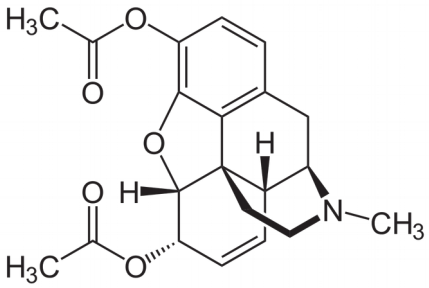

Figure 4 : Structure chimique de l'héroïne

L'héroïne est détectable dans la salive dans les 12 h, dans le sang dans les 24 h et dans les urines de 24 à 48 h. Elle pénètre plus rapidement la barrière hémato-encéphalique que la morphine et aura ainsi plus de répercussions sur le cerveau que la morphine, même si sa demi-vie est de cinq minutes contre vingt minutes pour la morphine. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017)

Cette drogue fait partie de la famille des opiacés. Elle se distingue sous trois formes. La première forme est une poudre blanche/beige très pure et fine, c'est l'héroïne blanche. Elle contient en général 5 % d'héroïne pure mélangée à d'autres substances telles que de la caféine, du mannitol, du lactose, du plâtre, du talc, du paracétamol, etc. La deuxième forme est une poudre brune/grise qui a une forme granuleuse, c'est l'héroïne brune, encore appelé « brown-sugar ». Elle contient 30 à 50 % d'héroïne pure elle aussi mélangée à d'autres substances telles que de la caféine, de la quinine, de l'aspirine. Enfin, la troisième forme est une sorte de goudron noir qui peut être liquide ou solide. (Drogues-Dépendance 2015)

Figure 5 : Héroïne blanche, brune et goudron

L'héroïne peut être consommée de différentes manières. Elle est souvent utilisée sous forme injectable par voie intraveineuse, il s'agit du « shoot ». La poudre blanche est mise dans une cuillère dans laquelle on ajoute de l'eau et on mélange. La poudre brune, elle, est plutôt mélangée avec du vinaigre ou du jus de citron. Cette préparation est ensuite injectée le plus souvent dans le bras à l'aide d'un garrot. Elle met peu de temps à agir (moins d'une minute). Elle peut aussi être prise par voie nasale, il s'agit du « sniffing ». On dispose la poudre en un trait bien droit et en se bouchant une narine on inspire la poudre avec l'autre narine. Enfin, elle peut être consommée par voie pulmonaire sous forme d'inhalation : « on chasse le dragon ». On la dispose sur une feuille d'aluminium et à l'aide d'un briquet on chauffe le dessous. Une évaporation a lieu et le sujet inhale la drogue. Elle peut aussi être fumée avec du tabac en cigarette. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017)

En 2004, en France, le nombre d'expérimentateur à l'héroïne dans la classe des 18-75 ans est évalué à 300 000 personnes dont 160 000 personnes ont un usage fréquent alors qu'en 2014, le nombre est estimé à 600 000 personnes avec un nombre plus élevé chez les hommes (2,5 % chez les hommes contre 0,6 % chez les femmes). (Drogues-Dépendance 2015) (Horel S., Lentin JP. 2005)

2.1.2. Pharmacologie

L'héroïne est un agoniste opiacé. C'est un analgésique doublé d'effets anxiolytiques ou un antidépresseur, avec un fort pouvoir addictif. Son mécanisme d'action va endommager le mécanisme du circuit de la récompense dans le cerveau. En effet, elle s'attache aux récepteurs aux opiacés qui sont fabriqués physiologiquement par le corps humain. Cette action va libérer indirectement de la dopamine dans le noyau *accumbens*. Ces récepteurs aux opiacés se situent dans différentes parties de l'organisme telles que le circuit de la récompense, l'hippocampe, l'hypothalamus, les amygdales, la région de la douleur.

Les neurones fabriquent du GABA qui est un neurotransmetteur ayant pour action de freiner la libération de dopamine par les neurones dopaminergiques. Lorsqu'un sujet prend de l'héroïne, celle-ci se lie aux récepteurs aux opiacés qui sont sur le neurone fabriquant du GABA. Ainsi, elle empêche la liaison du GABA et donc freine son rôle. Le GABA a donc de plus en plus de mal à maîtriser la libération de dopamine, ce qui conduit à une augmentation de dopamine par les neurones

dopaminergiques dans la synapse. La dopamine étant l'hormone du plaisir, le sujet est dans la phase de plaisir immense, et le sentiment de douleur autant psychique que physique disparaît. Il s'agit du flash après une injection d'héroïne. (Salomon L. 2010) (Horel S., Lentin JP. 2005)

Les récepteurs aux opiacés se regroupent en trois groupes : les récepteurs mu, delta et kappa. Ils sont différents selon la drogue ou selon le peptide opioïde endogène avec, d'une part les béta-endorphines et les endomorphines qui stimulent les récepteurs mu, d'autre part les enképhalines qui stimulent les récepteurs delta. (Grieu S. 2014)

Ainsi, les récepteurs aux opiacés ont un rôle primordial dans la gestion de la douleur et dans la recherche d'un plaisir supprimant cette douleur. (Salomon L. 2010) (Horel S., Lentin JP. 2005)

2.1.3. Consommation dans la population générale et conséquences

Les effets d'une prise d'héroïne se manifestent suivant quatre étapes. La première se nomme « rush », c'est la phase qui suit l'injection. Elle correspond au sentiment de bien-être immense, de plaisir extrême. La deuxième étape, qui se nomme « high », correspond à la phase où le sujet jouit de ce bien-être pendant le maximum de temps qu'il peut. La troisième étape correspond à la sédation, le sujet se sent endormi et s'évade du réel, il s'agit du détachement. La dernière étape correspond à la disparition des effets de l'héroïne dans le corps mais il ne ressent pas encore de privation, il s'agit de la descente. (Salomon L. 2010)

La consommation d'héroïne entraîne également des effets délétères ou toxiques. Peu après la prise, le toxicomane ressent une sensation de chaleur, des nausées et vomissements, des vertiges, une sécheresse de la bouche, parfois des démangeaisons, un myosis. Ensuite, le sujet s'endort et les activités cérébrales, cardiaques et respiratoires diminuent avec une dépression respiratoire, voire une dyspnée, et au niveau cardiaque, une hypotension artérielle, des anomalies du rythme, un arrêt cardiaque, une dilatation veineuse et artérielle. On remarque aussi une diminution de la diurèse, des effets hormonaux avec des changements de cycle menstruel voire une disparition des règles. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017) (Lejoyeux M. 2013)

Lorsque les prises sont répétées, un état toxicomaniaque s'installe et des effets vont se manifester : anomalies bucco-dentaires, constipations, troubles sexuels, baisse de l'appétit, problèmes osseux et musculaires, fragilisation de l'immunité... Au niveau psychologique, le sujet peut avoir des problèmes d'attention, de mémoire et de sommeil. (Drogues-Dépendance 2015)

La tolérance survient par stimulation répétée des récepteurs à la dopamine. Le toxicomane ressent alors de nouveau la souffrance qu'il avait au début voire amplifiée. Pour retrouver de nouveau le sentiment de bien-être, il va augmenter alors la dose de drogue et la fréquence de la prise.

Si le sujet veut arrêter l'héroïne, il va devoir faire face au syndrome de sevrage. Chaque sujet réagit différemment et les effets qu'il ressent varient selon la fréquence de la consommation, la quantité et la qualité de la drogue. L'héroïne est une drogue entraînant une très forte dépendance. Le syndrome de sevrage peut se manifester par divers effets physiques et psychiques. Dans un premier temps, on note des larmoiements, une rhinorrhée, une mydriase, une hypersudation puis de la nervosité, des insomnies, des frissons mais aussi des excès de chaleur, des algies musculaires et osseuses, des vomissements, des diarrhées, des douleurs abdominales, une augmentation de la fréquence respiratoire et cardiaque. (Lejoyeux M. 2013)

En outre, la consommation d'héroïne peut entraîner une overdose avec un risque létal par dépression respiratoire et encombrement bronchique. L'overdose doit être rapidement prise en charge. Elle peut donc être due à une consommation trop importante d'héroïne, ou lorsqu'un héroïnomane rechute après avoir été longtemps dans une période d'arrêt, ou encore lorsque la consommation se fait avec de l'alcool ou avec des médicaments qui amplifient l'effet de l'héroïne sur le corps. Elle se caractérise par plusieurs effets cliniques possibles tels qu'un coma extrême, un myosis, une peau très pâle, une dépression respiratoire, une hypotension, des convulsions, des douleurs musculaires et dans les cas extrêmes la mort. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017)

Par ailleurs, les injections répétées vont entraîner des lésions cutanées et vasculaires. S'ouvre alors une porte d'entrée à d'éventuelles infections de la peau comme des œdèmes et des abcès mais aussi des infections des dents, des poumons, du cœur (endocardite par exemple). Le sujet prend aussi le risque de ne

pas tolérer l'héroïne et d'avoir une hypersensibilité à celle-ci. Enfin, les sujets ont parfois tendance à se partager les seringues d'injection de l'héroïne d'où un risque de transmission de virus tels que l'hépatite B et C, le VIH ou d'autres maladies.

Le dernier risque à remarquer est la désocialisation du sujet consommant l'héroïne car elle le pousse à consommer toujours plus, plus souvent et cela lui fait oublier tous ses problèmes. Il en oublie sa famille, son travail et ne pense qu'à la drogue qu'il doit se procurer, se payer malgré le coût excessif sur le marché, le poussant parfois à commettre des délits pour détenir sa drogue. (Drogues & dépendance 2006) (Grieu S. 2014)

2.1.4. Conséquences chez la femme enceinte

La consommation d'héroïne chez la femme provoque une disparition des règles, c'est l'aménorrhée. Cela est dû à un dysfonctionnement d'hormones à cause de la prise de la drogue. Ce dysfonctionnement peut être soit un problème de sécrétion de la prolactine qui augmente de façon anormale, soit un problème de sécrétion des gonadotrophines qui diminuent anormalement aussi. Ce problème peut empêcher aux femmes toxicomanes de connaître l'existence de leur grossesse, ou de la connaître tardivement. Cela peut empêcher de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse si c'était le désir de la femme toxicomane ou cela peut l'empêcher de suivre sa grossesse qui est à risque et qui demande un suivi régulier.

La consommation d'héroïne durant la grossesse d'une femme peut avoir des conséquences non négligeables sur l'évolution de la grossesse. En effet, cette consommation peut provoquer des fausses couches, encore appelées avortements involontaires, qui sont très nombreuses chez ces femmes toxicomanes. Elle peut provoquer aussi des accouchements prématurés. Ceci est dû aux contractions utérines déclenchées par les états de manque, mais aussi par des problèmes quotidiens que rencontrent ces femmes au mode de vie précaire qui ne suivent pas correctement leur grossesse avec tous les examens que cela implique, avec la supplémentation en fer, avec l'apport nutritionnel adapté d'une femme enceinte, avec leurs autres toxicomanies (alcool, tabac, autres drogues).

Cette consommation peut amener à d'autres problèmes obstétricaux tels que le recours très fréquent à la césarienne ou des aides à l'accouchement. En effet, la césarienne est envisagée lorsque la femme fait succéder les prises de drogue puis

les périodes d'abstention avec le retour du manque. Le bébé souffre de manière chronique. Il bouge beaucoup plus pendant ces moments de manque, il a donc plus de besoin en oxygène, c'est sa façon d'exprimer sa souffrance. De plus, on a vu que les épisodes de manque chez la mère étaient une source de contraction importante de l'utérus et ceci provoque une circulation anormale du placenta en ce qui concerne les apports en oxygène et nutriments. Le bébé se sent anxieux et il est préférable d'intervenir par le biais de la césarienne pour le sortir de cette situation désagréable, voire dangereuse, car cette anxiété peut parfois être létale pour le bébé. (Ferraro 1998) (Franchitto MC., Peyrefort E., Tellier G.)

2.1.5. Conséquences chez le fœtus

La consommation d'héroïne n'aboutit pas à des malformations chez le fœtus mais peut toutefois avoir de lourdes conséquences de par son passage au travers du placenta. Lorsque la mère toxicomane reçoit une dose d'héroïne, une partie va parvenir au fœtus et va principalement se localiser au niveau de son foie et ensuite être éliminé par les reins d'où sa détection dans le liquide amniotique. Cette atteinte du fœtus peut provoquer chez lui un retard de croissance intra-utérin (RCIU), qui peut aussi être dû aux problèmes sociaux cités précédemment.

Enfin, cette consommation peut aussi provoquer chez le fœtus un syndrome de sevrage intra-utérin. Le fœtus se sent particulièrement déstabilisé voire anxieux. Il subit une sensation désagréable de manque, comme expliqué précédemment. (Ferraro 1998) (Franchitto MC., Peyrefort E., Tellier G.)

2.1.6. Conséquences chez le bébé

La consommation d'héroïne aboutit à des problèmes chez le bébé tels qu'un retard de croissance intra-utérin expliqué précédemment, ainsi qu'une prématurité qui aboutit à des bébés avec un poids de naissance très petit de l'ordre de 2 kg 200 à 2 kg 600.

De même, cette consommation peut aboutir à un syndrome de sevrage chez le bébé qui peut durer des heures à plusieurs jours. Cela dépend des quantités prises par la mère, de la prise d'autres substances ainsi que de la sévérité de la toxicomanie de la mère. C'est un syndrome très fréquent chez le bébé à la naissance. Ce sentiment de manque se traduit par divers symptômes tels qu'une

grande nervosité, une hyperactivité, des tremblements, des pleurs incessants, une diarrhée, une fièvre, des vomissements, une polypnée avec parfois des apnées qui peuvent entraîner la mort du bébé à cause de sa difficulté à respirer tout seul. (LECRAT 2018)

Même si l'héroïne n'est pas tératogène, sa consommation peut provoquer des malformations congénitales si elle est associée à une prise concomitante d'alcool ou de médicaments avec notamment des malformations du circuit respiratoire, du visage, du circuit digestif.

De plus, la consommation d'héroïne par la voie intra-veineuse ou les rapports sexuels à risque sont des sources de contamination par des infections virales et bactériennes telles que l'hépatite B, C, le VIH. La mère contaminée peut transmettre le virus ou la bactérie au bébé pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement. Ceci aura des répercussions sur la vie du bébé.

Enfin, sa consommation peut provoquer chez l'enfant des problèmes neurologiques et comportementaux, et cela dépend du mode de vie de la mère après la grossesse aboutissant parfois à des placements si elle n'a pas mis un terme à sa vie de toxicomane. Ces enfants sont souvent prédisposés à des difficultés d'attention dans leur vie, ainsi qu'à une susceptibilité aux problèmes sociaux voire aux problèmes de toxicomanie. Tout cela est dépendant du sujet, de leur mère et de sa toxicomanie, etc. Il existe des enfants pour qui le développement intellectuel est le même que pour des enfants de la population générale, c'est très variable. (Ferraro 1998)

2.2. Cocaïne

2.2.1. Définitions

La cocaïne est extraite à partir des feuilles de Coca, un arbre d'Amérique du Sud, *Erythoxylum coca*, donc le principe actif est la cocaïne, un alcaloïde et dont la famille est « Erythoxylaceae ».

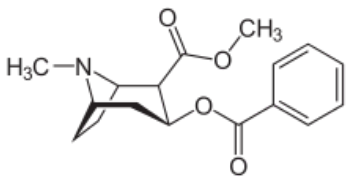

Figure 6 : Structure chimique de la cocaïne

Elle fut découverte pour la première fois au XIXème siècle en Amérique du Sud par des Péruviens ou encore par des Colombiens qui mâchaient ses feuilles pour leurs propriétés excitantes. Puis vers le milieu du XIXème siècle, elle fut utilisée à but thérapeutique comme traitement de substitution de la morphine ou de l'alcool, mais elle fut ensuite interdite car elle était jugée trop nocive et à fort risque de dépendance. (Salomon L. 2010) (Karila L. 2009)

La cocaïne est détectable dans le sang jusqu'à un jour après la consommation, dans les urines jusqu'à quatre jours pour les consommateurs ponctuels, et jusqu'à dix jours pour les consommateurs réguliers. Elle pénètre la barrière hémato-encéphalique et aura ainsi des répercussions sur le cerveau mais aussi sur le cœur, les reins, le foie, le placenta, etc. Elle a une demi-vie d'environ 40 minutes. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017) (Lejoyeux M. 2013)

Cette drogue se différencie en trois formes. La première forme est une poudre blanche sans odeur qui forme des sortes de boule de neige, des flocons, il s'agit du chlorhydrate de cocaïne. Elle contient en général 0 à 15 % de cocaïne pure. Cette poudre peut être sniffée soit directement avec le nez, soit à l'aide d'une paille par inspiration de la drogue, placée de façon linéaire sur un support plat. En 2 minutes environ, le sujet commence à ressentir les effets. Elle peut aussi être injectée par voie intra-veineuse, mélangée avec une autre substance telle que l'héroïne par exemple, cela s'appelle le « speed ball », c'est instantané. La deuxième forme est une sorte de pâte de coca, aussi appelée « basuco ». Elle contient jusqu'à 45 % de cocaïne pure. Elle est fumée, mélangée avec du tabac sous forme de cigarettes par exemple. Enfin, la troisième forme est le crack, encore appelé « free base », il s'agit de cristaux, de cailloux durs, presque composé que de cocaïne pure et est souvent mélangé à de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude pour être fumé par des cigarettes ou inhalé. C'est la forme avec l'effet le plus important. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017)

Figure 7 : Cocaïne poudre, pâte et crack

En 2004, en France, le nombre d'expérimentation à la cocaïne dans la classe des 18-75 ans est évalué à 2 % et 850 000 personnes l'ont déjà essayé alors qu'en 2014, le nombre est estimé à 2,2 millions de personnes avec un nombre plus élevé chez les hommes (8,3 % contre 3,1 %). (Drogues-Dépendance 2015) (Horel S., Lentin JP. 2005)

2.2.2. Pharmacologie

La cocaïne est un psychostimulant, le sujet gagne en énergie et enlève le sentiment de fatigue mais au fur et à mesure la dépendance s'installe si le produit est abusé. Cela dépend évidemment de la quantité, de la qualité de la drogue, de la personne. Elle a pour mécanisme d'action de bloquer la recapture de la dopamine dans l'espace synaptique dans le système nerveux central et plus précisément dans le noyau *accumbens* mais aussi dans l'hippocampe, le thalamus et les amygdales.

Physiologiquement, un premier neurone va envoyer un message à un deuxième neurone. Dans le premier neurone, se trouve une vésicule qui contient un neurotransmetteur, la dopamine. Cette vésicule évolue dans le neurone et arrive au bout pour relâcher la dopamine dans la synapse. La dopamine va ensuite exciter les récepteurs dopaminergiques présents sur le deuxième neurone, qui reçoit donc l'information, et d'autres dopamines seront reprises par des transporteurs de la dopamine au niveau de l'extrémité du premier neurone. Ainsi lorsqu'un sujet prend de la cocaïne, celle-ci supprime l'action de ces transporteurs de dopamine. La reprise ne peut donc plus avoir lieu et la dopamine va se concentrer dans la synapse. Ainsi, elle va exciter les récepteurs dopaminergiques constamment. La prise de cocaïne génère donc un sentiment de plaisir extrême, de satisfaction, de joie et aussi d'une grande attention. (Salomon L. 2010) (Horel S., Lentin JP. 2005)

2.2.3. Consommation dans la population générale et conséquences

La consommation de la cocaïne se différencie en trois étapes. La première se nomme « rush » et correspond à l'étape de grande joie, de grande gaieté. La deuxième étape se nomme « high » et correspond au sentiment de bien-être immense, de plaisir extrême. Enfin, la troisième étape se nomme « crash » et correspond à la descente, les sentiments agréables disparaissent et font place aux sentiments désagréables tels qu'une déprime. (Salomon L. 2010)

Lorsqu'il consomme de la cocaïne, le sujet ressent les premiers effets. Cela commence par un enthousiasme très important, une insensibilité à la fatigue, une agréable sensation de se sentir intelligent, puissant et capable de réaliser de grande chose, la confiance en soi grandi, il pense très rapidement à pleins d'idées, ses envies sexuelles sont augmentées. Cependant, à côté de cela, il peut rencontrer des difficultés à dormir, être irritable, s'emporter facilement, avoir moins envie de manger, avoir une mydriase, une hyperthermie, une sécheresse buccale, une tachycardie, avoir envie de vomir et avoir des troubles musculaires tels que des crampes par exemple, être dépressif, agressif au moment de la descente, et enfin il peut aussi devenir dépendant. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017) (Drogues-Dépendance 2015) (Lejoyeux M. 2013)

Lorsque la prise se répète, le sujet devient dépendant et la cocaïne a alors des conséquences néfastes sur le corps. En effet, les complications dues à la prise de ce produit sont nombreuses. Tout cela est évidemment variable selon les sujets, la dose prise et la qualité.

Tout d'abord des complications professionnelles et sociales sont visibles, telles qu'un manque de responsabilité au travail, à l'école ou même au domicile, des problèmes avec l'entourage et de tout cela en découle donc des complications financières, et ainsi des difficultés à se procurer la drogue et à tout faire pour en obtenir de nouveau. A cela s'ajoute des problèmes parfois judiciaires qui vont de l'usage du produit aux délits ou fautes réalisées pour se le procurer. Des complications sur la santé peuvent aussi commencer lorsque l'usage du produit se répète beaucoup. Il peut rencontrer des problèmes physiques tels que des symptômes comme la fièvre, des problèmes d'érection ou des dérèglements

hormonaux mais aussi beaucoup plus grave tels qu'une vasoconstriction sanguine et une circulation catastrophique jusqu'aux organes. En découle donc des grandes hypertensions, des problèmes de rythme, des infarctus du myocarde et des angors qui peuvent s'altérer rapidement en cardiopathie à vie. La circulation est aussi altérée vers les poumons et cela peut engendrer des œdèmes, des pneumothorax. A cela s'ajoute des problèmes cérébraux tels que des convulsions possibles voire même des accidents vasculaires cérébraux. Au niveau du nez, la cocaïne peut endommager les fosses nasales causant des rhinites incessantes voire une porte d'entrée à des infections. Il peut aussi survenir des complications psychiques telles que des problèmes de comportements, des problèmes de mémoire et de concentration, des problèmes à faire des choix rapides. A cela s'ajoute des états dépressifs parfois allant jusqu'au suicide, des délires paranormaux, des anxiétés qui se manifestent, une bipolarité, des phobies sociales, etc. Lorsque le produit est injecté ou même lorsque le produit est sniffé (paille prêtée entre les individus), il existe les mêmes risques qu'avec l'héroïne c'est-à-dire des abcès, des ouvertures à d'éventuelles infections comme le VIH ou les hépatites. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017) (Lejoyeux M. 2013)

Avec la répétition des prises, il survient la tolérance, expliquée antérieurement, et le syndrome de sevrage. En effet, pour la cocaïne, le sevrage se fait ressentir par l'étape du « craving », c'est l'étape qui suit la descente. Elle correspond à une envie incessante de la drogue, il est obnubilé par la drogue, tout lui fait penser à elle. S'il ne réussit pas à passer outre cette souffrance, il va être poussé à reprendre le produit par n'importe quel moyen voire à commettre des infractions. Au contraire, s'il arrive à passer outre la souffrance du « craving », il va devoir faire face au sevrage. Il se traduit par de grandes difficultés à dormir, une déprime, une grande fatigue, des troubles de l'attention, une faim. (Lejoyeux M. 2013)

Tout comme pour l'héroïne, des overdoses peuvent avoir lieu avec la cocaïne à doses élevées et peuvent être dues aussi à une addition d'autres drogues comme l'héroïne, l'alcool, la morphine, des médicaments. Celles-ci peuvent se manifester par de simples symptômes allant d'une polypnée, de troubles digestifs, d'une hypersudation, à de graves problèmes tels que des interruptions respiratoires, cardiaques ou cérébrales pouvant conduire à la mort de l'individu. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017)

2.2.4. Conséquences chez la femme enceinte

La cocaïne est un puissant vasoconstricteur et sa consommation chez la femme enceinte peut provoquer des dysfonctionnements cardiaques tels que des troubles du rythme, une hypertension artérielle voire un infarctus du myocarde ; des dysfonctionnements respiratoires tels qu'une dyspnée, une toux, un asthme voire une pneumonie ; des dysfonctionnements endocriniens tels qu'une augmentation de la glycémie par exemple ; des dysfonctionnements neurobiologiques tels que des convulsions voire un accident vasculaire cérébral ; des dysfonctionnements hématologiques tels qu'une phlébite par exemple ; des dysfonctionnements hépatiques tels qu'une augmentation des transaminases par exemple.

Cette consommation peut amener à d'autres problèmes obstétricaux tels qu'une fausse couche spontanée ou un mort-né, une menace d'accouchement prématuré par la rupture des membranes, une quantité importante de contractions utérines, parfois des décollements de placenta, des hématomes rétroplacentaires, des déchirures de l'utérus. (Ferraro 1998) (Franchitto MC., Peyrefort E., Tellier G.)

2.2.5. Conséquences chez le fœtus

La cocaïne est tératogène à cause de son action vasoconstrictrice et provoque des malformations chez le fœtus au niveau du cœur qui peut donner des troubles du rythme, une mauvaise circulation sanguine ; des malformations de l'appareil urinaire (vessie et uretères) ; des malformations cérébrales (SNC) ; des malformations digestives pouvant aboutir à des ulcères ; et des anomalies au niveau du squelette et plus précisément au niveau des membres.

De plus, la cocaïne qui atteint le fœtus peut provoquer chez lui un retard de croissance intra-utérin (RCIU) et surtout au niveau du tour de crâne.

Enfin, cette consommation peut aussi provoquer chez le fœtus un syndrome de sevrage intra-utérin mais moins important qu'avec l'héroïne, il se sent mal et peut aussi être en manque comme la maman. (Ferraro 1998) (Franchitto MC., Peyrefort E., Tellier G.)

2.2.6. Conséquences chez le bébé

La cocaïne est source de prématurité chez le bébé avec un poids de naissance faible, souvent inférieur à 2 kg 500. Des morts subites ont été révélées chez des bébés dont la maman avait consommé de la cocaïne.

Comme chez le fœtus la cocaïne aboutit souvent à un petit syndrome de sevrage chez le bébé qui diminue en quelques jours. Les symptômes sont une nervosité, une baisse du sommeil, une température élevée, des problèmes pour le nourrir, une tachycardie.

De plus, la prise de cocaïne par la voie intra-veineuse ou les rapports sexuels à risque sont des portes d'entrée pour des infections virales et bactériennes telles que l'hépatite B, C, le VIH. La mère contaminée peut donner le virus ou la bactérie au bébé durant la grossesse ou l'accouchement.

Enfin, sa consommation peut provoquer chez l'enfant des problèmes comportementaux et intellectuels, et cela dépend du mode de vie de la mère, mais aussi des problèmes neurologiques du fœtus durant la grossesse comme les accidents vasculaires cérébraux par exemple. Cela est différent selon les enfants, selon leur mère et son addiction. (Ferraro 1998) (LECRAT 2009)

2.3 Cannabis

2.3.1. Définitions

Le cannabis, encore appelé chanvre, est une plante originaire d'Asie dont le principe actif est le delta 9-tétrahydrocannabinol (THC) et dont la famille est « Cannabaceae ». Il existe deux sortes de cannabis, le premier est le *Cannabis sativa* qui est utilisé comme textile pour des habits grâce à leurs fibres ; puis le deuxième est le *Cannabis indica* qui est utilisé pour ses vertus médicales plutôt. Le chanvre indien est contenu dans les plantes femelles seulement qui ont donc d'abord été produites en Asie puis exporter ensuite en Europe. Ses vertus médicinales ont été découvertes en Chine puis utilisées aussi en Inde pour célébrer des cérémonies religieuses. (Salomon L. 2010)

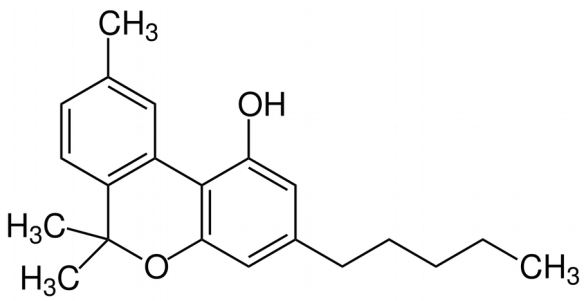

Figure 8 : Structure chimique du cannabis

Le cannabis est détectable dans la salive pour dépister un usage récent par exemple, il est détectable environ 8 h après la prise ; puis aussi dans le sang pour dépister également un usage récent, il est détectable environ 2 h après la prise ; dans les urines qui peut être dépisté dans les jours ou les semaines après la conso et enfin dans les cheveux qui lui aussi est détectable plusieurs semaines. Ces données sont variables en fonction de chaque individu et de sa consommation. Il pénètre la barrière hémato-encéphalique et aura ainsi des répercussions importantes. Elle a une demi-vie d'environ 1 semaine. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017) (Lejoyeux M. 2013)

Le cannabis se distingue en trois formes. La première forme est une herbe, encore appelée « marijuana » ou « beuh ». Sous cette forme, toute la plante est séchée : les feuilles, la tige et les fleurs. Elle peut renfermer jusqu'à 5 % de THC. Elle se fume mélangée avec du tabac par exemple avec une pipe ou avec des cigarettes, c'est ce que l'on nomme « joint » ou « pétard ». Elle peut aussi se consommer sous forme de nourriture à ingérer comme des gâteaux par exemple ou par des infusions. La deuxième forme du cannabis est la résine, encore appelée « haschisch » ou « shit » ou « chichon », qui est obtenue à partir des fleurs. Cela ressemble à une sorte de bâton dur jaune, vert ou noir. Elle renferme jusqu'à 20 % de THC. Cette forme est écrasée et ensuite mise avec du tabac le plus souvent par le moyen de cigarettes aussi. La troisième forme est l'huile de cannabis, un extrait fluide obtenu grâce à un mélange de résine dans de l'alcool. C'est la forme qui renferme le plus de THC, jusqu'à 50 %. Elle se consomme à l'aide de bangs qui sont des sortes de pipe à eau. La résine est mélangée avec de l'alcool ou de l'eau et placée dans le bang. Le consommateur va donc pouvoir inhaler la fumée qui sort du bang lorsqu'on le chauffe. (Salomon L. 2010) (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017)

Figure 9 : Cannabis en herbe, résine et huile

Le cannabis est la drogue illicite la plus prise en France. En 2004, en France, le nombre d'expérimentation dans la classe des 18-75 ans est évalué à 23 %. En 2011, le nombre d'expérimentation est passé à 33 % pour les adultes dont 2 % sont des consommateurs fréquents. (Drogues-Dépendance 2015) (Horel S., Lentin JP. 2005)

2.3.2. Pharmacologie

Le cannabis est un psychotrope ayant des propriétés analgésiques, il retire le sentiment de douleur et entraîne un endormissement. Cela est variable selon les sujets, la qualité et la quantité de cannabis consommée. Son action analgésique se fait au niveau du cerveau, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique.

Le cannabis a pour rôle d'accroître la prolifération de la dopamine dans le noyau *accumbens* aussi. En effet, un neurone envoie un message à un autre. La drogue va donc aller d'un neurone à un autre. Elle va aller se mettre sur les récepteurs cannabinoïdes d'un neurone. Il existe deux types de récepteurs, les CB1 et les CB2. Les CB2 agissent sur le système immunitaire et les CB1 agissent sur le système nerveux central et périphérique. Les CB1 agissent sur le cerveau et plus précisément sur le système limbique tel que le noyau *accumbens* et ainsi provoquent une libération de dopamine entraînant une sensation agréable tout comme pour l'héroïne et la cocaïne et ainsi la douleur disparaît. Il agit aussi sur l'hippocampe ce qui détériore à long terme la mémoire ; sur le cervelet ce qui peut entraîner des troubles moteurs. Elle agit aussi sur le cortex, ce qui modifie la vision, le goût ou encore l'attention.

Il existe des cannabinoïdes endogènes dans le cerveau. Le premier est l'anandamine et a donc pour propriétés d'être analgésique. (Salomon L. 2010) (Horel S., Lentin JP. 2005)

2.3.3. Consommation dans la population générale et conséquences

Lorsqu'il consomme du cannabis, le sujet ressent les premiers effets. Cela commence par un plaisir, une satisfaction, une envie de rigoler facilement, un apaisement, une analgésie, une perturbation sensorielle sur le son avec un sentiment agréable d'écouter de la musique, de regarder des images, du toucher, le temps paraît plus long, une impression d'être sur un nuage, une aisance à parler avec d'autres personnes.

Cependant, à côté de cela, sa consommation peut entraîner des diminutions de l'attention, des problèmes digestifs tels que des nausées, vomissements ou diarrhées, des yeux rouges, une mydriase, une sécheresse de la bouche des endormissements, une grande faim, des céphalées, des troubles rythmiques du cœur, des inflammations des bronches, des problèmes de mémoire immédiate et dans certains cas conduire à des sensations d'étourdissement, d'étouffement, de délire qui se nomme « bad trip ».

Le sujet répète sa prise de cannabis et cela va provoquer des effets néfastes sur son corps. Ces effets varient selon le sujet, la quantité prise et la qualité du cannabis. Tout d'abord des complications sociales et professionnelles sont perceptibles, telles que des conflits avec l'entourage liés souvent à la baisse de concentration à l'école, à une chute des notes, à une disparition de motivation et d'ambition, de même pour le travail qui peut parfois aboutir au chômage. A cela s'ajoute souvent des problèmes économiques pour se procurer la drogue et amenant parfois à commettre des prêts d'argent, voire des vols ou délits, des plantations au domicile de cannabis qui est une drogue illégale en France et qui peuvent donc conduire à des complications avec la justice. Des complications sur la santé sont aussi perceptibles lorsque la prise se répète. Il peut rencontrer des problèmes physiques tels que des problèmes digestifs, une tachycardie, une augmentation de la tension artérielle pouvant entraîner des problèmes de rythme cardiaque ou de fibrillations voire d'arrêts cardiaques. Sa prise, à cause du goudron, peut aussi entraîner des problèmes pulmonaires par bronchodilatation comme des pneumothorax, des toux, des bronchites aiguës qui deviennent chroniques, cela se nomme broncho-pneumopathie chronique obstructive et dans les cas graves conduit

à des cancers du poumon. Des cancers du pharynx, de la trachée, de la langue sont également possibles.

Avec les problèmes sur la santé, apparaît les problèmes psychiques comme une diminution de l'attention avec une augmentation du risque d'accidents de la circulation ou de l'usage de machines dans certains métiers. D'autres complications peuvent survenir telles qu'une dépression, une anxiété, voire des hallucinations, des délires, des attaques de panique qui peuvent parfois être les premiers signes d'une schizophrénie, d'une paranoïa dans certains cas.

Lorsqu'un sujet dépendant désire arrêter le cannabis, il va devoir faire face au syndrome de sevrage. On note alors une agressivité, des énervements, des sensations désagréables comme un stress, une hypersudation, des céphalées, une diminution du poids, des problèmes de sommeil, une dépression, des maux de ventre et des tremblements. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues 2017) (Drogues-Dépendance 2015) (Lejoyeux M. 2013)

2.3.4. Conséquences chez la femme enceinte

Très peu de données existe sur les effets du cannabis sur la grossesse cependant on sait que le cannabis est la drogue la plus consommée chez la femme enceinte mais elle est souvent prise en plus de l'alcool, du tabac, d'autres drogues ou de médicaments. Il passe dans la circulation par le placenta mais n'est pas tératogène. Il ne conduit pas à des malformations mais il peut amener à des hématomes rétro-placentaires voire à des avortements spontanés ou à des accouchements précoces et plus courts. (Ferraro 1998) (Franchitto MC., Peyrefort E., Tellier G.) (Mazurier E. 2012)

2.3.5. Conséquences chez le fœtus

Le cannabis peut amener chez le fœtus un retard de croissance intra-utérin à cause du monoxyde de carbone qui passe dans le sang du fœtus et diminue son oxygénation. (Ferraro 1998) (LECRAT 2018)

2.3.6. Conséquences chez le bébé

La consommation de cannabis peut aboutir à une prématurité qui donne des bébés avec un petit poids de naissance, une petite taille ou un petit tour de crâne.

La consommation de cannabis ne provoque pas de syndrome de sevrage chez le bébé mais un faible stress dû aux manques comme des tremblements, une faible intensité des pleurs, des difficultés à réagir aux tests visuels, des problèmes de sommeil et de rythme qui disparaissent en un mois.

Plus tard, ces enfants peuvent rencontrer des difficultés à l'école notamment à cause de problèmes d'attention, d'écoute. Ils ont une tendance à être turbulents voire parfois à ressentir un mal-être, une anxiété. (Ferraro 1998) (Presles P 2005)

2.4. Tabac

2.4.1. Définitions

Le tabac est extrait à partir des feuilles de tabac, une plante d'Amérique centrale, *Nicotiana tabacum*, dont le principe actif est la nicotine (alcaloïde végétal) et dont la famille est « Solanaceae ».

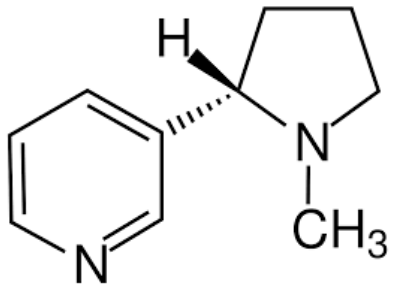

Figure 10 : Structure chimique du tabac

Il fut découvert au XVème siècle en Amérique, les incas l'utilisé pour des cérémonies religieuses et ce fut Christophe Colomb qui l'expédia en Europe et ce fut le prêtre Thévet qui le rapporta en France. Jean Nicot, un ambassadeur de la France, découvrit les propriétés du tabac en donnant à Catherine de Medicis une poudre de tabac qui permettait de traiter les migraines de son fils. C'est Richelieu qui a mis en place une taxe sur le tabac au XVIIème siècle. Enfin au XIXème siècle la cigarette est inventée et faite de feuilles séchées de tabac. (Salomon L 2010)

La nicotine est détectable dans le sang, la salive, le lait, les urines, la sueur et les cheveux. Elle a une demi-vie d'environ 30 min à 2 h. Le tabac existe sous plusieurs formes : la cigarette, la pipe, le cigare, le tabac à rouler, la chicha sont fumés tandis que le « snus » ou d'autres tabacs se mâchent. Autrefois, elle était aussi sniffée sous forme de poudre. (Lejoyeux M. 2013)

Figure 11 : Tabac sous forme de cigarette, pipe, cigare

En 2004, en France, le nombre d'expérimentateur est de 34,2 millions dont 13 millions en prennent tous les jours soit environ 25 % des 15-75 ans avec 33 % des hommes contre 26 % des femmes alors qu'aujourd'hui on en dénombre 16 millions soit 32 % des 15-75 ans avec 36 % des hommes contre 28 % des femmes. (Horel S., Lentin JP. 2005) (Nicorette, comprendre le tabagisme 2018)

2.4.2. Pharmacologie

Le tabac possède des propriétés diminuant l'anxiété, la sensation de faim et améliorant les capacités intellectuelles et de concentration. Ceci est variable selon la personne, ses quantités fumées et la qualité du tabac.

La nicotine du tabac prend le même trajet que l'acétylcholine, le neurotransmetteur de la mémoire. Celle-ci stimule les récepteurs muscariniques, cholinergiques et nicotiniques. La nicotine va reproduire les effets de l'acétylcholine c'est-à-dire stimuler les mêmes récepteurs et donc accroître la sortie de dopamine et ressentir un bien-être. Lorsqu'un sujet ne fume plus, il n'absorbe plus de nicotine et il y a une baisse de dopamine dans le noyau *accumbens* et donc la sensation de bien-être disparaît pour faire place à l'anxiété et le stress. L'acétylcholine est le neurotransmetteur de la mémoire dans l'hippocampe et dans la maladie d'Alzheimer, les médicaments ont pour but d'éviter cette fuite d'acétylcholine. La nicotine, elle, a pour rôle d'endommager l'hippocampe et d'aggraver les pertes de mémoire.

De plus, la nicotine a une autre action pharmacologique. Elle joue le rôle d'inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO). Elle entraîne donc la chute de la MAO qui, elle, a pour rôle physiologique de détruire la dopamine. Ainsi, en inhibant cette enzyme, il y a une grande quantité de dopamine dans le cerveau et donc une sensation de bien-être qui pousse à l'addiction au tabac. Elle a aussi la même action que les antidépresseurs IMAO qui baissent la dépression et améliorent l'humeur. (Salomon L. 2010) (Horel S., Lentin JP. 2005)

2.4.3. Consommation dans la population générale et conséquences

Le tabac fait ressentir aux individus en premier temps un sentiment de bien-être, une disparition du stress et une baisse de la faim et amène à des soucis comme une toux, une hypertension artérielle, un amaigrissement, une modification du goût et de l'odorat. Cela varie selon le sujet, son âge, sa quantité fumée, la qualité du tabac fumé. (Lejoyeux M. 2013)

En plus, le tabac coûte cher. Quelques marques de cigarette coûtent plus de 8 euros le paquet. Pour un sujet qui fume un paquet par jour, cela lui coûte 56 euros pour une semaine. Pour une année soit 52 semaines, cela lui coûte 2912 euros.

Des complications sur la santé sont aussi perceptibles lorsque la prise se répète. Il peut rencontrer des problèmes physiques tels que des soucis pulmonaires comme une toux qui se transforme en broncho-pneumopathie chronique obstructive, une plus grande susceptibilité aux infections pulmonaires, une pathologie pulmonaire, un pneumothorax voire un cancer de l'ORL (gorge, langue, œsophage...) ou des poumons ; des soucis sur le plan cardiovasculaire comme une crise cardiaque, un angor, une hémorragie, des thromboses, etc ; des soucis sur le plan digestif comme des ulcères gastriques, des amplifications de la maladie de Crohn et de la rectocolite hémorragique voire un cancer du foie, de l'estomac ; des soucis esthétiques comme une coloration des dents, du teint, etc.

La répétition des prises peut aussi amener à une tolérance. Le sujet s'habitue à la nicotine et il augmente alors sa consommation pour se sentir bien, pour se détendre. Lorsque le sujet souhaite arrêter de consommer du tabac, il fait face à l'état de sevrage qui est plus ou moins difficile à passer et qui se manifeste par des effets sur le psychisme, sur le comportement et sur le corps. Sur le plan psychique, le sevrage, le manque se voit par un stress, une anxiété, un mal-être, des difficultés d'attention, une sensation de faim, une nervosité, une envie de fumer. Sur le plan physique, le sevrage se voit par une angoisse, des tremblements, une augmentation du poids de 2-3 kg, des difficultés à dormir, une baisse du rythme cardiaque. De plus, le manque se manifeste par des conditions, le mouvement, des endroits, des rythmes de prise comme après les repas par exemple, qui rappellent la cigarette et le besoin de fumer. (Lejoyeux M. 2013) (Tabac Info Service 2018)

2.4.4. Conséquences chez la femme enceinte

La consommation de tabac peut avoir des conséquences délétères sur l'évolution de la grossesse qui sont plus nombreuses si la femme fume beaucoup. On retrouve une diminution de la fertilité, un grand nombre de grossesses extra-utérines ou d'avortements non volontaires chez ses femmes fumeuses en comparaison à des femmes non fumeuses, mais aussi un grand risque de décollement du placenta tôt dans la grossesse ou des placenta mal placés « placenta praevia » ou un hématome rétro-placentaire. La menace de rupture des membranes peut survenir très tôt dans la grossesse avec plus de risques d'accoucher avant le terme. (Ferraro 1998) (LECRAT 2018) (INPES 2016)

2.4.5. Conséquences chez le fœtus

La consommation de tabac chez la femme enceinte a des conséquences délétères sur le fœtus. Lorsque la maman fume, elle fait en quelque sorte aussi fumer son bébé. Certaines études ont révélé la présence de nicotine dans le liquide amniotique, on a donc la preuve que l'enfant peut aussi devenir dépendant au tabac. Ce problème de tabagisme chez le fœtus provoque chez lui un retard de croissance intra-utérin (RCIU) avec une taille et un poids plus petit en comparaison à d'autres fœtus de maman ne fumant pas. Ceci s'explique par un moindre apport en oxygène. Des malformations ont été mises en évidence au niveau du crâne ou du cœur et même des morts fœtales in utero ont aussi été révélées. (Ferraro 1998) (LECRAT 2018) (INPES 2016)

2.4.6. Conséquences chez le bébé

La consommation de tabac au cours de la grossesse aboutit à un poids de naissance de 200 à 300 g de moins qu'un bébé de maman non fumeuse. On remarque aussi une pression artérielle plus élevée chez un bébé d'une maman fumeuse par rapport à un bébé d'une maman non fumeuse. Le nombre de menace de mort subite à la naissance est doublé pour une femme fumeuse. Évidemment à la naissance on remarque un plus grand risque de problèmes pulmonaires et de la sphère ORL. Ces enfants sont aussi prédisposés à des problèmes d'élocution dans leur vie future. (Ferraro 1998) (LECRAT 2018) (INPES 2016)

2.5. Alcool

2.5.1. Définitions

Tout d'abord, l'alcool est constitué de l'éthanol ou alcool éthylique extraite par fermentation des sucres des fruits, des végétaux. La distillation est aussi pratiquée pour avoir un alcool encore plus pur. L'alcool a vu son jour pour la première fois grâce à des produits oubliés qui auraient fermentés. Puis en Mésopotamie, il y aurait eu consommation de bières. C'est ensuite dans les populations Romaines et Grecques que l'alcool prospéra grâce à la production de vin. Le mot « alcool » provient de l'essence, de l'esprit. Au Moyen Age se mit en place des lois sur l'alcool et elle fut de plus en plus restreinte à la consommation. (Salomon L. 2010)

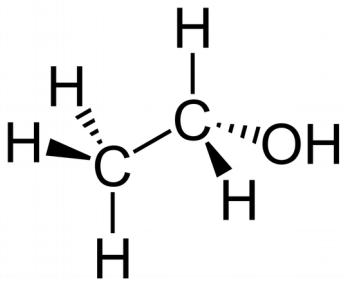

Figure 12 : Structure chimique de l'alcool

L'alcool est détectable dans le sang et est évacué par le foie en majorité mais aussi par les urines, la salive, la sueur, le lait.

Pour connaître la quantité d'alcool pur d'une boisson alcoolisée, il faut regarder sur son étiquette. Celle-ci contient son degré en alcool, par exemple pour une boisson alcoolisée de 100 ml faisant 10°, cela veut dire que cette boisson contient 10 ml d'alcool pur pour 100 ml de boisson. Un verre standard de boisson alcoolisé équivaut à dix grammes d'éthanol. Le taux limite d'alcoolémie pour la conduite automobile est de 0,5 g/L dans le sang, soit 0,25 mg/L dans l'air expiré.

En France et comme dans de nombreux pays, l'alcool a une place importante dans la vie de chacun. C'est en quelque sorte l'emblème de la fête et des circonstances de la vie telles qu'une pendaison de crémaillère, un baptême, un mariage, des réussites scolaires ou professionnelles, des apéros entre amis, etc. En 2014, en ce qui concerne la consommation d'alcool dans la tranche 18-75 ans, 87 % en a bu une fois au moins dans l'année avec 38 % qui en a bu une fois dans la semaine et 10 % tous les jours. (Alcool Info Service, tout savoir sur l'alcool 2018)

2.5.2. Pharmacologie

A la différence de l'héroïne qui agit sur un récepteur bien spécifique, l'alcool, et plus précisément l'éthanol, lui, agit sur pleins de récepteurs différents notamment la sérotonine, le glutamate, l'acétylcholine, le GABA, la dopamine, les opioïdes endogènes et sûrement d'autres. Cependant, l'éthanol révèle une préférence pour agir sur les récepteurs GABA. Celui-ci agit donc sur les récepteurs GABA A qui majorent leur action de freinage sur le cerveau. Il agit par exemple sur l'hippocampe, le cervelet mais aussi sur d'autres parties du cerveau. Il possède donc le même mécanisme d'action que les anxiolytiques qui eux aussi sont des agonistes du récepteur GABA A. L'alcool est donc lui aussi un sédatif et un inhibiteur de l'anxiété. Une expérimentation sur des rongeurs a permis de prouver cela en injectant à ces rongeurs un inhibiteur des récepteurs GABA et cela a eu pour effet d'énormément diminuer leur consommation en boisson alcoolisée. Les rongeurs prenaient moins l'alcool qu'ils avaient à leur disposition.

En plus de son action anxiolytique, l'alcool a d'autres actions telles qu'une action diurétique, myorelaxante, agressive sur le système digestif.

L'alcool excite les récepteurs de la dopamine et va activer ainsi des sensations de plaisir comme pour les autres drogues. De même, lors du sevrage, il y a une baisse de l'activation des récepteurs de la dopamine et l'anxiété du début refait surface, le plaisir disparaît pour refaire face à l'anxiété.

Aussi, chez un sujet qui répète sa consommation, l'éthanol va exciter de plus en plus sur les récepteurs GABA et ainsi le corps va en désactiver par réflexe, pour qu'il y ait moins de ralentissement au niveau du système nerveux même si à long terme l'alcool aura des conséquences néfastes sur le corps. (Salomon L. 2010) (Horel S., Lentin JP. 2005)

2.5.3. Consommation dans la population générale et conséquences

L'alcool est un produit qui est très petit et donc qui passe partout notamment du foie jusque vers le système cérébral, les poumons, les neurones, le placenta, etc. Ainsi, l'alcool engendre des conséquences néfastes. L'alcoolisation se décompose en 3 étapes. Tout d'abord, la consommation irrégulière d'alcool entraîne un alcoolisme aigu, une ivresse. Tout d'abord, la première étape du processus d'alcoolisation est l'excitation psychomotrice, le sujet ressent des sensations de

plaisir, de détente, d'aisance à parler puis le temps de réaction et de réflexe est plus long, la mémoire peut faire défaut, les humeurs peuvent changer très rapidement du bonheur au malheur voire à la colère et à la violence. Puis, la consommation peut continuer et amener à la deuxième étape. Cette étape est l'incoordination qui se manifeste par des nausées, des vomissements, des vertiges, des troubles de la vision, une augmentation de la fréquence cardiaque, une somnolence, une sensation de chaleur et ces symptômes varient d'une personne à l'autre en fonction de la consommation. Enfin, a lieu la troisième étape qui correspond au coma éthylique. Ce coma profond se caractérise par une baisse de tension et de température pouvant aller jusqu'à des conséquences cardiaques et respiratoires parfois létales.

Si la prise est régulière, le sujet peut tomber dans l'alcoolisme chronique et cela aura des conséquences sur la santé. On observe une dénutrition, des carences en folates et en vitamines B1 et B6. Au niveau du tube digestif, l'alcool peut entraîner des maladies hépatiques tels qu'une hépatite, une stéatose, une cirrhose ; des maladies pancréatiques tels qu'une pancréatite ; des maladies de l'estomac ou de l'œsophage tels que des gastrites, des ulcères ; des cancers de l'œsophage, du pharynx, de la bouche, du larynx, du pancréas, du foie, du colon, etc. L'alcool peut aussi entraîner des problèmes cardio-vasculaires tels qu'une augmentation de la tension artérielle, des arythmies, des myocardiopathies ; des problèmes du système nerveux tels qu'une dégénérescence des neurones avec des problèmes de mémoire, de démence, des problèmes d'épilepsie, des troubles psychiatriques.

En 2009, l'alcool fait environ 49 000 décès en France, soit à cause d'une maladie, soit à cause d'un accident ou d'un suicide. Les accidents peuvent être des accidents de la route mais aussi des accidents domestiques comme des agressions domestiques et familiales voire des meurtres. L'alcoolisme coûte cher en nombre de séjour hospitalier, en cure de désintoxication, en traitement pour l'aide à l'arrêt. L'alcool pousse aussi à commettre des infractions, des viols qui ont des conséquences psychologiques chez les victimes.

Lorsqu'une personne alcoolo-dépendante souhaite arrêter de boire, il va devoir faire face au syndrome de sevrage, le delirium tremens. Celui-ci se caractérise par une dépendance physique dont les signes sont des frissons, des vomissements, une fatigue, des douleurs à l'estomac, des augmentations de la fréquence cardiaque, des insomnies, une anxiété, une dépression. Puis il se caractérise par une dépendance psychique dont les signes sont des problèmes

psychiatriques (confusions, délires...), des problèmes neurologiques (pertes d'équilibre, convulsions…). (Lejoyeux M. 2013) (OFDT, Produits et addictions : Alcool 2017)

2.5.4. Conséquences chez la femme enceinte

La consommation d'alcool peut amener à des conséquences néfastes sur l'évolution d'une grossesse telles que des conséquences obstétricales. En effet, sa consommation peut amener à des fausses couches, des hématomes rétro-placentaires, des menaces d'accouchements prématurés. (Ferraro 1998) (LECRAT 2018) (Alcool Info Service, tout savoir sur l'alcool 2018)

2.5.5. Conséquences chez le fœtus

L'alcool circule dans le sang d'une femme enceinte et donc circule dans le sang du fœtus par le placenta. Sauf que au contraire de la maman, son élimination par le fœtus dure plus longtemps à cause de son foie qui n'est pas totalement mature. L'alcool est tératogène et peut amener à des malformations chez le fœtus notamment de la face et du crâne par des cavités oculaires plus petites que la normale avec des yeux plus petits, un nez qui rebique, une fente entre les lèvres et le nez qui est plus grande, des oreilles plus basses, et aussi un petit menton. Il existe aussi des cas de malformations du cœur, des muscles, etc.

L'alcool engendre aussi des problèmes sur son développement cérébral. Ainsi, est souvent visible un retard de croissance intra-utérin. Tout ceci est définit par le terme « syndrome d'alcoolisme fœtale ». (Ferraro 1998) (LECRAT 2018) (Alcool Info Service, tout savoir sur l'alcool 2018)

2.5.6. Conséquences chez le bébé

Les bébés de femme enceinte consommant de l'alcool ont parfois besoin d'être réanimé car ils ont des difficultés respiratoires. Ensuite, un syndrome de sevrage peut rapidement être visible chez le bébé dont les signes sont des tremblements, des problèmes de sommeil, etc.

Le RCIU du fœtus se remarque aussi par un plus faible gabarie autant sur le poids, la taille et la circonférence du crâne du bébé mais ce RCIU peut aussi se manifester par un retard de développement neuronal qui se manifeste par des retards d'apprentissage, de concentration, des problèmes comportementaux voire

des problèmes mentaux chez l’enfant. (Ferraro 1998) (LECRAT 2018) (Alcool Info Service, tout savoir sur l’alcool 2018)

Partie 2 : Prise en charge de la femme enceinte toxicomane

1. Les traitements de substitution

1.1. Pris en charge médicamenteuse

1.1.1. Héroïne

Il existe différents types de prises en charge médicamenteuses de la dépendance à l'héroïne dont la Méthadone et la Buprénorphine Haut Dosage. En effet, ces traitements de substitution sont indispensables chez la femme enceinte en raison du risque qu'elle fait encourir à son bébé en cas de manque d'héroïne. Ce traitement permet une surveillance médicale de la grossesse, de la mère et du bébé encore plus rapprochée. La patiente pourra s'occuper de son sevrage avec les opiacés après sa grossesse.

Tout d'abord, parlons de la Méthadone. Elle a été synthétisée pendant la deuxième guerre mondiale par des allemands, pour aider à diminuer la douleur que ressentait les blessés de guerre, puis en 1960 aux USA elle fut utilisée comme traitement de substitution aux opiacés, et c'est en 1995 que son AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) fut obtenue en France. C'est un produit qui a les mêmes caractéristiques pharmacologiques que les opiacés. Pharmacologiquement c'est un opiacé agoniste des endorphines Mu, un morphinique, se nommant chlorhydrate de méthadone et provenant de la diphényl-propylamine. Elle se prend seulement par voie orale, le patient en ressent les effets 30 min à 1h après la prise, et dure 24h approximativement et elle s'élimine par les selles, l'urine, la sueur, la salive, le lait. (Ferraro 1998) (William Lowenstein, Mario Sanchez, 2003)

La méthadone doit obligatoirement être prescrite pour la première fois par des centres hospitaliers spécifiques de la prise en charge de la toxicomanie, puis la prise en charge pourra ensuite se faire par un médecin de ville. Elle existe en gélule et en sirop buvable, à raison d'une seule prise par jour. La posologie diffère selon les individus et leur ressentis face à la molécule. C'est une molécule pour laquelle aucune posologie maximale n'existe, puisque chaque personne a sa propre posologie, selon ses antécédents avec la drogue et son état de manque vis-à-vis de

celle-ci. Le but de l'hospitalisation est de connaître la posologie qui correspondra à tel patient pour qu'il ressente le moins possible le manque de la drogue. En général, la posologie initiale est de 20 à 30 mg puis elle dépend ensuite de sa réponse au traitement, elle pourra être augmentée par palier de 5 à 10 mg par jour jusqu'à un certain équilibre (souvent entre 60 à 100 mg/jour voire plus). Cette hospitalisation est très surveillée pour éviter tout risque de surdosage et elle s'effectue généralement sur plusieurs jours. Puis une fois obtenue cette posologie sera administrée pendant plusieurs mois, voire années, pour qu'un jour elle puisse être diminuée petit à petit jusqu'à être éventuellement arrêtée. Cette posologie pourra être changée par le médecin de ville sans que celui-ci demande l'accord aux médecins hospitaliers dont dépend le patient. La mise en place de ce traitement doit se faire aussi grâce à toutes les aides psychologiques possibles.

Figure 13 : Méthadone en sirop et en gélule

Il existe différents dosages : le sirop buvable unidose : 5mg/3,75mL ; 10mg/7,5mL ; 20mg/15mL ; 40mg/15mL et 60mg/15mL ; et les gélules, elles, existent sous différents dosages aussi : 1mg ; 5mg ; 10mg ; 20mg et 40mg**.** (Ferraro 1998) (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues, 2017)

En ce qui concerne sa réglementation, ce médicament a quelques règles de prescription et de délivrance car il peut être particulièrement dangereux. En effet, la dose toxique mortelle pour une personne n'ayant jamais consommé d'opiacés est de 1 à 1,5 mg/kg. C'est un médicament classé comme stupéfiants. La prescription initiale doit se faire par un médecin d'un centre spécifique aux soins des toxicomanes, et le renouvellement pourra se faire par un médecin de ville. Celle-ci se fait sur une ordonnance sécurisée (en bleu, préimprimée de l'identité du prescripteur, de son numéro d'identité et du carré double en bas à droite de la feuille où sera marqué le nombre de médicaments prescrits). Toute l'ordonnance doit être écrite en

toutes lettres : la date de l'ordonnance, le dosage, la spécialité, le nombre de prises par jour et la durée de prescription. Celle-ci peut être de maximum 28 jours pour les gélules, et de 14 jours pour le sirop buvable. La prescription initiale débute par la forme sirop pendant au minimum un an, pour ensuite se substituer par la forme gélule et jamais l'inverse. Sur l'ordonnance doit aussi être détaillé le nom de la pharmacie où le patient devra retirer son traitement, choisi par le médecin et le patient. La délivrance devra donc seulement se faire dans cette pharmacie avec une délivrance fractionnée de 7 jours maximum, sauf si le médecin indique qu'elle peut se faire en une fois. La délivrance totale de l'ordonnance ne pourra se faire que s'il n'y a eu aucun chevauchement avec une ordonnance précédente, et lorsque le patient se présente dans les 3 jours après la date de la prescription de l'ordonnance, et si ce n'est pas le cas, un déconditionnement aura alors lieu. Si le patient souhaite changer de médecin de ville, alors il devra en discuter avec l'établissement hospitalier qui s'occupe de lui, pour discuter ensemble du nouveau médecin de ville qu'il souhaite. (Eurekasante par vidal, méthadone chlorhydrate, 2011) (William Lowenstein, Mario Sanchez, 2003)

En ce qui concerne le médicament en lui-même, il faut avoir conscience que la méthadone a des contre-indications, des effets indésirables, des interactions médicamenteuses ou encore des précautions d'emplois, des surdosages ou mésusages. Ce médicament possède plusieurs effets indésirables tels qu'une envie de dormir, une constipation, des vertiges, des vomissements, une sudation plus prononcée, des problèmes érectiles chez les hommes ou de menstruations chez les femmes. En ce qui concerne ses contre-indications, elle ne doit pas être utilisée avant 15 ans, chez des patients en insuffisance respiratoire, chez des patients intolérants aux opiacés, en association à la Buprénorphine, à la Naltrexone ou à la Nalbuphine. Elle possède aussi des interactions médicamenteuses car elle n'est pas conseillée avec la prise d'antidépresseurs IMAO, de benzodiazépines, ni avec les médicaments augmentant l'espace QT (engendrant des troubles du rythme), ni avec certains anti-douleurs qui peuvent raviver la toxicomanie tels que les antalgiques morphiniques (codéine, morphine). C'est pour cela que tout médecin consulté sera mis au courant de ce traitement de substitution pour éviter les risques de rechute. La prise d'autres drogues pendant ce traitement est aussi à éviter, pour éviter toute surdose. Ensuite, il existe des surdosages dont les symptômes doivent être connus par les professionnels de santé, notamment des difficultés respiratoires, une baisse

de la tension, des malaises avec des troubles de la conscience jusqu'à parfois aller à la dépression respiratoire puis au décès. Des mésusages sont aussi possibles en utilisant la méthadone par voie injectable, même s'il est très risqué de pratiquer cette méthode avec un risque de destruction veineuse. (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues, 2017) (Eurekasante par vidal, méthadone chlorhydrate, 2011)

Ensuite, parlons de la Buprénorphine Haut Dosage. Elle a d'abord été utilisée comme analgésique dans les années 1980, mais c'est en 1996 que son AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) fut obtenue en France dans le traitement de substitution aux opiacés. Elle possède les mêmes propriétés pharmacologiques que les opiacés. D'un point de vue pharmacologique, c'est un agoniste morphinique partiel Mu, mais aussi un antagoniste kappa se nommant chlorhydrate de buprénorphine ou Subutex de par son nom princeps. De par son effet agoniste partiel elle va aider à baisser l'envie de prendre de la drogue, mais elle n'aura pas la même puissance d'action qu'un agoniste pur, c'est-à-dire qu'elle apportera moins d'aide psychologique et physique. Celle-ci s'administre uniquement par voie orale et plus précisément par voie sublinguale, avec pour délai d'action de 30 min à 1h après la prise, et d'une durée d'action de 24h approximativement tout comme la méthadone. Son élimination se fait également par les selles, l'urine, la sueur et le lait. (William Lowenstein, Mario Sanchez, 2003) (ANSM Résumé des caractéristiques du produit, Subutex, 2015)

La buprénorphine existe sous une seule forme, en comprimé sublinguale, et la prise se fait une seule fois par jour aussi. Différents dosages existent : 0,4 mg ; 2 mg et 8 mg. La posologie change selon le patient et son addiction, avec en général une posologie initiale allant de 0,8 mg à 4 mg par jour, et ensuite en fonction de sa réponse à la molécule, celle-ci sera augmentée par pallier de 1 à 2 mg par jour pendant quelques jours, afin d'obtenir un équilibre allant parfois de 8 à 16mg par jour voire plus. L'objectif final étant de diminuer petit à petit jusqu'à un jour arrêter complètement. (Eurekasante par vidal, Buprénorphine, 2011) (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues, 2017)

Figure 14 : Subutex et Buprénorphine en comprimé sublinguale

Au niveau de sa réglementation, elle est beaucoup moins stricte que celle de la méthadone, mais avec tout de même quelques conduites à respecter au niveau de sa prescription et de sa délivrance. La buprénorphine peut être prescrite par tout médecin généraliste le souhaitant, car il est classé dans la liste I des médicaments sur ordonnance, mais elle doit quand même suivre les conduites des médicaments classés comme stupéfiants, c'est-à-dire qu'elle doit aussi être prescrite sur une ordonnance sécurisée écrite en toutes lettres (date, dosage, spécialité, quantité, durée). Sa durée ne pourra pas dépasser 28 jours et le nom de la pharmacie doit aussi être indiqué sur l'ordonnance, pour mettre en place un suivi de ces ordonnances par le pharmacien. Sa délivrance se fera donc uniquement dans cette pharmacie, avec un fractionnement d'au plus 7 jours, sauf si le médecin mentionne sur l'ordonnance que le pharmacien peut tout délivrer en une fois. Aucun chevauchement n'est permis non plus avec ce médicament. Par contre, le délai de présentation de l'ordonnance est de 3 mois. De par sa facilité d'accès à la prescription de ce traitement il est plus utilisé par les toxicomanes en comparaison à la méthadone qui est plus réglementaire. Cependant, chez la femme enceinte, c'est l'inverse, on préférera utiliser la méthadone en première intention car elle demande une plus grande surveillance, tant au niveau administrative que médicale. (William Lowenstein, Mario Sanchez, 2003) (Alain Morel, Jean-Pierre Couteron, Patrick Fouilland, 2015)

De même que pour tout médicament, la buprénorphine a ses effets indésirables, ses contre-indications, ses interactions médicamenteuses, ses signes de surdosage et de mésusages. La prise de ce médicament engendre certains effets indésirables tels que des céphalées, une envie de dormir mais aussi des difficultés à dormir, des vomissements, une constipation, une importante sudation, des sensations de vertige voire des problèmes respiratoires dans les pires cas. Pour ce

qui est des contre-indications, il ne peut pas être pris par des patients âgés de moins de 15 ans, chez des patients atteints d'alcoolisme aigüe ou en sevrage alcoolique, chez des patients souffrants d'insuffisance hépatique ou respiratoire sévère, chez des patients ne supportant pas les opiacés, ou en association à la Méthadone, à la morphine. Elle compte également des interactions médicamenteuses c'est-à-dire que sa prise est déconseillée avec la prise de benzodiazépines, d'alcool, d'antalgiques morphiniques de type II (codéine, tramadol, morphine), la prise d'autres drogues. Les professionnels de santé devront donc être vigilants quant à la présentation d'autres ordonnances par ces patients. Ensuite, il existe peu de risque de surdosage de ce médicament même s'il peut en exister lorsqu'il est injecté. En effet, cette méthode est parfois utilisée par les toxicomanes mais elle est très dangereuse pour leur santé et pour leurs veines. (Eurekasante par vidal, Buprénorphine, 2011) (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues, 2017)

Ces deux traitements de substitution aux opiacés sont des traitements qui passent la barrière placentaire lors d'une grossesse. C'est pour cela que la patiente doit être très suivie car il existe toujours un risque pour le nouveau-né, tel que des problèmes respiratoires ou un syndrome de sevrage de celui-ci. Nous parlerons un peu plus tard des protocoles mis en place dans les hôpitaux pour savoir que faire avec ces patientes dont la grossesse est médicalement assistée.

1.1.2. Cocaïne

A ce jour, il n'existe pas de prise en charge médicamenteuse de la dépendance à la cocaïne. Il existe seulement des aides médicamenteuses à certains symptômes que procurent le sevrage à la cocaïne tels que la dépression, la tristesse qui est traitée par des antidépresseurs et l'anxiété par des anxiolytiques. Ces traitements sont à réfléchir au cas par cas chez ces femmes enceintes car tout médicament pris doit être évalué pour voir si le bénéfice est bien supérieur au risque. Certains antidépresseurs et anxiolytiques sont possibles chez la femme enceinte mais avant cela, la patiente peut d'abord essayer les aides psycho-thérapeutiques. Ce sont des programmes d'aide pour le sevrage avec des thérapies de groupe ou individuelles et ces méthodes seraient plus adaptées à la femme enceinte en première intention. (Alain Morel, Jean-Pierre Couteron, Patrick Fouilland, 2015) (Christien Figiel, Jean-Pierre Jacques, 2006)

Énormément d'expériences ont été réalisées pour trouver un traitement substitutif à la cocaïne, mais jusqu'ici un seul a déjà montré un intérêt pour certains patients. En effet, il s'agit d'une molécule utilisée pour les troubles du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH), le méthylphénidate (Ritaline, Concerta, Medikinet et Quasym). Celui-ci est connu pour ses effets excitateurs sur le cerveau qui aurait un rôle d'agoniste de substitution puisqu'il procure des effets similaires à la cocaïne. Ce serait ainsi plus facile à arrêter en diminuant petit à petit. Cependant, cette molécule n'est pas conseillée pendant la grossesse, car même s'il n'y a pas de risque de malformations avec cette molécule, elle n'en reste pas moins une molécule avec des caractéristiques amphétaminiques et elle n'est donc pas conseillée lors d'une grossesse. Ainsi, la meilleure solution pour se sevrer à la cocaïne au cours d'une grossesse et pour le bien être du bébé reste les aides psycho-thérapeutiques citées précédemment. (Christien Figiel, Jean-Pierre Jacques, 2006) (Vidal : traitement de la dépendance à la cocaïne et méthylphénidate, 2016) (LECRAT méthylphénidate, 2017)

1.1.3. Cannabis

Aujourd'hui, il n'existe pas non plus de prise en charge médicamenteuse de la dépendance au cannabis, car c'est une drogue qui demande moins d'effort pour se sevrer naturellement que les autres. Ce produit est même utilisé comme médicament contre la douleur dans certains pays car il serait très apprécié lors de douleurs de type neuropathiques ou musculaires dans la Sclérose en plaque, mais ce n'est pas encore développé en France. Ainsi, les traitements qui peuvent être mis en place sont des traitements psycho-thérapeutiques sous formes de thérapie individuelle ou de groupe, une écoute ou une aide psychologique. Si le patient ressent vraiment des difficultés lors du sevrage, seule une aide médicamenteuse telle que des antidépresseurs ou des anxiolytiques peuvent être utilisés. Mais cela doit être étudié au cas par cas, chez ces femmes enceintes, car une prise de médicament n'est pas une première intention pour le sevrage du cannabis. La première intention reste l'aide psycho-thérapeutique. (Alain Morel, Jean-Pierre Couteron, Patrick Fouilland, 2015) (Emmanuel Streel, Paul Verbanck, 2007)

1.1.4. Tabac

A ce jour, il existe plusieurs prises en charge médicamenteuses de la dépendance au tabac dont les substituts nicotiniques et les médicaments du sevrage

tabagique. En effet, il est important pour une femme enceinte d'envisager l'arrêt du tabac pour éviter tout problème au bébé. Une femme enceinte peut utiliser tous les substituts nicotiniques sans courir de danger pour son bébé. La patiente peut déjà essayer d'arrêter de fumer sans ces substituts à l'aide de prise en charge non médicamenteuses que l'on décrira plus tard, mais si elle présente des difficultés lors du sevrage, elle pourra se faire aider par ces substituts. Les substituts nicotiniques sont donc là pour apporter de la nicotine et empêcher de ressentir le manque, car c'est la nicotine qui est responsable de l'accoutumance au tabac. En effet, on considère qu'une cigarette équivaut à environ un milligramme de nicotine, donc le calcul de base est plutôt simple pour savoir quel dosage correspond à un patient donné selon sa consommation journalière. Il existe plusieurs substituts : les transdermiques (patchs) où la nicotine passe par la peau, pour aller dans le sang puis au cerveau et les oraux (gommes à mâcher, comprimés sublinguaux, comprimés à sucer, inhaleur) où la nicotine passe par la salive puis dans le sang pour aller aussi au cerveau. Ils vont avoir pour rôle de saturer les récepteurs nicotiniques pour arrêter l'envie de fumer.

Tout d'abord, les patchs nicotiniques (ou dispositif transdermique) permettent un passage transcutané de la nicotine de manière régulière avec un seuil arrivant une heure après la pose. Celui-ci s'applique le matin au lever sur une peau sèche, propre, sur une zone dépourvue de poils et il sera enlevé soit au coucher, s'il s'agit d'un patch d'une durée de 16h, soit le lendemain matin s'il s'agit d'un patch d'une durée de 24h, tout dépend de si l'envie de fumer se fait aussi ressentir la nuit ou non. Chaque application d'un patch doit se faire sur un endroit du corps différent d'un jour à l'autre pour éviter d'irriter la peau (épaule, thorax, bras, haut du dos). S'il se décolle, on pourra le recoller directement après ou s'il ne colle plus on pourra mettre du sparadrap pour le faire adhérer à la peau. Le dosage est dépendant de la personne et de sa quantité de cigarette fumée par jour. C'est pour cela qu'il existe différents dosages : 7, 14, 21 mg/24h ou 10, 15, 25 mg/16h et il existe différentes marques : Nicoretteskin, Nicotinell TTS dispositif transdermique et Niquitin dispositif transdermique. Ces traitements peuvent durer plusieurs mois tout en diminuant tous les mois, en passant au patch du dosage du dessous, jusqu'à finir par le dosage le plus faible et arrêter complètement. Parfois deux patchs sont nécessaires tant la consommation de tabac était importante, pouvant aller jusqu'à 40mg/24h mais pour cela il faut une prescription d'un médecin. Ce médicament a quelques contre-

indications et effets indésirables, comme le fait qu'il ne doit pas être utilisé chez une personne qui ne fume pas ou qui a des problèmes de peau très importants empêchant la pose d'un patch. Quant à ses effets indésirables, peuvent survenir des problèmes au niveau de la peau comme des réactions allergiques à type de grattages ou inflammation pouvant perturber voire interrompre le traitement.

Figure 15 : Substitut nicotinique sous forme de patch

Puis, pour les substituts oraux l'assimilation de nicotine se fait par la bouche par des gommes à mâcher notamment. Il existe deux dosages : 2 mg ou 4 mg et plusieurs marques : Nicorette, Nicotinell, Niquitin. Le dosage à 2 mg peut se prendre en association avec des patchs quand l'envie de fumer se ressent occasionnellement ou alors il est utilisé lorsque la consommation de cigarette est très faible et où des gommes à mâcher suffisent pour le sevrage total. Tandis que le dosage à 4 mg, lui, peut se prendre plutôt chez des patients dont la consommation est plus importante. Son utilisation est simple, il faut la mâcher jusqu'à un goût prononcé et la mettre alors entre la joue et la gencive et faire cela alternativement jusqu'à ce que le goût disparaisse. Cela dure environ dix minutes pour le dosage de 2 mg et de trente minutes pour le 4 mg. Ainsi pour le sevrage du tabac, il faut commencer sur une période d'environ 3 mois et prendre une gomme quand l'envie de fumer est présente avec un maximum de 30 gommes de 2 mg par jour ou de 15 gommes de 4 mg par jour. Puis au bout de ces 3 mois, parfois avant, il faut réduire petit à petit la quantité de gommes prises par jour jusqu'au sevrage total. Cela doit se faire sur 6 mois en général. Ce substitut a aussi ses propres effets indésirables et précautions, comme pour les patients avec des prothèses dentaires qui ont des difficultés à mastiquer, et ne peuvent donc pas utiliser ces gommes ou alors en dernière intention. La prise de liquides acides comme les sodas, la vinaigrette ou le café sont à éviter dans le quart d'heure précédant la prise de ces traitements, pour éviter de baisser son efficacité, car son assimilation baisse avec le pH acide et cela est valable pour tous les

substituts nicotiniques oraux. De plus, ce traitement peut parfois entraîner des problèmes dans la bouche, comme des irritations ou des douleurs dans la mâchoire ou dans la gorge, si la mastication est trop rapide.

Figure 16 : Substitut nicotinique sous forme de gommes à mâcher

Ensuite, il existe les comprimés sublinguaux comme substitut oral. Il existe un dosage : 2 mg et a pour nom de marque : Nicorette Microtab. Son utilisation est aussi très simple, il faut mettre le comprimé en-dessous la langue et celui-ci va se dissoudre spontanément en environ trente minutes. Le sujet peut prendre un comprimé quand l'envie de fumer se fait sentir, mais sa prise ne doit pas être supérieure à trente comprimés par jour. Comme avec les gommes, une fois qu'un certain équilibre apparaît, le patient pourra diminuer petit à petit la quantité de comprimés, jusqu'à son arrêt qui doit survenir en six mois en moyenne, parfois moins ou plus. Ce substitut ne peut être pris chez des patients ayant un problème cardiaque récent tel qu'un angor, infarctus du myocarde, des arythmies, un AVC. Il peut aussi engendrer des problèmes dans la bouche telles que des irritations ou des sécheresses.

Figure 17 : Substitut nicotinique sous forme de comprimés sublingual

De plus, il existe les comprimés à sucer comme substitut oral. Plusieurs dosages sont sur le marché : 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 ; 4 mg et a pour nom de marque : Nicorette, Nicopass, Nicotinell, Niquitin, Niquitinminis. Ce comprimé se délite en trente minutes en le suçant et il ne doit pas être mâché, ni directement avalé au risque de diminuer son efficacité. De même que pour les comprimés sublinguaux, la prise se fera selon l'envie du patient de fumer sans dépasser trente comprimés pour les 1 et 1,5 mg, quinze comprimés pour les 2 et 2,5 mg et neuf ou onze pour les 4 mg selon la marque, puis il faudra diminuer et arrêter. La moyenne de la durée de sevrage est aussi 6 mois. Les précautions et effets indésirables sont identiques aussi aux comprimés sublinguaux.

Figure 18 : Substitut nicotinique sous forme de comprimés à sucer

Enfin, le dernier substitut oral est l'inhaleur Nicorette. C'est une sorte de fume-cigarette dont l'intérieur est constitué d'une cartouche avec de la nicotine. Le but est d'ouvrir l'appareil pour introduire une cartouche, et ensuite il faut aspirer au niveau de l'embout buccal plusieurs fois quand l'envie de fumer se fait ressentir. Ce sont des cartouches de 10 mg de nicotine, mais seulement 4 mg maximum sont absorbés par le patient. Il peut être pris en même temps que les patchs mais s'il est utilisé seul alors le patient pourra utiliser 6 à 12 cartouches par jour en moyenne. Ce système est tout de même peu utilisé en première intention par la population.

Figure 19 : Substitut nicotinique sous forme d'inhaleur

Tous ces substituts nicotiniques sont disponibles en Pharmacie, sans forcément passer par une consultation médicale, car ce sont des produits

accessibles sans présentation d'une ordonnance. Mais à partir de 2016, un patient souhaitant se faire rembourser par l'Assurance maladie devra présenter une ordonnance au pharmacien, et ainsi, il pourra se faire rembourser d'une somme de 150€ par an. Ces ordonnances pourront être faites par des médecins, des kinésithérapeutes, des sages-femmes ou des infirmiers. Puis depuis 2018, des changements de prises en charge sont apparues puisque le remboursement à 65 % a été mis en place, pour des substituts nicotiniques avec un tarif définitif. Évidemment, ces traitements de substitution ont de plus grande chance de fonctionner si le patient a vraiment envie d'arrêter de fumer, car il faut qu'il se mette en tête qu'il ne pourra plus jamais le faire, et il faudra aussi, qu'il s'attende à ce que ce ne soit pas toujours facile, qu'il puisse prendre un peu de poids à cause de cela. Il faut aussi qu'il sache quels sont les effets de sur ou sous-dosage pour savoir à quel moment diminuer ou augmenter de dosage. Les effets de sous-dosage sont des envies de fumer, une facilité à s'énerver, des problèmes d'attention et les effets de sur-dosage sont des tremblements, des maux de têtes, des vertiges, des vomissements, des diarrhées, des difficultés à dormir, ou des sommeils agités. Il faut aussi qu'il connaisse les effets indésirables des substituts nicotiniques tels que les céphalées possibles, les sensations vertigineuses, les douleurs dans la gorge, les irritations, les douleurs digestives, les nausées, le hoquet puis parfois des arythmies cardiaques.

Ainsi, pour la femme enceinte, la prise en charge est non médicamenteuse en première intention à type de thérapies cognitivo-comportementales dont on parlera plus tard, puis médicamenteuse à type de substituts nicotiniques. Il faut toutefois toujours préférer le dosage le plus faible possible et efficace selon les besoins de la patiente, pour éviter au maximum la présence de nicotine dans le liquide amniotique. En effet, il s'agit de la même nicotine que dans le tabac, celle qui est quand même responsable des conséquences cardiovasculaires, mais elle vient beaucoup plus lentement dans le sang avec les substituts nicotiniques qu'avec le tabac et il n'y a pas les autres conséquences du tabac comme la toxicité de sa fumée.

D'autres traitements médicamenteux existent pour le sevrage tabagique (Varénicline/Champix et Bupropion/Zyban) mais ils ne seront pas évoqués ici car ce sont des traitements contre-indiqués absolument chez les femmes enceintes. (Eurekasanté par vidal, les médicaments du sevrage tabagique, 2018) (Bertrand Dautzenberg, 2010) (LECRAT substituts nicotiniques, 2018)

1.1.5. Alcool

Aujourd'hui, il existe plusieurs prises en charge médicamenteuses de la dépendance à l'alcool, il s'agit de traitements de sevrage ou de réduction de la consommation d'alcool. Nous allons donc étudier quels traitements sont possibles chez la femme enceinte, car il est important pour les femmes alcooliques enceintes d'arrêter de boire, car la consommation d'alcool pendant une grossesse peut être dangereuse pour la santé du bébé. En général, lorsque ces femmes apprennent leur grossesse, elles stoppent ou diminuent d'elle-même leur consommation d'alcool. Mais pour certaines femmes qui avaient une consommation importante d'alcool avant leur grossesse, il peut être compliqué d'arrêter du jour au lendemain, et c'est pourquoi ces femmes pourront avoir une aide médicale. Il leur sera demandé leur consommation en quantité, pour quelle raison elles consomment de l'alcool, et les présenter à des professionnels de santé aptes à répondre à leur question et à les aider. Selon les cas, elles devront ou pas être hospitalisées car un arrêt brusque de la consommation d'alcool est trop risqué à cause du delirium tremens et de réactions cardiaques possibles. Il sera donc conseillé de voir un spécialiste addictologue pour arrêter petit à petit leur dépendance tout en surveillant de prêt la femme et son bébé. Des prises en charges non médicamenteuses seront d'abord entreprises et en général elles suffisent à l'arrêt de la consommation d'alcool grâce à toutes les aides proposées à la patiente. Cependant, certaines femmes n'arrivent pas à arrêter ou souffrent beaucoup malgré les prises en charges non médicamenteuses. Ainsi, si celles-ci ne suffisent pas alors il existe des prises en charge médicamenteuses possibles en plus d'un apport en vitamines B1 et B6. Nous allons donc ici détailler les prises en charge possibles durant la grossesse, elles sont très discutées entre les médecins pour savoir quel est le traitement le plus adapté pour la patiente, au cas par cas, il n'y a pas de protocole près décrit dans les livres, cela dépend vraiment de la dépendance de la patiente.

Tout d'abord, certaines femmes ont besoin d'une aide pour le sevrage, pour maintenir l'abstinence grâce à une première molécule : Acamprosate/Aotal qu'il est possible d'utiliser chez la femme enceinte à n'importe quel terme de la grossesse. La posologie est de deux comprimés le matin, un le midi et un le soir pour les patients de moins de soixante kilos, et de deux comprimés le matin, le midi et le soir pour les patients de plus de soixante kilos. Il est conseillé de prendre ce traitement en dehors des repas sauf s'il y a des difficultés de tolérance digestive. Cette molécule est un

analogue du glutamate, un agoniste des récepteurs GABA, il diminue l'envie de boire. Il a quelques effets indésirables tels que des problèmes digestifs avec des nausées et douleurs, des problèmes cutanés par des démangeaisons ou d'ordre sexuel avec une baisse de la libido ou des problèmes d'érection. Ce traitement n'est pas envisageable chez les personnes insuffisantes rénales. Puis une autre molécule permet le maintien de l'abstinence : Naltrexone/Révia qu'il est aussi possible d'utiliser chez la femme enceinte. Sa posologie est d'un comprimé par jour pendant ou en dehors des repas. Cette molécule est un antagoniste opioïde pour les patients qui ont une addiction psychique à l'alcool. Il a plusieurs effets indésirables possibles : des troubles digestifs aussi, des troubles neurologiques (maux de tête, difficulté à dormir, sensation de vertiges, stress), des problèmes cutanés (démangeaisons), des problèmes sexuels aussi et des douleurs articulaires et musculaires. Cette molécule n'est pas à prendre chez des patients qui sont sous traitement antalgique morphinique ou sous traitement de substitution aux opiacés, et chez des patients insuffisants hépatiques ou rénaux. Enfin une autre molécule indiquée dans le maintien de l'abstinence existe aussi : Disulfirame/Espéral mais celle-ci ne peut pas être utilisée chez la femme enceinte donc nous ne la détaillerons pas ici.

Figure 20 : Acamprosate et Aotal en comprimés

Figure 21 : Naltrexone et Révia en comprimés

Pour certaines femmes qui ne réussissent pas à se sevrer, il existe des traitements qui aident à réduire la consommation d'alcool dans un premier temps,

avec pour objectif de se sevrer par la suite. Il s'agit là de traitements de dernier recours chez une femme enceinte. Cela peut se faire avec une molécule : Nalméfène/Sélincro, elle diminue l'envie de boire par son action d'agoniste sur les récepteurs aux opiacés, à raison d'un comprimé par jour à prendre une à deux heures avant l'envie de consommer de l'alcool, ou dès que la prise d'alcool a eu lieu. Il a des effets indésirables digestifs, neurologiques, cardiaques (palpitation) et il n'est pas à utiliser chez des patients sous antalgiques morphiniques, sous traitements de substitution, et chez des patients insuffisants hépatiques et rénaux. (LECRAT, 2018) (Maximilien Deberly, 2012)

Figure 22 : Selincro en comprimés

Toutefois, le sevrage à ces drogues ne dépend pas que de ces prises en charge médicamenteuses. Une aide non médicamenteuse est proposée à chaque patiente. Parfois elles suffisent à elles seules à sevrer une patiente et parfois elles sont là pour compléter une prise en charge médicamenteuse. C'est cet ensemble qui permet à une patiente de prendre le dessus sur la drogue et sur ses habitudes de vie, mais tout dépend de sa volonté de vouloir passer à autre chose. Nous allons donc décrire ces prises en charges non médicamenteuses.

1.2. Prise en charge non médicamenteuse

1.2.1. La parole

Tout d'abord, la première prise en charge non médicamenteuse possible que nous allons décrire est la parole avec les professionnels de santé tels que des psychologues ou encore des médecins. Le professionnel devra réussir à cibler avec quel type de patiente il va devoir travailler. Ces entretiens ont pour but de raviver la raison et les émotions de la patiente afin de lui redonner de l'espérance, de la

volonté pour diminuer ou arrêter une consommation de drogue. Une relation avec la patiente va se mettre en place et cela va commencer par une présentation simple de la patiente, de la façon dont elle se voit, pour cerner au mieux sa personnalité, et ses expériences avec la drogue. Il va devoir identifier ses forces, ses faiblesses, suivre son évolution tout au long de ces entretiens et l'assister grâce à son expérience professionnelle sur le sujet. La famille peut faire partie de ces entretiens si la patiente le souhaite ou si le thérapeute pense que cela peut être un atout pour son évolution. L'un des critères de succès de ces entretiens est le rapport de confiance qui doit s'établir entre la patiente et le thérapeute. Celui-ci s'établit au fur et à mesure des entretiens lorsque la patiente se rend compte qu'elle progresse et qu'elle a une meilleure considération de ce qu'elle est. Cela va prendre du temps et le thérapeute devra savoir être patient, compréhensif et adroit avec des patientes aux modes de vie souvent compliqués. Le professionnel doit savoir bien réagir et bien trouver les mots pour parler à sa patiente. Il doit ressentir de l'empathie et la comprendre au mieux afin de la faire progresser. Il faut qu'il voit sa patiente sans avoir de préjugé sur elle et sur sa consommation de drogue, sur ses rechutes potentielles car il pourrait la faire encore plus culpabiliser. Le professionnel doit croire en sa patiente et en ses compétences même s'il ne les voit pas dès le début. Il cherchera d'abord à savoir ce qui l'a poussée à consommer sa drogue mais aussi à vouloir l'arrêter. Il faudra petit à petit lui redonner confiance en elle pour qu'elle puisse se revaloriser car les toxicomanes sont sans cesse rejeter par la société. Elle pourra ainsi s'émanciper de cette drogue qui la contrôle et voir qu'elle dépend de moins en moins d'elle. Elle pourra se reconstruire et envisager des projets de vie futurs qui l'aideront à passer au-dessus de cette drogue. Il faut lui donner des motivations pour réussir, des buts réalisables et accessibles tout au long des entretiens. Évidemment pour que tout cela se fasse, la patiente devra être régulière et présente le plus souvent possible aux séances d'entretien pour qu'elle soit suivie de la meilleure façon. Ce n'est pas en faisant quelques séances au hasard que la patiente va rapidement progresser et çà elle doit le comprendre. (Alain Morel, Jean-Pierre Couteron, Patrick Fouilland, 2015)

1.2.2. Les thérapies psychologiques

La deuxième prise en charge non médicamenteuse que nous allons décrire est la thérapie psychologique et plus précisément la thérapie cognitivo-comportementale. Celle-ci se décrit par une thérapie cognitive c'est-à-dire une

analyse de la pensée et de la raison du patient et elle se décrit par une thérapie comportementale c'est-à-dire une analyse du comportement et de ses modifications possibles. Chaque patiente a sa propre histoire, ses propres problèmes, son propre caractère, ses propres habitudes et expériences avec la drogue. C'est ce qui montre la complexité de ces thérapies qui sont réalisées au cas par cas. Cette thérapie commence par l'interrogation de la patiente et de ses quantités, fréquences et produits consommés. Le thérapeute pourra aussi lui demander ce qu'elle pense de la drogue et de son arrêt. Puis le thérapeute continuera avec le travail de confrontation face à la drogue, c'est-à-dire que la patiente devra essayer de savoir quels sont les éléments déclencheurs de prise de drogue, les habitudes telles que passer dans la rue de son dealer, aller chez un ami avec qui l'on consommait cette drogue, les gestes de consommation. Le professionnel de santé essaie de lui inculquer le fait d'apprendre à résister face à la drogue, à avoir la bonne attitude pour résister. La patiente devra donc se livrer et dire ce qu'elle ressent, ce qui lui fait peur. Le thérapeute lui apprendra à surmonter le manque psychique de l'addiction en lui faisant comprendre qu'elle peut vivre sans, en lui montrant des exemples pour vaincre son addiction et trouver d'autres intérêts de vie. Ces séances se feront régulièrement, une fois la semaine pendant plusieurs mois. Le thérapeute devra donc, tout au long de ces séances, analyser les pensées et comportements de la patiente, ses évolutions pour la guider au mieux dans son parcours de sevrage. Il va falloir traiter la cause, le mal-être qui l'a poussé à consommer cette drogue. (Christien Figiel, Jean-Pierre Jacques, 2006) (Alain Morel, Jean-Pierre Couteron, Patrick Fouilland, 2015) (Bertrand Dautzenberg, 2010)

1.2.3. Les groupes de parole et d'entraide

De plus, la troisième prise en charge non médicamenteuse que nous allons décrire est le groupe de parole. Il en existe pleins comme par exemple les narcotiques anonymes ou les alcooliques anonymes. Il s'agit d'un soutien supplémentaire qui aide au sevrage des « addicts ». Le but est de se livrer sur son vécu personnel et d'en discuter avec d'autres patients ayant des consommations similaires, mais aussi de les écouter à leur tour. Il est ainsi plus facile de se comprendre entre eux et de se soutenir lorsque la tentation est trop présente. Ils ont ainsi l'impression d'être accompagné et de parler à des personnes qui sont comme eux et d'appartenir à quelque chose. C'est même pour certains patients une seconde famille. Cela peut donner un objectif ou une nouvelle habitude de vie de suivre toutes

ces séances. Mêmes si certains patients s'expriment plus ou moins facilement sur le sujet en question, ils écoutent quand même et cela a son importance. Tous les sujets peuvent être discutés : les envies énormes de la drogue mais aussi les problèmes sociaux et professionnels d'à côté. Chacun a la liberté de s'exprimer sur ce qu'il a besoin ou envie d'extérioriser sans se sentir juger. Mais d'autres patients, eux, ne veulent pas participer à ces séances ou ne sont pas encore prêts et c'est là que le thérapeute devra bien expliquer le rôle de ces ateliers de groupes : d'aider et de se faire aider par la même occasion. A ces patients, il peut leur être proposé de tout d'abord seulement écouter les personnes qui veulent parler. Ils parleront de leurs histoires lorsqu'ils seront prêts. Aucun professionnel de santé ne doit obliger un patient à faire une séance qu'il ne souhaite pas faire dans l'immédiat, il ne doit pas être trop impatient. S'il est plus simple pour eux de parler de cela avec des patients comme eux mais sans professionnels de santé pour y assister, alors il faut qu'ils se rendent aux groupes d'entraides.

En effet, il existe aussi des groupes d'entraides qui ont la différence d'avoir lieu entre des personnes concernées par cette addiction, sans professionnels de santé pour les écouter. Il ne s'agit donc que de personnes addictes à la drogue ou des anciens addicts qui parlent de leurs vécus respectifs. Les anciens addicts sont les personnes qui peuvent les comprendre au mieux dans leur addiction. Le principe reste le même qu'avec les groupes de paroles : parler de tout ce dont ils ont envie en rapport avec la drogue. Ce sont deux groupes qui peuvent se compléter, un patient peut très bien participer aux deux.

Enfin, il existe aussi des groupes où la famille du patient peut participer à des séances, car il est aussi important pour la famille d'apprendre à connaître d'autres membres de personnes addicts, pour voir qu'elles ne sont pas seules, qu'il ne faut pas culpabiliser, qu'il faut positiver et encourager la personne addict qui a besoin de sa famille dans cette épreuve à surmonter, elles peuvent anonymement se confier sur leurs expériences, leurs difficultés, leurs stress mais aussi les moments positifs, de discuter de ce qui a poussé leurs proches à aller de ce côté obscur de l'addiction. Beaucoup de ces personnes y vont pour se rassurer, pour apprendre comment réagir face à une situation d'impuissance face à leur proche addict. (Fédération Addiction, 2018) (Christien Figiel, Jean-Pierre Jacques, 2006)

1.2.4. Autres prises en charge non médicamenteuses

Enfin, il existe d'autres prises en charge non médicamenteuses telles que l'acupuncture et l'hypnose. L'acupuncture est une méthode qui provient de Chine et est utilisée pour accompagner un traitement dans des maladies telles que la dépendance à des drogues. Elle aide à mieux tolérer les sensations désagréables du sevrage de la drogue, autant psychiques que physiques. Elle permet de réduire l'anxiété occasionnée par l'arrêt de la drogue, elle permet de détendre le patient. Cette méthode est le plus souvent utilisée dans l'oreille et a pour but de rétablir le bien-être, sans douleur. On parle peu de cette technique tout comme l'hypnose. Celle-ci est aussi utilisée pour aider à arrêter la consommation de drogue. Elle se fait par un hypnotiseur qui plonge le patient dans un état d'hypnose, et pousse ainsi l'inconscient du patient et lui adresse un message pour stopper sa consommation de drogue. Le patient saura si la séance a fonctionné car il n'aura plus l'envie de consommer ni les symptômes de sevrage qui vont avec. Le patient devra toutefois faire attention aux personnes se faisant passer pour hypnotiseur. Ces deux méthodes sont peu connues par la population française et sont donc peu utilisées en France. (Bertrand Dautzenberg, 2010)

2. Prise en charge

2.1. A l'hôpital :

2.1.1. Description de l'équipe hospitalière

A l'hôpital, la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes se fait par toute une équipe hospitalière pluridisciplinaire. Elle est constituée de gynécologues, de psychiatres, de sages-femmes, d'anesthésistes, de médecins addictologues, d'assistante sociale et ils sont en relation avec les médecins de ville et les pharmaciens d'officine. Tous ces professionnels de santé sont donc réunis pour gérer au mieux ces femmes et leur grossesse dite « à risque ».

Tout d'abord, les médecins gynécologues-obstétriciens ont une place importante dans le suivi des grossesses de femmes toxicomanes. En effet, ils sont chargés du suivi de la grossesse pathologique de par sa complexité, de par ses risques. Il va devoir étudier les potentielles complications maternelles, obstétricales et fœtales possibles pour savoir comment réagir face à telle situation compliquée. Il va devoir prendre l'avis de la femme enceinte avant tout et réaliser divers examens médicaux tels que les échographies, ou autres examens supplémentaires tout le long

de la grossesse si besoin. Il va la voir une fois par mois au premier trimestre, et tous les quinze jours au deuxième trimestre en se relayant avec la sage-femme référente de la patiente. Ces gynécologues sont épaulés par une sage-femme référente qui a un rôle important dans le suivi de ces femmes, car elle les voit en consultation tous les quinze jours, en relais avec les gynécologues et elles organisent leurs différents rendez-vous. Elles leur rappellent l'importance d'être bien suivi pendant leur grossesse, et l'importance de chaque professionnel de santé afin de ne pas hésiter à poser ses questions à chacun d'entre eux. A partir de la 28ème semaine d'aménorrhée, il sera mis en place un monitoring cardiaque soit à domicile, soit à l'hôpital, ainsi qu'une préparation à l'accouchement. La patiente devra également consulter le pédiatre de l'équipe, à partir de la 28ème semaine d'aménorrhée, et ils parleront des prises en charge possibles du bébé après l'accouchement et seront évoqués les questions du sevrage du bébé et l'allaitement si elle le souhaite. Puis une deuxième consultation sera faite avec le pédiatre vers la 36ème semaine d'aménorrhée pour répondre à des questions supplémentaires de la part de la maman, mais aussi pour visiter l'unité kangourou, afin de se faire une idée d'où sera son enfant s'il a besoin de soins à la naissance. C'est aussi au moment de la 36ème semaine d'aménorrhée qu'aura lieu la consultation avec l'anesthésiste, pour familiariser la patiente à celui-ci, et il devra connaître les antécédents ou les consommations de la patiente pour gérer au mieux son anesthésie. Si la patiente le souhaite elle pourra aussi parler à un psychiatre et même à un pédopsychiatre si besoin pour discuter de ses inquiétudes sur la grossesse, du père de l'enfant, de ses parents, de ses émotions ou autre. A l'hôpital, peut aussi être demandé l'intervention d'une assistante sociale, afin que l'enfant ait la meilleure vie possible sachant qu'en général ces femmes ont un mode de vie instable. Elle est là pour aider au mieux les femmes et leur enfant à vivre dans un mode de vie sain pour eux. Elle doit consulter ces femmes soit au domicile, soit à l'hôpital, seule ou accompagnée du père de l'enfant ou de sa famille, afin d'étudier si la femme possède les ressources suffisantes pour élever l'enfant. L'enfant ne peut pas être élevé dans un milieu où la toxicomanie est présente. L'assistante sociale doit réussir à déterminer quelle mère est capable d'élever sainement son enfant ou non, sans toxicomanie car c'est la loi, si la mère n'est pas capable d'élever son enfant, sa garde sera compromise et elle devra le dénoncer. C'est le juge des enfants qui devra décider soit d'un placement temporaire ou permanent. Il existe différents systèmes pour cela : les PMI, protection maternelle et infantile, ou encore l'ASE, l'aide sociale à l'enfance. Ils sont là pour

mettre en place l'éducation de l'enfant dans des familles d'accueil ou des maisons d'aide à caractère social.

L'équipe hospitalière est aussi en lien avec le médecin généraliste de ville, référent de la patiente en matière de toxicomanie. Il a aussi une place primordiale au sein de l'équipe car c'est lui qui s'occupe de ses traitements et qui connaît le mieux la patiente. La prise en charge de la toxicomanie peut aussi être assurée en relais du médecin généraliste, par le médecin addictologue de l'hôpital.

En cas de problèmes ou de complications sur la grossesse, une hospitalisation a lieu dans l'unité de grossesse pathologique de l'hôpital choisi par la patiente, pour que le bébé et la maman soient suivis au mieux. Ces complications peuvent être des contractions qui arrivent trop tôt, des problèmes de rythme cardiaque du bébé, une rupture prématurée de la poche des eaux, etc. Ces hospitalisations sont très encadrées. Un médecin-addictologue verra la patiente pour parler de ses traitements avec une prescription si besoin de substituts tels que la méthadone, la buprénorphine, les substituts nicotiniques ou autres substituts médicamenteux dont nous avons parlé précédemment. Tous les professionnels de santé seront avertis des antécédents de la patiente et du risque de la grossesse. C'est à la patiente de choisir par quel professionnel de santé elle veut être suivi, elle peut garder son gynécologue, son médecin généraliste, son psychiatre, son pédopsychiatre, sa sage-femme, etc. (Aide sociale à l'enfance, 2018) (Grossesses et toxicomanies, 2015) (Françoise Molénat, 2000) (Annexe 2)

2.1.2. Protocoles du CHU de Rouen

Pour ce qui est de l'héroïne, dans les hôpitaux, des protocoles de prise en charge sont mis en place pour que chaque professionnel sache comment faire face à ces patientes qui prennent des opiacés ou des substitutifs aux opiacés. Nous allons ici décrire le protocole du CHU de Rouen (Annexe 1). Lorsque la patiente consulte, il lui sera demandé une photocopie de l'ordonnance de substituts du médecin de ville, qui sera rangée dans le dossier de la patiente pour qu'un suivi de ses traitements soit effectué à l'hôpital et lui sera proposé un rendez-vous avec le médecin-addictologue de l'hôpital soit Madame Lemercier au CHU de Rouen actuellement.

Lorsque la patiente est en hospitalisation au CHU de Rouen et qu'elle ne peut pas voir tout de suite son médecin de ville ou son pharmacien, alors il sera effectué une analyse d'urine des toxiques assimilés tels que les opiacés, les substituts

(méthadone et buprénorphine). C’est en fonction de ces résultats et des symptômes de sevrage que décidera le médecin de la dose à lui donner, en attendant de voir son médecin de ville ou son pharmacien ou le médecin addictologue du CHU, pour connaître sous quel dosage de substitut était la patiente. La pharmacie du CHU ne peut de toute façon pas donner plus que 30 milligrammes de méthadone qui est la dose maximale en première intention.

Ainsi, si la patiente arrive à l’hôpital avec son traitement de substitution, il sera mis dans l’armoire avec les autres stupéfiants, avec le nom et le prénom de la patiente indiqué dessus. La patiente pourra le prendre pendant trois jours au maximum en attendant une prescription hospitalière de substituts aux opiacés. Lorsque la patiente sortira, soit elle prend la suite de son traitement avec elle, soit il sera renvoyé à la pharmacie du CHU, et devra être mis en place une consultation avec le médecin de ville, pour le relais des prescriptions de substituts pour éviter que la patiente se retrouve sans traitement.

Cependant, si la patiente arrive à l’hôpital sans traitement de substitution, il lui sera fait une ordonnance et les médicaments seront ensuite rangés dans l’armoire avec les stupéfiants comme expliqué précédemment. (Annexe 1)

Pour ce qui est de la cocaïne ou du cannabis, il n’y a pas de protocoles à proprement parlé puisqu’il n’existe pas de traitements de substitution. Seuls des traitements tels que des antidépresseurs ou des anxiolytiques peuvent être mis en place selon les symptômes de sevrage de la patiente mais la prescription de ces traitements demande moins d’exigence en matière de prescription.

Pour ce qui est du tabac, il n’existe pas non plus de protocoles à proprement parlé, il faut surtout que la patiente choisisse son substitut nicotinique pour arrêter de fumer. Elle a le choix entre les patchs, les gommes à mâcher, les comprimés sublinguaux, les comprimés à sucer ou l’inhaleur. Elle peut en associer certains comme on l’a expliqué précédemment. Le sevrage se fera petit à petit mais cela est dépendant de chaque patiente et de leur volonté. Pour ce qui est de leur prescription, elle ne demande pas non plus d’exigence particulière.

Pour ce qui est de l’alcool, il n’existe pas non plus de protocoles, car les femmes enceintes ont très peu souvent recours à des traitements pour leur sevrage alcoolique, et ce sont des traitements qui ne demandent pas non plus d’exigence particulière de prescription.

2.2. A la pharmacie

2.2.1. Accueil du patient toxicomane

Qu'il s'agisse de patients dépendants à l'héroïne, à la cocaïne, au cannabis, au tabac ou à l'alcool, lorsqu'il rentre dans la pharmacie, le pharmacien doit le considérer comme n'importe quel patient lambda. Il ne doit en aucun cas avoir peur ou être agressif avec ces patients afin de gagner leur confiance. Le but est que le patient prenne bien son traitement sans sur ou sous-dosage. Une communication entre pharmacien et médecin est donc utile si jamais le patient a plus confiance en son pharmacien et qu'il lui confie qu'il a encore des symptômes de manque malgré le traitement. Le pharmacien doit donc savoir appeler le médecin lorsqu'il sent que le patient est en souffrance et qu'il a vraiment besoin d'un dosage plus élevé, ou au contraire, quand il se confie pour dire qu'il va mieux après plusieurs mois au même dosage, d'en discuter avec le médecin pour diminuer le dosage de son traitement. De même si un patient se confie sur ses difficultés à gérer ses consommations d'alcool ou de tabac ou d'autres drogues, c'est à lui de le conseiller et de lui dire qu'il existe des traitements pour l'aider à gérer au mieux sa dépendance et à le diriger vers un médecin qui peut l'aider. (Jean Lamarche, 2002)

2.2.2. La délivrance

Pour la délivrance de méthadone ou de buprénorphine, le pharmacien sera contacté par le médecin du patient toxicomane et ce sera au pharmacien d'accepter ou de refuser la proposition. S'il accepte, alors sur toutes les ordonnances du patient seront indiqués le nom de la pharmacie où retirer ses médicaments. Le patient ne pourra ainsi retirer son traitement que dans cette pharmacie et il pourra y avoir un bon suivi. Le pharmacien devra respecter les règles de prescription citées précédemment puis il lui donnera son traitement pour la semaine (ou le mois s'il est noté sur l'ordonnance « délivrance en une seule fois »). Le pharmacien devra aussi vérifier la date de la prescription et la date de la délivrance dont la différence ne devra pas dépasser les trois jours pour la méthadone. Si elle est dépassée, le pharmacien devra alors décompter les jours en trop. Il devra aussi garder une copie de l'ordonnance pendant trois ans au vus d'un potentiel contrôle par des inspecteurs et l'ordonnancier, lui, devra être gardé pendant dix ans dans la pharmacie. Lors de chaque délivrance, le pharmacien rappellera la posologie et ses prises dans la

journée. Il devra aussi être vigilant quant aux possibles falsifications d'ordonnances que tentent parfois de faire les patients toxicomanes, il faut donc être vigilant quant à une différence avec la signature habituelle du médecin, une posologie changée, l'absence de date, etc. Le pharmacien devra ainsi la refuser en essayant d'être le plus fin possible pour ne pas offenser le patient, et le pharmacien peut ainsi faire une photocopie de cette ordonnance avant de la rendre au patient, et de noter son nom pour qu'une fois qu'il soit parti, le dénoncer auprès de la sécurité sociale ou auprès des collègues dans les autres pharmacies aux alentours. Pour ce qui est de la délivrance des autres traitements dans la dépendance aux autres drogues, le pharmacien aura pour rôle de délivrer les médicaments en reprécisant ses horaires de prises et sa posologie aussi, ainsi que les conseils lorsqu'il y en a à prodiguer, et d'insister sur le fait que s'il y a n'importe quelle difficulté, il faut qu'il en parle à son médecin pour discuter d'un éventuel changement de posologie. (Jean Lamarche, 2002)

2.2.3. Commandes à usages professionnels

Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes peuvent passer des commandes à usage professionnel de stupéfiants pour une provision pour soins urgents avec un maximum de 10 unités de prises. Ces délivrances ne peuvent se faire que dans la pharmacie de la même ville ou dans la ville la plus proche que le professionnel demandant le stupéfiant. Cette prescription se fera aussi sur une ordonnance sécurisée avec le nom, l'adresse, le numéro d'inscription à l'ordre, sa spécialité, le nom du stupéfiant, sa quantité en toutes lettres ainsi que la mention « usage professionnel ». Le pharmacien sera chargé d'envoyer à l'agence régionale de santé, le relevé trimestriel avec le nom du professionnel et les quantités de stupéfiants délivrées. (Jean Lamarche, 2002) (Guide de stage pratique officinale, 2018)

2.2.4. Stockage et destruction des stupéfiants

Pour ce qui est de la méthadone, puisqu'il s'agit d'un médicament stupéfiant, celle-ci devra être stockée dans une armoire à stupéfiant ou un coffre pouvant être fermé à clé. Aucune erreur de stock ne doit être permise car ce sont des traitements assez importants. Toutes les entrées et les sorties doivent être enregistrées dans le registre comptable des stupéfiants informatisés, et la balance mensuelle est notée

dans le registre papier que l'on conserve 10 ans. Les feuilles de commandes quant à elles seront conservées pendant 3 ans.

En ce qui concerne la destruction des stupéfiants, il y a aussi quelques règles à suivre. Les stupéfiants doivent être détruits s'ils sont abîmés, périmés, ramenés par les patients pour Cyclamed, ou lorsqu'une pharmacie ferme définitivement ses portes. Cette destruction se fait par le pharmacien titulaire de l'officine qui est autorisé à le faire. Le pharmacien devra envoyer un mois avant la destruction, un courrier au pharmacien inspecteur de santé publique ou alors à l'inspecteur de l'Agence Régional de Santé (ARS) en informant la date, les noms des stupéfiants, leurs quantités, leurs conditionnements et leurs formes pour savoir comment les détruire. Cette destruction doit se faire devant un collègue pharmacien qui sera choisi par le président du CROP (Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens) et pendant cette destruction, sera écrite une attestation de destruction qui sera gardée pendant 10 ans, et un double sera envoyé au pharmacien inspecteur de santé publique ou alors à l'inspecteur de l'ARS. (Jean Lamarche, 2002) (Guide de stage pratique officinale, 2018) (Meddispar, Médicaments stupéfiants et assimilés, 2015)

Partie 3 : Prise en charge du bébé

1. Dépistage

Dans les années 90, avant de commencer une quelconque prise en charge thérapeutique de ces bébés, il fallait dépister chez ces bébés et leur mère les drogues qu'ils avaient assimilées dans leur organisme. Le dépistage des drogues était la première étape de la prise en charge du bébé afin de savoir comment cibler au mieux les besoins du bébé en fonction des doses des drogues dans leur organisme. Ce dépistage s'effectue sur différents milieux biologiques dont les principaux sont l'urine, le sang, la salive et les cheveux. Selon le milieu utilisé, une méthode d'analyse de la drogue sera utilisée pour la détecter.

1.1. Les milieux biologiques et leurs méthodes de détection

1.1.1. L'urine

Tout d'abord, le milieu le plus utilisé est l'urine de par sa facilité de recueil mais aussi de détectabilité des drogues. Pour ce milieu, les méthodes de détection des drogues les plus utilisées sont des méthodes immunochimiques telles que la méthode EMIT et la méthode FPIA qui se servent d'un anticorps des molécules de drogue. La méthode EMIT est une technique de dosage immunologique multiple enzymatique. La drogue dans l'échantillon d'urine sera en compétition avec une molécule marquée par une enzyme afin d'aller s'accrocher à un anticorps. S'il y a de la drogue dans l'échantillon alors les molécules de drogues seront plus accrochées à l'anticorps que les molécules marquées par l'enzyme. Ainsi, il y aura beaucoup de molécules marquées par l'enzyme qui seront libres et c'est ce qui va engendrer un changement de couleur qui indique la positivité à une drogue. L'autre méthode, la méthode FPIA est une méthode d'immunopolarisation de fluorescence. Cette fois-ci la drogue de l'échantillon sera en compétition avec une molécule marquée à la fluorescéine pour se lier à un anticorps. S'il y a une grande présence de molécules de drogues dans l'échantillon, alors il y aura peu de molécules marquées à la fuorescéine et celles-ci seront donc libres et alors la polarisation est réduite, ce qui indique la positivité à une drogue. Avec l'urine, des méthodes chromatographiques peuvent aussi être utilisées. (Notions complémentaires, 2018) (Dépistage de la consommation de cannabis : les tests existants, septembre 2013)

1.1.2. Le sang

Le sang reste le deuxième milieu le plus utilisé. Pour ce milieu, la méthode la plus utilisée pour détecter la drogue présente dans un échantillon reste la chromatographie en phase gazeuse doublée d'une spectrométrie de masse. La chromatographie en phase gazeuse consiste à départager les molécules d'un échantillon grâce à un injecteur qui injecte l'échantillon et à le transformer en gaz dans une colonne placée dans un four puis être envoyé dans un détecteur : le spectromètre de masse qui permet de déterminer les composants présents dans l'échantillon de base. Cette méthode consiste à ioniser ces molécules qui étaient présentes dans l'échantillon de base puis à les identifier à l'aide d'un analyseur qui départage les ions grâce à la formule masse/charge. Ensuite, ces ions évoluent sous forme électrique pour être détectés par un ordinateur. (Analyse par Chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse, 2006) (Notions complémentaires, 2018) (Dépistage de la consommation de cannabis : les tests existants, septembre 2013)

1.1.3. La salive et les cheveux

La salive et les cheveux sont les milieux les moins utilisés en hôpital pour détecter la consommation de drogue pendant la grossesse mais ils peuvent aussi être effectués. La salive est un milieu où la drogue est aussi détectable grâce à un échantillon salivaire et détectée par des méthodes immunochimiques ou chromatographiques expliquées précédemment.

Les cheveux font également partis des milieux biologiques utilisés pour détecter les drogues présentes dans l'organisme. Chez le bébé, des poils peuvent être utilisés s'il est dépourvu de cheveux. L'avantage de ce milieu est qu'il est possible de voir l'histoire des consommations de drogues de la patiente ces derniers mois. Les composants de la drogue sont aussi détectés dans ce milieu grâce aux méthodes immunochimiques ou chromatographiques. (Notions complémentaires, 2018) (Dépistage de la consommation de cannabis : les tests existants, septembre 2013)

1.2. Les drogues détectables et leur seuil de positivité

Il existe beaucoup de drogues détectables par analyse de milieux biologiques mais toutes ne sont pas détectables à l'identique. Elles ont toutes un temps de

détection et un seuil de positivité différents les unes des autres et c'est ce que nous allons voir rapidement.

1.2.1. L'héroïne

Pour ce qui est de l'héroïne et des autres opiacés (méthadone par exemple), la substance à détecter est la morphine. La durée pendant laquelle elle peut être détectée est d'environ 24 à 48 heures dans les urines, moins de 24 heures dans le sang et moins de 12 heures dans la salive. Pour ce qui est des cheveux, la drogue peut être détectable jusqu'à trois mois après la prise de la drogue. Pour que le test soit positif, il faut que l'échantillon dépasse un seuil de positivité de 300 microgrammes/litres. (Dépistage des substances d'abus, 2008) (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues, 2017) (Dépistage urinaire : les limites de l'immunoanalyse, 2002)

1.2.2. La cocaïne

Pour détecter la présence de cocaïne, on va rechercher la présence de benzoylecgonine dans l'organisme d'un individu. La durée de sa détection dans les urines est de deux à quatre jours pour des individus ayant une consommation partielle de cocaïne et de dix à quinze jours pour des individus ayant une consommation fréquente de cocaïne. Pour le milieu sanguin sa durée de détection est de moins de 24 heures. Avec la salive, la cocaïne peut être détectée jusqu'à 12 heures après sa consommation. Dans les cheveux, elle est aussi détectable jusqu'à trois mois après sa consommation. Pour que le test soit positif, il faut que le seuil de 300 microgrammes/litres soit dépassé. (Dépistage des substances d'abus, 2008) (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues, 2017) (Dépistage urinaire : les limites de l'immunoanalyse, 2002)

1.2.3. Le cannabis

Pour savoir si un individu a consommé du cannabis, le produit à détecter est le 11-carboxy-THC et le delta-9-THC. Son temps de dépistage dans l'urine d'un individu est de trois à cinq jours pour une consommation ponctuelle de cannabis et de un à deux mois chez des individus ayant une consommation fréquente. Dans le sang, son temps de dépistage est de moins de 12 heures pour le delta-9-THC et de moins de 3 jours pour le 11-carbox-THC mais elle peut aussi aller jusqu'à un mois si la consommation est très fréquente. Dans le milieu salivaire, sa détection peut aller

jusqu'à huit heures après sa consommation si celle-ci est partielle, et de un jour à une semaine si sa consommation est très fréquente. Son seuil de positivité est de 50 microgrammes/litres. (Dépistage des substances d'abus, 2008) (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues, 2017) (Dépistage urinaire : les limites de l'immunoanalyse, 2002)

1.2.4. Le tabac

Il n'y a pas de test de dépistage du tabac en maternité car il n'y aura pas de prise en charge thérapeutique d'entreprise chez le bébé pour une consommation de tabac chez sa maman.

1.2.5. L'alcool

Pour ce qui est de l'alcool, la substance qui est recherchée dans les échantillons biologiques est l'Ethyl Glucoronide et les CDT (transferrine carboxy déficiente). La durée détectable de l'alcool dans l'urine est d'environ deux à quatre jours après sa consommation, dans le sang grâce aux CDT jusqu'à deux à quatre semaines après la dernière consommation. Dans ses cheveux sa détection peut aussi aller jusqu'à trois mois. Pour que le test soit positif, il faut que l'échantillon dépasse un seuil de positivité de dix grammes d'alcool. (Dépistage des substances d'abus, 2008) (Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues, 2017)

Cependant, dans les années 2000, le dépistage se fait de moins en moins. Par exemple, à l'Hôpital du Belvédère à Mont-Saint-Aignan, le dépistage n'est plus réalisé car la clé du succès d'une bonne relation patient-professionnel de santé est la confiance, et il était de mauvais goût de dire aux patientes d'avoir confiance au corps médical et juste après leur demander un dépistage pour connaître leur consommation. Ce n'était pas crédible et c'est pourquoi le dépistage a tendance à ne plus être réalisé. Les scores sont maintenant la priorité pour connaître le degré du syndrome de sevrage du bébé.

2. Le syndrome de sevrage néonatal

Le syndrome de sevrage néonatal est une sensation de manque profond ressentie par le bébé dès l'accouchement car il est privé de la drogue que lui transmettait sa mère pendant la grossesse. Ce syndrome peut durer de quinze jours à deux mois environ, cela dépend de la drogue prise, des quantités que prenaient sa

mère et de l'importance de sa toxicomanie. Nous verrons donc ce syndrome parmi toutes les drogues vu précédemment en détaillant les symptômes de chacun de ces syndromes ainsi que leur méthode de diagnostic.

2.1. Le syndrome de sevrage néonatal aux opiacés

2.1.1. Les symptômes

Tout d'abord, le syndrome de sevrage néonatal aux opiacés ressenti par le bébé s'extériorise par des symptômes digestifs tels que des problèmes alimentaires dus à des difficultés à se nourrir à cause de troubles de succion. Ils ont une incoordination à la succion, ils veulent aller trop vite. Mais à cause de ce problème, ils ont plus de mal à s'alimenter que les autres bébés et une prise de poids rapide est donc retardée, voire même parfois une perte de poids est visible. Du fait de cette succion rapide et de grande intensité, la maman pense que le bébé a très faim et elle pense directement à le nourrir en pensant qu'il sera soulagé mais il peut ainsi être trop alimenté et alors il peut avoir beaucoup de reflux. De plus, ces bébés peuvent avoir un péristaltisme de l'intestin plus rapide que la normale avec des douleurs au niveau du ventre. Les aliments progressent très vite dans le tube digestif et cela peut provoquer des diarrhées, des nausées ou des envies de vomir. Cela peut donc fortement déshydrater le bébé.

Puis, en plus des symptômes gastro-intestinaux, le bébé peut aussi avoir des symptômes respiratoires à cause du sevrage. Cela se montre par une façon de respirer qui est trop rapide et trop excessive se concluant parfois par des détresses respiratoires. Ces bébés ont des rythmes de respiration anormaux avec parfois même des petits arrêts respiratoires, des sortes d'apnée et cela peut avoir de grave conséquences telles des hypoxies c'est-à-dire un manque d'oxygène dans le corps. Cette hypoxie peut se manifester par une cyanose : la peau et la bouche ont une tendance à se teindre en bleu.

Des symptômes neurologiques peuvent aussi survenir chez un bébé en sevrage aux opiacés dus à une attaque du système nerveux central par la drogue. On peut observer des pleurs, une facilité à s'énerver rapidement. Il paraît souvent très excité. Il ressent aussi des difficultés à dormir avec des temps de sommeil inférieurs à la normale. Ces bébés peuvent aussi avoir des tremblements anormaux, des trémulations, ce sont des sortes de contractions musculaires très brusques.

Dans les pires cas, ces tremblements peuvent se transformer en convulsions accompagnées d'une perte de connaissance.

Enfin, la drogue a pu attaquer le système nerveux autonome du bébé et ainsi causer des symptômes tels qu'une hypersudation, de la fièvre, une fréquence importante à éternuer, accompagné d'écoulements nasaux. Une grande fréquence à bailler et à avoir le hoquet est aussi observée.

Évidemment, tous ces symptômes ne sont pas forcément tous observés chez les bébés, seuls quelques symptômes peuvent être apparents. Tout cela est dépendant de la toxicomanie de la maman mais peut aussi être indépendant de sa toxicomanie. Quelque fois, des mamans ayant consommées beaucoup de drogues, peuvent avoir des bébés ne ressentant pas beaucoup de symptômes de sevrage et à l'inverse des mamans ayant consommées peu de drogues peuvent avoir des bébés ressentant de nombreux symptômes de sevrage. C'est contradictoire, parfois injuste et incompris par les mamans. Il existe ainsi des méthodes pour évaluer quelle est l'importance du syndrome de sevrage chez les nouveau-nés et ainsi faire un bon diagnostic avant de commencer une prise en charge thérapeutique.

2.1.2. Le diagnostic

Il existe des méthodes d'évaluation pour diagnostiquer à quel degré de syndrome de sevrage aux opiacés se trouve le bébé afin de savoir au mieux comment entreprendre la prise en charge thérapeutique. Ces méthodes sont des échelles de gravité telles que le score de Lipsitz, le score de Finnegan qui sont beaucoup utilisés et celui d'Ostrea, moins utilisé.

Tout d'abord, il existe le score de Lipsitz qui représente les symptômes cliniques du syndrome de sevrage chez les nouveaux nés, qui doit être fait dès qu'il naît et cela toutes les six heures après la naissance voire toutes les trois heures. C'est un score qui prend en compte onze signes cliniques à évaluer d'un score zéro à un score trois d'après la figure 23 ci-dessous. Ces signes cliniques sont les trémulations, l'irritabilité, les réflexes, le tonus musculaire, les selles, les lésions cutanées, la fréquence par min, les éternuements, les bâillements, les vomissements et la fièvre. (Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés, 2013)

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

Figure 23 : Tableau correspondant au score de Lipsitz

Ce score se surveille donc dès la naissance environ une heure après un repas. Il est évalué sur vingt selon la figure 24 ci-dessous. Il faut surveiller régulièrement l'évolution du score et en changer ou non la prise en charge selon celui-ci. (Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés, 2013) (Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse, 2016)

DATE																												
HEURE																												
Trémulations 0 à 3																												
Irritabilité 0 à 3																												
Réflexes 0 à 2																												
Tonus 0 à 2																												
Selles 0 à 2																												
Lésions cutanées 0 à 2																												
FR < 55 = 0 55-75 = 1 > 75 = 2																												
Éternuements 0 ou 1																												
Bâillements 0 ou 1																												
Vomissements 0 ou 1																												
Fièvre 0 ou 1																												
TOTAL/20																												
Traitement																												

Figure 24 : Tableau correspondant à la surveillance du score de Lipsitz

Puis, il existe aussi le score d'Ostrea, représenté par la figure 25 ci-dessous. C'est un score permettant de voir à quel degré de gravité du syndrome de sevrage le bébé se trouve. Ce score représente des signes cliniques en jugeant s'ils sont faibles, modérés ou sévères. Ces signes sont les vomissements, les diarrhées, la perte de poids, l'irritabilité, les trémulations/myoclonies et la tachypnée. Mais ce score est assez limité et moins précis car il ne représente pas une valeur numérique comme le score de Lipsitz ou encore le score de Finnegan dont nous allons parler.

Symptômes	Faible	Modéré	Sévère
Vomissements	Régurgitations	Vomissements à 3 repas consécutifs	Vomissements et troubles électrolytiques
Diarrhée	Moins de 4 selles liquides par jour	Plus de 5 selles liquides par jour pendant 3 jours	Diarrhée et troubles électrolytiques
Perte de poids	< à 10 % du poids de naissance	Entre 11 et 15 % du poids de naissance	> à 15 % du poids de naissance
Irritabilité	Minime	Importante mais calmée par l'alimentation ou le bercement	Importante et non calmée
Trémulations Myoclonies	Faibles à la stimulation	Importantes à la stimulation	Convulsions
Tachypnée	60 à 80/min	80 à 100/min	> 100/min et alcalose respiratoire

Figure 25 : Tableau correspondant au score d'Ostrea

Enfin, il existe aussi le score de Finnegan qui représente aussi les signes cliniques du syndrome de sevrage aux opiacés des nouveaux nés. Celui-ci doit aussi être fait dès la naissance et toutes les huit heures voire toutes les quatre heures au début, environ trente minutes à une heure après avoir mangé. Ces signes sont évalués selon trente et un critères cliniques à évaluer de zéro à cinq d'après l'amplitude des signes selon le tableau ci-dessous. Ces signes sont séparés en trois catégories : les troubles du système nerveux central ; les troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires et les troubles gastro-intestinaux. La figure 26 ci-dessous représente ce score.

Si jamais la somme des scores dépasse huit pour le score de Lipsitz ou 12 pour le score de Finnegan trois fois de suite, alors la surveillance de ces scores se fera toutes les deux heures pendant au moins une journée pour éviter que l'enfant soit trop en souffrance et une prise en charge thérapeutique sera alors envisagée. Puis si ce score diminue on repassera à une surveillance toutes les quatre heures. C'est en fonction de ce score que l'on déduira s'il a besoin d'une prise en charge thérapeutique ou non. Puis si les trois jours après la fin du traitement ce score ne

dépasse pas huit ou douze selon le score, alors on ne prendra plus en compte ce score. Mais s'il ne diminue pas et reste supérieur à huit/douze, alors il faudra continuer de le faire au moins pendant les quatre jours suivants l'arrêt des traitements. S'il est jugé que le bébé n'ait pas besoin de traitement, alors ce score ne sera fait que pour les quatre jours suivant la naissance. (Neonatal abstinence scoring system, 2007) (Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés, 2013) (Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse, 2016)

Date : ...../...../..... **Poids :** .....

FINNEGAN	Signes et symptômes	Score	.... h	.....	.....
Troubles du SNC	Cri aigu-excessif	2			
	Cri aigu-excessif-continu	3			
	Sommeil entre repas < 1 h	3			
	Sommeil entre repas < 2 h	2			
	Sommeil entre repas < 3 h	1			
	Réflexe de Moro hyperactif	2			
	Réflexe de Moro très hyperactif	3			
	Tremulations faibles provoquées	1			
	Tremulations sévères provoquées	2			
	Tremulations légères non provoquées	3			
	Tremulations sévères non provoquées	4			
	Hypertonie	2			
	Excoriations (1 par localisation : nez, genou, orteils, talons)	1			
	Mouvements myocloniques	3			
	Convulsions généralisées	5			
Troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires	Transpiration	1			
	37°2 C < Température < 38°2 C	1			
	Température > 38°3 C	2			
	Bâillement fréquent	1			
	Marbrures	1			
	Encombrement nasal (renifflements)	1			
	Eternuements (> 3 – 4 / intervalle)	1			
	Battement des ailes du nez	2			
	Rythme respiratoire > 60/min	1			
	Rythme respiratoire > 60/min + tirage	2			
Troubles gastro-intestinaux	Succion excessive	1			
	Difficultés d'alimentation	2			
	Régurgitations	2			
	Vomissements en jet	3			
	Diarrhée + (selles molles)	2			
	Diarrhée ++ (selles liquides)	3			
SCORE TOTAL					

Figure 26 : Tableau correspondant au score de Finnegan

Une fois que ces scores seront établis, nous saurons si le bébé a besoin d'une prise en charge thérapeutique ou non. Mais, tout d'abord, nous allons parler du syndrome de sevrage à l'alcool chez le bébé

2.2. Le syndrome de sevrage néonatal à l'alcool

2.2.1. Les symptômes

Tout d'abord, le syndrome de sevrage néonatal à l'alcool que ressent le bébé se voit par différents symptômes tels qu'une grande nervosité, des problèmes à se nourrir, des problèmes pour dormir, des tremblements, des problèmes digestifs à type de diarrhées, des problèmes au niveau du cœur et au niveau respiratoire. L'alcool s'élimine plus lentement que chez un adulte aussi car son foie n'est pas encore assez formé. La prise d'alcool pendant la grossesse peut aussi provoquer chez le bébé des problèmes cérébraux plus ou moins réversibles selon les cas et des problèmes au niveau de la croissance et au niveau du visage dont nous allons décrire les caractéristiques. (Les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, septembre 2017) (Syndrome d'alcoolisation fœtale, 2009)

En effet, dans les cas sévères où la femme enceinte a consommé de l'alcool durant la grossesse, cela a pu provoquer dans les cas graves, le syndrome d'alcoolisme fœtal par le passage de l'alcool à travers le placenta. Ce syndrome est une malformation congénitale qui s'extériorise par des symptômes caractéristiques physiques comme un visage particulièrement petit mais aussi avec des caractéristiques au niveau des yeux : une réduction de la fente palpébrale, des paupières lourdes, un plus grand espacement entre les yeux parfois même un strabisme, puis au niveau du nez et des lèvres : une fente peu visible entre le nez et la lèvre, la partie maxillaire est petite et la lèvre supérieure est fine, un petit nez. D'autres symptômes moins fréquents peuvent aussi se voir tels qu'un petit cou, des grandes oreilles avec une difficulté à entendre parfois. En plus de ces caractéristiques physiques que provoque ce syndrome, il existe des problèmes de croissance du bébé. Celui-ci est petit et léger à la naissance par rapport à la normale et il a des difficultés à grandir et grossir par la suite.

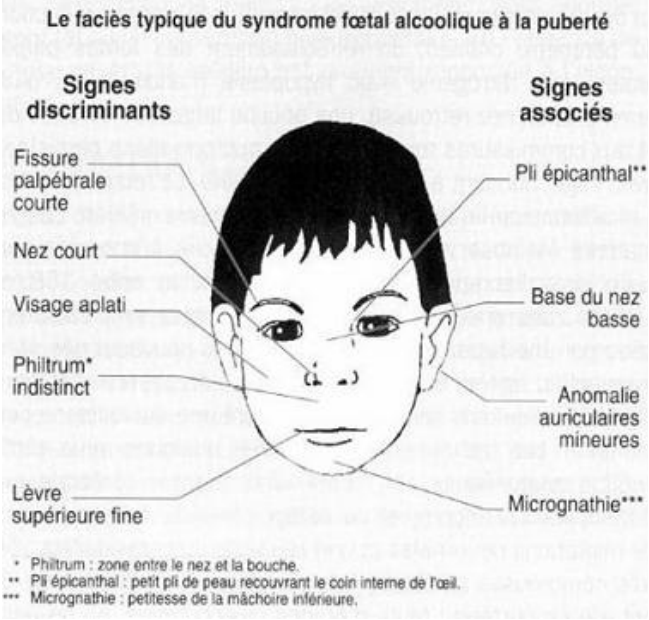

Figure 27 : Malformations physiques dues à l'alcool

Puis, il existe aussi des séquelles cérébrales qui peuvent engendrer des problèmes au niveau du comportement et qui se repère un peu plus tard dans la vie de l'enfant. Parmi ces troubles il existe des retards mentaux, des retards dans l'apprentissage, dans l'attention avec l'hyperactivité que peut avoir l'enfant, des problèmes de la mémoire, de nervosité, des problèmes de sommeil puis plus tard scolairement. En plus de ce syndrome, il peut aussi survenir d'autres soucis de santé chez ces bébés tels que d'autres malformations au niveau du cœur, des reins, de la vision et du squelette. Tous ces symptômes varient selon les cas et selon la quantité et la durée de consommation de la maman lors de la grossesse. Ces bébés peuvent n'avoir que quelques symptômes voire parfois très peu de symptômes. Cela est vraiment dépendant de la maman et c'est pour cela que la prise en charge se fera au cas par cas. (Qu'est-ce que le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)?, 2018) (Les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, septembre 2017) (Syndrome d'alcoolisation fœtale, 2009)

2.2.2. Le diagnostic

La prise en charge de l'alcool doit commencer par un diagnostic du bébé pour connaître le degré de sévérité du syndrome de sevrage et la souffrance qu'il ressent. Il sera ainsi détecté si le bébé a besoin ou non de soins appropriés. Ce diagnostic se fait par l'historique de la consommation d'alcool de la maman pendant sa grossesse : des quantités de consommation mais aussi de la durée de la consommation de l'alcool c'est-à-dire si elle a eu lieu pendant les trois trimestres ou non. Un examen

du corps du bébé sera aussi réalisé pour détecter d'éventuelles séquelles physiques que nous avons décrites précédemment. De même, un examen intellectuel sera effectué chez ce bébé pour examiner s'il a des retards de développement, de compréhension et d'apprentissage. Cet examen intellectuel peut se faire par le diagnostic du QI (quotient intellectuel) et plus tard dans l'enfance, par une séance avec un orthophoniste. La figure 28 ci-dessous illustre bien les critères de diagnostic à quatre chiffres du syndrome d'alcoolisation fœtale avec quatre caractéristiques tels que le retard de croissance, les traits du visage, les lésions cérébrales et l'exposition à l'alcool du bébé pendant la grossesse. (Qu'est-ce que le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) ?, 2018) (Syndrome d'alcoolisation fœtale, 2009) (Troubles causés par l'alcoolisation foetale : repérage, juillet 2013)

Cote	Retard de croissance	Traits faciaux caractéristiques du SAF	Lésion cérébrale ou dysfonction	Exposition à l'alcool pendant la grossesse
4	**Important** Taille et poids inférieurs au 3e percentile	**Très marqués** Tous les trois traits : Ifp de 2 ou plus ET sous la moyenne Lèvre mince : cotée 4 ou 5 Sillon naso-labial : coté 4 ou 5	**Certaine** Preuve morphologique ou neurologique	**Risque élevé** Exposition à de hauts niveaux confirmée
3	**Modéré** Taille et poids inférieurs au 10e percentile	**Modéré** Généralement 2 des 3 traits	**Probable** Déficit important dans 3 domaines ou plus	**Un certain risque** Exposition confirmée Niveau d'exposition inconnu ou coté sous 4
2	**Léger** Taille ou poids inférieurs au 10e percentile	**Léger** Généralement 1 des 3 traits	**Possible** Preuve de déficit, mais cotée sous 3	**Inconnue** Présence ou absence d'exposition non confirmée
1	**Aucun** Taille et poids supérieurs au 10e percentile	**Absents** Aucun des 3 traits	**Peu probable** Aucune preuve morphologique, neurologique ou fonctionnelle de déficit	**Aucun risque** Absence d'exposition de la conception à la naissance confirmée

Figure 28 : Tableau correspondant au score pour voir le syndrome d'alcoolisation fœtale

C'est en fonction de ces critères qu'il sera décidé par les professionnels de santé si le bébé a des séquelles.

2.3. Le syndrome de sevrage néonatal des autres drogues

2.3.1. La cocaïne

La consommation de cocaïne durant la grossesse peut engendrer un syndrome de sevrage chez le nouveau-né à la naissance mais celui-ci est vraiment moins sévère qu'avec la consommation d'opiacés voire inexistant. Il survient chez environ un tiers des bébés et ses symptômes sont faibles. Le bébé peut être hyperactif et avoir du mal à dormir, téter trop vite le sein, avoir des tremblements ou pleurer un peu plus que la normale et avoir une petite tachycardie. En général ces signes sont peu fréquents et peu intenses et le bébé ne nécessite pas de prise en charge thérapeutique, au contraire des opiacés. Cependant, quelques cas de malformations ont été relevé avec la cocaïne notamment au niveau du cœur (arythmies), au niveau urinaire (vessie et uretères), au niveau digestif (ulcères), au niveau du squelette et aussi des séquelles cérébrales. Il faut donc vérifier cela, même si c'est rare. (Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse, 2016) (Ferraro 1998) (Franchitto MC., Peyrefort E., Tellier G.)

2.3.2. Le cannabis

La consommation de cannabis pendant la grossesse ne provoque pas de syndrome de sevrage chez les bébés à la naissance. Cependant, ces bébés peuvent ressentir une sorte de stress à la naissance comme des difficultés à dormir, des tremblements, des pleurs peu intenses. En général ces signes ne poussent pas à mettre en place une prise en charge thérapeutique. (Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse, 2016) (Conséquences des différentes drogues maternelles pour le nouveau-né, 2011)

2.3.3. Le tabac

La consommation de tabac au cours de la grossesse ne provoque pas chez les bébés de syndrome de sevrage à la naissance. Le bébé peut malgré tout avoir une pression artérielle plus importante que la normale mais cela se normalise rapidement sans avoir recours à une quelconque prise en charge thérapeutique. La maman doit aussi penser au tabagisme passif et fumer à distance de son bébé à l'avenir. Des malformations au niveau du cœur et du crâne ont été révélées ainsi que des problèmes pulmonaires et ORL donc il faut vérifier cela même si ces cas sont rares. (Conséquences des différentes drogues maternelles pour le nouveau-né, 2011)

3. La prise en charge du bébé à la naissance

3.1. La prise en charge thérapeutique

3.1.1. L'héroïne

Le bébé peut ressentir un syndrome de sevrage néonatal à la naissance à cause de la consommation d'héroïne ou d'un traitement de substitution à l'héroïne par sa maman pendant sa grossesse. Le bébé peut être en souffrance et il nécessitera alors une prise en charge thérapeutique par l'instauration de traitements pour l'aider à aller mieux et l'aider à se sevrer petit à petit. Les prises en charges thérapeutiques se font à travers différentes molécules telles que la Morphine, le Phénobarbital, le Chlorpromazine.

Tout d'abord, la prise en charge thérapeutique peut se faire par l'instauration d'une molécule : la Morphine qui peut être donnée sous deux formes : le chlorhydrate de morphine et le sulfate de morphine. Le chlorhydrate de morphine est ici utilisé sous forme d'ampoule d'un millilitre contenant dix milligrammes ou d'ampoule de dix millilitres contenant dix milligrammes et ces ampoules sont utilisées pour faire des préparations de solutions buvables pour le bébé. Puis il existe aussi des préparations toutes faites à prendre par voie orale qui est le sulfate de morphine ou Oramorph de son nom commercial. Le sulfate de morphine est ici utilisé sous forme de solution buvable unidose de cinq millilitres contenant dix milligrammes de sulfate de morphine. Ces deux médicaments sont des antalgiques opioïdes prescrits pour limiter la douleur et ainsi la souffrance de ces bébés en sevrage. Ce sont des stupéfiants et ils nécessitent des précautions particulières de prescription strictes c'est-à-dire être prescrits par un médecin sur une ordonnance sécurisée avec une prescription maximale de vingt-huit jours. Au Centre Hospitalier du Belvédère, le traitement mis en place est le chlorhydrate de morphine selon le protocole en annexe 2 que nous allons décrire à l'instant. Cette molécule est instaurée selon le score de Finnegan ou Lipsitz. Si le score est supérieur à huit pour le Lipsitz ou douze pour le Finnegan, trois fois de suite ou si la moyenne des trois scores est supérieure à huit/douze alors c'est le signe de la présence d'un syndrome de sevrage aux opiacés importants et nécessitant un traitement. On commencera par donner au bébé une dose de 0,50 mg/kg/j en quatre prises pouvant être augmenté jusqu'à 1 mg/kg/j et la surveillance des scores se fera toutes les deux heures. Il sera observé une baisse des symptômes de sevrage avec une diminution des scores. Si trois scores sont en dessous de huit/douze ou la moyenne de trois scores successifs sont en dessous de

huit/douze, alors ces scores passeront à une surveillance toutes les quatre heures et le traitement restera le même pendant trois jours puis si ce score est encore inférieur à huit alors le traitement sera baissé petit à petit de dix pourcents tous les deux jours. Par contre, si trois scores sont au-dessus de huit/douze ou la moyenne de trois scores successifs est au-dessus de huit/douze, on augmentera le chlorhydrate de morphine de dix pourcents. Ensuite, si le score repasse en dessous de huit/douze, on utilisera la même diminution expliquée précédemment. Le traitement sera complètement arrêté lorsque la dose de chlorhydrate de morphine sera inférieure à 0,1mg/kg/j. Cependant, si malgré les augmentations de posologie (jusqu'à maximum 1mg/kg/j), pas de diminution des scores, alors sera instaurée la prise en charge par le Phénobarbital. (Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés, octobre 2010) (Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né, 2011) (Eurekasanté par vidal, Oramorph, 2018) (Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substances illicites, 2005) (Annexe 2)

Le Phénobarbital ou Gardénal de son nom commercial, est un anti-épileptique rattaché au groupe des barbituriques avec une action d'agoniste des récepteurs GABA et donc utilisé pour les convulsions, l'irritabilité et les problèmes de sommeil chez le nouveau-né mais il est aussi utilisé avec la morphine lorsque les scores ne descendent pas en dessous de huit/douze même après une posologie maximale de chlorhydrate de morphine. Il est donc là pour aider à diminuer cette posologie et envisager un arrêt. Le traitement se prend par voie orale et commence par une posologie de charge de trois doses de 10 mg/kg toutes les douze heures et une journée après, passer à une dose d'entretien de 5 mg/kg/j répartie en deux fois. Cette molécule est utilisée pour ces bébés sous forme de comprimés qui sont écrasés et mis avec des aliments ou dans le lait. Il existe trois doses : 10 mg, 50mg et 100mg et sa délivrance nécessite une ordonnance d'un médecin. Lors de la mise en place de cette molécule, les scores seront effectués toutes les quatre heures et la posologie de chlorhydrate de morphine restera la même pendant trois jours. Puis, si ce score passe en dessous de huit/douze alors la posologie de chlorhydrate de morphine diminuera de dix pourcents tous les deux jours et de même la posologie de Phénobarbital diminuera aussi de 0,5mg/kg/jour tous les jours. Au centre hospitalier du Belvédère, cette molécule n'est par contre pas utilisée. (Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substances illicites, 2005) (Protocole de soin pour

le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés, octobre 2010) (Eurekasante par vidal, Gardénal, 2018)

Puis, le Chlorpromazine ou Largactil de son nom commercial, peut aussi être utilisé pour aider au sevrage du bébé. Il s'agit d'un neuroleptique appartenant au groupe des phénothiazines avec une action anti-dopaminergique. Il aurait une action favorable sur les troubles neurologiques et digestifs. Pour ces bébés, ce traitement peut se donner sous deux formes : en solution buvable à 4 % en flacon compte-gouttes contenant 1200 gouttes soit 30 mL(1goutte=1mg) et en solution injectable en ampoule de 5 mL contenant 25mg de Largactil. Ces deux formes nécessitent une ordonnance par un médecin. En général, la solution buvable est favorisée de par sa facilité d'utilisation. Celle-ci sera donnée à une posologie de 2 à 3 mg/kg/j en trois à quatre prises c'est-à-dire de 0,5 mg/kg toutes les six heures. Son utilisation est cependant peu fréquente de par son élimination avec une demi-vie longue de 72h et de ses effets indésirables : constipation, troubles hématologiques, somnolence, etc. Cette molécule n'est pas utilisée au centre hospitalier du Belvédère. (Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés, octobre 2010) (Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né, 2011) (Eurekasanté par vidal, Largactil, 2018) (Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substances illicites, 2005)

Le paracétamol peut aussi être donné chez ces bébés dont le syndrome de sevrage est faible pour une dose de 60 mg/kg/j. (Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né, 2011)

3.1.2. L'alcool

A cause de la consommation d'alcool pendant la grossesse de la mère, cela peut avoir pour conséquence chez le bébé de lui provoquer un syndrome d'alcoolisme fœtal. Ce syndrome provoque chez le bébé, comme nous avons pu le voir précédemment, une dysmorphie faciale irréversible mais aussi l'alcool a le pouvoir d'être neurotoxique c'est-à-dire que l'alcool va provoquer des troubles neurologiques et cognitifs, des troubles du comportement, des troubles de la concentration. Ainsi, ces troubles neurologiques et cognitifs auront des conséquences pour l'avenir du bébé. Tous ces problèmes ne sont pas réversibles, ils

sont installés pour la vie et ainsi les bébés en souffriront beaucoup. Il n'existe donc pas de traitements pour corriger ces conséquences mais il existe des traitements pour les soulager et les aider à prendre du poids et à se construire le plus facilement possible. Il faut qu'il ait une bonne alimentation pour qu'il ait une bonne croissance et les parents verront à l'avenir si l'enfant a des troubles neurobiologiques et cognitifs. Si c'est le cas alors une prise en charge pourra être entreprise en allant consulter des professionnels de santé car des médicaments existent pour corriger par exemple les troubles du déficit de l'attention ou l'hyperactivité. L'orthophonie pourra aussi aider certains enfants à corriger leurs troubles. (Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substances psychoactives, 2016) (Syndrome d'alcoolisme fœtal et effets de l'alcool sur le fœtus, 2018)

3.1.3. Les autres drogues

Comme nous l'avons vu précédemment, pour la cocaïne, le cannabis et le tabac, le syndrome de sevrage est très faible voire inexistant et donc le bébé ne nécessite pas de prise en charge thérapeutique pour l'aider. En ce qui concerne les malformations qui ont été recensés pour la cocaïne et le tabac, elles sont rares mais lorsqu'elles sont là, elles sont irréversibles. Il faut surveiller son développement.

Il peut par contre être mis en place une prise en charge non thérapeutique si le bébé est faiblement en souffrance. Nous allons donc la décrire.

3.2. La prise en charge non thérapeutique

3.2.1. Le bien-être du bébé

A la naissance, le bébé peut ressentir un syndrome de sevrage néonatal plus ou moins important selon les cas et selon les drogues consommées par la maman lors de la grossesse. Le bébé peut ressentir un manque et être souffrant mais parfois une prise en charge thérapeutique n'est pas systématique car une aide non thérapeutique peut suffire à diminuer la souffrance que ressent le bébé. Cette prise en charge non thérapeutique passe avant tout par le bien-être du bébé. En effet, juste après la naissance, si le bébé n'est pas prématuré et qu'il n'a pas besoin d'une réanimation, alors il sera placé avec sa maman dans une chambre dite « kangourou ». Cette chambre comporte un lit pour le bébé et un lit pour la maman afin qu'ils soient ensemble et que le bébé sente la présence de sa maman, qu'il soit dans le calme et se repose. La présence constante de la maman dans la chambre va

permettre d'aider son bébé à se sentir mieux. Elle sera là lorsqu'il aura une période de souffrance. Elle pourra lui faire des caresses et le mettre sur elle avec la relation de peau à peau pour établir encore plus de contact et de proximité. L'emmaillotement dans la position fœtale peut aussi aider le bébé à se sentir en sécurité tout comme le bercement, cela l'apaise et peut l'aider par exemple à s'endormir ou se calmer pendant une crise de pleurs par exemple. Il est bien de placer le bébé seul avec sa maman pour diminuer les bruits des autres bébés afin qu'il soit le plus au calme possible. La maman devra plutôt parler doucement, éviter les sonneries de téléphone ou la télé et pareil pour la luminosité. Il faudra donc au maximum éviter les animations visuelles et auditives. Il faudra éviter les visites de la famille trop nombreuses pour ne pas perturber le bébé. Une tétine peut aussi être un outil utilisé pour calmer le bébé.

Évidemment cette prise en charge est dépendante de la volonté de la maman. Le syndrome de sevrage du bébé a tendance à passer plus vite si la maman participe pleinement à ces soins et cela permet de lui donner confiance en elle car au début lorsque le bébé extériorise son sentiment de manque et de souffrance il a tendance à pleurer plus qu'un autre bébé, à trembler, à avoir du mal à manger, il se griffe beaucoup etc, et tout cela peut donner de l'angoisse à la maman voire la faire culpabiliser de l'avoir exposer à cette drogue et ainsi la peur prend le dessus et peut faire échouer la volonté de la maman. Cela va être le rôle des professionnels de santé de l'aider à surmonter cela. Ces bébés restent un mois en hôpital, en chambre kangourou lorsqu'il y a un sevrage important pour donner le temps aux parents d'apprendre à gérer leur bébé, mais cela permet aussi de surveiller le bébé sur son sommeil, sa température, son poids, etc. Cependant, si le sevrage est petit ou inexistant, alors les bébés resteront dans la chambre kangourou avec leur maman que pour une période de dix à quinze jours. (Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substances psycho-actives, 2016) (Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né, 2011) (Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés, octobre 2010) (Annexe protocole 2)

3.2.2. L'alimentation du bébé / l'allaitement

La prise en charge non thérapeutique de la souffrance que ressent le bébé passe aussi par une alimentation riche, donnée calmement et à heures précises sauf

si il dort, on attendra son réveil pour le nourrir. C'est important car ces bébés ont souvent tendance à avoir du mal à prendre du poids. Parfois même cette alimentation peut être épaissie s'il présente des reflux. Il sera aussi surveillé que le bébé ne se déshydrate pas trop rapidement s'il a des difficultés importantes à s'alimenter. Il faudra donc surveiller la déshydratation par les selles notamment. S'il a des selles plutôt molles voire liquides ou s'ils se tortillent, un massage du ventre peut l'aider à se sentir mieux et il faut bien faire attention à ses fesses et vérifier qu'elles ne sont pas trop irritées.

Cette alimentation peut passer par l'utilisation de biberon et de lait artificiel premier âge mais si la maman le souhaite et si elle s'en sent capable elle peut demander à allaiter son bébé. C'est évidemment mieux pour le bébé qu'une femme allaite car elle lui donne les anticorps propices à son bon développement immunitaire le protégeant mais cela est dépendant de la volonté de la maman. La contre-indication absolue à l'allaitement est la présence du VIH chez la maman. Si elle consomme de l'héroïne il n'est pas déconseillé d'allaiter car il passe peu dans le lait maternel, de même si le traitement de substitution à l'héroïne est bien conduit alors il sera conseillé car la méthadone et la buprénorphine passe très faiblement dans le lait et donc l'allaitement est possible même s'il est conseillé d'allaiter avant une prise de médicaments de substitution. Par contre, le cannabis et la cocaïne passent dans le lait maternel et l'allaitement n'est alors pas conseillé. De plus, si l'envie de fumer ou de boire se ressent, il est conseillé d'attendre l'allaitement et de boire/fumer après. Si la maman sait à l'avance qu'elle va boire ou fumer lors d'une soirée alors elle peut tirer au préalable son lait à l'avance pour son bébé. En plus de ces apports riches pour le système immunitaire, l'allaitement est aussi une manière de renforcer le lien de la mère avec son bébé. Cependant les professionnels de santé vont devoir être là pour ces mamans pour les aider à allaiter de la meilleure des façons en leur expliquant comment faire. Cela demande parfois de la patiente et ces femmes ont tendance à vite abandonner car ces bébés sont eux-mêmes impatients et ont des difficultés à la succion et à se nourrir. (Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substances psychoactives, 2016) (Ferraro F., 1998)

3.2.3. La sortie

La prise en charge non thérapeutique du bébé passe aussi par une bonne sortie après avoir passé un mois à l'hôpital car sa prise en charge sera moins

encadrée. Il existe différentes sorties selon les cas. Tout d'abord, la sortie est organisée avec la mère, son bébé, le père ou non, au domicile ou si elle n'a pas de domicile, chez un parent, un autre membre de la famille, un ami ou même dans un habitat social. Si cette sortie est favorisée c'est que la mère s'occupe bien de son bébé et de son développement.

Si la mère a encore des difficultés à aider son bébé dans son développement alors la sortie aura lieu dans un centre où il y a des résidences pour la mère et son bébé. Dans ces centres, il y a des professionnels qui sont présents pour aider la mère à apprendre progressivement son rôle de parent, l'aider à surmonter ses problèmes sociaux, ses problèmes avec la drogue pour à l'avenir faire une sortie à domicile par la suite ou si la relation mère-enfant se dégrade alors discuter d'une sortie avec un placement avec accord de la maman plus ou moins temporairement. Enfin la dernière sortie possible est le placement. Cette sortie a lieu lorsque la maman a vraiment de grosses difficultés à s'occuper de son bébé. C'est l'assistante sociale qui déterminera si le bébé a besoin d'un placement et c'est le juge des enfants qui prendra la décision finale d'un placement temporaire ou permanent du bébé selon les difficultés de la maman. Il existe donc les PMI, protection maternelle et infantile, ou encore l'ASE, l'aide sociale à l'enfance. Ils ont pour rôle d'aider les enfants dans leur éducation en les plaçant dans des pouponnières si les difficultés ont lieu dès le premier mois suivant la naissance ou plus tard dans des familles d'accueil ou des maisons d'aide à caractère social. Tout cela dépend donc du contexte de la mère, qu'il s'agisse de la précarité ou de ses problèmes psychologiques, ou de ses problèmes avec la drogue. C'est pour cela que la relation mère-enfant est bien étudiée pour que la sortie corresponde le mieux au cas. Ces sorties sont donc très structurées et programmées mais la prise en charge non thérapeutique peut aussi continuer après cette sortie en continuant les consultations pédiatriques qui ont lieu un mois après la sortie, puis à six mois, à un an puis une fois par an. Cependant ces consultations sont assez limitées car les mamans qui auraient le plus besoin de ces consultations d'après sortie ne viennent en général pas d'elles-mêmes voire pas du tout.

A la sortie, le corps médical de l'hôpital prendra aussi contact avec le médecin traitant ou le médecin qui se charge de la substitution de la maman pour avoir le meilleur relais et la meilleure sortie possible pour la maman et son bébé. (Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés

maternels chez un nouveau-né, 2011) (Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substance psychoactives, 2016) (Annexe 2)

3.2.4. La prévention

Pour diminuer les problèmes que peuvent causer les drogues sur les bébés, une prévention peut être réalisée au préalable auprès des consommateurs de drogues.

En effet, lorsqu'une grossesse est dévoilée, il faut que les professionnels de santé évoquent rapidement le sujet de la toxicomanie lors d'une grossesse et cela le plus rapidement possible. Ces femmes vont devoir avouer leurs consommations de drogues pour avoir la meilleure prise en charge possible selon le cas. Pour cela il existe un questionnaire qui peut leur être remis lors de leur première consultation. Le questionnaire du GEGA (Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions) est un bon modèle de questionnaire que peuvent utiliser les professionnels de santé pour détecter les drogues consommées et l'environnement dans lequel la femme vit. Ce questionnaire se trouve en annexe 3. Il est rempli dans la salle d'attente en attendant la première consultation puis il sera étudié question par question avec le médecin de la patiente. Selon la toxicomanie, une prise en charge pourra ainsi être rapidement mise en place ainsi qu'un suivi plus ou moins spécifique à adapter selon la drogue pour préparer au mieux l'arrivée du bébé dans les meilleures conditions.

De plus, si une femme remarque qu'elle était enceinte mais qu'elle a consommé pendant le début de cette grossesse, sans le savoir, de l'alcool par exemple, il faudra qu'elle s'abstienne d'en prendre après pour éviter que son bébé ait le moins de séquelles possibles. Et si elle ne peut pas arrêter, on mettra en œuvre une prise en charge dont nous avons déjà parlé. (Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substances psychoactives, 2016) (Syndrome d'alcoolisme fœtal et effets de l'alcool sur le fœtus, 2018) (Françoise Mélanot, 2000)

Conclusion

La toxicomanie est une dépendance psychique et parfois physique à une drogue. Les bébés de femmes enceintes toxicomanes ressentent aussi cette dépendance et peuvent avoir un syndrome de sevrage plus ou moins important selon la drogue. Que ce soit avec l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, l'alcool ou le tabac, cela peut provoquer des conséquences plus ou moins réversibles comme nous l'avons vu.

De plus, ces femmes ont tendance à être poly-toxicomane. Il n'est pas rare qu'une femme soit dépendante à plusieurs de ces drogues et la prise en charge en devient complexe. Malgré les prises en charges thérapeutiques mises en place en France, il y a encore beaucoup de personnes instables avec des difficultés à suivre correctement un traitement, avec de nombreuses rechutes.

Ainsi, pour éviter qu'il y ait trop de femmes enceintes toxicomanes, une prévention devrait être développée notamment dans les associations de toxicomanes, les groupes de parole, les pharmacies où la contraception et les traitements de substitution seraient des sujets dont on pourrait discuter avant qu'une femme toxicomane ne tombe enceinte. Ce pourrait être de simple prospectus à glisser avec une ordonnance de produits de substitution par exemple pour expliquer toutes les aides qui existent.

Cependant, cela passe par une franchise de la part de ses femmes enceintes qui n'osent parfois pas avouer leur toxicomanie, par honte, par rejet de la société, par peur qu'on leur retire leur enfant à la naissance, etc. Tout dépend de la volonté de la femme enceinte d'être honnête pour que la meilleure prise en charge soit entreprise autant pour elle que pour son bébé. Par exemple, au centre hospitalier du Belvédère, en 2018, seuls huit cas de femmes enceintes toxicomanes ont été recensés. C'est assez peu et il est certain que certaines femmes passent au travers des filets et n'avouent pas consommer des substances addictives. Certaines ne connaissent pas vraiment les dangers qu'elles font encourir à leur enfant et le professionnel doit rapidement le rappeler même si la femme n'est pas forcément concernée. De même, peu de femmes se présentent aux consultations d'après sortie et le suivi de l'enfant est donc peu visible en France.

Annexes

Annexe 1 : Protocole du CHU de Rouen : Patientes consommant des opiacés et/ou sous traitement substitutifs aux opiacés

CHU ROUEN NORMANDIE	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Appliqué(e) le
	03- Protocole (2 signatures)	004	24130	003	14/05/2018
	Pôle Femme Mère et Enfant\Gynécologie et Obstétrique				

Patientes consommant des opiaces et/ou sous traitement substitutifs aux opiacés

Description de la dernière évolution :

	Rédaction	Approbation
Nom(s) et fonction(s)	Annie LEMERCIER (Gedi : Rédacteur - CHU\Pôles - Directions\Pôles Médicaux\FME\Clin. Gynécologique Obstétricale)	Catherine OBIN (Gedi : Approbateur - CHU\Pôles - Directions\Pôles Médicaux\FME\Clin. Gynécologique Obstétricale), Isabelle TIRET (Gedi : Approbateur - CHU\Pôles - Directions\Pôles Médicaux\FME\Clin. Gynécologique Obstétricale), Eric VERSPYCK (Gedi : Approbateur - CHU\Pôles - Directions\Pôles Médicaux\FME\Clin. Gynécologique Obstétricale)
Date	**02/05/2018 14:00:29**	**02/05/2018 16:05:01, 09/05/2018 17:19:04, 13/05/2018 16:04:21**

- Patiente vue en consultation
  - Toujours demander une photocopie de l'ordonnance du médecin de ville ou de la structure et classer la photocopie dans le dossier patient.
  - Systématiquement, proposer un rendez-vous avec le Docteur Lemercier (Médecin addictologue référent maternité), même si la patiente est stabilisée afin d'organiser l'hospitalisation et le relai d'ordonnance.

- Patiente hospitalisée

1- Si la patiente dit consommer des opiacés et/ou Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) mais aucune possibilité à avoir ordonnance ou contact médecin ou pharmacien :

- Rassurer la patiente
- Faire une recherche « rapide » de toxiques urinaires à la bandelette.
- Puis toxiques urinaires en urgence avec tube de prélèvement urinaire classique, pour rechercher cocaïne, opiacé, méthadone **et** recherche de buprénorphine avec *feuille pharmacie / toxicologie (orange),* (1 heure pour avoir résultat quand examen arrive au laboratoire).
- Avis du médecin de garde qui évaluera les signes de sevrage et pourra s'il le juge nécessaire délivrer ponctuellement jusqu'à un contact avec le prescripteur ou le médecin addictologue.

A noter si femme sous méthadone et/ou opiacés : En première intention, la Pharmacie du CHU ne délivrera qu'une dose maximale de 30 mg de Méthadone (correspondant à une initiation de Traitement). L'adaptation éventuelle des doses se fera en seconde intention.

Seule la version électronique de ce document est valide. **24130 003** Page 1/2

QUI	QUOI	COMMENT
	Toujours avoir l'ordonnance dans le dossier de la patiente .	
	A t-elle son traitement avec elle de TSO ?	
	non	
Le Praticien Hospitalier	Ordonnance	
	Le traitement est conservé armoire à stupéfiants	
Le Praticien Hospitalier	La prescription est faite sur la feuille de prescription	
	Informer le Docteur Lemercier. Faire appel à l'équipe de liaison en addictologie si besoin	
	A la sortie S'assurer d'un RDV avec le médecin prescripteur de ville ou de structure afin de ne pas avoir de rupture de traitement	
	oui	
	*L'intégralité du traitement est conservé dans l'armoire à stupéfiants avec nom, prénom	Carnet à souche
	*Il est possible d'utiliser pour une durée maximale de 3 jours le traitement apporté par la patiente	
	Faire dès que possible une prescription hospitalière (PH)	Carnet à souche
	*Le retrait éventuel doit-être tracé sur le dossier de la patiente	Dossier patient
	*La prescription est faite sur la feuille de prescription	Feuille de prescription
	*A la sortie . Si le traitement est restitué l'inscrire sur le dossier . Si le traitement n'est pas restitué l'inscrire sur le dossier, renvoyer à la pharmacie pour destruction . S'assurer d'un RDV avec le médecin prescripteur de ville ou de structure afin de ne pas avoir de rupture de traitement	
	En ce qui concerne les autres traitements ils suivront la même traçabilité à savoir les étapes * pré-citées avec commande à la pharmacie du CHU.	

Docteur Lemercier
Référent addictologie maternité _02.32.88.90.43 – **Messagerie CHU** – Numéro Portable dans les unités
Equipe liaison addictologie – DECT : 69067- 69253

Annexe 2 : Protocole du centre hospitalier du Belvédère : Organisation de la prise en charge des patientes ayant une conduite addictive

Belvédère	Organisation de la prise en charge des patientes ayant une conduite addictive	PRO-010
		Version 002
		Page 1 sur 4

Attention ! Seules les informations contenues dans le système informatique sont mises à jour. Tout document imprimé peut être périmé.

1/ Objet

Cette procédure vise à décrire l'organisation mise en œuvre pour la prise en charge de patientes ayant des conduites addictives.
Le CH du Belvédère adhère à la Fédération inter-hospitalière d'addictologie.

2/ Domaine d'application

Cette procédure s'applique à l'ensemble des patientes d'obstétrique présentant une conduite addictive.

3/ Définitions

Sans objet

4/ Documents de référence

Sans objet

5/ Mise en œuvre

I. Pendant la grossesse

Les patientes ayant une conduite addictive sont adressées, en général, par les médecins généralistes ou les médecins du réseau au Docteur AGUILELLA et le Docteur LEPETIT, qui sont les responsables de la prise en charge.
En interne, le dépistage de ces patientes est réalisé en consultation par les médecins et les sages-femmes du CH du Belvédère. La consultation prénatale précoce est un moment privilégié pour cela.
Au cours de la grossesse, les patientes bénéficient d'un suivi spécifique avec mise en place ou surveillance de leur traitement substitutif ; adaptation à la situation de grossesse et accompagnement relationnel.

Elles peuvent être hospitalisées dans le service prénatal si leur état de santé le nécessite et en particulier s'il est utile de modifier leur traitement substitutif ou de l'initialiser.
Ces patientes sont mises en contact avec l'assistante sociale, si leur situation le requiert.
Au cours de la grossesse doit s'établir une mise en confiance, un apprivoisement réciproque entre la femme, l'équipe, l'hôpital.

Le Docteur AGUILELLA et le Docteur LEPETIT préviennent l'unité Kangourou des futures hospitalisations.
Les patientes visitent l'unité Kangourou et rencontrent la sage-femme cadre de l'unité, qui leur explique le fonctionnement de l'unité : durée d'hospitalisation, visites, permissions, participation aux soins du bébé.... En l'absence de la sage-femme cadre, l'assistante sociale réalise cet entretien (si ces 2 référents sont absents : fixer un rendez-vous d'entretien à la patiente). Ce contact est important pour favoriser le déroulement de l'hospitalisation en post natal.

II. En suites de couches

Pour les patientes substituées (et pour les couples), il est primordial de favoriser l'élaboration de la parentalité. Eviter la séparation mère-enfant permet aux patientes de découvrir leur enfant ; d'être gratifiée par ses compétences ; de parler du sevrage pour ne pas exacerber la culpabilité ; de travailler la place de l'enfant.
Les patientes et les nouveau-nés sont accueillis à l'unité Kangourou.

Les mères sont prises en charge par le Docteur AGUILELLA.
Le traitement substitutif des femmes est fourni lors de l'hospitalisation. Le traitement est donné pour la journée ou pour plusieurs jours. Les flacons de méthadone vides sont récupérés par le service et renvoyés à la pharmacie centrale (pour la méthadone : prescription sur 7 jours, avec écriture en chiffres et en lettres et dosage des flacons).
Le dosage urinaire des toxiques, chez la mère, n'est pas systématique. Cela dépend de la compliance à la substitution. Il sera fait en prévenant la patiente, le lendemain de l'accouchement.

Les nouveau-nés sont pris en charge par le pédiatre
Le traitement des nouveau-nés est initié par le pédiatre, en fonction du score de Lipsitz ou Finnegan. La prescription de chlorhydrate de morphine est réalisée sur ce même ordonnancier.

La posologie initiale est de 0.5mg/kg/24 h qui sera ajustée selon l'efficacité jugée sur le score de Lipsitz score supérieur à 8 ou Finnegan supérieur à 12 à 3 reprises successives d'une heure chacune.

Il y a au bloc opératoire 2 types d'ampoules de morphine (demander aux IADES) :
- morphine 10 mg/1ml
- morphine 10mg/10ml

PREPARATION DE LA DILUTION :

- Si ampoule 10mg/1ml :

Diluer l'ampoule de 1 ml dans 19 ml de sirop de sucre soit 20 ml = 10 mg de chlorhydrate de morphine

- Si ampoule de 10mg/10ml :

Diluer l'ampoule de 10 ml dans 10 ml de sirop de sucre soit 20 ml = 10 mg de chlorhydrate de morphine

SOIT 20 ML DE SOLUTION OBTENUE CONTENANT 10 MG DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE
DONC 1ML DE DILUTION CONTENANT 0.5MG CHLORHYDRATE DE MORPHINE

Posologie :
0.5MG DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE / KG / 24 h
Soit 1ML DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE / KG / 24 h

Pour un bébé PN = 3200g il faut donner 3.2 ml/24h soit 0.8 ml/ 4 fois /jour

PERMISSIONS :

Les permissions sont fonction :

- de l'état de santé obstétrical de la patiente, c'est à dire respect d'un délai suffisant après un accouchement ou une césarienne.
- de l'état de santé général de la patiente.
- du comportement de son bébé : celui-ci peut nécessiter la présence de sa mère.

Les permissions, d'une durée de 2-3 heures à 12 heures, sont organisées avec la patiente, en précisant le respect des horaires de retour.
Il est important de s'adapter à chaque situation.
Ces permissions sont accordées par la sage-femme cadre.

LA VISITE DU PSYCHOLOGUE :

Le psychologue rencontre les patientes substituées lors de leur hospitalisation en unité Kangourou, après leur avoir demandé si elles le désirent.
Il rencontre les patientes substituées en service prénatal lorsque la durée d'hospitalisation est longue et toujours après accord de la patiente.

LA VISITE DE L'ASSISTANTE SOCIALE :

L'assistante sociale rencontre toutes les patientes substituées lors de leur hospitalisation, en service prénatal ou unité Kangourou.

Ce suivi psychosocial doit être proposé, incitatif et non imposé ou utilisé par le reste de l'équipe. Ces patientes comme toutes les autres ont droit au respect et à la reconnaissance de leurs compétences parentales, même partielles. Il s'agit d'une aide et non d'un contrôle.

UN STAFF :

Au début du séjour, une mise au point est souvent nécessaire entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui entoure ces patientes. Cette rencontre se fait de façon organisée, dans le bureau.
Un staff hebdomadaire rassemble l'équipe autour des dossiers de tous les nouveau-nés hospitalisés.

LA VIE DANS LE SERVICE :

Ces patientes subissant une longue hospitalisation, il est important de faciliter leur vie au sein du service. Une attitude chaleureuse et valorisante des membres de l'équipe participe à leur bien-être. Il est très important voire essentiel d'avoir des comportements similaires d'une équipe à l'autre et donc de se méfier des écarts entre autoritarisme moralisant et laisser faire.
Le pédiatre rencontre les patientes substituées avec un membre de l'équipe soignante pour parler du suivi de l'enfant.

L'évolution du traitement par chlorhydrate de morphine peut souvent être anticipée ; ce qui permet de garder la ligne de conduite donnée par le pédiatre référent du service.
Encourager les initiatives parentales dans les soins du bébé, bain-change-biberons-câlins, sans refuser une guidance.

A J8, le pédiatre leur donne le certificat du 8ème jour.

Penser à la contraception : éventuellement prescription et pose d'Implanon®[1] à faire avant la sortie.

LA SORTIE :

La sortie doit toujours être préparée plusieurs jours à l'avance pour se faire dans les meilleures conditions possibles.

Contact PMI : il est fait par l'assistante sociale, la puéricultrice ou la sage-femme, selon les nécessités sociales ou médicales.
Une rencontre avec l'équipe du secteur peut être organisée si nécessaire.

Contact avec le médecin traitant : appel téléphonique par le pédiatre. Les femmes substituées vont peu à la PMI, il est donc important de contacter rapidement le médecin traitant.

Contact avec le médecin substituteur :
Les patientes sortent avec 3 jours de traitement substitutif. Penser à anticiper les commandes pour les sorties sur le week-end.

Un suivi intensifié est organisé pour la patiente et son enfant :
Un rendez-vous est pris avec le pédiatre de l'unité Kangourou 1 mois après la sortie du nouveau-né.
Celle-ci sera reconvoquée à 6 mois et un an puis une fois par an (la prévenir pendant l'hospitalisation).

☞ Petites infos :

Il y a une réserve de subutex et de méthadone dans les armoires sécurisées du service prénatal.

6/ Documents rattachés

Sans objet

[1] : Ce produit est un exemple de forme commerciale disponible. Le choix est arrêté annuellement par le COMEDIMS.

Responsabilités	Noms / fonctions	Signé le :
Rédaction	Daniel LEPETIT (Pédiatre), Célia LEVAVASSEUR (Responsable du service de pédiatrie)	09/01/2014 17:06:11, 09/01/2014 18:04:13
Validation du fond	Céline AGUILELLA (Président(e) de CME), Roland CAPRON (Pharmacien)	06/02/2014 11:48:09, 10/01/2014 10:12:57
Validation de la forme	Marion LE BORGNE (Qualiticienne)	07/02/2014

Annexe 3 : Auto-questionnaire GEGA, 2018

Madame, Mademoiselle,

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle).

Si vous le désirez, une aide pourra vous être proposée.

	oui	non
1- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
2- Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
3- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les évènements ?		
4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation?		
5- Dans votre vie, avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...) ?		
6- Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant la grossesse? (plusieurs réponses possibles) ☐ eau ☐ soda ☐ cidre ☐ bière ☐ vin ☐ alcool fort ☐ café ☐ autre :		
7- Depuis le début de votre grossesse, vous est-t-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
8- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne avant la grossesse ? ☐ 0 ☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ +30		
9- Fumez-vous actuellement ?		
10 - Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, MDMA, crack, LSD, cocaïne, héroïne ou une autre drogue?		
11- Vous est-il arrivé d'en consommer ces derniers mois ?		
12- Ces derniers mois, avez-vous pris un de ces médicaments: tranquillisants, antidépresseurs, benzo, somnifères, méthadone, Subutex®, antidouleurs, autres ?		
13- Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques et/ou physiques ?		
14- Vous sentez-vous en sécurité dans votre environnement familial ?		
15- Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?		
16- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, accès aux soins, factures, démarches administratives... ?		
17- Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
18- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure?		

Bibliographie

Aide sociale à l'enfance [en ligne] 2018

https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/les-conditions-de-l-adoption-internationale/le-glossaire-de-l-adoption/tous-les-termes-de-l-adoption/article/aide-sociale-a-l-enfance-ase

Alain Morel, Jean-Pierre Couteron, Patrick Fouilland, Addictologie, en 49 notions, édition Dunon, 2015

Alcool Info Service, tout savoir sur l'alcool [en ligne] 2018

http://www.alcool-info-service.fr

Analyse par Chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC/MS) [en ligne] 2006

http://www.m2proanalytique.ups-tlse.fr/2006%20GC-MS.pdf

ANSM Résumé des caractéristiques du produit, Subutex [en ligne] 2015

http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0257198.htm

Auto-questionnaire GEGA [en ligne] 2018

http://www.asso-gega.org/docs/Auto-questionnaire_GEGA.pdf

Bertrand Dautzenberg, Le tabagisme de la clinique au traitement, Edition med'com, 2010

Brust J., Aspects neurobiologiques de l'addiction. Edition Elsevier Masson 2007 (563p)

Christien Figiel, Jean-Pierre Jacques, Drogues et substitution, édition De Boeck Université, 2006

Conséquences des différentes drogues maternelles pour le nouveau-né [en ligne] 2011.

https://www.reseau-naissance.fr/data//mediashare/a1/5h19nszvw5v5pgqg76sxvhxvyvmiil-org.pdf

Dépistage de la consommation de cannabis : les tests existants [en ligne] 2013

https://www.stop-cannabis.ch/a-propos-des-tests-de-depistage

Dépistage des substances d’abus [en ligne] 2008

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/2008_35_2_3.pdf

Dépistage urinaire : les limites de l’immunoanalyse [en ligne] 2002

https://www.ata-journal.org/articles/ata/pdf/2002/01/ata20021p24.pdf

Drogues-Dépendance, Héroïne [en ligne] septembre 2015

http://www.drogues-dependance.fr/heroine.html

Drogues Info Service, tout savoir sur les drogues [en ligne] 2017

http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues

Drogues & dépendance, le livre d’information. Édition Inpes Saint-Denis, mars 2006

Emmanuel Streel, Paul Verbanck, La consommation de cannabis, Edition De Boeck Universirté, 2007

Eurekasante par vidal, Gardénal [en ligne] 2018

https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-mgarde01-GARDENAL.html

Eurekasanté par vidal, Largactil [en ligne] 2018

https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-mlarga01-LARGACTIL.html

Eurekasante par vidal, méthadone chlorhydrate [en ligne] 2011

https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf590001-METHADONE-CHLORHYDRATE.html

Eurekasanté par vidal, les médicaments du sevrage tabagique [en ligne] 2018

https://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/arreter-fumer-cigarette-tabac.html?pb=medicaments

Eurekasanté par vidal, Oramorph [en ligne] 2018

https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp2311-ORAMORPH.html

Fédération Addiction [en ligne] 2018

https://www.federationaddiction.fr/formations/gestion-du-groupe-de-parole-pratiques-de-groupes-en-addictologie-du-soutien-au-therapeutique-la-place-de-chacun/

Ferraro F., La grossesse et les drogues, Edition Presses Universitaires de France PUF, novembre 1998

Franchitto MC., Peyrefort E., Tellier G., Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. Revue Toxibase [en ligne] 2010

cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_mater.pdf

Françoise Mélanot, Grossesse et toxicomanie, 2000

Grieu S., Optimiser le rôle du pharmacien dans la délivrance de buprénorphine haut dosage à l'officine, Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en Pharmacie, Rouen, 2014

Grossesses et toxicomanies [en ligne] 2015

https://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/7u/ybytzck3vg1hh14la967em7p7go7st-org.pdf

Guide de stage pratique officinale [en ligne] 2018

http://cpcms.fr/guide-du-stage-de-pratique-professionnelle-en-officine-2018/

Horel S., Lentin JP., Drogues & cerveau, Edition Panama, 2005

INPES, Grosesse et tabac [en ligne] 2016

http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/14/cp140528-grossesse-et-tabac.asp

INSERM, Addictions [en ligne] 2014

www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions

Jean Lamarche, L'accueil du toxicomane à l'officine, Edition Masson, 2002

Karila L., Addiction à la cocaïne, Edition DL, 2009

LECRAT. Dépendances-Héroïne [en ligne] 2018

https://lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=21

LECRAT Méthyphénidate [en ligne] 2017

https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=m%C3%A9thyph%C3%A9nidate

LECRAT, substituts nicotiniques [en ligne] 2018

https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=subtituts+nicotiniques

Lejoyeux M., Addictologie, Edition Elsevier Masson, 2013

Les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale [en ligne] 2017

https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/fetal_alcohol_spectrum_disorder

Maximilien Deberly, Alcoolodépendance : les médicaments du maintien de l'abstinence, édition Broché, 2012

Mazurier E. Santé Réduction des Risques Usages de Drogues [en ligne] 2012

http://www.pistes.fr/swaps/38_376.htm

Meddispar, Médicaments stupéfiants et assimilés [en ligne] 2015

http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Destruction

Neonatal abstinence scoring system [en ligne] 2007

https://www.lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1310485469.pdf

Nicorette, comprendre le tabagisme [en ligne] 2018

https://www.nicorette.fr/comprendre-le-tabagisme/le-tabac-en-chiffres

Notions complémentaires [en ligne] 2018

https://pharmacomedicale.org/index.php?option=com_content&view=article&id=88:notions-complementaires&catid=41&Itemid=300

OFDT. Produits et addictions vue d'ensemble [en ligne] 2017

https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/#consequences

OFDT, Produits et addictions : Alcool [en ligne] 2017

https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/

OMS. Abus de substances psychoactives [en ligne] 2014

http://www.who.int/topics/substance_abuse/fr/

Planète santé. Grossesse : L'embryogénèse étape par étape [en ligne] 2016

https://www.planetesante.ch/Magazine/Grossesse/Grossesse-et-desir-d-enfant/Grossesse-l-embryogenese-etape-par-etape

Presles Philippe, Cannabis zéro pendant la grossesse [en ligne] 2005

http://www.e-sante.fr/cannabis-zero-pendant-grossesse/actualite/625

Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse [en ligne] 2016

http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20_6/site/html/2.html

Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substances illicites [en ligne] 2005

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/neonatologie/documents/toxicodependance_2006.pdf

Prise en charge du nouveau-né exposé in utéro à des substances psycho-actives [en ligne] 2016

http://www.asso-gega.org/docs/PEC_du_NN.pdf

Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés [en ligne] 2013

https://www.rvh-synergie.org/documentation/epidemiologie-faits-et-chiffres/103-conduites-penser-ensemble-la-prevention/violence/746-protocole-de-soin-pour-le-syndrome-de-sevrage-neonatal-apres-exposition-in-utero-aux-opiaces.html

Qu'est-ce que le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)? [en ligne] 2018

http://cssspnql.com/docs/publications-cssspnql/fiche-1---qu-est-ce-que-le-syndrome-d-alcoolisme-foetal-(saf)-.pdf?sfvrsn=2

Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né [en ligne] 2011

https://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/rn/ppj8f8e4pppbt4gk2yb155qp120dox-org.pdf

Salomon L., Cerveau, drogues et dépendances, Edition Belin 2010

Syndrome d’alcoolisation fœtale [en ligne] 2009

https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/5a_saf_sfa2009.pdf

Syndrome d'alcoolisme fœtal et effets de l'alcool sur le fœtus [en ligne] 2018

https://santecheznous.com/condition/getcondition/syndrome-dalcoolisme-foetal-et-effets-de-lalcool-sur-le-foetus

Tabac Info Service, La dépendance au tabac [en ligne] 2018

https://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/La-dependance-au-tabac

Tournaire M., Physiologie de la grossesse, Edition Masson, 1991

Troubles causés par l’alcoolisation foetale : repérage [en ligne] 2013

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/troubles_causes_par_lalcoolisation_foetale_reperage-_rapport_delaboration.pdf

Vidal : traitement de la dépendance à la cocaïne et méthylphénidate [en ligne] 2016

https://www.vidal.fr/actualites/19044/traitement_de_la_dependance_a_la_cocaine_et_methylphenidate_que_disent_les_etudes/

William Lowenstein, Mario Sanchez, Addictions aux opiacés et traitements de substitution, édition John Libbey Eurotext, 2003

UNIVERSITÉ DE ROUEN

UNIVERSITE de ROUEN
Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.

DE WEVER Virginie

Toxicomanie chez la femme enceinte

Th. D. Pharm., Rouen, 2019, 114 p.

RESUME

La toxicomanie chez les femmes enceintes est un véritable problème de santé publique car elle peut avoir de lourdes conséquences psychiques et physiques pour elle et son bébé.

Une prise en charge de la femme enceinte est établie dès que la grossesse est connue. Il sera instauré un traitement de substitution choisi avec la patiente en fonction de la drogue concernée. La prise en charge passe aussi par des aides non thérapeutiques qui aident la femme à se livrer. Ces prises en charges se font par une équipe pluridisciplinaire à l'hôpital, en ville, en pharmacie.

Une prise en charge est aussi établie pour le bébé. Elle est dépendante de la drogue et du syndrome de sevrage plus ou moins existant que ressent le bébé à la naissance. Ce syndrome sera évalué à l'aide de scores détaillant ses symptômes au cas par cas par les professionnels de santé. Selon le score, une prise en charge sera entreprise qu'elle soit thérapeutique ou non. La priorité sera la santé du bébé, son bien-être, son alimentation.

Une fois le syndrome de sevrage traité, une sortie sera envisagée et préparée plusieurs jours avant pour être certain que le bébé se développe dans les meilleurs conditions de vie. Une assistante sociale évalue les capacités de la maman à élever son enfant.

MOTS CLES : Toxicomanie – Femme enceinte – Bébé – Drogues – Dépendance – Sevrage – Prise en charge

---

JURY

Président du jury : Monsieur Le Docteur Michel GUERBET
Membres du jury: Monsieur Le Professeur Jean-Pierre GOULLE
Madame Le Docteur Lisa ROMBAUT

DATE DE SOUTENANCE : 6 Juin 2019