



HAL
open science

Grossesse et addictions : une prise en charge complexe

Cyrielle Léveillé

► **To cite this version:**

Cyrielle Léveillé. Grossesse et addictions : une prise en charge complexe. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03455498

HAL Id: dumas-03455498

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03455498>

Submitted on 29 Nov 2021

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.



THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

**GROSSESSE ET ADDICTIONS :
une prise en charge complexe**

Présentée par
Cyrielle LÉVEILLÉ

**Soutenue publiquement le 31 mai 2021
devant le jury composé de**

Madame Pascale SCHUMANN-BARD	Professeur des universités, Université de Caen Normandie	Directrice de thèse et Présidente du jury
Madame Patricia RAULT	Sage-femme addictologue, CHU de Caen	Examinatrice
Madame Adeline PETIT	Docteur en pharmacie, Pharmacie de Ranville	Examinatrice

Thèse dirigée par Madame Pascale SCHUMANN-BARD

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS

Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques
Professeur Michel BOULOUARD

Assesseurs

Professeur Pascale SCHUMANN-BARD
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe
Madame Emmanuelle BOURDON

**Les enseignants titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie
apparaissent en vert**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel	Physiologie, Pharmacologie
BUREAU Ronan	Biophysique, Chémoinformatique
COLLOT Valérie	Pharmacognosie
DALLEMAGNE Patrick	Chimie médicinale
DAUPHIN François	Physiologie, Pharmacologie
DELEPEE Raphaël	Chimie analytique
FABIS Frédéric	Chimie organique
FRERET Thomas	Physiologie, Pharmacologie
GARON David	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
GIARD Jean-Christophe	Bactériologie, Virologie
MALZERT-FREON Aurélie	Pharmacie galénique
ROCHAIS Christophe	Chimie organique
SCHUMANN-BARD Pascale	Physiologie, Pharmacologie
SICHEL François	Toxicologie
SOPKOVA Jana	Biophysique, Drug design
VOISIN-CHIRET Anne-Sophie	Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR	Biochimie, Toxicologie
BOUET Valentine – HDR	Physiologie, Pharmacologie
CAILLY Thomas – HDR	Chimie bio-inorganique, Chimie organique
DENOYELLE Christophe – HDR	Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie

DHALLUIN Anne	Bactériologie, Virologie, Immunologie
ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR	Parasitologie, Mycologie médicale
SAINT-LORANT Guillaume (Praticien hospitalier)	Pharmacie clinique
GROO Anne-Claire	Pharmacie galénique
KIEFFER Charline	Chimie médicinale
KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier) – HDR	Biologie clinique
LAPORTE-WOJCIK Catherine	Chimie bio-inorganique
LEBAILLY Pierre – HDR	Santé publique
LECHEVREL Mathilde – HDR	Toxicologie
LEGER Marianne	Physiologie, Pharmacologie
LEPAILLEUR Alban – HDR	Modélisation moléculaire
N’DIAYE Monique	Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique
PAIZANIS Eleni	Physiologie, Pharmacologie
POTTIER Ivannah	Chimie et toxicologie analytiques
PREVOST Virginie – HDR	Chimie analytique, Nutrition, Education thérapeutique du patient
QUINTIN Jérôme	Pharmacognosie
RIOULT Jean-Philippe	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
SINCE Marc	Chimie analytique
VILLEDIEU Marie – HDR	Biologie et thérapies innovantes des cancers

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

PRICOT Sophie	Anglais
----------------------------	---------

PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)

SEDILLO Patrick	Pharmacie officinale
SEGONZAC Virginie	Pharmacie officinale

Remerciements

À ma Directrice de thèse et Présidente du jury, Madame Schumann-Bard Pascale

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse et je vous suis reconnaissante de votre implication par vos précieux conseils et votre temps consacré à la lecture de cet écrit.

À mon jury, Madame Rault Patricia

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de votre présence dans mon jury. Merci pour votre gentillesse, pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour le temps que vous m'avez consacré.

À mon jury, Madame Petit Adeline

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Je te remercie également pour le partage de ton expérience et pour ta disponibilité.

À Madame Metivier Aline et toute l'équipe de la pharmacie de Ranville,

Je vous remercie pour m'avoir transmis vos compétences et m'avoir encouragée dans mon évolution de stagiaire à pharmacien adjoint.

À Messieurs Bonnement Pierre et Naim El Idrissi Yassine ainsi que toute l'équipe de la pharmacie Saint Clair,

Je vous remercie pour votre confiance et pour le partage de connaissances qui m'a permis de m'enrichir à tous niveaux durant ces années d'étude. Un merci tout particulier à Gwen pour ta gentillesse, ton écoute et ton soutien sans faille. Ma plus belle rencontre professionnelle est devenue l'une de mes plus belles rencontres personnelles.

À ma famille et mes amis,

Merci de m'avoir soutenue et encouragée pendant toutes ces années d'études. Voici enfin l'aboutissement de tout ce travail.

À mon binôme, Justine

Je te remercie pour ton soutien, ton écoute et ta présence. Merci pour tous ces bons moments de rires et de joie que nous avons partagés, ainsi que pour tous ceux à venir. Maintenant c'est à moi de t'encourager dans l'écriture de ta thèse.

Enfin, le meilleur pour la fin, à mon Pierrot

Je ne te remercierai jamais assez pour ta patience, ton soutien et tes encouragements. Merci pour ton aide. Merci de me faire rire au quotidien. Merci pour ta présence.

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	- 1 -
LISTE DES FIGURES	- 3 -
LISTE DES TABLEAUX	- 4 -
INTRODUCTION.....	- 5 -
PARTIE 1 : SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, LEURS CONSÉQUENCES SUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES NOUVEAU-NÉS.....	- 7 -
I. QUELQUES GÉNÉRALITÉS.....	- 7 -
1. <i>Qu'est-ce que l'addiction ?</i>	- 7 -
2. <i>Notions de dépendance psychique et dépendance physique</i>	- 11 -
3. <i>Comment définir une grossesse à risque ?</i>	- 12 -
II. LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	- 14 -
1. <i>Le tabac</i>	- 14 -
A. Généralités et données épidémiologiques	- 14 -
B. Risques obstétricaux	- 18 -
C. Complications fœtales et néonatales.....	- 20 -
D. Tabac et allaitement maternel.....	- 22 -
2. <i>L'alcool</i>	- 23 -
A. Généralités et données épidémiologiques	- 23 -
B. Risques obstétricaux	- 26 -
C. Complications fœtales et néonatales.....	- 28 -
D. Alcool et allaitement maternel	- 31 -
3. <i>Les traitements substitutifs aux opiacés (TSO)</i>	- 32 -
A. Généralités.....	- 32 -
B. Mécanisme d'action.....	- 36 -
C. Complications fœtales	- 38 -
D. Syndrome de Sevrage du Nouveau-Né (SSNN)	- 40 -
E. TSO et allaitement maternel	- 43 -
PARTIE 2 : L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE	- 46 -
I. QUELQUES GENERALITES	- 46 -
1. <i>Suivi de grossesse à bas risque</i>	- 46 -
2. <i>Repérage des situations à risque</i>	- 50 -
II. UNE ORGANISATION STRUCTUREE	- 56 -
1. <i>Au niveau national</i>	- 56 -
A. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA)	- 56 -
B. Réseaux de soins.....	- 58 -
2. <i>Au niveau régional</i>	- 59 -
A. Des territoires définis.....	- 59 -

B.	Exemple d'un réseau en Normandie : le réseau de périnatalité	- 61 -
III.	UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE	- 63 -
1.	<i>Professionnels de la maternité</i>	- 63 -
A.	Les maternités	- 63 -
B.	Les centres de Protection Maternelle Infantile (PMI)	- 65 -
2.	<i>Professionnels de l'addictologie</i>	- 67 -
A.	Structures médico-sociales	- 67 -
B.	Structure hospitalière	- 71 -
3.	<i>Professionnels polyvalents</i>	- 73 -
4.	<i>Exemple de prise en charge pluridisciplinaire : les COS MPS proposées au CHU de Caen</i>	- 75 -
IV.	PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE	- 78 -
V.	PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE ALCOOLIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE	- 82 -
VI.	PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE DES TSO	- 87 -
	PARTIE 3 : LE RÔLE DU PHARMACIEN ET SON APPROCHE AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES	- 89 -
I.	LE ROLE DU PHARMACIEN	- 89 -
1.	<i>Réglementation</i>	- 89 -
2.	<i>Rôle de dispensation</i>	- 91 -
3.	<i>Atouts pour intervenir</i>	- 92 -
II.	L'APPROCHE AU COMPTOIR	- 94 -
1.	<i>Repérage de la patiente</i>	- 94 -
2.	<i>Exemples de cas de comptoir</i>	- 96 -
3.	<i>Où se renseigner ?</i>	- 98 -
III.	COMMENT LE METTRE EN PLACE A L'OFFICINE ?	- 98 -
IV.	EN PRATIQUE : EXPERIENCE PERSONNELLE	- 102 -
	CONCLUSION	- 104 -
	BIBLIOGRAPHIE	- 106 -
	ANNEXES	- 115 -

LISTE DES ABREVIATIONS

ADH : Alcool Déshydrogénase

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMS : Centres Médicaux Sociaux

COS MPS : Consultations Obstétricales Spécialisées Médico-Psycho-Sociales

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

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

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

FCS : Fausse Couche Spontanée

FEH : Femme-Enfant-Hématologie

Gamma GT : GammaGlutamyl-Transférases

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

LCC : Longueur Cranio-Caudale

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et Conduites Addictives

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

PRS : Projet Régional de Santé

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SSNN : Syndrome de Sevrage du Nouveau-Né

SRS : Schéma Régional de Santé

TDAH : Troubles De l'Attention avec Hyperactivité

TSN : Traitement par Substituts Nicotiniques

TSO : Traitement Substitutif aux Opiacés

VGM : Volume Globulaire Moyen

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : LES INTERACTIONS DES FACTEURS A L'ORIGINE DE L'ADDICTION	- 8 -
FIGURE 2 : DSM-5 APPROCHE DIMENSIONNELLE	- 11 -
FIGURE 3 : RESULTATS DE L'ENQUETE PERINATALE 2016 CONCERNANT LA CONSOMMATION DE TABAC AU COURS DU 3 ^E TRIMESTRE DE GROSSESSE	- 16 -
FIGURE 4 : FENTE LABIALE BILATERALE.....	- 21 -
FIGURE 5 : ÉQUIVALENCE EN ALCOOL DE DIFFERENTES BOISSONS ALCOOLISEES.....	- 24 -
FIGURE 6 : PICTOGRAMME « ZERO ALCOOL AU COURS DE LA GROSSESSE » APPOSE SUR CHAQUE BOISSON ALCOOLISEE	- 25 -
FIGURE 7 : METABOLISME DE L'ETHANOL	- 28 -
FIGURE 8 : PERIODES DE DEVELOPPEMENT DES DIFFERENTS ORGANES ET SENSIBILITE CORRESPONDANT AUX EFFETS D'UNE EXPOSITION A L'ALCOOL	- 29 -
FIGURE 9 : LE FACIES TYPIQUE DU SYNDROME FŒTAL ALCOOLIQUE A LA PUBERTE	- 30 -
FIGURE 10 : SCHEMA RECAPITULATIF DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES EN SITUATION DE VULNERABILITE	- 55 -
FIGURE 11 : LES SEPT TERRITOIRES DE DEMOCRATIE SANITAIRE DE NORMANDIE	- 60 -
FIGURE 12 : LOGO DU RESEAU DE PERINATALITE NORMANDIE.....	- 61 -
FIGURE 13 : REPARTITION DES MATERNITES AU SEIN DE LA REGION NORMANDIE.....	- 64 -
FIGURE 14 : REPARTITION DES CENTRES DE PMI DANS LE DEPARTEMENT DU CALVADOS AU 27/11/2020.....	- 66 -
FIGURE 15 : DENSITE DE MEDECINS GENERALISTES POUR 100 000 HABITANTS SELON LE DEPARTEMENT EN 2018.....	- 75 -
FIGURE 16 : CONTACTS ET PRISE DE RENDEZ-VOUS COS MPS	- 76 -
FIGURE 17 : AFFICHES DE SENSIBILISATION A LA CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DE LA GROSSESSE	- 99 -
FIGURE 18 : BROCHURE DE PREVENTION CONTRE LA CONSOMMATION DE TABAC AU COURS DE LA GROSSESSE	- 100 -
FIGURE 19 : BROCHURE DE PREVENTION CONTRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DE LA GROSSESSE	- 101 -

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU N°1 : CONSOMMATION DE TABAC (EN FRANCE METROPOLITAINE, FEMMES MAJEURES ET NAISSANCES VIVANTES)	- 15 -
TABLEAU 2 : RESUME DU CADRE REGLEMENTAIRE DE LA METHADONE ET DE LA BUPRENORPHINE	- 34 -
TABLEAU 3 : REPARTITION DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES ET D'OFFICINES POUR 100 000 HABITANTS DANS LES DEPARTEMENTS NORMANDS.	- 74 -
TABLEAU 4 : STRATEGIE DU « FRAMES »	- 86 -

INTRODUCTION

Un seul verre. Une seule cigarette. Un seul écart. Une seule fois. Et si, cela était la fois de trop ? Dans notre société les femmes sont de plus en plus consommatrices de substances psychoactives, par simple envie ou parfois par pression sociale. Il n'est pas rare d'entendre « Une cigarette de plus ou de moins, ce n'est pas cela qui va changer grand-chose. / Moi au cours de ma grossesse, j'ai bu un verre de vin et tout s'est bien passé ». Autant d'exemples amenant la femme enceinte à vivre une grossesse à risque.

Actuellement, aucun seuil de limite de tolérance n'a pu être déterminé concernant les consommations de substances psychoactives chez la femme enceinte. Les recommandations sont de ne pas en consommer au cours de la grossesse. Leurs conséquences, potentiellement graves et néfastes, concernent la femme enceinte et le déroulement de sa grossesse, le fœtus, le nouveau-né et le devenir de l'enfant qui peut en garder des séquelles.

Quelles soient licites ou non, consommées régulièrement ou occasionnellement, ces substances sont à proscrire chez la femme enceinte. En France, les chiffres de la consommation de ces produits au cours de la grossesse sont très mal connus et sont généralement évalués par extrapolation à partir de données issues d'études épidémiologiques. De plus, les femmes ont tendance à sous-déclarer ces consommations. « Vais-je être une bonne mère ? Va-t-on m'enlever mon enfant à la naissance si je leur avoue tout ? » Autant de questions que se pose une jeune maman ayant peur du jugement ou des représailles.

À cette méfiance des patientes s'ajoute la réticence de certains professionnels de santé à aborder ce sujet tabou. Entre la crainte de certaines femmes enceintes et le défaut d'orientation du professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, pharmacien...), de nombreuses femmes ne connaissent que très peu ou très mal les risques encourus.

Cependant, un repérage précoce des conduites à risque est primordial afin de sensibiliser les patientes et leur entourage dans le but de réduire les dangers.

Au cours de mes études, j'ai plusieurs fois été confrontée au problème de toxicomanie chez la femme enceinte et ce dès mon stage de 2^e année après avoir discuté avec une jeune maman qui évoquait le sevrage de son bébé né dépendant aux opiacés.

Face à ces situations, je me suis souvent posé des questions. Quels sont les risques encourus lors d'une consommation de substances psychoactives chez la femme enceinte ? Comment prévenir ces situations ? Comment aborder le sujet de la consommation ? Quel rôle le pharmacien d'officine peut-il jouer afin d'inscrire son action dans une continuité de prise en charge ?

Dans ce travail, nous allons volontairement limiter notre étude aux substances auxquelles nous sommes le plus souvent confrontés en officine : l'alcool, le tabac et les traitements substitutifs aux opiacés (TSO). En effet, les deux premières substances se trouvent largement répandues de par leur côté licite et courant. Tandis que les TSO sont particulièrement présents en officine de par leur accessibilité limitée, nécessitant une délivrance en pharmacie.

Une première partie abordera la dépendance et plus particulièrement les substances psychoactives étudiées dans ce travail ainsi que leurs conséquences au cours de la grossesse et chez le nouveau-né.

Une seconde partie montrera l'organisation de la prise en charge de ces femmes via des structures pluridisciplinaires où chaque intervenant occupe une place spécifique.

Enfin, une troisième et dernière partie traitera plus spécifiquement du rôle du pharmacien d'officine et de son approche auprès de ces femmes.

PARTIE 1 : SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, LEURS CONSÉQUENCES SUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES NOUVEAU-NÉS

I. QUELQUES GÉNÉRALITÉS

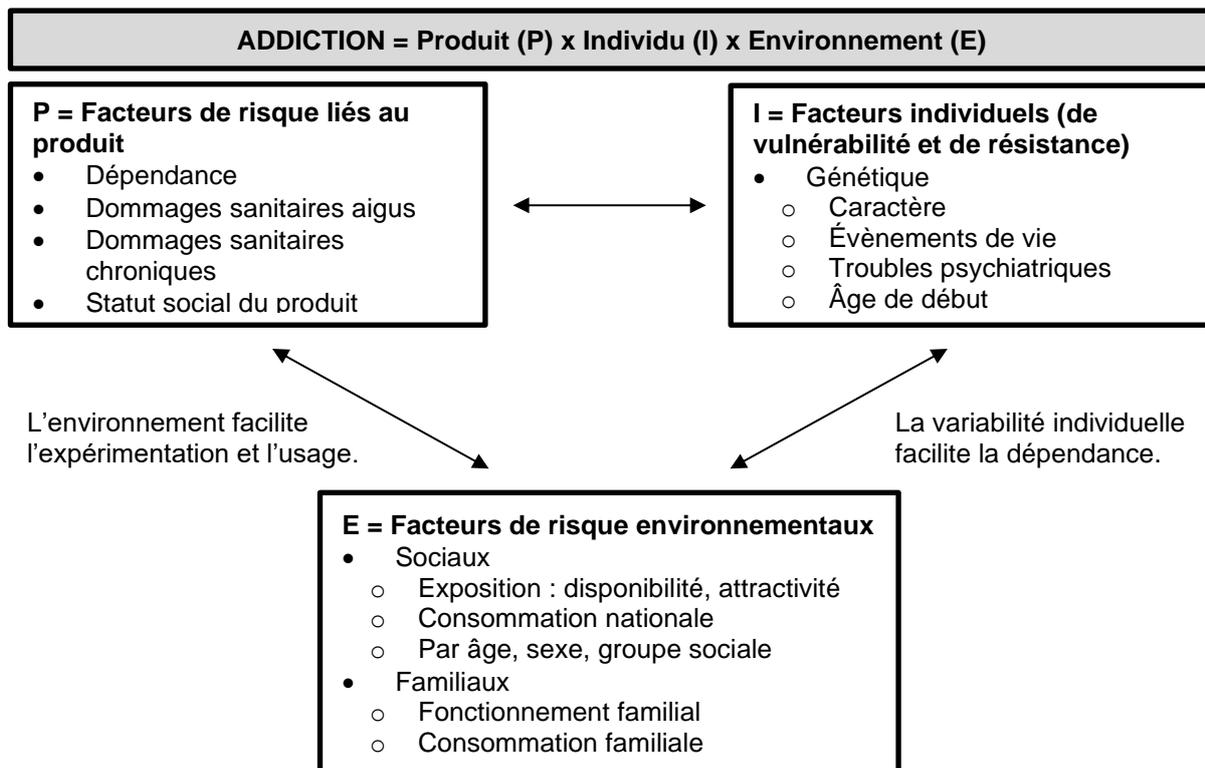
1. Qu'est-ce que l'addiction ?

Au fil des années, de nombreux psychiatres se sont spécialisés dans le domaine des addictions afin de déterminer les critères de ces pathologies complexes. D'un point de vue scientifique, elles sont définies par une dépendance à une substance ou à une activité ayant des conséquences néfastes pour la santé.

D'après le comité de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001, le syndrome de dépendance correspond à « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substance entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de consommer la substance psychoactive. » (1) La cible principale de cette définition n'est pas le produit en lui-même mais l'utilisation qui en est faite par le sujet.

Outre les facteurs propres liés au produit et à son usage, l'installation d'une addiction est la résultante de l'interaction entre plusieurs facteurs. Claude Olievenstein, un psychiatre français, disait « la toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'une circonstance ou d'un moment culturel » (2). Il exprimait ainsi l'existence de facteurs et de fragilités multiples :

- Les facteurs de risque liés au(x) produit(s) (P),
- Les facteurs individuels de vulnérabilité (I),
- Les facteurs de risque environnementaux (E).



Source : Traité d'addictologie (3)

Figure 1 : Interactions des facteurs à l'origine de l'addiction

Le processus d'installation d'une addiction se déroule en trois étapes. La première, la phase d'initiation, est non pathologique. Elle correspond à une période récréative où le sujet est en recherche de plaisir. Elle est appelée classiquement la « lune de miel ». Ensuite, vient la première phase pathologique modérée durant laquelle l'usage devient intensif. La fréquence de consommation ainsi que la quantité de drogue sont augmentées et les premiers problèmes liés à l'usage apparaissent. Cependant, l'individu reste bien intégré dans la société. Puis, une zone de passage progressif s'installe et l'usage nocif tend vers la dépendance. Cette troisième et dernière étape correspond à l'état pathologique le plus grave. Le sujet perd largement le contrôle de sa consommation et devient dépendant. Le besoin l'emporte sur le désir et la demande. La passion l'emporte sur la raison. L'addiction est installée. (3)

Bien évidemment, tous les individus ayant une consommation récréative, voire intensive, n'évolueront pas forcément vers la dépendance.

Dès 1990, Aviel Goodman, un psychiatre américain, décrivait les addictions comme « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode

caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives ». (4)

Afin de définir les addictions comportementales, il a déterminé des critères d'identification. Les caractéristiques principales sont :

- L'impossibilité de résister au désir impulsif d'effectuer un certain type de comportement,
- Une sensation croissante de tension juste avant de réaliser le comportement,
- La sensation de plaisir ou de relâchement au moment de réaliser le comportement,
- Une sensation de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement,
- Une persistance des symptômes décrits ci-dessous pendant au moins un mois ou qui se sont répétés pendant une période plus longue.

Auxquelles s'ajoutent au moins cinq des neuf critères suivants :

- Une préoccupation fréquente à propos du comportement ou de sa réalisation,
- Une intensité et une durée des épisodes plus importantes que celles prévues initialement,
- Des tentatives répétées afin de réduire, contrôler ou abandonner ce comportement,
- Beaucoup de temps passé à préparer le comportement, à le réaliser et à se remettre de ses effets,
- La réalisation fréquente du comportement au lieu de faire face à des obligations sociales, professionnelles ou personnelles,
- L'abandon d'activités sociales, professionnelles ou récréatives à cause du comportement,
- Le fait de maintenir ce comportement en ayant connaissance des problèmes sociaux, financiers, psychologiques ou physiques qu'il peut causer,
- Le besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement dans le but d'obtenir la même sensation de plaisir qu'auparavant (phénomène de tolérance),
- L'apparition d'une agitation ou irritabilité lorsque le comportement ne peut être réalisé. (4)

Dans cette classification, Aviel Goodman inclut donc la notion de dépendance sans produit contrairement à la 10^e révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM). (5)

Cette dernière, publiée par l’OMS, est une classification statistique et médicale classant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures. En 2018, les travaux de révision de la CIM-11 se sont achevés par un élargissement de la notion de dépendance aux « troubles dus à des comportement addictifs » tels que les jeux d’argent ou jeux-vidéos. (6) Ainsi, près de trente ans après Aviel Goodman, l’OMS ne restreint plus les addictions comportementales à l’emploi de substances.

D’après cette classification, une conduite addictive est définie comme la manifestation d’au moins trois signes parmi les suivants sur une période d’un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée.

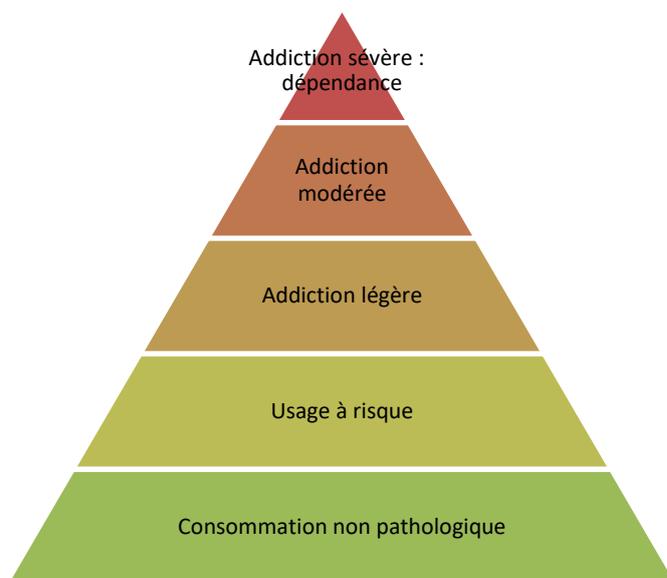
Ces signes sont :

- Un désir compulsif de consommer le produit,
- Des difficultés à contrôler sa consommation,
- L’apparition d’un syndrome de sevrage en cas d’arrêt ou de diminution des doses ou une prise de produit pour éviter un syndrome de sevrage,
- Une tolérance aux effets,
- Un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche,
- Une poursuite de la consommation malgré la conscience des effets néfastes qu’elle engendre.

Aussi, bien que n’ayant jamais été reconnue par le milieu scientifique, la définition proposée par Aviel Goodman en 1990 tend à se rapprocher de la CIM publiée par l’OMS.

Un autre référentiel dans le diagnostic de l’addiction est le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM). La cinquième et dernière version actuelle, publiée en 2015, propose une approche dimensionnelle où le sujet présente une addiction plus ou moins importante selon le nombre de symptômes correspondant à

la liste proposée pour l'évaluation, la base de l'addiction démarrant toujours par un usage à risque comme définit par l'OMS. (7) (Annexe 1)



Source : Traité d'addictologie (3)

Figure 2 : DSM-5 approche dimensionnelle

2. Notions de dépendance psychique et dépendance physique

Dans les définitions évoquées précédemment apparaissent deux notions essentielles que sont la dépendance psychique et la dépendance physique.

La première, également appelée dépendance psychologique, se traduit par un désir insistant et persistant de consommer le produit afin de maintenir les sensations de plaisir et de bien-être. Elle peut parfois se traduire par des manifestations psychosomatiques (douleurs physiques n'ayant pas de cause physiologique) et engendrer une sensation de malaise psychique lorsque le consommateur est privé de son produit. Cette notion est plus liée aux caractéristiques des individus et à leur dépendance comportementale (habitudes, environnement, état affectif) qu'au produit lui-même. (9) Elle a pour traduction le « *craving* », terme Anglo-Saxon traduisant un besoin impérieux, incontrôlable et compulsif de consommer le produit contre la raison et la volonté. (10)

La dépendance physique ou physiologique se caractérise par l'apparition de symptômes physiques parfois graves en cas de privation du produit. L'ensemble de ces troubles constitue le syndrome de sevrage. Cette dépendance résulte des mécanismes d'adaptation de l'organisme où celui-ci assimile à son propre

fonctionnement la présence du produit consommé régulièrement. Elle peut s'accompagner d'une accoutumance ou tolérance c'est-à-dire la nécessité d'augmenter les doses ou la fréquence de consommation d'un produit pour ressentir le même effet. (3)

Ainsi, ces substances psychoactives ont une action pharmacologique directe sur le système cérébral. Lors de leur consommation, elles viennent se greffer sur les voies du plaisir en prenant la place de neuromédiateurs naturels. C'est en cela que toute consommation, même occasionnelle, peut rapidement devenir une réelle addiction et que l'organisme se trouve leurré. En effet, chaque consommation engendre une libération de dopamine, hormone du plaisir, et produit un signal d'apprentissage qui favorisera le désir de prochaine consommation et la sensation de mal-être lorsque la quantité de produit présente dans le cerveau diminuera (syndrome de sevrage). (8)

3. Comment définir une grossesse à risque ?

Qu'importe la patiente et ses habitudes de vie, chaque grossesse est différente. Néanmoins, certaines présentent plus de risques, que ce soit pour la future maman ou directement pour le fœtus. Ainsi, le suivi anténatal de la grossesse vise à repérer, évaluer le risque maternel et/ou fœtal afin de dépister et prendre en charge au mieux les situations à risque qu'elles soient médicales, psychologiques ou sociales. Différents termes sont utilisés afin d'identifier ces grossesses. Pour permettre une prise en charge optimale, une coopération entre tous les acteurs et professionnels de santé est nécessaire et cela à toutes les étapes de la prise en charge. Idéalement, ce niveau de risque devrait être apprécié avant la grossesse lors du suivi gynécologique où la femme exprime son désir de grossesse (consultation préconceptionnelle). Il peut également être déterminé lors de la première consultation de suivi de grossesse, avant dix Semaines d'Aménorrhée (SA), ou tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement. (11)

Tout d'abord, il existe la grossesse à bas risque observée chez une femme en bonne santé et qui le reste. Elle correspond à une grossesse pour laquelle une évolution normale est attendue, sans complication et se terminant par un accouchement avec la naissance d'un enfant en bonne santé. Une grossesse à bas risque est donc une grossesse qui devrait se dérouler normalement et peut être suivie par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue) selon le choix de la femme.

Ensuite, vient le cas de la grossesse pathologique. Celle-ci correspond à une grossesse au cours de laquelle il existe une pathologie maternelle chronique ou une pathologie associée à la grossesse susceptible d'augmenter la mortalité ou la morbidité maternelle et/ou fœtale. Cela concerne également les pathologies fœtales pouvant altérer le pronostic fœtal ou néonatal telles que des malformations, des anomalies chromosomiques, anomalies génétiques... Une prise en charge régulière effectuée par un gynécologue-obstétricien est nécessaire dans ce cas de figure.

Enfin, il existe le cas de la grossesse à haut risque qui expose la mère et/ou le fœtus à une morbidité ou une mortalité accrue au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum par rapport à une grossesse normale. Dans ce cas de figure, la grossesse peut évoluer favorablement soit, grâce à une prise en charge adaptée efficace soit, spontanément. Il ne s'agit pas nécessairement d'une grossesse pathologique, cependant, une grossesse à haut risque peut évoluer en grossesse pathologique. Elle nécessite, tout comme la grossesse pathologique, un suivi régulier par un obstétricien. (12)

Ainsi, dans le contexte de la prise de substances psychoactives, la grossesse sera initialement qualifiée de grossesse à haut risque, si la consommation est identifiée. En l'absence de prise en charge, elle pourra potentiellement évoluer vers une grossesse pathologique.

II. LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

1. Le tabac

A. Généralités et données épidémiologiques

Le tabac est une substance psychoactive élaborée à partir des feuilles séchées de *Nicotiana tabacum*, une espèce originaire d'Amérique appartenant à la famille des Solanacées. (13)

La dépendance psychique induite par sa consommation est majoritairement liée aux effets de la nicotine sur le système nerveux central. Cet alcaloïde engendre des effets tels que le plaisir, la sensation de détente, la stimulation intellectuelle, une action anorexigène ou encore une action tranquillisante et antidépressive. (14)

A la suite de la découverte du continent Américain, son usage s'est largement répandu dans le monde entier et notamment chez la femme, comme le démontre les rapports de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP).

Ces enquêtes, réalisées à intervalles réguliers (1995, 1998, 2003, 2010 et la dernière en 2016), permettent d'obtenir des données sur les indicateurs de périnatalité relatifs à la santé de la mère et du nouveau-né, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque. Ainsi, elles aident à orienter les politiques de prévention pouvant être mises en œuvre au sein de notre pays.

La dernière en date a été copilotée au Ministère des Solidarités et de la Santé par plusieurs structures (telles que la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, DREES, la Direction Générale de la Santé, DGS et la Direction Générale de l'Offre de Soins, DGOS) ainsi que par l'Agence Nationale Santé Publique France et par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (l'INSERM).

Ainsi, si la prévalence de femmes ayant fumé juste avant leur grossesse était à la baisse entre 2003 et 2010, elle semble stagner depuis plusieurs années. En effet, d'après les études réalisées en 2010 et en 2016, 30% des femmes interrogées ont déclaré avoir fumé juste avant leur grossesse. (15)

	2010	2016	IC à 95%
Consommation de tabac juste avant la grossesse			
<i>N = nombre de sujets interrogés</i>	13 831	11 742	
<i>Oui</i>	30,6%	30,0%	29,3 – 30,7
<i>Non</i>	69,4%	70,0%	69,3 – 70,7

Source : Rapport de l'ENP 2016 (16)

Tableau 1 : Consommation de tabac (en France métropolitaine, femmes majeures et naissances vivantes)

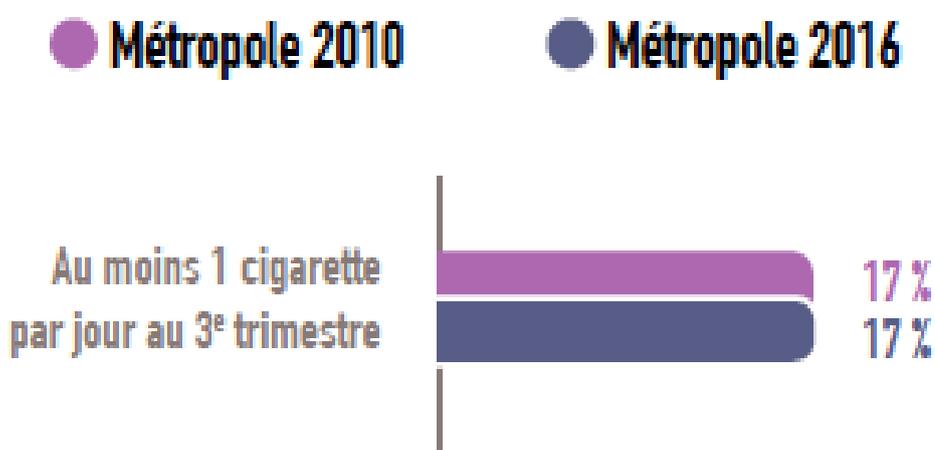
Or, avant même la grossesse, la consommation de tabac impacte la fécondité en potentialisant l'effet négatif de l'âge et diminuant la réserve ovarienne. Le tabagisme, réduisant de 10 à 40% les chances de conception à chaque cycle, allonge le délai de conception d'environ 4 à 6 mois supplémentaires chez la femme fumeuse. Cet allongement étant dépendant de la dose, il peut être plus important et s'étendre à plus d'un an pour les fortes consommatrices. (16)

Plus précisément, cette toxicité sur la fécondité est due à deux mécanismes que sont l'hypoxie tissulaire et la perturbation endocrinienne. La première est principalement liée à la nicotine, au monoxyde de carbone et au dioxyde de carbone présents dans la composition du tabac. Tandis que la seconde est surtout engendrée par les composés aromatiques des cigarettes et, à un degré moindre, par la nicotine. (16)

L'hypoxie tissulaire correspond à une diminution de la quantité d'oxygène utilisable par les cellules de l'organisme altérant le bon fonctionnement des tissus et organes. (17) Au niveau ovarien, elle se traduit par des troubles de l'ovulation et un avancement de l'âge de la ménopause pouvant atteindre 2 ans, dû à l'accélération de la baisse de la réserve ovarienne. Elle engendre également une altération de la vascularisation périfolliculaire à l'origine d'une baisse de la qualité des ovocytes.

La perturbation endocrinienne, principalement provoquée par le benzo[a]pyrène, se traduit par une diminution de la réserve ovarienne via une action anti-œstrogénique. Cela provoque également un avancement de l'âge de la ménopause et des troubles du cycle rendant la conception plus compliquée. (16)

Une autre enquête réalisée par Santé Publique France, intitulée enquête Baromètre santé, déclare qu'environ 17% des femmes enceintes ont fumé du tabac au cours de leur 3^e trimestre de grossesse en 2016. Ce résultat est similaire à celui observé en 2010 et en 2016 par les ENP et suggère une nouvelle fois une stabilité de l'usage du tabac parmi les femmes enceintes depuis plusieurs années. Il a été obtenu à la suite d'enquêtes téléphoniques auprès d'un échantillon de personnes représentatif de la population résidant en France. Les questions posées permettent d'apprécier les différents comportements et attitudes de santé des Français dans un but similaire aux ENP ; orienter les politiques de prévention et d'information de la population. (18)



Source : Rapport de l'ENP 2016 (16)

Figure 3 : Résultats de l'enquête périnatale 2016 concernant la consommation de tabac au cours du 3^e trimestre de grossesse

Toujours d'après l'enquête Baromètre santé 2017, le tabagisme pendant la grossesse concernerait entre 20 et 25% des femmes enceintes, soit presque 1 femme sur 4. En 2010, ce taux était de 24% suggérant à nouveau une relative stabilité de la consommation tabagique chez les femmes enceintes depuis 2010. (18) Cela fait du tabac la substance psychoactive la plus consommée chez la femme enceinte et la principale cause évitable de morbidité périnatale. (19)

Afin de palier à ce véritable problème de santé publique, le gouvernement français a mis en place deux programmes nationaux de prévention tabagique. Le premier, présenté lors de la présentation du plan cancer 2014-2019, s'intitule Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) et se compose de trois axes : (20)

- Éviter l'entrée dans la consommation tabagique en rendant les produits moins attractifs. Cela s'est traduit, au 1^{er} Janvier 2017, par la mise en place du paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler avec un agrandissement de la taille des avertissements sanitaires. On retrouve des messages de prévention tels que « Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité » ou encore « Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant ».
- Aider les fumeurs à s'arrêter avec notamment la mise en place du « Mois sans tabac » chaque Novembre depuis 2016.
- Agir sur l'économie du tabac en augmentant les prix du tabac.

Concernant la prévention chez la femme enceinte, une autre mesure a été observée avec l'ajout d'un pictogramme « femmes enceintes » depuis Août 2015 préconisant de ne pas fumer au cours de la grossesse. (21)

Le second programme, s'étendant de 2018 à 2022, se nomme Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT). L'action n°12 du plan consiste à informer de manière adaptée les femmes, aux différents âges de la vie, sur les risques liés au tabac. Cela inclut une amélioration des connaissances par les femmes des maladies générées par le tabac et des méthodes de sevrage en s'appuyant sur les médias, les réseaux sociaux ciblant un public féminin et surtout les professionnels de santé. (22) En effet, les données de l'ENP 2016 rapportent que près de 80% des femmes ont été interrogées sur leur consommation de tabac durant la grossesse lors de consultations médicales mais seulement 46,3% des femmes ayant fumé à un moment de leur grossesse disent avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac. Ainsi, bien que les professionnels de santé semblent porter une attention particulière au tabagisme chez la femme enceinte, ils sont peu nombreux à informer et conseiller sur les risques encourus et les méthodes de sevrage existantes. (15)

Concernant la sensibilisation par les médias et les réseaux sociaux, des campagnes publicitaires de prévention ont été largement diffusées ces derniers mois, notamment à la télévision, ciblant la femme enceinte mais également son entourage. En effet, bien que la consommation tabagique de la femme enceinte soit préoccupante, les méfaits du tabagisme passif sont eux aussi présents et souvent méconnus. On estime que lors de l'accouchement, plus de 45% des pères sont fumeurs actifs ce qui induit qu'ils l'ont été durant la grossesse et continueront probablement de l'être dans les premiers moments de vie de l'enfant. (23)

B. Risques obstétricaux

Du stade de préconception à l'accouchement, de nombreux effets néfastes peuvent être observés chez la femme fumeuse.

La perturbation endocrinienne évoquée précédemment diminue fortement la probabilité de conception par son action anti-œstrogénique, qui engendre plusieurs effets :

- La modification de la glaire cervicale. En effet, au cours d'un cycle normal, le taux d'œstrogènes augmente avant l'ovulation et permet à la glaire cervicale de devenir fluide et élastique. Ainsi, les spermatozoïdes peuvent la traverser et parvenir aux trompes où la fécondation pourra avoir lieu. Or, chez une femme fumeuse, la consistance de la glaire reste épaisse et impénétrable pour les spermatozoïdes rendant la fécondation peu probable. (24)
- La diminution de la qualité du corps jaune. Ce dernier, constitué lors de la phase lutéale en fin de cycle, produit une quantité croissante de progestérone. Cette hormone a pour rôle de préparer l'utérus à une éventuelle implantation embryonnaire. La perturbation endocrinienne impactant la qualité du corps jaune, elle diminue directement les chances de nidation de l'œuf nouvellement fécondé. (16)

Le second phénomène qu'est l'hypoxie tissulaire est quant à lui à l'origine d'une baisse de la mobilité ciliaire des trompes utérines. De ce fait, il gêne le transit embryonnaire et augmente le risque de survenue d'une Grossesse Extra-Utérine (GEU). Ce risque relatif est augmenté chez la femme fumeuse dès la première cigarette et il est dose dépendant. Ainsi, pour une consommation inférieure à 10 cigarettes par jour il est

multiplié par 1,5 par rapport à une femme non fumeuse tandis que pour une consommation supérieure à 30 cigarettes par jour, il se trouve multiplié par 5. (25, 26)

On peut également noter un taux de Fausse Couche Spontanée (FCS) multiplié par 2 voire 3 pour les femmes fumeuses. Comme le risque de GEU, cette complication est dose dépendante de la consommation tabagique et le tabagisme passif augmente également le risque à partir d'une heure d'exposition quotidiennement. (25)

Une autre situation dont le tabagisme est un facteur de risque se trouve être le phénomène de placenta prævia ou placenta bas inséré. Il s'agit, comme son nom l'indique, d'une implantation du placenta dans la partie inférieure de l'utérus plutôt que dans la partie supérieure. Ainsi, il se trouve sur ou à proximité de l'orifice interne du col de l'utérus. Cela se traduit généralement par des métrorragies indolores et peut, dans certains cas, provoquer un accouchement immédiat. Cependant, de plus importantes complications peuvent en découler et ce tout au long de la grossesse, s'il ne se résout pas de lui-même. Chez une femme enceinte qui fume, le risque de survenue d'un placenta prævia se trouve doublé. (27)

On retrouve également une augmentation du risque de développer une HyperTension Artérielle (HTA) gravidique après la 20^e SA. La gravité diffère selon l'importance de l'HTA mais il est important de surveiller la tension artérielle tout au long de la grossesse car de graves complications peuvent en découler telle que la survenue d'un hématome rétroplacentaire.

Chez les femmes enceintes consommatrices de tabac, le risque de survenue d'un hématome rétroplacentaire est multiplié par 1,5 par rapport aux femmes qui ne fument pas. (28) Il s'agit d'un décollement prématuré du placenta augmentant le risque de morbidité ou de mortalité pour la femme enceinte et le fœtus. Généralement, il a lieu après 20 SA. Bien que l'étiologie soit inconnue, les facteurs de risque que sont la consommation de tabac et l'HTA ont été clairement définis. En effet, il est la conséquence des effets vasoconstricteurs des produits du tabac et de l'augmentation de la fragilité capillaire.

Un autre phénomène dont le tabagisme au cours de la grossesse augmente le risque est la rupture prématurée des membranes. Avant 34 SA, elle est doublée par rapport à une femme qui ne fume pas. (28) Il s'agit d'une fuite de liquide amniotique avant le

début du travail. Selon le stade de la grossesse, les risques pour la femme enceinte et le fœtus diffèrent. Lorsque l'âge gestationnel est au moins de 34 SA, l'accouchement prématuré est recommandé.

De ce fait, le risque d'accouchement prématuré chez une femme enceinte fumeuse est multiplié par deux comparé à une non fumeuse. (28) On parle de prématurité lorsque l'accouchement a lieu avant la 37 SA. Ce risque est directement lié à la consommation tabagique, la relation dose-effet étant significative. Mais, il peut également être la conséquence d'une autre complication évoquée précédemment.

Ainsi, le tabagisme chez la femme enceinte peut engendrer une cascade de phénomènes rendant la grossesse à risque et pouvant impacter le bon développement du fœtus.

C. Complications fœtales et néonatales

La nicotine et le monoxyde de carbone, présents dans le tabac et absorbés par la femme fumeuse, passent à travers le placenta en quelques heures. Le monoxyde de carbone, ayant une forte affinité pour l'hémoglobine fœtale, s'y lie de manière stable et durable. Cela entraîne la formation de carboxyhémoglobine chez le fœtus, à l'origine d'une hypoxie profonde et prolongée. Les concentrations en monoxyde de carbone du fœtus se retrouvent deux fois plus élevées que celles de la mère et cela sur une période deux fois plus longue. De ce fait, plus la femme enceinte fume, plus il y a de monoxyde de carbone au niveau fœtale et plus le risque d'observer des effets délétères chez le fœtus sera important. (27, 29)

Ainsi, en réduisant les flux sanguins, les apports nutritifs et les apports en oxygène de nombreux dangers sont augmentés pour le fœtus tels que mort *in utero*, prématurité (comme évoqué précédemment) ou encore Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) avec hypotrophie et malformations observées à la naissance. En effet, le tabagisme maternel au cours du premier trimestre est responsable de 25% des naissances de bébés ayant un poids trop faible.

Les nouveau-nés pèsent en moyenne 200g de moins comparé au poids d'un nourrisson n'ayant pas subi d'hypoxie chronique. Concernant les malformations, il n'est pas rare d'observer une fente labiale ou fente palatine communément appelée « bec-de-lièvre ». (27)



Source : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/anomalies-craniofaciales-et-musculosquelettiques-cong%C3%A9nitales/fente-labiale-et-fente-palatine>

Figure 4 : Fente labiale bilatérale

D'autre part, il est clairement défini actuellement que le tabagisme au cours de la grossesse est un facteur de risque au syndrome de mort subite du nourrisson. Cela multiplie par deux le risque de mortalité infantile. De plus, les conséquences qui découlent de ce tabagisme comme le faible poids de naissance, le retard de croissance ou encore la prématurité sont également des facteurs de risque de ce syndrome, ce qui rend le tabagisme d'autant plus dangereux pour le fœtus et le bébé à naître. (19, 30)

Sur le long terme, ce tabagisme maternel a également un retentissement au cours de l'enfance et l'adolescence avec notamment une augmentation des infections respiratoires dues à un mauvais développement de l'arbre bronchique au stade fœtal. Il expose également à un risque significativement plus élevé d'apparition de phénomènes de dépendance (notamment au tabac) au cours de l'adolescence ou encore à l'augmentation du risque de survenue de cancers tels que lymphomes et leucémie.

D'autre part, il est maintenant assez clairement démontré que l'exposition au tabac lors de la grossesse constitue un facteur de risque pour l'apparition ultérieure de troubles de l'orientation et de l'apprentissage verbal. On observe également des troubles de la croissance avec une tendance à l'obésité vers 6 ans et des troubles psychiatriques plus fréquents se traduisant par des symptômes dépressifs et/ou anxieux associés à des troubles du comportement tels que problème d'attention ou hyperactivité. (32)

Ces troubles psychiatriques ont fait l'objet d'études ces dernières années et notamment celle conduite par Froehlich et menée au sein de la population générale

aux États-Unis. Comparée à d'autres études, celle-ci a pris en compte les facteurs de confusion à la fois génétiques et environnementaux afin d'obtenir des résultats exploitables sur l'association entre exposition prénatale au tabac et risques psychiatriques. Elle a permis de montrer une corrélation importante entre exposition au tabagisme au cours de la grossesse et risque accru de survenue de Troubles De l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) lors de l'enfance ou à l'adolescence. (23, 33)

Ainsi, le tabagisme maternel expose à des nombreux risques à la fois pour la mère, pour son fœtus mais également pour l'enfant à naître. Par ailleurs, bien que les concentrations de substances inhalées soient plus faibles, le tabagisme passif semble engendrer les mêmes risques.

D. Tabac et allaitement maternel

Beaucoup de confusion règne autour de la question « une mère qui fume peut-elle ou non allaiter son enfant au sein ? ». Bien qu'il soit largement conseillé aux femmes allaitant au sein de ne pas fumer, le tabagisme n'est pas une contre-indication à cette pratique. En effet, d'après la littérature et les recherches, l'association tabac et allaitement maternel seraient moins délétères que celle du tabac et de l'alimentation industrielle et les bienfaits prévalent sur les inconvénients tant pour la mère que pour l'enfant.

Publié en 2004 en tant que « stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », l'OMS recommande de nourrir exclusivement au sein les nourrissons durant les six premiers mois de leur vie et de poursuivre cet allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, ou plus, en introduisant des aliments complémentaires pour satisfaire les besoins nutritifs qui évoluent. (34) Cela favorise croissance, santé et développement optimaux pour le nourrisson.

Ainsi, seules quelques situations ne permettent pas de recommander l'allaitement au sein. Il est contre-indiqué en cas d'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ou chez une mère poly-dépendante ayant recours à des substances injectables, du fait qu'il existerait un risque de transmission du VIH avec les seringues. Cependant, dans la mesure du possible, l'allaitement au sein devrait toujours être mis en avant auprès des mamans.

Les bénéfices de cette pratique sont nombreux que ce soit pour la mère ou son enfant :

- Sur le plan psychologique, elle favorise et entretient l'attachement et l'interaction mère-enfant.
- Sur le plan immunitaire, elle participe à la prévention d'infections infantiles telles que bronchites, rhinites, gastroentérites ou encore coliques. En effet, la composition du lait maternel atténue l'état d'immaturation physiologique immunitaire du nourrisson en lui apportant des facteurs de croissance, des anticorps maternels ou encore des oligosaccharides à rôle de prébiotiques.
- Pour la mère, elle a un rôle protecteur en atténuant les risques de dépression post-partum et de cancer du sein et de l'ovaire.
- A long terme, elle aurait un effet probable de prévention de l'obésité, du diabète et de baisse de la cholestérolémie pour l'enfant. (35, 36)

Pour autant, la nicotine est présente dans le lait maternel et les mères fumeuses doivent savoir que le tabac peut diminuer la production de lait ainsi que sa concentration en lipides. La toxicité de la nicotine peut engendrer des irritations gastriques pour le nourrisson se traduisant par des nausées, des vomissements ou des troubles intestinaux. De ce fait, il est recommandé de fumer après les tétées ou, à défaut, de laisser un intervalle d'au moins vingt minutes entre la dernière cigarette et l'allaitement afin que le taux de nicotine dans le lait soit réduit. (31)

Il est important de noter que les femmes enceintes ou jeunes mamans fumeuses sont souvent poly-dépendantes. Outre le tabac, d'autres substances légales largement consommées dans notre société ont néanmoins des effets néfastes et potentiellement graves, sans que ces conséquences soient toujours connues.

2. L'alcool

A. Généralités et données épidémiologiques

Bien que la consommation quotidienne d'alcool des français tende à se stabiliser depuis plusieurs années, notre pays n'en reste pas moins l'un des plus gros consommateurs au monde. Les effets recherchés sont divers allant du simple plaisir jusqu'à la sédation en passant par excitation et désinhibition.

Pour évaluer sa consommation d'alcool, on utilise la notion de verre standard également appelé unité d'alcool. Ce verre standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10 grammes correspondant par exemple à 10 cl de vin ou encore 25 cl de bière à 5% vol.



Source : <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool>

Figure 5 : Équivalence en alcool de différentes boissons alcoolisées

Actuellement, les recommandations de Santé Publique France concernant la consommation d'alcool sont :

- 10 verres d'alcool standard par semaine maximum,
- Ne pas dépasser 2 verres standard par jour,
- Avoir 2 jours dans la semaine sans consommation. (37)

Ces repères, identiques pour les hommes et les femmes, ne s'appliquent pas lors de la grossesse puisque la recommandation première est l'abstinence totale. En effet, les conséquences d'une exposition à l'alcool *in utero* varient en fonction de l'intensité de l'exposition. Cependant, il n'a pas été mis en évidence une dose-seuil en-dessous de laquelle cette consommation par une femme enceinte serait inoffensive.

Comme évoqué dans la définition du DSM-V, il existe trois types de consommation d'alcool qualifiés de problématiques :

- La consommation dangereuse, correspondant à l'addiction légère,
- La consommation nocive, correspondant à l'addiction modérée,
- La dépendance à l'alcool, correspondant à l'addiction sévère avec dépendance.

D'après l'enquête Baromètre Santé effectuée en 2017, 1 femme sur 10 aurait consommé de l'alcool au cours de sa grossesse, toute consommation confondue. En 2010, cette même enquête avait estimé que 23% des femmes enceintes buvaient de l'alcool au moins une fois au cours de leur grossesse. (18) Bien que ces estimations semblent positives quant à la prise de conscience des femmes enceintes sur leur consommation d'alcool, le résultat n'en reste que peu fiable. En effet, il s'appuie sur des témoignages souvent imprécis en raison de souvenirs pauvres ou d'une stigmatisation sociale associée à l'alcool au cours de la grossesse pouvant entraîner une sous-déclaration de la consommation.

Cependant, au cours de la grossesse, la majorité des consommations d'alcool ne relève pas d'un comportement addictif mais plus d'une consommation occasionnelle. En effet, la recommandation d'abstinence totale n'est pas toujours comprise puisque près de 40% des français estiment que les risques pour le fœtus n'apparaissent que pour une consommation quotidienne d'alcool. (38) Ainsi, la représentation qui est faite ne repose pas sur une abstinence mais plutôt sur une tolérance (c'est-à-dire avoir consommé une ou deux fois de l'alcool par mois) qui n'exclut pas de prendre un verre de temps en temps. D'autre part, il semblerait que, pour les femmes enceintes, les différents alcools n'auraient pas les mêmes effets sur le fœtus. Le constat est que seuls les alcools forts auraient des effets délétères. (39) Or, comme expliqué précédemment, la consommation d'alcool est calculée en verre standard dont les quantités servies varient selon les boissons mais dont les effets seront identiques à unités d'alcool égales.

Aussi, bien qu'une politique de prévention contre les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse ait émergé dès les années 2000 (avec l'apposition obligatoire en 2007 d'un logo représentant une femme enceinte barrée sur les bouteilles d'alcool), elle semble toujours être une mission de santé publique importante. D'après l'enquête Baromètre Santé de 2017, seuls 61,6% des 18-75 ans (tous sexes confondus) avaient remarqué ce logo sur les bouteilles d'alcool. (18)



Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/alcool-cadre-legal>
Figure 6 : Pictogramme « zéro alcool au cours de la grossesse » apposé sur chaque boisson alcoolisée

Néanmoins, ces dernières années, les actions de communication menées sur le sujet se sont largement répandues avec notamment des messages de prévention diffusés à la télévision, sur les réseaux sociaux ou encore à la radio.

Il n'en reste pas moins que les professionnels de santé jouent un rôle indispensable dans cette démarche préventive. Or, d'après l'ENP de 2017, ces derniers semblent moins questionner sur la consommation d'alcool que sur celle du tabac car seulement 67,1% des femmes déclarent avoir été interrogées au cours de leur suivi et moins d'un tiers disent avoir reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool au cours de leur grossesse. (15) Pour rappel, elles étaient 80% à avoir été interrogées sur leur statut tabagique et 46,3% d'entre elles avaient eu des recommandations adaptées à la grossesse. En sachant que les effets sévères sont nombreux pour le fœtus, et ce à tous les stades de la grossesse, ce taux est largement insuffisant et ne permet pas un repérage adapté.

B. Risques obstétricaux

Les effets de la consommation d'alcool sur la fertilité et la fonction reproductrice sont moins décrits que ceux provoqués sur le fœtus. En conséquence, il est difficile d'établir des conclusions précises à l'heure actuelle. D'autre part, la plupart des études réalisées n'ont pas fait de distinction entre consommation excessive d'alcool et consommation régulière ce qui ne permet pas toujours de pouvoir exploiter les résultats.

De nombreuses études ont cherché à trouver une corrélation entre infertilité féminine et consommation d'alcool. Plusieurs d'entre elles ont permis de conclure à une réduction significative du taux de conception due à une infertilité ovulatoire engendrée par la consommation d'alcool. En revanche, de nombreuses autres études ont démontré que cette infertilité féminine n'était pas liée à la consommation d'alcool. Ce résultat persistait dans les analyses qui tenaient compte de différentes boissons type vin, bière ou encore spiritueux. Ainsi, il n'est pas possible de conclure à un effet significatif de l'alcool sur le vieillissement ovarien ou la réserve ovarienne. (40) Néanmoins, concernant la fertilité masculine, des études ont conclu que la consommation d'alcool était un facteur de risque potentiel d'infertilité masculine par son effet direct sur le métabolisme de la testostérone et sur la spermatogénèse. (41)

D'autres recherches ont permis d'associer la consommation d'alcool à des dérèglements de la fonction endocrinienne, bien que les mécanismes sous-jacents restent encore à déterminer. En effet, chez les consommatrices, même modérées, le taux d'œstrogènes se trouve plus élevé tandis que le taux de progestérone est plus faible. Cela a également permis de mettre en relation la consommation d'alcool avec des cycles menstruels irréguliers et un dysfonctionnement ovulatoire voire une anovulation. Cela affecte principalement le début de puberté mais peut impacter la régularité du cycle menstruel sur plusieurs années. Une nouvelle fois, le mécanisme mis en jeu n'a pas été clairement défini à l'heure actuelle. (40)

D'autre part, il n'a pas pu être mis en évidence de lien de causalité entre consommation d'alcool et risque de GEA, bien que de nombreuses études suggèrent qu'elle pourrait engendrer une baisse de la mobilité ciliaire des trompes utérines. (40)

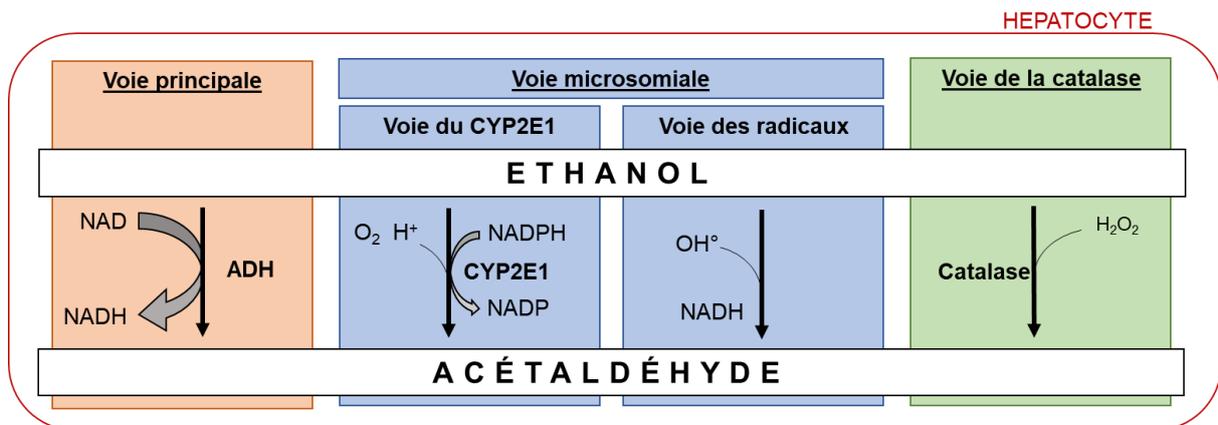
D'autres études suggèrent une augmentation du taux de fausse couche et d'accouchement prématuré, généralement liés aux effets délétères sur le fœtus, sans que cela n'ait pu être démontré très clairement.

Ainsi, les effets de la consommation de l'alcool sur la fertilité et les risques obstétricaux qui en découlent posent aujourd'hui plus de questions qu'il n'existe de réponses. Néanmoins, et faute de preuve de l'innocuité de l'alcool, la recommandation première chez un couple désireux d'avoir un enfant reste celle de limiter leur consommation dès la période de conception.

C. Complications fœtales et néonatales

La tératogénicité de l'alcool est principalement liée à son métabolite qu'est l'acétaldéhyde. Celui-ci s'obtient au niveau hépatique via différents chemins métaboliques :

- La voie principale qui est celle de l'Alcool DésHydrogénase (ADH),
- La voie microsomiale comprenant :
 - La voie catalysée par le CYP2E1,
 - La voie des radicaux,
- La voie de la catalase (voie mineure).



Source : CM8 Toxicologie clinique du 11/10/2017, Pr Sichel

Figure 7 : Métabolisme de l'éthanol

Traversant la barrière fœto-placentaire, il engendre une double exposition du fœtus à la fois via le cordon ombilical mais également par le biais du liquide amniotique. L'élimination de l'alcool étant plus lente dans le liquide amniotique, sa présence entraîne une forte atteinte neuronale avec :

- Diminution de la multiplication neuronale et mauvaises connexions synaptiques,
- Augmentation de la mort neuronale avec retard de mise en place des gaines de myéline,
- Diminution du poids du cerveau.

Outre ces effets, la tératogénicité de l'alcool se traduit également par des malformations cardiaques, rénales, oculaires, auditives ou encore squelettiques. Ainsi, cette substance perturbe le développement du fœtus à tous les stades de la grossesse en engendrant un risque malformatif élevé de tous les organes.

Développement (en semaines)

Ovule	Embryon						Fœtus			
1-2	3	4	5	6	7	8	12	16	20-36	38
SNC*	■									
Cœur	■									
Bras	■									
Yeux	■									
Jambes	■									
Dents	■									
Palais	■									
organes génitaux	■									
Oreilles	■									

* Système nerveux central



Risque accru



Susceptibilité moindre

Source : Rapport INSERM « Alcool et effets sur la santé », 2001

Figure 8 : Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool

Les effets fœtotoxiques de l'alcool peuvent se faire ressentir même en cas de consommation moindre. En effet, pour deux verres standards consommés par jour, il existe un risque pour le développement mental et neurologique de l'enfant se traduisant par une atteinte de la mémoire à court terme ou encore une capacité d'attention moindre. (38)

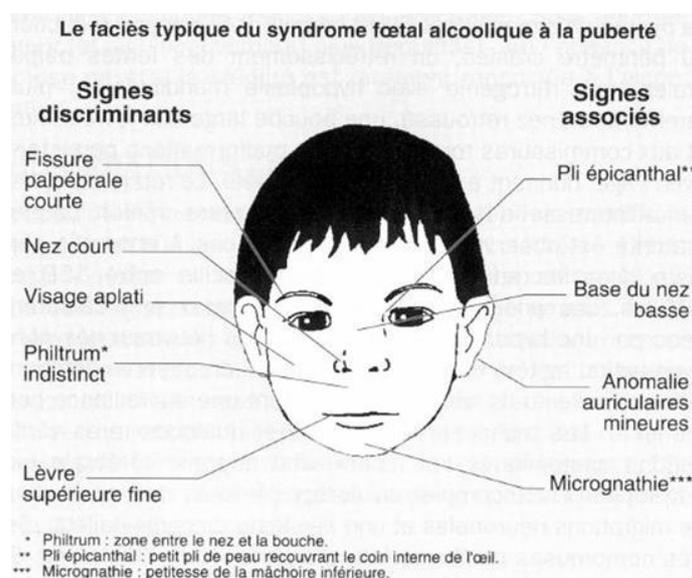
L'ensemble de ces atteintes est regroupé sous le terme ETCAF, signifiant Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale. Il désigne toutes les répercussions pouvant être observées chez une personne dont la mère a consommé de l'alcool au cours de sa grossesse, que ce soit des atteintes physiques, cognitives ou encore comportementales. Ainsi, il regroupe toutes les affections causées par la consommation d'alcool chez la femme enceinte allant de la forme la plus caractéristique et la plus grave appelée Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) à des formes dites « incomplètes » se traduisant par des difficultés dans l'apprentissage

généralement associées à des difficultés d'adaptation sociale. Ainsi, la forme la plus fréquente est une forme partielle associant échec scolaire et troubles du comportement. (42)

D'après les données de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2013, l'ETCAF représenteraient 9‰ des naissances vivantes par an au sein des pays occidentaux. Concernant le SAF, elle serait de l'ordre de 1,3‰ des naissances vivantes par an en France. (42) Ce dernier correspond à un désordre complexe multifactoriel dans lequel l'exposition à une forte consommation d'alcool *in utero* agit avec d'autres facteurs environnementaux (tels que le tabagisme, la consommation d'autres drogues, la nutrition, la santé physique générale, le niveau de stress...) et une prédisposition génétique. Il survient généralement pour des prises d'alcool répétées et importantes de la femme enceinte de l'ordre de cinq verres standards par jour. (31) Ainsi, le SAF est la première cause de handicap mental d'origine non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant en France. (43)

Le SAF est la forme la plus facile à diagnostiquer car caractérisée par :

- Des malformations cardiaques, rénales, oculaires, auditives ou encore squelettiques,
- Un retard de croissance intra-utérin,
- Une micro-encéphalie associée à des malformations cérébrales, des troubles neurocomportementaux et un retard mental,
- Une dysmorphie faciale caractéristique.



Source : CM2 Accompagnement de la personne dépendante, Pr Lechevrel (27)

Figure 9 : Le faciès typique du syndrome fœtal alcoolique à la puberté

Les formes « incomplètes » se révèlent quant à elles plus tardivement, engendrant généralement des difficultés d'identification. Ainsi, des critères ont été mis en avant dans un guide réalisé par le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé destiné aux professionnels de santé afin de faciliter le diagnostic et de pouvoir les guider. (Annexe 2)

De nombreux troubles persistent chez l'adulte diagnostiqué SAF tels que déficit attentionnel, baisse du quotient intellectuel, impulsivité, hyperactivité ou encore troubles psychiatriques se traduisant généralement par une dépression et/ou un syndrome autistique. A cela s'ajoute un risque important de dépendance dès l'adolescence et de délinquance.

Bien que tous les nouveau-nés de femmes ayant consommé de l'alcool au cours de leur grossesse ne développent pas forcément de SAF ou ETCAF, la recommandation première reste la tolérance zéro. En effet, il n'existe pas de niveau seuil établi quant à la consommation d'alcool et le risque d'une exposition fœtale. De plus, de nombreux facteurs extérieurs entrent en jeu dans le développement de ces affections rendant l'éventualité d'un seuil de tolérance encore plus complexe voire impossible.

D. Alcool et allaitement maternel

De la même manière qu'il n'est pas contre-indiqué d'allaiter au sein si une mère fume, la consommation d'alcool n'engendre pas une interdiction d'allaiter son enfant. Néanmoins, l'alcool étant libéré dans le lait maternel, certaines précautions doivent être prises par la maman afin d'en limiter les effets sur son nourrisson.

Concernant l'impact direct sur le lait, la consommation d'alcool par une femme allaitante peut modifier le goût et l'odeur de son lait pouvant rendre difficile l'acceptation par l'enfant.

Pour ce qui est des effets sur le nourrisson, l'alcool peut affecter ses cycles du sommeil, sa digestion et potentiellement réduire ses apports nutritionnels. D'autre part, en cas de tétées ayant lieu peu de temps après la consommation d'alcool, cela peut engendrer des signes d'intoxication chez l'enfant avec somnolence, hypotension ou encore dépression respiratoire. Ces risques sont fonction de la quantité d'alcool consommée par la mère, du temps d'attente entre le dernier verre et le moment de l'allaitement ainsi que de la quantité de lait ingérée par le nourrisson.

Lorsqu'une femme consommatrice d'alcool souhaite allaiter au sein, elle devrait être avisée de limiter sa consommation à un ou deux verres standards, une à deux fois par semaine. En effet, comme évoqué précédemment, les risques pour l'enfant vont en partie dépendre de la quantité d'alcool consommée par la mère. L'alcoolisation massive et la consommation régulière sont donc déconseillées chez une femme désireuse d'allaiter au sein. D'autre part, il convient de rappeler que la poly-consommation n'est pas recommandée.

Les taux d'alcool présents dans le lait maternel sont les plus élevés entre trente et soixante minutes après la consommation. Ainsi, afin de limiter les concentrations d'alcool présentes dans le lait maternel et donc son ingestion par l'enfant, il est préférable pour la maman d'éviter d'allaiter au sein quelques heures après avoir consommé. Il est également possible pour la maman de tirer son lait avant de boire de l'alcool afin de limiter les risques pour son enfant.

3. Les traitements substitutifs aux opiacés (TSO)

Contrairement aux deux substances développées auparavant, les Traitements Substitutifs aux Opiacées (TSO), composés de la méthadone et de la buprénorphine, ne sont pas très répandus dans la population générale. Néanmoins, ils peuvent être introduits au cours de la grossesse, dans un contexte de prise en charge spécifique que nous développerons ci-après, ou il peut s'agir d'un traitement suivi au préalable par la patiente avant de tomber enceinte et poursuivi au cours de sa grossesse. Dans les deux cas, ces médicaments nécessitent une délivrance en officine. Le pharmacien est donc systématiquement en charge du suivi de ces traitements. Ainsi, il a, comme pour l'alcool et le tabac, un rôle primordial à jouer auprès de ces femmes enceintes dont le traitement chronique est constitué d'une substance psychoactive.

A. Généralités

D'après le Vidal, la méthadone et la buprénorphine sont des médicaments utilisés dans le traitement de dépendance aux opiacés comme l'héroïne. Elles permettent aux personnes dépendantes aux opiacés illicites d'arrêter leur consommation sans ressentir les signes du manque. De plus, leur prise par voie orale protège l'utilisateur des risques infectieux liés à l'injection lors de consommations illicites. Sa prescription complète une prise en charge médicale associée à une prise en charge psychologique et sociale dans le but de limiter le risque de rechute. Ainsi, le traitement peut être

transitoire en vue d'un sevrage complet ou être maintenu aussi longtemps que nécessaire. (44)

En incluant le patient dans un cadre de soins adapté, le TSO permet une réelle prise en charge de la toxicomanie et en particulier des troubles de la personnalité et des pathologies somatiques associées voire des troubles mentaux sous-jacents. Lorsque le traitement est pris régulièrement, il n'a pas d'effet euphorisant. Le patient se trouve sevré et ainsi apaisé. (45)

Le traitement par ces drogues opioïdes synthétiques est encadré par une réglementation de prescription et de délivrance stricte. Cela s'explique par le risque d'overdose possible avec ce produit en cas de détournement de son usage. Ainsi, la méthadone est classée comme produit stupéfiant, tandis que la buprénorphine appartient aux médicaments de liste I, dont les règles de prescription et de délivrance correspondent à celles des stupéfiants. (44) La prescription doit être rédigée sur une ordonnance sécurisée mentionnant la pharmacie pouvant effectuer la délivrance. Leur durée de prescription et de délivrance sont limitées et le renouvellement est interdit.

Concernant la méthadone, la primo-prescription est réservée aux médecins exerçant en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou en établissement de santé. Puis, en accord avec le patient, si celui-ci est en mesure de gérer et respecter son traitement avec une posologie stabilisée et des contrôles urinaires négatifs aux opiacés, le relais par un médecin de ville est possible. Néanmoins, ce dernier peut à tout moment adresser de nouveau le patient à un service spécialisé pour réévaluation. D'autre part, le suivi se fait en collaboration avec le pharmacien de ville afin de réussir une approche thérapeutique substitutive. (44)

	MÉTHADONE	BUPRÉNOPHINE
FORMES PHARMACEUTIQUES	Sirop ou gélule	Comprimé sublingual
PRESCRIPTEUR INITIAL	CSAPA, établissements de santé (puis relais en ville possible)	Tout médecin
LISTE	Stupéfiant	Liste I (mais règles de prescription et de délivrance des stupéfiants)
DURÉE DE PRESCRIPTION	Sirop : maximum 14 jours Gélule : maximum 28 jours	Maximum 28 jours
ORDONNANCE	Sécurisée mentionnant : - Noms : patient, prescripteur, pharmacie assurant la délivrance - En toutes lettres : le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises, le dosage, la durée de la prescription et le rythme de délivrance	
DÉLIVRANCE	1 à 7 jours (ou plus si mention expresse)	7 jours (ou plus si mention expresse)
FRACTIONNEMENT	Oui	
RENOUVELLEMENT	Interdit	
CHEVAUCHEMENT	Si mention expresse	

Source : HAS « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution » (46)

Tableau 2 : Résumé du cadre réglementaire de la méthadone et de la buprénorphine

Dans cet objectif de réduction des risques avec une prise en charge globale, les TSO sont une excellente indication chez une femme dépendante aux opiacés. Au mieux, l'instauration de traitement peut se faire avant une grossesse désirée ou, si cela n'a pas été le cas, en cours de grossesse. Par le suivi régulier qu'imposent ces traitements, ils favorisent un meilleur suivi de la grossesse. Ainsi, les effets sont bénéfiques à la fois pour la femme enceinte mais également pour son fœtus.

Ces traitements de substitution permettent :

- Une protection du fœtus contre les effets délétères des épisodes successifs de pic et de manque (associé à un stress fœtal),
- Une prévention des risques de transmission de maladies virales,
- Une amélioration du suivi médical de la grossesse grâce à une délivrance réglementée,
- Une prévention des complications fœtales et périnatales induites par les opiacés,
- Une prévention des rechutes de consommation de produits opioïdes illicites.

D'après la HAS, si la patiente suivait un traitement de substitution avant de découvrir sa grossesse, il n'y a pas lieu de modifier la molécule utilisée. Les effets des deux TSO étant identiques, il est préférable que la femme enceinte reste stabilisée avec le traitement qu'elle prenait au préalable. (46) Ces informations sont en adéquation avec celles recensées sur le site du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, le CRAT, rédigé pour les professionnels de santé et apportant des informations sur les risques des médicaments et des dépendances pendant la grossesse et l'allaitement. En effet, que ce soit pour la méthadone ou la buprénorphine, le site stipule que :

- En prévision d'une grossesse : « il n'est pas justifié d'interrompre le traitement par méthadone (ou buprénorphine) en vue d'une grossesse. »
- En traitement d'une femme enceinte : « il est possible d'utiliser la méthadone (ou la buprénorphine) quel que soit le terme de la grossesse. » (47)

Outre le suivi régulier et la diminution des risques liés à la toxicomanie, la mise en place d'un traitement de substitution permet aux professionnels de santé de montrer l'attention qu'ils portent à ces patientes vulnérables. La substitution étant librement décidée par la patiente, cela permet d'instaurer un climat de confiance entre la future mère, les soignants et l'institution hospitalière. Ainsi, ce lien favorisera d'autant plus les échanges et le suivi tout au long de la grossesse.

Concernant les études épidémiologiques mettant en lien grossesse et médicaments de substitution des dépendances aux opiacés, les interprétations sont généralement difficiles. En effet, de nombreux facteurs extérieurs peuvent influencer sur le déroulement et l'issue de la grossesse tels que le statut infectieux, le mode de vie, une éventuelle

polyconsommation ou encore la nutrition. Beaucoup d'études ne sont pas comparatives et ne permettent pas d'écarter le rôle de ces différents facteurs de risque dans la survenue d'événements indésirables, compromettant l'interprétation des résultats. D'autre part, les événements étudiés lors de ces enquêtes scientifiques, telles que les malformations, sont rares au sein de la population générale. Ainsi, afin de pouvoir établir de réelles conclusions probantes, plusieurs milliers de femmes exposées au médicament au cours de leur grossesse devraient être incluses dans les études pour pouvoir conclure. (31)

Par ailleurs, les données humaines se trouvent plus limitées concernant la buprénorphine. En effet, la méthadone est employée aux États-Unis comme produit de substitution aux opiacés depuis le début des années 1960 et en France depuis 1995. Tandis que la buprénorphine, mise sur le marché en 1996, n'était initialement commercialisée qu'au sein de notre pays, limitant le nombre d'informations au cours des études scientifiques effectuées. D'autre part, elle n'a reçu l'AMM de TSO chez les femmes enceintes qu'en 2005, seule la méthadone pouvant être prescrite auparavant. (31)

Ainsi, les études épidémiologiques effectuées à l'heure actuelle ne permettent pas de conclure de manière précise sur de nombreux aspects concernant l'emploi de ces traitements au cours de la grossesse. Cependant, toutes les institutions et tous les professionnels de santé sont unanimes pour dire que les effets de ces produits, favorisés par un suivi régulier de la femme enceinte, seront moins délétères comparé à une consommation de substances opioïdes illicites telle que l'héroïne. La prise en charge thérapeutique et pharmacologique doit s'accompagner d'une prise en charge psychologique et sociale ainsi que d'un suivi périnatal afin d'aider et d'accompagner la femme enceinte sur tous les aspects de sa grossesse. Cela favorisera la mise en place d'un environnement adapté au nouveau-né afin de garantir les meilleures conditions possibles à son bon développement.

B. Mécanisme d'action

Bien qu'appartenant à la même classe pharmaceutique, la buprénorphine et la méthadone ne possèdent pas un mécanisme d'action parfaitement similaire.

En effet, la buprénorphine est un agoniste-antagoniste morphinique se fixant sur les récepteurs μ et χ cérébraux. Tandis que la méthadone est uniquement un agoniste morphinique agissant principalement sur les récepteurs μ . (44)

Pour tous deux, leur activité dans le traitement de substitution aux opiacés est attribuée à la liaison lentement réversible aux récepteurs μ qui leur confère une longue durée d'action, de l'ordre du nyctémère. Cette cinétique permet d'éviter les effets de pic plasmatique observés en cas de consommation illégale et minimise de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiants. D'autre part, cela facilite la prise du traitement ambulatoire.

Ainsi, ces traitements prolongent la dépendance physique acquise chez des patients préalablement dépendants aux opiacés mais, comme toute substance psychoactive, peut induire une dépendance chez une personne non préalablement dépendante.

D'autre part, la tolérance aux effets de la buprénorphine ou de la méthadone ne se développe pas. Cela permet à de nombreux patients, anciennement dépendants aux produits opioïdes illégaux, d'être suivis sans danger avec une dose constante de TSO pendant de nombreuses années.

Néanmoins, ces traitements peuvent être détournés de leur usage initial. En effet, leur consommation dans le cadre d'un traitement respecté se fait par voie orale mais, il peut arriver que, dans le cadre d'une consommation illégale, ces produits soient directement injectés par voie intraveineuse, notamment les comprimés sublinguaux de buprénorphine. Les effets recherchés sont alors l'analgésie, l'apaisement des tensions psychiques ou encore l'euphorie. (48)

Concernant la femme enceinte, les produits de substitution sont de petites molécules lipophiles traversant facilement la barrière placentaire et s'accumulant chez le fœtus à cause de ses capacités de métabolisation et d'excrétion rénale limitées. Ces molécules passent ensuite au cerveau, expliquant la possible apparition de symptômes de manque lors de la survenue brutale de l'arrêt après l'accouchement. C'est pour cela qu'il est primordial de signaler aux professionnels de santé présents pour l'accouchement la prise de ce traitement afin de préparer l'arrivée du bébé dans des conditions optimales.

D'autre part, la grossesse engendre chez la femme enceinte plusieurs modifications physiologiques telles qu'une augmentation du flux sanguin rénal ainsi qu'une augmentation du volume plasmatique. A mesure que la grossesse avance, une dose de TSO donnée entraînera une concentration plasmatique de produit plus faible, due à l'hémodilution et/ou à une élimination plus rapide. Ainsi, à posologie constante, il n'est pas rare que certaines femmes enceintes ressentent des symptômes de sevrage en fin de grossesse. Une adaptation posologique peut donc être nécessaire avec augmentation de celle-ci afin de conserver une concentration sanguine suffisamment élevée pour éviter l'apparition de ces symptômes. Cela nécessitera également un nouveau réajustement du traitement après l'accouchement. (48)

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de corrélation entre la posologie d'un traitement de substitution et l'intensité du syndrome de sevrage pouvant être observé après l'accouchement. (31) Nous développerons d'ailleurs ce syndrome plus tard dans cet écrit.

C. Complications fœtales

Comme expliqué précédemment, l'utilisation de ces molécules chez la femme enceinte reste particulièrement récente et les résultats obtenus lors d'études sont généralement difficiles d'interprétation. De ce fait, il n'existe pas, à ce jour, de données suffisantes concernant les effets de ces médicaments, en particulier par rapport aux effets à long terme sur l'enfant. D'autre part, aucune preuve convaincante n'a pu être mise en avant déclarant que ces TSO causeraient des anomalies congénitales ou un risque accru de détérioration significative et/ou permanente du développement neurologique. Ainsi, à l'heure actuelle il n'y a pas de tératogénicité décrite lors de l'emploi de ces TSO au cours de la grossesse. (31)

Par ailleurs, certaines équipes obstétricales ont comparé les effets de la méthadone à ceux de la buprénorphine chez la femme enceinte et son nouveau-né. Il apparaît que la fréquence des complications obstétricales est comparable pour les deux médicaments, ne justifiant donc pas d'un remplacement par l'une ou l'autre des molécules lorsque la femme enceinte est déjà stabilisée avant sa grossesse. Concernant le risque de prématurité, son taux varie entre 8 et 28% quel que soit le médicament de substitution consommé. La fréquence du syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN) lors d'une exposition à la buprénorphine en fin de grossesse varie

de 40 à 65% selon les études. Cependant, son risque d'apparition a paru plus fréquent et plus sévère avec la méthadone avec une fréquence d'apparition chez 60 à 100% des nouveau-nés exposés en fin de grossesse. (31) Mais, sa prise en charge étant préparée au préalable par les équipes soignantes, il reste préférable qu'une femme enceinte sous traitement méthadone avant sa grossesse ne voit pas son médicament changé. Cela nécessiterait une nouvelle recherche de la posologie adaptée et le risque de complications n'en serait que plus important à la fois pour la femme enceinte et pour le fœtus.

Outre ces risques observés lors de l'emploi de TSO au cours de la grossesse, il en ressort tout de même de nombreux avantages comparé à la consommation de produits opioïdes illicites. En effet, par la substitution, les doses d'opiacés sont équilibrées diminuant l'hypoxie fœtale de 16 à 42%. (31) L'état de manque, le stress et la souffrance induits pour le fœtus sont ainsi largement diminués. Les risques de prématurité et de surmortalité prénatale sont également fortement diminués lors de l'utilisation de TSO et l'on observe une réduction de l'utilisation de produits illicites par la femme enceinte. D'autre part, le suivi régulier de ces traitements induit également une stabilité du comportement maternel et permet un suivi obstétrical régulier avec une meilleure surveillance.

Néanmoins, il persiste une complexité dans l'interprétation des résultats des études menées de par la présence de nombreux facteurs extérieurs notamment la consommation d'autres substances psychoactives. En effet, les études actuelles montrent que les femmes enceintes substituées consomment très souvent d'autres produits, principalement du tabac ou encore de l'alcool, parfois de manière chronique. (31)

Ainsi, il en ressort que, concernant la femme enceinte, les principaux inconvénients sont le risque de détournement intraveineux des comprimés sublinguaux de buprénorphine et l'adaptation posologique généralement nécessaire en fin de grossesse, associée à un réajustement du traitement après l'accouchement. Or, pour le fœtus le risque majeur est la survenue d'un Syndrome de Sevrage du Nouveau-Né (SSNN) après l'accouchement.

D. Syndrome de Sevrage du Nouveau-Né (SSNN)

Le syndrome de sevrage constitue un événement fréquent chez le nouveau-né exposé à un TSO en fin de grossesse. Il peut être létal s'il s'avère être sévère et non traité. Pour autant, sa gravité n'est pour le moment pas corrélée à la dose prise par la femme enceinte. De ce fait, et bien que certaines femmes soient tentées de réduire les doses de leur traitement dans le but de limiter l'intensité du SSNN, cela est fortement déconseillé. D'une part, cela n'assure pas la non-apparition du syndrome. D'autre part, cela exposerait la mère et le fœtus à une sensation de manque du produit fragilisant la femme enceinte peu de temps avant le moment délicat qu'est l'accouchement.

La sévérité de ce SSNN est difficile voire impossible à prévoir. En effet, certaines femmes avec des doses faibles de substances auront des nourrissons qui développeront des symptômes sévères, tandis que d'autres, bénéficiant de doses élevées, auront des enfants pour lesquels les symptômes seront légers. De ce fait, plutôt que d'encourager un arrêt de la prise régulière de son traitement, il est préférable pour l'équipe de soignante de préparer la mère et son partenaire à l'éventualité que leur enfant développe des symptômes de sevrage. L'important est de leur expliquer que ces derniers ne sont pas dépendants de la dose ingérée par la mère. Aborder avec eux ce sujet d'une manière bienveillante, exempte de jugement et répondre à leurs questions est primordial pour leur bien-être et celui du nourrisson.

Généralement, il survient dans les 48 premières heures de vie mais peut parfois apparaître plus tardivement dans les deux premières semaines de vie du nouveau-né. Il s'agit de manifestations de manque chez le nourrisson qui se trouve brutalement privé du produit. Pour rappel, ces substances opiacées sont de petites molécules lipophiles passant facilement la barrière placentaire et s'accumulant jusqu'au cerveau du fœtus. Cela se traduit par une irritation cérébrale avec un risque de convulsions et une alimentation souvent compliquée pouvant entraîner une chute de poids de l'enfant.

De manière plus détaillée, ce syndrome associe différents troubles que sont :

- Des troubles neurologiques tels que trémulations, troubles du sommeil, hyperactivité, irritabilité,
- Des troubles respiratoires telles que dyspnée, cyanose,
- Des troubles digestifs tels que vomissements et diarrhées provoquant un risque de déshydratation et accentuant le risque de perte de poids de l'enfant,
- D'autres symptômes plus généraux tels que l'hyperthermie, la pâleur ou encore la transpiration. (27)

Afin d'effectuer une mesure objective de la sévérité de ces symptômes et dans le but d'adapter au mieux le traitement, une évaluation du nourrisson doit être effectuée. Celle-ci se fait grâce à des scores où des valeurs numériques sont attribuées selon la présence et la sévérité desdits symptômes.

Le score le plus complet mais dont l'application reste fastidieuse, est celui de Finnegan. (Annexe 3) Créé en 1975, il mesure les vingt symptômes les plus communs du SSNN sur une échelle de 0 à 5. En fonction de leur absence ou de leur présence, de leur durée et de leur intensité, le score est calculé pour évaluer la présence ou non d'un SSNN. Il est recommandé d'effectuer ce score toutes les 4 heures après la naissance du nouveau-né. Si un score est supérieur ou égal à 8, l'enfant doit être à nouveau évalué toutes les 2 heures jusqu'à 24 heures après le dernier score supérieur ou égal à 8. A contrario, si les scores restent inférieurs à 8 pendant 24 heures, les évaluations se feront toutes les 4 heures. A minima, il est nécessaire d'effectuer ce score pendant les 5 premiers jours de vie de l'enfant. Cependant, si le nourrisson nécessite d'être pris en charge par un traitement médicamenteux, cette évaluation devra être poursuivie jusqu'à 3 jours après l'arrêt du traitement. Le score de Finnegan permet l'adaptation du traitement en fonction de la symptomatologie. (49)

Un second score largement utilisé afin de déterminer la présence ou non d'un SSNN est le score de Lipsitz. (Annexe 4) Il mesure onze symptômes cliniques notés selon leur intensité de 0 à 3. Il est recommandé d'évaluer ce score dès la naissance, au moins toutes les 3 à 6 heures, chez les nouveau-nés exposés *in utero* aux opiacés. (50)

Enfin, un dernier score, intitulé score d'Ostrea, classe le syndrome de sevrage en trois catégories : sévère, modéré ou faible. (Annexe 5) Son utilisation est limitée car, n'utilisant pas d'échelle numérique, il ne permet pas d'additionner les sévérités des symptômes du syndrome de sevrage. De ce fait, cela limite la pertinence du pronostic global de sévérité du SSNN. (14, 27)

Le traitement mis en place va être adapté en fonction des scores obtenus et des signes cliniques observés. En premier lieu, il repose sur les interactions mère-enfant et le nursing. Ainsi, en cas de sevrage modéré, seront privilégiées des mesures non médicamenteuses tels que le portage et les câlins peau à peau par la mère, une alimentation enrichie et fractionnée, une diminution des stimuli sonores et lumineux. Dans cette perspective, et nous y reviendrons plus tard, l'allaitement maternel est particulièrement souhaitable. Cette mise en place de gestes de maternage favorise la participation active de la mère quant aux soins de son enfant.

Néanmoins, selon la sévérité des symptômes, le SSNN peut nécessiter la mise en place d'un traitement médicamenteux par du chlorhydrate de morphine administré en plusieurs fois au cours de la journée au moment des repas. La posologie sera adaptée selon l'évolution du syndrome et les scores obtenus en restant tout de même inférieure à 1mg/kg/j. (14)

Ainsi, au sein de l'unité de soins néonataux, les objectifs du traitement sont :

- Calmer l'irritabilité et l'agitation motrice du nourrisson,
- Installer un cycle « alimentation/sommeil/veille » sain,
- Maintenir une température corporelle normale,
- S'assurer d'une prise de poids correcte,
- Favoriser l'attachement mère/enfant.

Dès que l'état de santé du nouveau-né le permet et que les parents semblent prêts à prendre en charge leur enfant, l'intégration au foyer peut être envisagée. Les parents s'occuperont de leur bébé avec le soutien d'une équipe pouvant être composée d'une sage-femme, d'une auxiliaire à domicile et d'autres services d'aide. À ce stade, il convient aux parents d'être vigilants aux signes alarmants que peut à nouveau développer leur enfant. En effet, si les symptômes réapparaissent ou s'aggravent à la maison, la réadmission à l'hôpital doit être envisagée.

E. TSO et allaitement maternel

A l'instar des autres substances psychoactives développées précédemment, la HAS ne contre-indique pas l'allaitement maternel en cas de prise d'un traitement TSO, sauf s'il y a existence d'une infection par le VIH ou une prise concomitante d'autres substances toxiques. (46) Ces données sont également retrouvées sur le site du CRAT, référencé pour les professionnels de santé. En effet, que ce soit pour la buprénorphine ou la méthadone, il est stipulé que :

- « Aucun événement particulier n'est signalé à ce jour chez des enfants allaités. »
- « Au vu de ces données, l'utilisation de la buprénorphine/méthadone est possible en cours d'allaitement. »
- « Ceci sera reconsidéré en cas de prises d'autres substances : alcool, toxiques, psychotropes... » (47)

De plus, l'allaitement favorise le développement du lien mère-enfant. En effet, une étude rétrospective, menée en 2006 auprès de patientes toxicomanes ou sous traitement par méthadone, a comparé l'intensité du syndrome de sevrage chez 85 nouveau-nés allaités par leur mère et 105 nouveau-nés nourris par allaitement artificiel. Il en est ressorti que l'intensité du SSNN était significativement moindre dans le groupe d'enfants allaités par leur mère. (51) Cet effet bénéfique de l'allaitement maternel est davantage lié à la qualité du nursing et au rôle du lien mère-enfant qu'au passage de substances psychoactives dans le lait maternel.

D'autre part, le TSO prescrit reste plus sûr que l'usage illicite de la drogue, l'usage intermittent ou le sevrage brutal. Il est donc préférable, pour toutes femmes stabilisées par ce traitement, de le poursuivre en ayant un suivi renforcé et régulier avec son professionnel de santé. Elles doivent être encouragées à maintenir une consommation la plus stable possible avec un dosage efficace le plus faible possible. Également, elles doivent être informées des éventuels signes de risque observables chez le nourrisson, telles que forte sédation ou difficultés respiratoires, afin de renforcer la vigilance et la surveillance de leur enfant. Par ailleurs, l'équipe soignante devrait encourager les femmes dépendantes aux opiacés et ayant entrepris un traitement de substitution à allaiter au sein tout en ayant conscience des problèmes qui y sont liés. Le succès dans

la réalisation de l'allaitement maternel est un indicateur d'une stabilité dans la consommation de la substance. (31)

Néanmoins, l'allaitement au sein ne garantit pas d'éviter le SSNN. Il est important que les parents en soient informés tout en étant rassurés sur le fait que les quantités de substances transmises au nouveau-né par le lait maternel sont minimales et peu susceptibles d'avoir des conséquences néfastes, notamment neurocomportementales. En effet, il est estimé que l'enfant reçoit (en mg/kg) seulement 1% de la dose maternelle de buprénorphine et 3% de la dose maternelle de méthadone. (47)

Des études suggèrent que les pics de concentration en méthadone dans le lait maternel varient entre 1 à 6 heures après que la mère ait pris sa dose journalière. Ainsi, il peut être recommandé aux femmes allaitant au sein d'organiser leurs horaires d'allaitement de manière à éviter ces pics de concentration. Cependant, cela est généralement difficile à mettre en place, notamment lorsqu'elles allaitent à la demande de l'enfant. Il est donc préférable de les rassurer quant aux faibles quantités ingérées par le nourrisson. Concernant la buprénorphine, une nouvelle fois moins de données sont disponibles. Le risque semble similaire à la méthadone et les quantités transmises à l'enfant tout aussi faibles voire plus faibles. (31)

Toutefois, il est important d'expliquer aux parents que l'innocuité de ces substances n'a pas été parfaitement évaluée mais qu'il est préférable de poursuivre son traitement tout en étant vigilant quant à d'éventuels signes anormaux observés chez son enfant. Par ailleurs, l'interruption brutale de l'allaitement maternel chez ces patientes doit être évitée car risquant de provoquer chez le nourrisson l'apparition d'un SSNN. Si la mère décide d'interrompre l'allaitement au sein, elle doit en informer l'équipe de soin qui l'aidera à mettre en place un plan de sevrage s'étalant généralement sur plusieurs semaines. Cela permet une séparation en douceur pour l'enfant, ne lui induisant pas de symptôme de manque. Ainsi, il est recommandé de commencer en substituant un allaitement maternel par un allaitement au lait infantile ou un aliment par jour pendant plusieurs jours. Cela permet au bébé et à son corps de s'adapter à un apport moindre en substance opiacée. Une seconde substitution peut ensuite se faire pendant plusieurs jours, et ainsi de suite jusqu'à une adaptation totale. (31)

Ainsi, les TSO bien que pouvant avoir des effets néfastes à la fois sur la femme et son nouveau-né restent le moyen le plus sûr de favoriser le bon développement du bébé.

Que ce soit au cours de la grossesse ou en post-partum, ils limitent les nombreux effets néfastes que provoqueraient des drogues opioïdes illicites et assurent un suivi régulier de la mère et son enfant. Le traitement médicamenteux doit toujours s'accompagner d'un suivi psychologique et social afin de permettre une prise en charge globale favorisant la stabilité de l'état de la mère et le bon développement du nouveau-né. Ce suivi sera d'autant plus optimal que les différents professionnels de santé mis en jeu sauront communiquer et travailler en cohésion.

PARTIE 2 : L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

I. Quelques généralités

1. Suivi de grossesse à bas risque

Idéalement, la femme envisageant une grossesse doit consulter son médecin traitant ou une sage-femme avant la conception. Elle peut ainsi en apprendre davantage sur les risques de la grossesse et sur les moyens de les réduire.

Une grossesse dure neuf mois soit 42 semaines au maximum. Ainsi, on définit la grossesse par différents termes :

- Pré-terme : accouchement jusqu'à la 37^e SA,
- Accouchement au terme : de 37 SA à 41 SA,
- Grossesse prolongée : de 41 SA à 42 SA,
- Post-terme : accouchement au-delà de la 42^e SA. (52)

Un suivi systématique de la femme enceinte est nécessaire pour assurer sa bonne santé ainsi que celle du fœtus. Il comprend :

- Des consultations de suivi, au nombre de sept minimums,
- Des échographies, au nombre de trois,
- Une consultation d'anesthésie, même si la patiente souhaite accoucher sans péridurale.

Sont également compris dans le suivi de grossesse sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi qu'un bilan bucco-dentaire pouvant être réalisé au 4^e mois de grossesse. (53)

La première consultation prénatale doit avoir lieu au premier trimestre puis, à partir du 4^e mois de grossesse, une consultation de suivi aura lieu chaque mois jusqu'au 9^e mois de grossesse. Les consultations peuvent être plus fréquentes si la grossesse est à risque élevé.

Elles comprennent :

- La recherche de signes fonctionnels telles que contractions utérines, pertes vaginales ou encore mouvements actifs du fœtus à partir de la 20^e SA,
- L'examen physique recherchant des anomalies : il comprend le suivi des constantes telles que pression artérielle et prise de poids, la mesure de la hauteur utérine pour apprécier la croissance du fœtus, la détection des bruits du cœur du fœtus, l'examen au speculum lorsque cela est nécessaire ou encore l'examen du bassin à la dernière consultation,
- La vérification des données échographiques,
- La vérification des examens complémentaires,
- La mise en place de mesures visant à réduire les risques fœtaux et maternels,
- Des conseils associés spécifiques à chaque patiente.

Au cours de la première consultation, la réalisation d'examens biologiques va être évoquée avec la patiente. Ils comprennent :

- Des examens sanguins afin de vérifier le groupe sanguin et le rhésus de la femme enceinte, l'immunisation contre certaines maladies telles que la toxoplasmose et la rubéole, la recherche d'agglutines irrégulières, l'existence d'une anémie,
- Des analyses urinaires avec glycosurie et protéinurie.

A l'issue de ces examens, si la patiente ne présente pas d'immunité contre la toxoplasmose, la sérologie sera répétée chaque mois.

D'autres examens doivent être proposés à la patiente après informations. Leur réalisation n'est pas obligatoire si la patiente ne le désire pas. Il s'agit de la sérologie du VIH et du test de dépistage de la trisomie 21.

Concernant les trois échographies remboursées pendant la grossesse, elles doivent être effectuées à 12 SA, 22 SA et 32 SA. (52)

La première échographie, dite de datation, permet de dater précisément le début de la grossesse en mesurant le fœtus et détermine également le nombre de fœtus. Pour mesurer le fœtus on utilise la mesure de la Longueur Cranio-Caudale (LCC).

La seconde échographie, dite morphologique, est effectuée au 5^e mois de grossesse afin de vérifier la bonne formation du bébé. Pour ce faire, l'examen morphologique se compose de quatre mesures que sont la mesure du diamètre bipariétal, la mesure du périmètre céphalique, la mesure du périmètre abdominal et la mesure de la longueur fémorale. Cette échographie permet également de connaître le sexe du fœtus si les parents le désirent.

Enfin, la troisième échographie effectuée au 8^e mois de grossesse a pour but de vérifier le bon développement du fœtus en vérifiant sa croissance et la morphologie de ses organes (principalement cœur, reins et cerveau). Elle précise également l'emplacement du placenta et la position du fœtus dans l'utérus.

Une grossesse entraîne systématiquement des modifications physiologiques de tout l'organisme maternel avec un retour à la normale après l'accouchement. Ainsi on remarque (54) :

- Des modifications du débit cardiaque avec une élévation en début de grossesse puis une diminution vers la 30^e SA jusqu'à l'entrée en travail puis une nouvelle augmentation pendant le travail. Après l'accouchement, le débit cardiaque ne retrouve sa valeur initiale que vers la 6^e semaine du post-partum,
- Des modifications hématologiques avec une augmentation du volume plasmatique engendrant une diminution de l'hémoglobine par dilution. Cela entraîne une anémie de dilution nécessitant généralement une supplémentation en fer. En effet, les apports alimentaires en fer additionnés à la quantité puisée à partir des réserves ne suffisent habituellement pas à satisfaire les besoins de la grossesse à la fois pour la femme enceinte et pour le fœtus. C'est pour cela qu'une recherche d'anémie est effectuée lors des examens sanguins,
- Des modifications urinaires avec des variations de la fonction rénale généralement parallèles à celles de la fonction cardiaque. Les changements de posture affectent également la fonction rénale pendant la grossesse notamment la position couchée qui la stimule. Cela est donc une des raisons pour lesquelles la femme enceinte a besoin d'uriner plus fréquemment au cours de la nuit,

- Des modifications respiratoires avec une discrète dyspnée d'effort qui est habituelle et des inspirations profondes plus fréquentes. En effet, la consommation d'oxygène augmente au cours de la grossesse afin d'assurer les besoins métaboliques du fœtus, du placenta et des organes maternels,
- Des modifications gastro-intestinales dues à une pression de l'utérus sur le rectum et le côlon distal pouvant entraîner une constipation. Celle-ci est également associée à un décroissement de la motilité gastro-intestinale. Ce retard de vidange gastrique pourrait expliquer en partie l'apparition fréquente de pyrosis. Le reflux gastro-œsophagien couramment observé au cours de la grossesse est, quant à lui, dû au relâchement du sphincter œsophagien inférieur et de l'orifice du diaphragme,
- Des modifications endocriniennes notamment dues au placenta qui produit des hormones. Pour exemple, le placenta produit l'hormone trophique, bêta-hCG, qui maintient le corps jaune en début de grossesse empêchant ainsi une ovulation. La bêta-hCG, stimulant les ovaires, engendre une production continue d'œstrogènes et de progestérone. Après 9 à 10 semaines, le placenta lui-même produit une grande quantité d'œstrogènes et de progestérone afin d'assurer la bonne continuité de la grossesse,
- Des modifications dermatologiques avec de possibles modifications pigmentaires pouvant être observées au cours de la grossesse sans que la physiopathologie exacte ne soit connue à l'heure actuelle. Parmi elles, on retrouve :
 - Le mélasma communément appelé masque de grossesse. Il se traduit par l'apparition de taches de pigmentation brunes sur le front et les joues,
 - La linea nigra qui correspond à l'apparition d'une ligne sombre au milieu de l'abdomen,
 - Un assombrissement possible de l'aréole mammaire, des aisselles et des organes génitaux.

Ainsi, de nombreuses modifications vont être observées au cours de la grossesse. Le suivi effectué se doit donc d'être régulier et minutieux pour s'assurer du bon développement du fœtus mais également du maintien de la femme enceinte en bonne santé. Sur le plan médical, la grossesse peut être suivie par un gynécologue ou par une sage-femme, en libéral ou à l'hôpital. Néanmoins, si cela est nécessaire, et que

ce soit pour des raisons médicales, psychologiques ou sociales, le médecin ou la sage-femme peuvent orienter la patiente vers d'autres professionnels.

2. Repérage des situations à risque

Tous les professionnels de santé devraient interroger régulièrement les femmes sur leur désir de grossesse afin de savoir si elles envisagent d'avoir un enfant dans un futur proche ou si elles sont actuellement enceintes. Ces questions doivent être adressées avec délicatesse et s'intégrer dans un suivi global de surveillance et de soins. Aider une femme à préparer sa grossesse et sa maternité est une excellente opportunité pour lui proposer des conseils de style de vie sain et de réduction des risques.

Cependant, comme évoqué précédemment, les soignants n'abordent pas systématiquement la question de la consommation de substances psychoactives au cours de la grossesse. Pour rappel, plus de la moitié des femmes fumeuses disent n'avoir reçu aucun conseil durant leur grossesse pour diminuer leur consommation. (16) Or, les risques sont nombreux, que ce soit pour la femme enceinte ou le fœtus, et seulement 20% des femmes qui fument des cigarettes et 34% des femmes qui boivent occasionnellement de l'alcool arrêtent spontanément leur consommation à l'annonce de leur grossesse. (31)

Mis en place en 2007, l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) a pour but de repérer les problématiques médico-psycho-sociales et de permettre à la future maman (et son partenaire si celui-ci est présent) d'exprimer leurs attentes concernant la grossesse. Effectué par la sage-femme ou le médecin, il permet d'aborder la question de la consommation de substances psychoactives mais n'était encore que peu répandu en 2016. En effet, d'après l'ENP de 2016, il ne concernait que 28,5% des femmes interrogées alors que 85% des maternités déclaraient en organiser. (15) Depuis mai 2020, cet entretien est devenu obligatoire et s'inscrit dans le parcours de soins de la femme enceinte.

Néanmoins, plusieurs freins à ce repérage précoce persistent, dissuadant les professionnels de santé d'aborder le sujet des conduites à risque chez les femmes enceintes :

- Manque de sensibilisation et de formation spécifique auprès des professionnels de santé,
- Absence de ligne directrice très clairement définie,
- Sous-déclarations des femmes enceintes qui peuvent avoir peur des représailles.

En effet, concernant ce dernier point, les opinions négatives de la société associées à des attitudes discriminatoires de la part de certains soignants ont découragé bon nombre de femmes d'en discuter avec leur professionnel de santé. Les peurs sont multiples et doivent être prises en compte tout au long du suivi :

- Crainte que le bébé soit placé dès sa naissance,
- Confusion quant à savoir si la consommation de substances psychoactives, même occasionnelle, peut entraîner des dommages au fœtus,
- Crainte d'être blâmée si la grossesse se passe mal,
- Crainte d'être considérée comme une « mauvaise mère » si elle ne parvient pas à réduire ou arrêter sa consommation,
- Crainte de ne pas pouvoir changer,
- Sentiment de culpabilité éprouvé par la mère.

L'approche doit être délicate et réaliste. Il ne s'agit pas de convaincre et mettre sous pression la femme enceinte pour réduire ou arrêter sa consommation. Cela peut être contre-productif et l'amener à un sentiment d'échec avec pour résultante la non-participation de celle-ci au traitement. Les objectifs mis en place doivent être réalistes, réalisables et adaptés à chaque femme. Cette démarche du soignant est effectuée dans l'intérêt de la femme enceinte et de son futur bébé en mettant l'accent sur la réduction des risques. De ce fait, l'approche doit être pragmatique et se concentrer sur ce qui peut être fait plutôt que ce qui devrait être fait.

Ensuite, il est primordial que cela soit réalisé sans jugement et de manière non discriminatoire afin d'obtenir les informations nécessaires à la mise en place d'un programme et son acceptation par la femme enceinte. Les soins et conseils proposés

doivent être amenés avec compassion, empathie et encouragement tout au long de la démarche. Ainsi, l'approche des professionnels de santé doit toujours se faire dans le meilleur intérêt de la mère et son enfant.

Dans la continuité du point précédent, l'approche de soins doit être holistique, axée sur la femme. En effet, les besoins de la femme sont liés entre eux et dépendent du contexte. Il s'agit donc d'identifier les facteurs de stress et les difficultés existants dans son environnement, puis de l'aider à mettre en avant ses compétences dans un but d'amélioration et de diminution du stress environnant.

Bien que l'approche de soins se veuille axée sur la femme, elle est également orientée vers la famille. En effet, il est essentiel de proposer d'impliquer le partenaire et la famille dans tous les aspects du processus de soins. Ce soutien joue un rôle clé dans le bon déroulement de la grossesse. En impactant directement la santé et le bien-être de la mère, cela favorise le bon développement du fœtus. Ainsi, créer un partenariat qui engage la mère et son partenaire l'un vis-à-vis de l'autre favorise le meilleur résultat possible pour la mère, le bébé et la famille.

Néanmoins, il n'est pas rare que le père ne veuille que partiellement s'engager dans cette démarche voire ne pas y prendre part du tout. Cela peut impacter négativement le déroulement de la grossesse et l'épanouissement du nourrisson à sa naissance. Ainsi, les professionnels doivent continuellement veiller à ce que la capacité parentale du ou des parents impliqués soit optimisée afin d'assurer un environnement sûr et épanouissant pour le nourrisson. La sécurité et le bien-être de l'enfant à naître restent des points primordiaux à prendre en compte tout au long de la démarche.

Afin d'assurer tout cela, les professionnels et organismes doivent travailler ensemble au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Cette approche transversale nécessite une coordination entre les institutions passant par une bonne communication entre chaque professionnel impliqué. Que ce soit en ville ou en milieu hospitalier, professionnels du milieu médical ou du milieu social, la communication est au cœur d'une prestation de soins de bonne qualité afin de s'assurer que chacun partage une approche commune et travaille vers le même objectif.

Outre la prise en charge qui se doit d'être globale et pluridisciplinaire, elle doit également être continue. Les professionnels de santé devraient procéder à une

évaluation régulière des risques au cours de la grossesse. Ainsi, le soignant pourrait orienter et encourager les femmes enceintes à entrer en contact avec des organismes d'aide, selon ses besoins et attentes personnelles. Mettre en place un plan de soutien à la famille pendant la période prénatale en évaluant et améliorant la situation sociale et l'hébergement de la famille vont aider à promouvoir la santé et le bien-être de la future mère et ainsi favoriser le bon développement du bébé. Des questionnaires rapides peuvent être effectués au cours des consultations mais d'autres approches telles que des interventions brèves ou interventions intensives peuvent également être mises en place afin d'aborder ce sujet parfois délicat.

Associant information, conseil comportemental et attitude motivationnelle, les interventions brèves sont de plus en plus proposées aux femmes enceintes. Elles ont pour but d'améliorer la réceptivité des femmes concernant l'aide offerte. Il s'agit ici de leur présenter les stratégies possibles pour effectuer des changements et de les aider à faire des choix. Cela passe par une grande étape d'information concernant les services de soutien prénatal disponibles et la planification de la grossesse. Qu'elles soient menées par un professionnel de santé ou les services sociaux, ces entrevues comprennent en général une à cinq séances réparties sur une courte période. Différentes approches au sein même de ces interventions brèves peuvent être mises en place. La plus commune est l'entretien motivationnel qui vise à augmenter la volonté des femmes afin d'entreprendre des changements dans leurs habitudes de consommation et dans les aspects de leur vie pouvant constituer un risque pour leur santé et celle du fœtus. Ainsi, l'ambivalence qui empêche les femmes enceintes d'entamer un changement est évoquée afin de les aider à la surmonter en explorant avec elles les bénéfices et les inconvénients de leur consommation. Cette approche favorise la responsabilisation basée sur les forces de la femme enceinte et respecte le libre choix de la personne. Néanmoins, bien qu'elle aide à répondre à de multiples besoins, elle se focalise principalement sur la consommation de substances nocives et les risques liés pour la femme enceinte et son futur bébé.

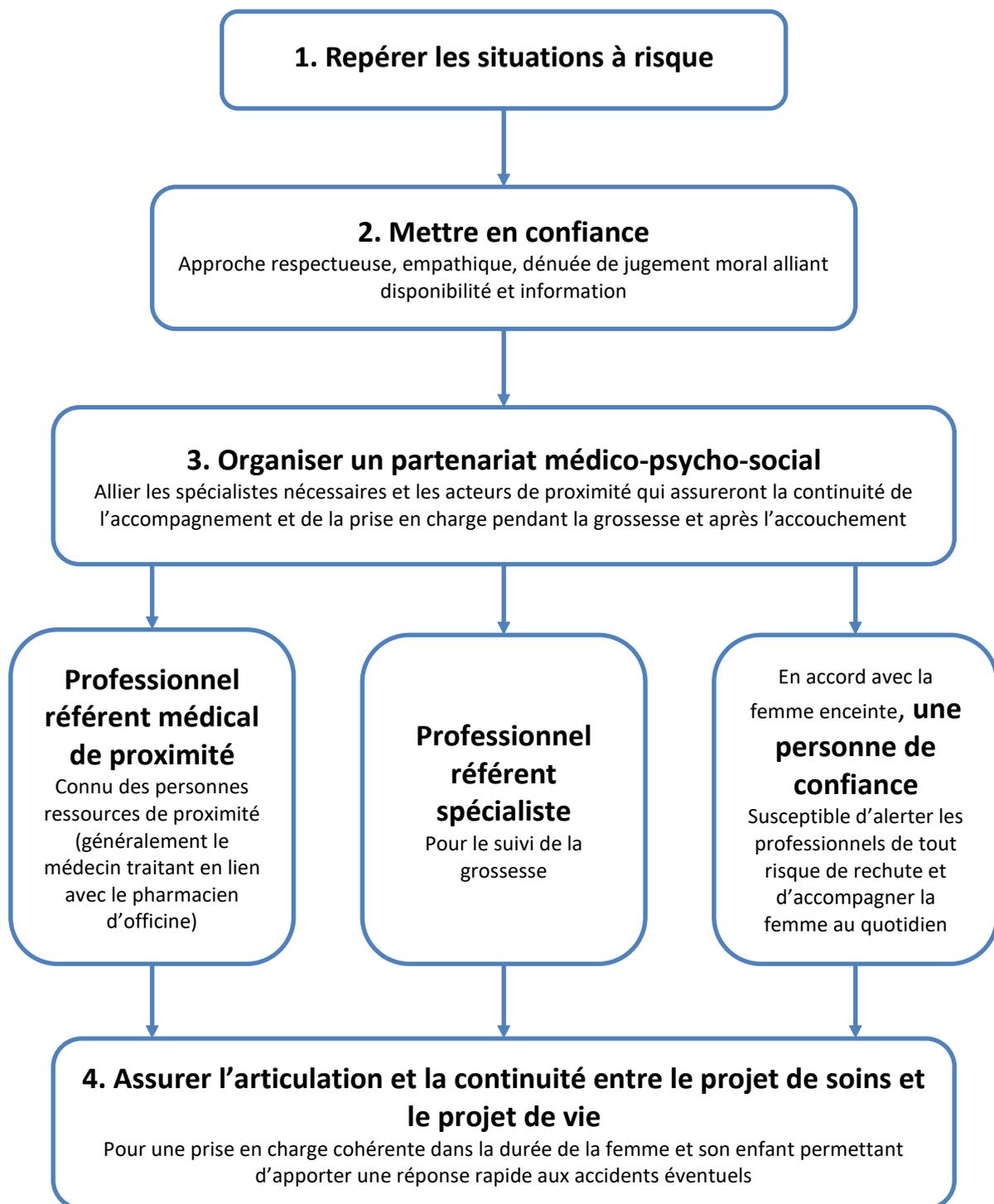
Un autre type d'intervention plus globale est l'intervention intensive. Proposée dans un centre de jour, celle-ci se distingue des interventions courtes en offrant de multiples services qui répondent aux divers besoins des femmes enceintes tels que la toxicomanie, l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie, la planification des naissances, un soutien au plan nutritionnel, un soutien concernant l'allaitement maternel, un

soutien pratique en matière de logement, de garde d'enfant, de transport... Ainsi, de nombreux intervenants entrent en jeu dans cette démarche pouvant perdurer après l'accouchement. Le soutien postnatal a pour but de renforcer et soutenir la relation entre la mère et l'enfant en améliorant la sensibilité maternelle aux signaux du bébé ainsi que la réaction appropriée à ces signaux.

Dans ces deux démarches, est privilégié le fait de se fixer des objectifs dans la réduction de la consommation plutôt que prôner l'abstinence immédiate. L'approche adoptée est aidante, souple, respectueuse et non critique. Elle est ainsi particulièrement adaptée aux femmes qui éprouvent de la culpabilité concernant leur consommation et craignent le jugement négatif des intervenants. Ici, l'accent est mis sur l'importance d'éviter le blâme et la confrontation hostile. Ces interventions s'adaptent à chaque patiente, aux besoins de chaque femme ainsi qu'à leurs forces. (31)

Ainsi, bien que les approches puissent varier selon les professionnels, l'objectif de tous est d'assurer la continuité des soins et la globalité de l'accompagnement. Pour ce faire, certains intervenants seront communs à chaque démarche :

- Un professionnel référent de proximité du projet de soins. Il s'agira souvent du médecin traitant associé parfois à la pharmacie d'officine référente. En effet, celui-ci aura besoin des informations nécessaires de la part de tous les professionnels et des réseaux ressources.
- Un professionnel référent spécialiste de la situation à risque qui coordonne le projet de soins. En lien étroit avec les intervenants de proximité, il prépare la période post-natale et, si nécessaire, la prise en charge la plus précoce possible de l'enfant par un pédiatre spécialisé. Ce professionnel peut faire partie d'une équipe spécialisée dans l'addictologie telle que l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) que nous aborderons ultérieurement dans cet écrit.
- Une personne de confiance choisie par la patiente. Celle-ci a pour rôle d'alerter le réseau de professionnels en cas d'apparition d'un facteur de risque de décompensation. Ce rôle peut être tenu par un membre de la famille ou de l'entourage. (43)



Source : Adaptation d'après le guide « Alcool et grossesse : parlons-en » (43)

Figure 10 : Schéma récapitulatif de la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité

II. Une organisation structurée

1. Au niveau national

A. *Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA)*

Au cours de la seconde moitié du XXe siècle, la représentation des addictions et de leur consommation a largement évolué, et ce, dès la loi du 31 décembre 1970 qui tend à viser les personnes consommatrices et plus uniquement les produits. Pour la première fois, l'usager de drogues est considéré comme un individu à la fois malade et délinquant. Actuellement, cet aspect pathologique de la consommation est retranscrit dans l'article L3411-1 du Code de la Santé Publique (CSP) « Une personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants bénéficie d'une prise en charge sanitaire organisée par l'agence régionale de santé. » (58)

Puis, l'accent est mis au cours des années 80 avec la création en 1982 de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (MILDT) dans le cadre d'une réflexion axée sur la santé des usagers. Cette MILDT, placée sous l'autorité du Premier Ministre, anime et coordonne les actions du gouvernement en matière de lutte contre les drogues et la toxicomanie en particulier dans les domaines suivants : (56)

- Recherche et observation,
- Prévention,
- Santé et insertion,
- Application de la loi,
- Lutte contre les trafics,
- Coopération internationale.

La MILDT finance un outil essentiel qu'est l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Ce groupement d'intérêt public assure la fonction d'observation des produits consommés et les habitudes de consommation desdits produits, l'évaluation et la diffusion de données statistiques.

La MILDT élabore également les plans gouvernementaux et veille à leur mise en œuvre notamment du fait de la transversalité des politiques mises en place impliquant plusieurs ministères.

Le plan gouvernemental de 2004-2008 a permis la mise en place d'un schéma de prise en charge reposant sur trois pôles ; ambulatoire, hospitalier et médico-social, dans le but d'améliorer la réponse du système de soins à la dépendance.

Au 28 février 2008, la circulaire DGS/MC2/2008/79 instaure la création des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) exprimant la notion de pluridisciplinarité dans la prise en charge des patients toxicomanes. Cette grande avancée marque le début du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies de 2008-2011. (57)

Ce dernier a permis de distinguer trois niveaux de structures hospitalières :

- Le niveau de proximité (niveau I) avec le développement des consultations et d'équipes de liaisons spécialisées entre les différents services ainsi que la réalisation de sevrage résidentiel simple,
- Le niveau de recours (niveau II) avec la notion de personnels formés, de protocoles de prises en charge spécifiques et des hospitalisations pour sevrage en structures de court séjour ou soins de suite et réadaptation,
- Le niveau de référence (niveau III), avec un pôle hospitalo-universitaire d'addictologie qui est en charge de la formation et de la recherche. (61)

Ensuite, vient le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et conduites addictives de 2013 à 2017. Le changement d'intitulé de ce plan, qui prend la suite des plans gouvernementaux de lutte contre la drogue et la toxicomanie, traduit la volonté du gouvernement d'élargir la politique de prise en charge à l'ensemble des conduites addictives. Ainsi, en application du décret n°2014-322 du 11 mars 2014, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT) devient la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA). Les addictions sans substance sont dorénavant prises en compte. (56)

D'autre part, ce plan gouvernemental a pour but d'intégrer la stratégie d'intervention brève dans le programme de formation initiale de tous professionnels de santé ainsi que de l'élargir à la consommation de toutes substances psychoactives. Ainsi, l'intervention brève ne se limite plus seulement à la consommation d'alcool. D'autre part, ce plan gouvernemental inscrit l'entretien motivationnel comme une thématique prioritaire du développement personnel continu. Cela vise plus particulièrement les

médecins généralistes afin qu'ils puissent effectuer des repérages précoces de consommations dangereuses lors de consultations de suivi. (59)

Actuellement, le plan mis en place est le plan national de mobilisation contre les addictions. Il s'étend de 2018 à 2022 et a pour but une actualisation et une intensification de la politique de prévention et de prise en charge face aux addictions. L'axe 1 de ce plan, intitulé « une prévention pour tous et tout au long de la vie », s'intéresse notamment à la femme enceinte dans le cadre de la priorité n°2. Il tend à développer l'information et la prise en charge des femmes dans le but de « protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psychoactives pendant la grossesse et améliorer leur prise en charge ». D'autre part, l'amélioration du repérage par les professionnels de santé fait toujours partie intégrante des objectifs de ce plan national. (60)

Ainsi, la compétence de coordination de la MILDECA s'étend à l'ensemble des addictions avec ou sans produit et ce, sur l'ensemble des domaines de la politique publique.

B. Réseaux de soins

En complément des différents pôles de soins ambulancier, hospitalier et médico-social, il existe les réseaux de santé. D'après la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, ces réseaux de santé sont des partenaires légitimes de la filière addictologie sur le territoire français. Ainsi, ils s'intègrent parfaitement dans l'organisation territoriale de la prise en charge des addictions. (61)

La circulaire DHOS/CNAM de mars 2007 précise que « les réseaux de santé répondent aux besoins identifiés au sein d'un territoire et doivent répondre à une logique d'organisation territoriale ».

Sur la base du volontariat, ils sont constitués entre professionnels de santé libéraux, professionnels de santé spécialisés en établissements de santé, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales, représentants des usagers, organisations à vocation sanitaire ou sociale ou encore pharmaciens.

L'objectif premier des réseaux de santé est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'une population cible. Basées sur une coordination entre les

professionnels engagés dans la démarche, les pathologies prises en charge sont généralement lourdes. Plusieurs réseaux peuvent être envisagés en fonction de la spécificité du territoire car la notion de proximité est primordiale. Cependant, leurs missions restent identiques :

- Favoriser l'accès aux soins,
- Assurer la continuité des soins,
- Organiser leur coordination,
- Garantir l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires,
- Développer une prise en charge tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins,
- Participer à des actions de santé publique,
- Procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont notamment évalués tous les ans par le biais d'un rapport annuel rendu à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Ainsi, ils assurent une meilleure prise en charge en ville de par leurs actions de coordination, de continuité et de fluidité dans le parcours de soins. Ils œuvrent donc à :

- La pluridisciplinarité,
- La complémentarité,
- La proximité,
- Des pratiques conformes aux connaissances,
- Une prise en charge de qualité. (62)

2. Au niveau régional

A. Des territoires définis

Au sein de chaque région des territoires de démocratie sanitaire sont délimités par l'ARS. Au sein de ces derniers, il est attendu de l'ensemble des acteurs du système de santé de mettre en œuvre la politique de santé définie par le gouvernement et les institutions dans un esprit de dialogue et de concertation. Suite à la réunification des anciennes Haute-Normandie et Basse-Normandie de janvier 2016, une nouvelle délimitation des territoires de démocratie sanitaire a eu lieu au sein de la région Normandie. La consultation relative à ce projet a pris fin au 26 octobre 2016.

A l'issue de celle-ci, la directrice de l'ARS de Normandie a arrêté les territoires de démocratie sanitaire comme suit :

- Le territoire du « Calvados » correspondant au territoire départemental du Calvados,
- Le territoire de l'« Orne » correspondant au territoire départemental de l'Orne,
- Le territoire de la « Manche » correspondant au territoire départemental de la Manche,
- Le territoire « Rouen/Elbeuf »,
- Le territoire de « Dieppe »,
- Le territoire du « Havre »,
- Le territoire d'« Évreux/Vernon ». (63)



Source : <https://www.normandie.ars.sante.fr/lars-de-normandie-arrete-ses-7-territoires-de-democratie-sanitaire>

Figure 11 : Les sept territoires de démocratie sanitaire de Normandie

D'autre part, des objectifs de santé spécifiques à chaque région sont définis par l'ARS et établi au sein d'un Projet Régional de Santé (PRS). Bien que propre à chaque région, il suit bien évidemment la politique gouvernementale mise en place au sein du territoire français.

Le PRS actuel de notre région correspond au PRS de 2^e génération car incluant l'ex Basse-Normandie et ex Haute-Normandie auparavant séparées distinctement. Il contient notamment un Schéma Régional de Santé (SRS) s'étendant de 2018 à 2023, présentant la feuille de route des objectifs à atteindre pour notre région afin d'améliorer l'état de santé des Normands. Dans un esprit de politique régionale de santé décloisonnée et partenariale, les objectifs ne sont plus cloisonnés aux secteurs d'intervention ni aux populations cibles.

L'objectif numéro 1 de ce SRS est de « prévenir les pratiques addictives » avec une attention toute particulière portée à la périnatalité et aux femmes. (64) Ainsi, cette attitude préventive fait partie intégrante des priorités de l'ARS et s'inscrit dans une démarche complémentaire de celle du plan national de mobilisation contre les addictions de 2018-2022.

B. Exemple d'un réseau en Normandie : le réseau de périnatalité



Actuellement, un réseau de périnatalité existe au sein de la région Normandie dissocié en deux antennes ; une antenne « Eure et Seine-Maritime » et une antenne « Calvados, Manche, Orne ». Dans cet écrit, nous allons principalement nous intéresser à cette seconde antenne.

Source : Réseau de Périnatalité Normandie

Figure 12 : Logo du réseau de périnatalité Normandie

Existante depuis le 30 juin 2008, elle comptait en 2017, 1 223 adhérents. (65) Son équipe se compose de sages-femmes, puéricultrices, gynécologues ou encore attachés de recherche clinique répartis en trois secteurs :

- Suivi obstétrical – anténatal,
- Suivi néonatal – postnatal,
- Santé publique – épidémiologie.

Ses missions principales sont :

- Améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse,
- Contribuer à réduire les inégalités sociales de santé,
- Animer la politique nationale et régionale de santé en périnatalité auprès des professionnels de ville et des établissements de santé,
- Organiser le recueil et la diffusion d'informations, l'évaluation des pratiques et l'expertise en périnatalité.

En pratique, ces missions sont réalisées par le biais de nombreuses actions tels que :

- La mise en place d'un dossier prénatal partagé,
- La promotion de l'entretien prénatal,
- La promotion de l'allaitement maternel,
- L'accompagnement médico-psycho-social,
- La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse,
- La prévention de l'hémorragie du post-partum,
- La formation des professionnels de santé,
- L'évaluation des pratiques professionnelles,
- Le suivi des nouveau-nés en situation de vulnérabilité jusqu'à l'âge de 8 ans,

Ainsi, le réseau tend à favoriser :

- L'harmonisation des pratiques professionnelles,
- Une prise en charge pluridisciplinaire des patientes,
- Une meilleure contribution à réduire les inégalités sociales de santé,
- L'amélioration du partenariat entre les différents acteurs de la périnatalité,
- Un meilleur suivi des nouveau-nés vulnérables,
- Un meilleur accompagnement des familles,
- Une meilleure connaissance du pronostic et du devenir de ces enfants.

Bien que n'étant pas forcément sollicité auprès de femmes enceintes ayant recours à des substances psychoactives, ce réseau de périnatalité pourrait cependant être un acteur non négligeable d'une prise en charge complexe et pluridisciplinaire. En effet, assurant une meilleure communication, la prise en charge globale ne pourrait qu'être renforcée grâce à ce réseau et son équipe.

III. Une prise en charge pluridisciplinaire

1. Professionnels de la maternité

Cette catégorie concerne à la fois des professionnels du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier. En effet, concernant les professions libérales on retrouve des sages-femmes, des gynécologues exerçant en cabinet de ville. Cependant, comme évoqué précédemment, selon les grossesses, les risques potentiels pouvant découler d'un état pathologique ou d'un comportement à risque, certaines femmes enceintes nécessitent d'être suivies en structures sanitaires spécifiques.

A. *Les maternités*

Les établissements de santé que sont les maternités peuvent être publiques ou privées. Elles sont constituées d'équipes pluridisciplinaires composées de sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, puéricultrices, assistantes sociales ou encore psychologues. Au sein de ces structures, des protocoles de prise en charge sont définis et les professionnels de santé ont l'expérience et la formation requise pour permettre le suivi de grossesses à risque.

Dans chaque région, les maternités sont classées selon différents niveaux correspondant à leur capacité de prise en charge des cas complexes. Au sein de la région Normandie, l'activité de soins de gynécologie-obstétrique est répartie comme suit :

- Maternité de niveau I (unité d'obstétrique) : 10 implantations
- Maternité de niveau II (unité d'obstétrique et unité de néonatalogie avec ou sans soins intensifs)
 - Sans soins intensifs 2A : 8 implantations
 - Avec soins intensifs 2B : 3 implantations
- Maternité de niveau III (unité d'obstétrique, unité de néonatalogie avec et sans soins intensifs et unité de réanimation néonatale) : 4 implantations. (64)

Au total, il y a vingt-cinq maternités au sein de la région Normandie, dont quatre dans le Calvados :

- Une au centre hospitalier de Bayeux,
- Une au centre hospitalier de Lisieux,
- Une au centre hospitalier universitaire de Caen,
- Une à la polyclinique du Parc de Caen.

D'après le SRS 2018-2022, la répartition se fait comme suit :



Source : Schéma Régional de Santé 2018-2022, Partie 2 (64)

Figure 13 : Répartition des maternités au sein de la région Normandie

Après l'accouchement, toute séparation entre les parents et leur bébé doit être évitée autant que possible. D'autre part, toutes les femmes, sauf cas particuliers, devraient être encouragées à allaiter, à se lier à leur bébé et à prendre soin de lui.

Ainsi, certaines maternités ont développé des « unités kangourou » ou unité mère/enfant au sein de leur service de néonatalogie afin de garantir la non séparation des parents avec le nouveau-né. C'est notamment le cas pour la maternité de l'hôpital Femme-Enfant-Hématologie (FEH) située au centre hospitalier universitaire de Caen.

Cette unité est dépendante du service de néonatalogie mais est située au sein du service des suites de naissance de la maternité. Elle permet de prendre en charge les enfants ne nécessitant pas de soins de réanimation tout en préservant le lien mère/enfant après l'accouchement. Dans ce cas de figure, les soignants se déplacent vers le patient et non l'inverse. La maman hospitalisée et le père accompagnant deviennent de ce fait de véritables partenaires de l'équipe soignante. Ils sont sollicités et présents lors de tous les soins. L'équipe pédiatrique doit donc également s'adapter au parcours personnel des parents.

Les bénéfices sont nombreux. L'enfant se retrouve à sa place physiologique c'est-à-dire auprès de sa mère qui peut assurer l'action de portage en peau à peau ou encore l'allaitement maternel si elle le souhaite. Cela favorise largement l'établissement du lien entre la mère et son enfant, impactant positivement la morbidité et la mortalité et diminuant les infections nosocomiales. Outre cela, l'unité kangourou assure une sécurité médicale pour l'enfant qui peut être pris en charge rapidement pour un éventuel syndrome de sevrage sans séparation avec sa mère.

D'autre part, dans le cas d'une mère usagère de substances psychoactives, cette mixité au sein de l'unité avec des mamans de bébés prématurés, infectés ou encore hypotrophes permet de limiter la culpabilité de la mère qui peut se sentir coupable si son enfant naît malade. En unité kangourou, cela lui permet de se sentir comme toutes mamans dont le bébé nécessite des soins spécifiques, sans que la faute soit remise sur elle.

B. Les centres de Protection Maternelle Infantile (PMI)

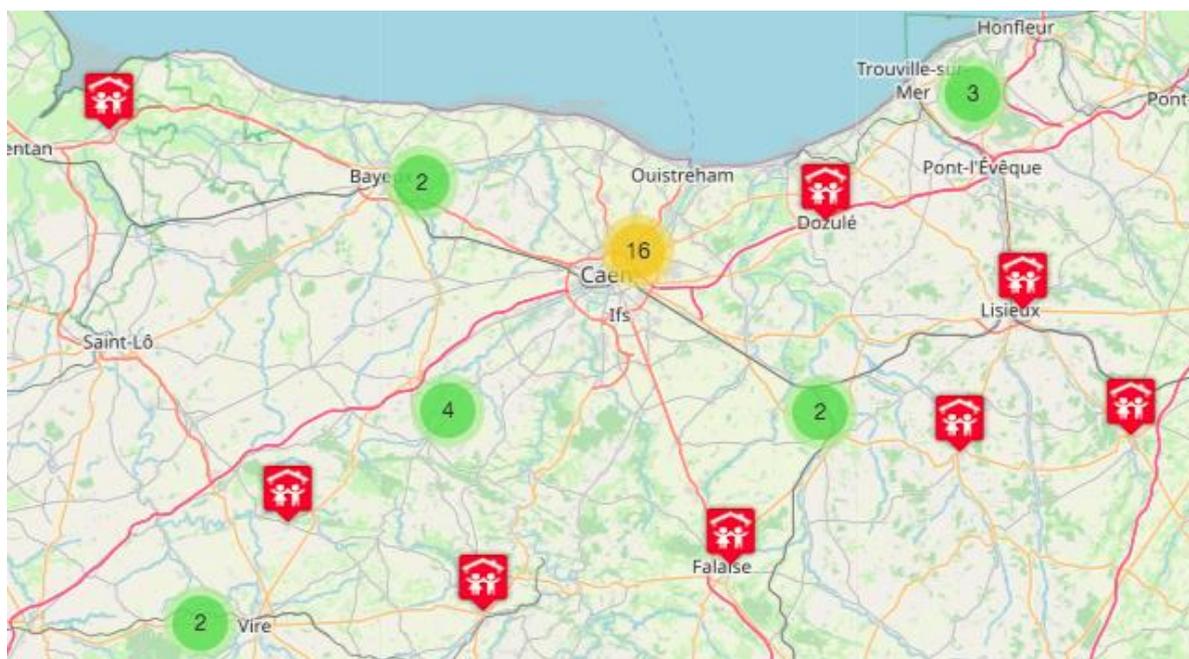
En seconde structure sanitaire complémentaire des maternités, on retrouve les centres de PMI implantés au sein des Centres Médicaux Sociaux (CMS) mis en place par les collectivités territoriales. Il s'agit d'une aide pour toutes les personnes rencontrant des difficultés, qu'elles soient d'ordre personnelles ou familiales.

Également constituées d'une équipe pluridisciplinaire, elles appartiennent au réseau de proximité de la patiente. De nombreux professionnels sont présents tels que sages-femmes, médecins, infirmières, assistantes sociales, puéricultrices ou encore éducatrices familiales. Les consultations PMI, gratuites pour tous, sont effectuées au sein des CMS et réalisées par des médecins et des sages-femmes.

Sont proposées des consultations prénatales et des séances de préparation à la naissance. En lien avec le médecin prescripteur, ces consultations prénatales ont pour objectif de permettre un suivi des grossesses et notamment celles les plus à risque. Ces consultations assurent un travail de prévention auprès des familles.

Après l'accouchement, un accompagnement post-natal peut également être proposé à domicile ou en consultation. Les enfants peuvent être suivis jusqu'à l'âge de 6 ans par le biais de consultations infantiles incluant la vaccination. Ainsi, ces CMS, et plus particulièrement les centres de PMI, s'inscrivent dans un suivi tout au long de la grossesse mais également dans les premières années de vie de l'enfant. (62)

Concernant la répartition des centres de PMI, je me suis particulièrement intéressée au département du Calvados étant donné qu'il s'agit d'un service du conseil départemental. Ainsi, 37 centres de PMI existent actuellement sur notre département, répartis comme suit :



Source : Département du Calvados <https://www.calvados.fr/pres-de-chez-vous>

Figure 14 : Répartition des centres de PMI dans le département du Calvados au 27/11/2020

Bien que tous les intervenants de ces centres reçoivent une formation complémentaire en addictologie, ils n'en sont pas spécialisés. En effet, cette formation, plus ou moins approfondie, ne dissocie que peu les produits. Les addictions à l'alcool ou au tabac restent celles qui sont le mieux connues par ces professionnels. Ainsi, il est parfois nécessaire d'être en lien direct avec des professionnels de l'addictologie afin d'assurer un meilleur suivi de la femme enceinte consommatrice.

2. Professionnels de l'addictologie

Il est nécessaire de donner au secteur médico-social la reconnaissance et les moyens qui lui sont nécessaires pour intervenir aux stades les plus précoces de l'addiction et pour accompagner les personnes consommatrices voire dépendantes.

Ainsi, que ce soit en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire, des équipes existent afin de répondre aux besoins de chaque patient demandeur.

A. Structures médico-sociales

Les structures médico-sociales ont une place essentielle dans la prise en charge des addictions par leur lien avec les réseaux locaux et leur facilité d'accès pour les usagers notamment du fait de la gratuité des soins.

La prise en charge d'une addiction entraîne, pour le patient, des modifications du style de vie en engageant des changements au quotidien. Les traitements sont généralement longs et impliquent un ensemble d'interventions adaptées depuis la prévention, en passant par l'intervention précoce et la réduction des risques et allant jusqu'à l'accompagnement thérapeutique.

La prévention passe par le partage d'informations nécessaires pour que l'utilisateur puisse s'interroger sur sa consommation, sa manière de gérer la recherche du plaisir, les risques encourus et les conséquences pouvant en découler aussi bien pour lui que pour son entourage.

L'intervention précoce, quant à elle, permet de développer le contact avec le consommateur. L'objectif premier est d'aider au repérage tout en rencontrant l'utilisateur. Au cours de cette entrevue, des informations sont fournies sur les risques en fonction du mode de consommation ou encore sur des outils pour évaluer et modifier soi-même son comportement de consommation. Tout comme la prévention, le but est ici d'informer le consommateur afin qu'il puisse entamer une réflexion et, s'il le souhaite, procéder à un changement dans son comportement de consommateur.

La réduction des risques consiste à donner des outils afin que la consommation soit à moindre risque. Cela passe notamment par la distribution de matériel afin de limiter la transmission d'infections virales dans le cas d'injection de substances. Mais, peuvent

aussi être utilisés des outils d'auto-évaluation de la consommation tels que des éthylotests.

Concernant l'accompagnement thérapeutique, il est primordial dans une prise en charge globale car l'addiction entraîne ou accentue des problématiques psychologiques et sociales préexistantes ou consécutives à cette dépendance. De ce fait, l'action sur l'environnement familial et relationnel est capitale afin de renforcer les liens et d'éviter la marginalisation du consommateur. Cela favorise la motivation au changement et la prévention de la rechute, deux objectifs de l'accompagnement thérapeutique. (66)

Ainsi, le dispositif médico-social en addictologie remplit quatre missions que sont :

- Le développement des interventions précoces auprès des usagers dès le début des consommations,
- L'apport des aides nécessaires par toutes les ressources accessibles tout au long du parcours de soins et d'accompagnement,
- Le fait de favoriser l'accès aux soins en offrant des services spécialisés et adaptés,
- Le fait d'assurer des soins et un accompagnement médical, psychologique et social spécifique à chaque individu souffrant d'addiction. (67)

a. Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Comme évoqué précédemment, la création des CSAPA en 2008 a été un tournant dans la politique gouvernementale de réduction des risques et de prévention en matière d'addictions. Ces structures, regroupant social et médical, assurent une prise en charge personnalisée et globale.

D'après l'article D3411-1 du CSP, les CSAPA ont des missions obligatoires et facultatives en lien avec l'addictologie mais pas spécifiquement en lien avec la périnatalité. Cependant, ils ont un rôle pivot entre les différents acteurs de santé au quotidien comme consultant actif au cours de la grossesse. (68)

Les missions obligatoires des CSAPA sont :

- **L'accueil**, qui doit être facile, gratuit et respecter l'anonymat de l'utilisateur et son entourage.
- **L'information**, qui se doit d'être explicite et peut se faire de manière écrite ou orale, tant pour le patient que pour son entourage. Elle consiste à la mise en œuvre de réduction des risques, d'interventions précoces et d'éducation préventive.
- **L'évaluation médicale, psychologique et sociale** qui est effectuée par une équipe pluridisciplinaire pouvant être composée de médecins addictologues, psychologues, psychiatres ou encore assistantes sociales. Cela permet une prise en charge globale avec instauration de soins, et, si nécessaire, prescription de médicaments. Les CSAPA assurent le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.
- **L'orientation**. En effet, la prise en charge peut être effectuée par le CSAPA mais, si cela est nécessaire, il conviendra aux professionnels d'orienter le patient vers une autre structure plus adaptée.

Leurs missions facultatives sont :

- La mise en place de consultation de proximité en vue d'assurer un repérage précoce des usages nocifs,
- La prise en charge des addictions sans substance,
- L'aide à l'insertion ou la réinsertion en intervenant auprès de personnes détenues ou sortant de prison.

Ainsi, ces structures médico-sociales de proximité, que sont les CSAPA, assurent une prise en charge personnalisée et globale grâce à la pluridisciplinarité de l'équipe. Cependant, ces centres sont considérés par certains comme étant à « haut seuil d'exigence ». C'est la raison pour laquelle certains usagers se tournent vers des structures dites à « bas seuil d'exigence » que sont les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

b. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Créés par la loi n°2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique (69), ces établissements médico-sociaux sont destinés à accueillir les usagers de drogues avec un minimum de conditions tels que le respect de l'équipe et des autres usagers et l'interdiction de consommer sur place.

Leurs missions, définies par le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 sont les suivantes (70) :

- Assurer l'accueil, l'information et le conseil personnalisé pour chaque usager de drogue. Cela doit, tout comme les CSAPA, se faire de manière gratuite et anonyme.
- Soutenir les consommateurs dans l'accès aux soins comprenant :
 - L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place,
 - L'orientation vers le système de soins spécialisés adapté au profil de l'utilisateur,
 - L'incitation au dépistage des infections transmissibles avec la mise à disposition d'outils.
- Soutenir les consommateurs dans l'accès au logement, à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.
- Assurer son rôle d'intervenant de proximité à l'extérieur du centre dans le but d'établir un contact avec les usagers et pour développer des actions médico-sociales.

Les équipes, également pluridisciplinaires, sont composées de médecins, psychologues ou encore travailleurs sociaux.

La proximité de ces établissements en fait des acteurs essentiels dans la prévention et l'accompagnement des usagers de substances psychoactives et notamment la femme enceinte consommatrice. En effet, la gratuité et le respect de l'anonymat limitent la réticence que peuvent avoir certaines femmes à se renseigner sur leurs consommations au cours de leur grossesse.

B. Structure hospitalière

La filière hospitalière de la prise en charge des addictions est composée des structures suivantes :

- Consultations spécialisées en addictologie,
- Hôpital de jour,
- Unité ou service d'hospitalisation complète pour sevrage simple,
- Unité ou service d'hospitalisation complète pour sevrage complexe,
- Soins de suite et de réadaptation orientés en addictologie,
- Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).

Dans cet écrit, nous allons spécifiquement nous intéresser aux ELSA qui peuvent être plus souvent sollicitées dans le contexte de suivi de femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives de par le lien entretenu avec les secteurs du médico-social et de l'ambulatoire.

Créées en 1996, les ELSA ont vu leurs missions définies par la circulaire DHOS/DGS du 8 septembre 2000 comme suit (71) :

- Former, assister et conseiller les équipes soignantes des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé,
- Élaborer des protocoles de soins et de prise en charge,
- Intervenir auprès des patients ayant des conduites addictives aux urgences et pendant l'hospitalisation, en appui et en soutien des équipes soignantes,
- Développer des liens avec les différents acteurs intra- et extra- hospitaliers dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et leur suivi. Ainsi, elles ont pour mission d'assurer un lien avec le secteur médico-social.

Composées d'une équipe pluridisciplinaire comprenant médecins, infirmiers, psychologues, assistants de service social et parfois diététiciens, elles permettent la mise en place d'une prise en charge globale de chaque patient.

D'autre part, un « Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie » publié en 2003 et rédigé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), devenue la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2010, propose une fiche de recommandations spécifiques à la prise en charge de la femme enceinte ayant des conduites addictives.

Ces recommandations sont les suivantes (72) :

- Former et informer les équipes de maternité et de néonatalogie sur le dépistage des conduites addictives et la nécessité d'une prise en charge précoce de ces addictions,
- Travailler de manière rapprochée avec les équipes de maternité et néonatalogie pour élaborer une prise en charge commune,
- Rencontrer régulièrement le personnel d'accueil de la consultation de maternité et les référents pour connaître les femmes avec des grossesses à risque afin de pouvoir développer un accès aux soins précoce et adapté,
- Rencontrer les femmes enceintes le plus précocement possible pour effectuer une évaluation médico-psycho-sociale et proposer, si elles ne sont pas suivies, une prise en charge. Si elles sont déjà suivies, prendre contact avec les intervenants extérieurs tels que médecins et pharmaciens.
- En post-partum, soutenir, accompagner la mère et élaborer son projet de sortie de l'hôpital, avec les deux parents quand le père est présent, en lien avec les professionnels extérieurs sollicités,
- Construire un véritable partenariat avec les structures médico-sociales et notamment les CSAPA.

De ce fait, le rôle des ELSA est de favoriser l'accueil ainsi que la prise en charge globale et pluridisciplinaire au sein de l'hôpital des patients ayant une consommation abusive de substances psychoactives, et plus particulièrement de la femme enceinte consommatrice. Par ailleurs, elles assurent également un lien avec les partenaires intra- et extra- hospitaliers, favorisant le suivi et la poursuite de la prise en charge en ambulatoire.

3. Professionnels polyvalents

D'autres professionnels de santé sont importants dans le suivi de la femme enceinte, qu'elle soit consommatrice de substances psychotropes ou non. Ces derniers sont considérés comme polyvalents car non spécialisés dans un domaine, notamment ici dans les addictions, mais prenant en charge la population de manière globale. On les retrouve au sein du secteur ambulatoire.

Il est essentiel de coordonner les secteurs hospitaliers et médico-sociaux spécialisés avec le secteur ambulatoire. En effet, les différents acteurs présents en ville ont un rôle très important dans le repérage et l'intervention précoce. D'autre part, en post-natal, un travail de prévention des rechutes, une gestion prudente de l'usage de substances, des interventions psychosociales et plus généralement un soutien peuvent être nécessaires pour la femme consommatrice et nouvellement maman.

Acteurs de proximité, les médecins généralistes ont un rôle essentiel dans le repérage, l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation des patients et plus particulièrement des femmes enceintes consommant des substances psychoactives. Ils ont un rôle d'éducation de la santé mais, bien qu'ayant un contact fréquent avec leur patient, le motif de l'addiction n'est que rarement évoqué lors des consultations. Or, les médecins traitants sont souvent l'un des premiers recours des patients. La connaissance qu'ils ont de leur patient et de son entourage favorise le lien de confiance qui les unit. Cela favorise le dialogue pouvant être mis en place lors d'interventions brèves. Afin de les aider dans leur démarche de repérage précoce, des outils médicamenteux sont mis à leur disposition. Des processus d'intervention standardisée facilement applicables ont été étudiés et des formations sont régulièrement proposées. D'autre part, ils peuvent s'appuyer sur des réseaux de santé afin d'assurer un accompagnement global de leur patient.

Dans un contexte d'addictions, il est nécessaire d'associer également un suivi psychologique. En effet, nombreuses sont les patientes avec une addiction qui ont subi des violences au cours de leur vie. La grossesse constitue un moment particulier de la vie d'une femme pouvant faire ressurgir des choses vécues. Ainsi, le rôle des psychologues chez ces patientes vulnérables est d'autant plus important que la grossesse les rend encore plus fragiles.

D'autres professionnels du champ sanitaire et social, tels que les infirmières libérales et les pharmaciens d'officine, vont également être impliqués du fait de leur proximité et leur rôle éducatif.

Concernant les pharmaciens d'officine, ils sont des professionnels de santé de premiers recours du fait d'une grande présence sur le territoire, d'une grande disponibilité et d'une large amplitude horaire. Ils ont un rôle de relais du médecin après que ce dernier ait effectué une prescription et sont également aptes à orienter le patient lorsque cela leur semble nécessaire.

D'après les cartes départementales mises en ligne par l'Ordre des pharmaciens, on compte au 1^{er} Novembre 2020, moins d'officine pour 100 000 habitants dans notre région normande que le nombre moyen observé sur tout le territoire français. Seul le département de l'Orne se situe au-dessus de la moyenne du territoire français et le Calvados se trouve presque équivalent. A contrario, le département de l'Eure se révèle être largement inférieur à la moyenne de 32 officines pour 100 000 habitants en France avec un résultat seulement de 24. (74)

Même constatation concernant le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants en Normandie en 2018 d'après les informations de l'institut national de la statistique et des études économiques. Le résultat est inférieur à celui observé sur la France entière. Ici, seul le Calvados se trouve supérieur à la moyenne française et, le département de l'Eure se retrouve une nouvelle fois largement inférieur au nombre de médecins généralistes observés pour 100 000 habitants en France. (75)

	NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES POUR 100 000 HABITANTS EN 2018	NOMBRE D'OFFICINES POUR 100 000 HABITANTS EN 2020
CALVADOS	168	31
MANCHE	138	29
ORNE	135	34
EURE	96	24
SEINE MARITIME	149	28
NORMANDIE	141	28
FRANCE	153	32

Sources : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016

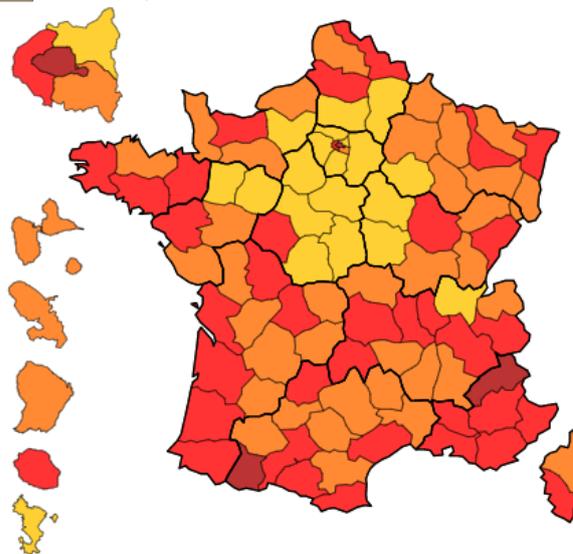
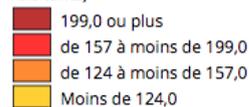
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales>

Tableau 3 : Répartition du nombre de médecins généralistes et d'officines pour 100 000 habitants dans les départements normands.

La densité des professionnels de santé en France est inégale, comme le montre la carte ci-après concernant les médecins généralistes.

Il est donc d'autant plus important que les prises en charge complexes, telle que celle de la femme enceinte consommatrice de substances psychoactives, soient pluridisciplinaires et que chaque professionnel se coordonne afin d'assurer une complémentarité des soins nécessaires à la prise en charge globale.

Densité de médecins généralistes (pour 100 000 habitants)



Source :

https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016

Figure 15 : Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants selon le département en 2018.

4. Exemple de prise en charge pluridisciplinaire : les COS MPS proposées au CHU de Caen

Mises en place en Septembre 2017, ces Consultations Obstétricales Spécialisées Médico-Psycho-Sociales (COS MPS) ont pour objectif de suivre des patientes enceintes à risque médico-psycho-social, c'est-à-dire se trouvant en situation de précarité ou vulnérabilité quel qu'elle soit.

Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée dans un même espace de lieu et de temps, afin d'améliorer l'accompagnement de ces patientes en situation de vulnérabilité.

Après avoir échangé avec le Dr Beucher, gynécologue obstétricien exerçant au sein du CHU de Caen et référent médical de cette unité de suivi, ce dernier m'a transmis des documents retraçant l'exercice de ces dernières années. Ainsi, entre septembre 2017 et fin 2019, 283 femmes ont été rencontrées lors de COS MPS, dont près de 30% d'entre elles dans un contexte médico-psycho-social favorisant la situation de vulnérabilité. Celui-ci regroupe la précarité, les violences familiales, l'isolement, le manque de couverture sociale ou encore les addictions.

Les patientes peuvent être adressées par les gynécologues obstétriciens ou sages-femmes assurant le suivi initial, par leur médecin, par la PMI ou le réseau associatif avec lequel elles sont en lien ou directement via la prise de rendez-vous qu'elles peuvent prendre d'elles-mêmes. Dans tous les cas, cette inclusion s'effectue uniquement lorsque la patiente le désire.



Contact
 & prise de rendez-vous
 02.31.27.20.61

Sage-femme : Myriam Mautalent
 mautalent-m@chu-caen.fr

Secrétariat : Charline Bousquet
 bousquet-c@chu-caen.fr

Consultations Obstétricales Spécialisées Médico-Psycho-Sociales (COS MPS)



Prochains rendez-vous

Service Social du CHU de Caen Normandie

.....	02.31.06.48.57 / 52.23
PASS du CHU de Caen Normandie.....	02.31.06.48.57
Association France Terre d'Asile.....	02.31.70.34.10
Association Itinéraire.....	02.31.35.64.80
Centre de Planification de Caen.....	02.31.82.20.50

Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction - Consultations externes
 CHU de Caen Normandie - Bât. Sud - Niveau 2



Source : Dr Beucher

Figure 16 : Contacts et prise de rendez-vous COS MPS

Entre septembre 2017 et août 2020, plus de 2 000 consultations ont été effectuées. Celles-ci s'organisent sur la journée du mardi au sein du CHU de Caen. Sont réalisées des consultations prénatales avec des sages-femmes ou gynécologues obstétriciens assurant un suivi médical et suivi de la grossesse. Les échographies et bilans sanguins sont également effectués sur place. D'autre part, des consultations spécialisées sont proposées notamment avec un pédiatre, un pédopsychiatre, une addictologue ou encore une sage-femme ayant une formation en addictologie, Madame Rault Patricia. Au besoin, des rendez-vous avec une assistante sociale sont également possibles. De ce fait, ces COS MPS favorisent le suivi prénatal tout en proposant un soutien psychologique et un accompagnement social adapté et personnalisé.

Dans le cadre de l'accompagnement social, on peut noter différentes fonctions :

- Un rôle de médiateur entre le service hospitalier, la patiente, son entourage et les personnels médicaux,
- Un rôle de relais vers les organismes d'aides extérieurs au secteur hospitalier tels que les PMI, la sécurité sociale, les centres maternels...
- Un rôle de soutien et d'intervention dans le cadre de la protection de l'enfance,
- Un rôle d'accompagnement, notamment lorsque la patiente souhaite accoucher dans le secret.

Ainsi, ces COS MPS permettent d'assurer un suivi global et personnalisé de la femme enceinte en situation de vulnérabilité tout en cherchant à faciliter sa grossesse et assurer la venue du nouveau-né dans des conditions aussi favorables que possible.

A la suite de ces consultations, un staff médico-psycho-social se réunit le mercredi afin de faire le lien entre tous les intervenants, acteurs de la ville et acteurs du milieu hospitalier. La communication et le lien ville/hôpital sont donc deux éléments essentiels de cette unité permettant d'assurer une prise en charge optimale de la patiente. Pour preuve, l'un des objectifs évoqués à la création de l'unité était d'améliorer les échanges transversaux. Pour ce faire, des rencontres avec des associations de ville ont eu lieu ces dernières années tels que le dispositif OSYS qui lutte contre les violences conjugales. Ou encore des rencontres avec des centres d'accueil pour demandeurs d'asile ou avec le bureau d'aide aux victimes en lien avec le tribunal de grande instance. Malheureusement, il n'y a, pour le moment, pas d'intervention du réseau de périnatalité.

Un lien avec le pharmacien de ville est compliqué car une prise en charge médicale n'est pas systématique. Cependant, un rapprochement avec l'Ordre des pharmaciens pourrait être intéressant dans le but de favoriser la communication entre pharmaciens et soignants en cas de mise en place d'un traitement médicamenteux. En effet, si la patiente l'accepte, il pourrait être intéressant pour son pharmacien référent d'être informé de certains comptes rendus médicaux afin de compléter l'accompagnement en ville et de s'assurer de la bonne observance du traitement par la patiente.

IV. Prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte

Idéalement, la question de la consommation tabagique devrait être abordée en consultation dès l'évocation du désir de grossesse. Toutes les femmes devraient être encouragées à arrêter de fumer ou tout du moins à réduire leur consommation avant qu'elles ne conçoivent un enfant. D'autre part, la grossesse étant considérée comme un événement majeur de la vie d'une femme, elle peut intervenir comme élément moteur à l'arrêt du tabagisme. En effet, de nombreuses femmes arrêtent spontanément de fumer en début de grossesse.

Le but premier est toujours d'arrêter le plus tôt possible au cours de la grossesse mais il est important de rappeler aux femmes enceintes qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter, même en fin de grossesse. En effet, l'arrêt du tabac sera toujours bénéfique car l'intoxication du fœtus se trouvera stoppée, les risques cardiovasculaires seront réduits tant pour la mère que pour son futur enfant, le risque de prématurité sera réduit et cela favorisera la prise de poids du fœtus.

Cependant, bien que l'arrêt complet soit toujours à privilégier, il peut être compliqué à mettre en place pour certaines femmes fortement dépendantes. Dans ce cas de figure, les femmes enceintes devraient tout de même être encouragées à réduire leur consommation tabagique. Des études suggèrent qu'une diminution de cette consommation peut réduire de façon significative les concentrations de nicotine et ainsi offrir une protection pour le fœtus. Ces études ont mis en évidence qu'une réduction de 50% de la consommation serait en lien avec une augmentation de 92 grammes du poids du bébé à la naissance. (31) Il est préférable d'adresser les femmes fortement dépendantes en consultation spécialisée avec un tabacologue. Celui-ci évaluera le degré de dépendance, instaurera une thérapie adaptée ainsi qu'un suivi afin d'éviter tout syndrome de sevrage.

Avant toute instauration d'un traitement, il convient d'évaluer la motivation de la femme enceinte, de lui donner des conseils et de la soutenir dans sa démarche. Cela passe par le dialogue, bien que le sujet ne soit pas toujours évident à aborder pour les professionnels de santé. Comme évoqué précédemment, la crainte de froisser ou de blesser la femme enceinte est souvent présente et l'échec d'un sevrage peut être ressenti comme culpabilisant à la fois pour la femme enceinte mais également pour le professionnel qui la suit.

De ce fait, certains médecins n'ont recours qu'au conseil minimal consistant à demander le statut tabagique, interroger sur l'existence ou non d'un projet de sevrage et remettre simplement un document écrit sur le sujet. Bien que pouvant être le premier pas vers une démarche de changement de sa consommation, ce type d'entrevue n'est généralement pas suffisamment approfondie. Ainsi, l'approche doit être proactive et personnalisée afin d'aider au mieux les femmes enceintes dans leur démarche d'arrêt ou de diminution de leur consommation tabagique. Cela passe par des interventions brèves ou encore des entretiens motivationnels.

Cette approche proactive comporte différents éléments que sont :

- L'interrogation des femmes enceintes, par le biais de questions ouvertes, lors du premier contact afin de déterminer leur statut tabagique,
- L'information sur les risques du tabagisme pour l'enfant à naître mais également sur les risques de l'exposition au tabagisme passif,
- La mise en avant des avantages du sevrage tabagique à tous les stades de la grossesse,
- L'information personnalisée, les conseils et le soutien sur la mise en place d'un arrêt du tabac,
- L'adaptation de ses conseils au stade de la fumeuse dans son cycle de sevrage,
- Le fait de fournir des supports variés que la femme enceinte pourra consulter d'elle-même si elle le souhaite (ce peut être des documents papiers, des ressources électroniques, des numéros de spécialistes...),
- L'encouragement de la patiente à utiliser les services d'arrêt du tabac, que ce soit à l'hôpital par le biais de consultation en addictologie ou via la ligne de soutien téléphonique au tabagisme,

- Se renseigner sur le statut tabagique du partenaire et l'encourager à arrêter de fumer également, en ayant recours, si besoin aux mêmes services d'arrêt que pour la femme enceinte (consultation avec un tabacologue, ligne téléphonique...) (31)

Ainsi, l'aide à l'arrêt du tabac comporte en premier lieu une prise en charge psychologique et/ou comportementale correspondant à une thérapie cognitivo-comportementale. Cette prise en charge est primordiale dans le suivi et la prévention des rechutes. En effet, 75% des femmes ayant arrêté la cigarette au cours de leur grossesse, rechutent dans la première année après l'accouchement. (26) Il est donc primordial de suivre et soutenir la patiente tout au long de sa démarche et d'impliquer d'autres professionnels, tel que le pharmacien d'officine, dans la poursuite de la prise en charge une fois la grossesse terminée.

Outre cette prise en charge psychologique, l'arrêt du tabac peut s'accompagner d'une prise en charge pharmacologique. Les besoins à la mise en place d'un traitement seront évalués par diverses méthodes :

- Le dosage de la cotinine urinaire mettra en évidence la présence de traces de nicotine dans les urines, mais également si elles sont présentes en faible, moyenne ou forte quantité,
- Une mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré car il existe une relation entre les teneurs en carboxyhémoglobine chez le fœtus et le taux de monoxyde de carbone expiré chez la femme ; plus le taux est important, plus il y a de risques que le fœtus soit en hypoxie. Cette technique est particulièrement intéressante du fait de sa simplicité de réalisation, de son caractère non invasif, de sa rapidité d'exploitation du résultat et de son faible coût.
- Le test de Fagerström, existant en version longue ou simplifié et pouvant être utilisé seul ou en complément de l'une des deux méthodes évoquées précédemment. Cette technique permet également de favoriser le dialogue. (Annexes 6 et 7, 19)

Selon le degré de dépendance, seul un Traitement par Substituts Nicotiques (TSN) peut être mis en place au cours de la grossesse. Avant instauration de ce type de traitement, il est nécessaire que le professionnel de santé évoque les risques et les avantages de ces produits. En effet, bien que le risque zéro n'existe pas, ces substituts engendrent moins d'effets néfastes que le tabagisme car la nicotémie se trouve moins élevée et la toxicité des autres composants de la cigarette se trouve supprimée. Ainsi, il est toujours préférable, tant pour la femme enceinte que pour son fœtus, d'avoir recours à un TSN plutôt que de continuer de fumer.

En cas de forte dépendance, les TSN peuvent être utilisés à doses d'emblée importantes, puis adaptés, voire associés sous forme personnalisée. La femme enceinte peut donc avoir recours aux patchs, gommes, pastilles à sucer... Concernant les patchs, il est préférable de privilégier ceux ayant une libération sur 16 heures et non pas ceux s'utilisant sur 24 heures ou il convient de conseiller à la femme enceinte de retirer son patch avant de se coucher le soir. Cela permet de limiter l'exposition du fœtus. L'allaitement n'est pas contre-indiqué en cas d'utilisation de patchs substitutifs ou autres TSN. (31)

Ainsi, afin de favoriser une prise en charge optimale du sevrage tabagique chez la femme enceinte, certaines interventions doivent être prioritaires :

- Encourager les professionnels de santé à aborder le sujet et à s'investir auprès des patientes concernées,
- Orienter et renforcer les liens avec les unités d'addictologie,
- Inclure le partenaire dans la prise en charge,
- Utiliser des substituts nicotiques en cas de nécessité,
- Faire de la prévention et de la rechute un enjeu majeur pour les femmes ayant réussi leur sevrage, avec ou sans aide des professionnels.

V. Prise en charge du sevrage alcoolique chez la femme enceinte

Tout comme la consommation tabagique, chaque femme enceinte ou désireuse de le devenir se doit d'être interrogée sur sa consommation d'alcool. Cela passe par des consultations au cours desquelles un interrogatoire permet de déterminer si des examens complémentaires sont nécessaires. L'interrogatoire est la clé du dépistage. Il permet d'orienter la prise en charge et la démarche à suivre. En effet, la grossesse est une période privilégiée pour repérer précocement une éventuelle consommation d'alcool et faire prendre conscience des risques qui lui sont liés. Il est primordial que les professionnels de santé surmontent les freins et blocages associés à cette entrevue en choisissant le moment propice pour évoquer la question et en orientant l'entretien sur une évaluation de la consommation éventuelle de la femme. D'autre part, la consultation doit être l'occasion de délivrer une information préventive sur les dangers de cette consommation chez la femme enceinte. De nombreuses femmes arrêtent de boire, ou tout du moins réduisent la quantité d'alcool qu'elles consomment lorsqu'elles sont enceintes et qu'il leur est conseillé de le faire en expliquant les risques encourus pour elles et leur bébé.

Il est important de noter que, comme toutes autres femmes, la femme enceinte consommatrice aime son enfant et souhaitera avoir un bébé en bonne santé. Aussi, le professionnel ne doit pas se placer sur le registre de la morale lorsqu'il aborde ce sujet. Son rôle est d'expliquer des faits, d'informer la patiente, de l'orienter et la soutenir si une démarche de changement de comportement est envisagée.

Par ailleurs, le professionnel de santé devra tenir compte de l'ambivalence qu'occasionne l'idée d'arrêter ou de réduire sa consommation. Cela se traduit souvent par un manque de motivation, un non désir de changement. Ainsi, au cours de la discussion, il lui faudra encourager la femme à changer son propre point de vue en abordant les avantages et les inconvénients de la consommation, mais également les avantages et les inconvénients d'un changement. Il sera toujours préférable que les idées viennent de la femme elle-même plutôt que de lui soumettre les idées. L'important est de finir la conversation sur une note positive en discutant des bénéfices de ce changement. (73)

Ainsi, le repérage passe systématiquement par l'interrogatoire et la discussion. Il a pour but de diagnostiquer précocement des troubles, de rechercher d'éventuelles malformations associées, de mettre en place un programme d'intervention adapté à la mère et son enfant ou encore d'élaborer un programme d'accompagnement des parents. Il permet également de prévenir la consommation d'alcool au cours d'une grossesse ultérieure ou de porter un diagnostic sur des troubles observés chez un aîné de la fratrie.

Afin d'aider les professionnels de santé, de nombreux questionnaires de dépistage d'alcool sont utilisables et peuvent permettre de faciliter le dialogue. Leur utilisation est notamment recommandée par la HAS car, en plus de permettre d'améliorer la détection des consommations dangereuses d'alcool pendant la grossesse, ils sont rapides et faciles à effectuer au cours des consultations, en salle d'attente ou à proposer en officine. (42) Cependant, bien que ces questionnaires soient un support pour le professionnel de santé, ils ne peuvent se substituer à la discussion.

L'un d'entre eux, le T-ACE, est composé de quatre items et se trouve être particulièrement adapté à un auto-questionnaire chez la femme enceinte. Bien qu'il ne prenne qu'une minute, il identifie correctement la majorité des buveurs à risque pendant la grossesse. (31, 43) (Annexe 8)

Le second, intitulé le FACE pour Fast Alcohol Consumption Evaluation, est constitué de cinq questions et est notamment utilisé lors d'interventions brèves que ce soit au cours de consultations en ambulatoire ou en établissement de soins. (Annexe 9, 43)

Enfin, le troisième questionnaire de dépistage d'alcool chez la femme enceinte recommandé par la HAS s'intitule l'AUDIT pour Alcohol Use Disorders Test. (Annexe 10) Il propose des questions intéressantes permettant d'engager la discussion sur la thématique de l'alcool. Cependant, son unique défaut est sa longueur. En effet, composé de treize questions, il peut s'avérer long en cas de difficulté au dialogue. Aussi, il existe une version courte appelée AUDIT-C qui reprend les trois premières questions de l'AUDIT, permettant de quantifier le risque fœtal considéré comme étant le plus important à ce moment de la vie. (Annexe 11) (43) Cependant, en simplifiant le questionnaire, le professionnel de santé va perdre en informations, notamment concernant les aspects motivationnels et de résistance au changement.

Ainsi, ces questionnaires favorisent le dialogue et permettent une première approche de la part du professionnel de santé. Leur utilisation peut, dans certains cas, être associée à un examen clinique lorsque cela semble nécessaire. En effet, il existe, en cas de forte dépendance, des signes cliniques visibles dans la vie quotidienne quelques heures après la dernière ingestion d'alcool tels que :

- Tremblements des mains, des lèvres, des paupières parfois associés à des myoclonies,
- Sueurs abondantes,
- Soif intense,
- Bouche sèche,
- Nausées voire vomissements,
- Diarrhées,
- Épigastralgies,
- Besoin impérieux de consommer de l'alcool (associé au « craving »),
- Agitation inhabituelle avec anxiété et irritabilité,
- Humeur dépressive,
- Troubles du sommeil (insomnies, cauchemars).

Outre ces signes cliniques, le professionnel de santé peut également demander la réalisation d'examens biologiques. Ces derniers sont réalisés avec l'accord de la patiente. À eux-seuls, ils ne permettent pas de poser un diagnostic certain d'une consommation. Cependant, associés au score obtenu après utilisation d'un questionnaire de dépistage d'alcool chez la femme enceinte, ils peuvent confirmer un diagnostic et orienter le professionnel de santé dans la prise en charge à proposer. Ces examens biologiques permettront d'évaluer le dosage de l'alcoolémie, des gammaGlutamyl-Transférases (gamma GT) et du Volume Globulaire Moyen (VGM). Ils se trouvent élevés lorsque l'intoxication est importante, signe d'une consommation chronique, et se normalisent après plus de deux mois de sevrage. (26)

Selon la présence ou non d'une dépendance, il conviendra d'adresser la patiente à un spécialiste en addictologie que ce soit en consultation à l'hôpital ou au sein de centres tels que les CSAPA, évoqués précédemment. Le suivi de la grossesse sera adapté à la sévérité de l'addiction et comprendra un planning de consultations obstétricales et un suivi échographique approprié. Cela est indispensable afin de surveiller la

croissance fœtale et de rechercher d'éventuelles anomalies morphologiques pouvant conduire à diagnostiquer un SAF. Une consultation anténatale avec un pédiatre peut également être mise en place afin de préparer la naissance de l'enfant et éventuellement son suivi à court et moyen terme. Les consultations PMI peuvent alors être proposées. D'autre part, les effets de l'alcool sont généralement associés à des carences alimentaires. De ce fait, l'importance d'une alimentation équilibrée voire d'une supplémentation vitaminique doivent être abordées. (31)

Lorsque la réalisation d'un sevrage est nécessaire, une hospitalisation sera requise. En effet, il n'existe pas de traitement médicamenteux adapté au sevrage alcoolique chez la femme enceinte pouvant être pris en ambulatoire. De plus, un arrêt soudain de la consommation abusive d'alcool peut être dangereux pour la future mère en engendrant un syndrome de *delirium tremens* ou, dans les cas les plus graves, un arrêt cardiaque. D'autre part, cela pourrait causer une détresse fœtale impactant le bon développement du fœtus. Ainsi, en cas de forte dépendance à l'alcool, les femmes enceintes devraient être mises en garde afin de ne pas s'arrêter de boire brutalement. Un sevrage peut être mis en place en milieu hospitalier, sous supervision d'un obstétricien et d'un addictologue. En cas d'hospitalisation, il faut prendre le temps d'expliquer les conditions de cette hospitalisation à la patiente afin de préserver l'alliance thérapeutique. La démarche doit se faire avec son consentement, sauf dans les situations plus extrêmes justifiant l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

La prise en charge doit donc être pluridisciplinaire et globale ; médicale, psychologique et sociale. Ainsi, le sevrage de l'alcool doit faire partie d'un ensemble de soins qui comprend la prévention des rechutes et le soutien psychosocial. Les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur la stratégie du FRAMES au cours de leurs entrevues. Cette stratégie, plus largement répandue au Royaume-Uni par le Public Health Scotland, est notamment recommandée dans un guide destiné aux professionnels de santé concernant la prise en charge des femmes enceintes usagères de substances psychoactives. (31)

FEEDBACK (<i>retour d'informations</i>)	Fournir à la femme enceinte des informations en réponse à sa consommation déclarée d'alcool. Expliquer les risques associés à cette consommation au cours de la grossesse. Cela peut inclure le score d'un outil de dépistage tels que les questionnaires recommandés par la HAS.
RESPONSABILITY (<i>responsabilité</i>)	Évoquer le rôle de la responsabilité personnelle dans le changement et insister sur la liberté du choix de l'individu. Ne pas forcer ou inciter la patiente à entamer une démarche de changement. La laisser faire ses propres choix en ayant les informations nécessaires.
ADVICE (<i>conseils</i>)	Fournir des conseils clairs pour parvenir à réduire sa consommation d'alcool. Dans une démarche de soutien, aborder les avantages de la réduction de la consommation.
MENU (<i>droit</i>)	Offrir un droit à différentes stratégies pour réduire la consommation. Proposer des options à partir desquelles la femme enceinte peut choisir ce qui lui semble le plus raisonnable pour elle et le plus réalisable.
EMPATHY (<i>empathie</i>)	Être empathique, réfléchi et compréhensif envers la situation et le point de vue de la patiente. Adopter un style professionnel et de soutien.
SELF-EFFICACY (<i>auto-efficacité</i>)	Renforcer l'auto-efficacité. La croyance de la femme en sa capacité à changer sa consommation d'alcool est primordiale. Il est nécessaire de l'encourager à élaborer un plan personnel pour réduire sa consommation.

Source : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse (31)

Tableau 4 : Stratégie du « FRAMES »

Il est également important de recueillir l'adhésion de l'entourage de la patiente, si celle-ci le désire. En effet, la consommation des proches de la femme enceinte, et notamment de son partenaire, peut avoir une forte influence sur sa propre consommation, sur son désir de changement mais aussi sur la prévention des rechutes. Les pères ont donc un rôle important à jouer pour aider les femmes enceintes à arrêter de boire, ou tout du moins à réduire leur consommation, et ils ont également un rôle primordial dans la poursuite du sevrage après la naissance.

VI.Prise en charge du sevrage des TSO

L'objectif premier de la mise en place d'un TSO chez une femme enceinte est de minimiser les risques pour la patiente et son fœtus, non seulement pendant la grossesse et la période natale mais idéalement sur le long terme. Grâce au suivi régulier, la méthadone et la buprénorphine permettent une meilleure prise en charge de la toxicomanie et par la même occasion de la grossesse. De ce fait, comparé à des femmes enceintes ayant recours à des produits illicites telle que l'héroïne, les risques de complications sont réduits chez les patientes substituées. Cette substitution limite également la recherche incessante de drogue pour la consommatrice qui génère généralement beaucoup de stress. Concernant le fœtus, la substitution à posologie efficace permet d'éviter les épisodes successifs de pics, au moment de la consommation, suivis de périodes de manque, chacun responsable de souffrance fœtale.

Ainsi, devant les nombreux avantages qu'apportent le traitement par substitution, les femmes enceintes dépendantes aux opiacés ne devraient pas se voir demander de réduire voire arrêter leur traitement. Il convient au professionnel de santé de plutôt mettre l'accent sur le soutien et l'engagement dans le soin. L'usage stabilisé du traitement médicamenteux devrait être l'objectif prioritaire à atteindre, bien que sa mise en place puisse être longue.

Par ailleurs, les données actuelles concernant la prise de TSO chez les femmes enceintes sont rassurantes. Il n'est pas justifié de modifier un traitement de substitution en début de grossesse lorsque la patiente est bien équilibrée. Ainsi, les traitements par substitution, associés à une prise en charge psychosociale, sont largement recommandés de par leurs nombreux bénéfices sur le déroulement de la grossesse et sur le nouveau-né. (31)

De plus, une posologie insuffisante favoriserait les sensations de manque auprès de la femme enceinte qui se trouverait plus facilement tenté par la reprise de l'héroïne ou la consommation d'autres produits psychotropes néfastes pour le fœtus. D'autre part, les analyses de cas de sevrage aux opiacés au cours de la grossesse ont mis en avant un risque accru de fausse-couches au premier trimestre ainsi qu'un risque de travail prématuré au troisième trimestre. (31) La mise en place d'un sevrage est donc

considérée comme potentiellement dangereuse pour le fœtus, d'autant plus si elle est effectuée de manière trop brusque.

Néanmoins, la réduction lente de la consommation pendant la grossesse peut être envisagée si elle est effectuée de manière progressive et adaptée aux réactions de la patiente. En effet, il n'est pas rare que des patientes souhaitent réduire leur consommation de TSO afin de limiter les risques d'apparition d'un SSNN. Il est important de leur expliquer que la relation entre la dose consommée et la gravité des symptômes n'a, pour le moment, pas été clairement établie. Cependant, si elles restent désireuses d'effectuer un sevrage opiacé, il est recommandé de le mettre en place au deuxième trimestre de grossesse. Il peut être possible de parvenir à l'abstinence avant l'accouchement. Cependant, ce désir de sevrage doit toujours être mis en balance avec le risque de rechute et ses conséquences. Ainsi, une admission à l'hôpital est nécessaire pour superviser le sevrage progressif et surveiller quotidiennement le fœtus. (48) Il est important de noter que ce cas de figure reste très rare car les professionnels de santé recommandent en premier lieu d'adapter les posologies, avec généralement nécessité d'augmenter les doses en fin de grossesse, dans le but de maintenir l'état de la patiente et ne pas lui infliger un stress supplémentaire. De ce fait, le sevrage au cours de la grossesse réside plus dans un souhait de la patiente plutôt qu'une réelle nécessité thérapeutique.

Quoiqu'il en soit, et bien que la demande de mettre en place un sevrage opiacé doit provenir de la patiente directement, c'est au médecin de déterminer si cela est approprié ou si cela doit être interrompu pour cause de complications trop importantes. En outre, le professionnel de santé doit avoir un rôle encourageant afin de soutenir la patiente tout au long de sa démarche.

Toutefois, que la patiente soit sevrée ou qu'elle continue de suivre son traitement de substitution, les professionnels de santé doivent toujours garder à l'esprit qu'il s'agit de grossesses à risque nécessitant un suivi et un accompagnement plus encadré qu'une grossesse à bas risque. (76)

PARTIE 3 : LE RÔLE DU PHARMACIEN ET SON APPROCHE AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES

I. Le rôle du pharmacien

Souvent oublié dans la boucle de prise en charge, le pharmacien d'officine n'en reste pas moins un professionnel de santé primordial pour le suivi ambulatoire. En effet, étant proche de sa patientèle grâce à son accessibilité, il a un rôle clé dans la prévention et le dépistage précoce de situations à risque. D'autant plus que, comme évoqué précédemment, nombreuses sont les femmes enceintes insuffisamment informées sur les effets d'une consommation de substance psychoactive, même occasionnelle, au cours de leur grossesse.

1. Réglementation

Le métier de pharmacien est régi par des règles énoncées dans le Code de la Santé Publique (CSP) et le code de déontologie. Ce dernier regroupe un ensemble de 77 articles insérés au sein du CSP, de l'article R.4235-1 à l'article R.4235-77. Divisé en deux parties dont la première s'applique à tous les pharmaciens et la seconde détaille les modalités propres aux différents modes d'exercice, il s'impose à tous les pharmaciens inscrits au tableau de l'Ordre. Ainsi, en cas de non-respect ou d'infraction à ses règles, des sanctions disciplinaires peuvent être mises en place, proportionnelles à la gravité de la faute.

Par ailleurs, en 2009 la loi dite HPST « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » définit de nouvelles missions de santé publique ciblant spécifiquement le pharmacien et le plaçant parmi les intervenants des soins de premiers recours. Inséré au sein du CSP, l'article L.5125-1-1A définit les missions du pharmacien d'officine comme suit :

- « Contribuent aux soins de premiers recours définis par l'article L.1411-11,
 - Que sont la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
 - La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
 - L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
 - L'éducation pour la santé.

- Participent à la coopération entre professionnels de santé,
- Participent à la mission de service public de la permanence des soins,
- Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé,
- Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L.1161-1 à L.1161-5,
- Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent (...),
- Peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L.1411-1, L1434-12, L6323-1 et L.6323-3 du présent code,
- Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. » (77)

Quant au code de déontologie des pharmaciens, la section « Dispositions communes à tous les pharmaciens » englobe les devoirs généraux auxquels sont soumis tous les pharmaciens. On y retrouve notamment :

- L'article R.4235-2 « Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage. »
- L'article R.4235-5 « Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. »
- L'article R.4235-6 « Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art. »
- L'article R.4235-8 « Les pharmaciens sont tenus de prêter leur concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé. »
- L'article R.4235-62 « Chaque fois qu'il lui paraît nécessaire, le pharmacien doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié. » (78)

De ce fait, l'officinal se doit de prendre en charge chaque patient de manière égalitaire et sans porter de jugement afin de dispenser la même qualité de soins et de prestations. Il lui appartient également de lutter contre la toxicomanie en transmettant, par exemple, des messages de prévention adaptés à chacun, et notamment à la femme enceinte, tout en orientant la patiente chez un professionnel de santé spécialisé quand cela lui semble justifié.

2. Rôle de dispensation

Le pharmacien étant le professionnel de santé « spécialiste du médicament », il doit être attentif aux associations de consommation, avertir sur les potentiels effets indésirables, sur l'importance de limiter la prise de médicaments au cours de la grossesse et surtout sur le fait de ne pas pratiquer d'automédication. Ainsi, il a entre autre pour rôle de promouvoir des messages préventifs adaptés à chaque patient. Il est donc préférable de parler de dispensation et non de délivrance car, dans ce second terme, la dimension d'éducation thérapeutique du patient est omise. (62)

L'acte de dispensation comprend différentes étapes que sont l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance ou de la demande de médicaments, le conseil pharmaceutique associé faisant partie de l'éducation thérapeutique du patient, puis la délivrance des médicaments si nécessaire. A chaque étape de la dispensation, le pharmacien s'assure de la bonne compréhension du patient. En effet, une fois que le médicament lui est remis, le patient devient acteur dans la gestion de son produit et de son traitement. Ainsi, d'après l'article R.4235-48 du CSP, la dispensation est l'acte pharmaceutique qui associe à la délivrance des médicaments « l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments. Le pharmacien a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par ses appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. » (79)

De ce fait, le rôle du pharmacien dans le suivi d'une patiente enceinte consommatrice est important et comprend :

- L'observance du traitement lorsqu'il y en a un,
- La tolérance de celui-ci,
- Le contact avec le médecin prescripteur afin de l'informer de l'évolution de l'état de santé de la patiente.

Le pharmacien a le privilège de pouvoir assurer le suivi de la femme enceinte sur le long terme et contribuer activement à son évolution. Ainsi, il peut voir la patiente consommatrice au parcours potentiellement compliqué devenir mère et la soutenir dans son processus.

3. Atouts pour intervenir

Grâce au maillage territorial des officines en France, le pharmacien est un professionnel de santé de premier recours facilement accessible. Ayant pour rôle d'informer, de conseiller, d'orienter et de soutenir, il est en première ligne pour évoquer certains sujets délicats à tous moments de la vie, comme la consommation de substances psychoactives chez une femme enceinte.

D'autre part, le pharmacien est un interlocuteur disponible lors de périodes de questionnement, de doute ou de baisse de motivation. Quelques conseils adaptés ou paroles positives peuvent parfois suffire à renforcer l'envie des patientes de maintenir leurs efforts. Il peut également proposer un suivi personnalisé à l'officine avec la mise en place d'entretiens. Si cela est nécessaire, le pharmacien peut aussi orienter la femme enceinte vers un spécialiste ou une structure plus adéquate. Ainsi, médecins et pharmaciens se doivent de collaborer pour accompagner les patientes tout au long de leur grossesse et de leur processus de changement.

Outre sa proximité et sa disponibilité, nombreux sont les atouts propres au pharmacien lui permettant d'intervenir dans l'éducation pour la santé de ses patientes :

- Sa crédibilité auprès du public en tant que professionnel de santé,
- Le fait qu'il soit soumis au secret professionnel,
- Sa formation avec mise à jour continue des connaissances,
- La relation de confiance instaurée avec la patiente,
- Sa connaissance globale de la patiente dans son historique médicamenteux et souvent dans son contexte familial et socioprofessionnel.

Ainsi, il a un rôle clé dans la prévention et le dépistage précoce de situations à risque. Sa position de professionnel de santé proche de sa patientèle lui permet de s'impliquer par :

- La mise en place d'un nouveau traitement dans un contexte de sevrage et l'accompagnement des patientes tout au long du processus et de leur grossesse,
- La transmission d'informations,
- La participation aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique.

II. L'approche au comptoir

1. Repérage de la patiente

En tant que professionnel de santé, il est important d'instaurer un climat de confiance avec la patiente afin de l'encourager à se confier. Cela permet au pharmacien d'avoir connaissance d'un maximum d'informations afin de pouvoir ensuite conseiller au mieux la femme enceinte et l'orienter si nécessaire. Pour ce faire, il est essentiel de connaître et combattre les nombreuses idées reçues qui existent sur le sujet de la grossesse associée à une consommation de substances psychoactives.

Concernant le pharmacien, nombreux sont les préjugés à bannir tels que :

- « Il suffit d'arrêter. Avec un peu de volonté cela est possible. »
- « Les patientes issues de milieux favorisés ne sont pas concernées. »
- « Ce sont/seront de mauvaises mères. »
- « Ce n'est pas mon rôle de repérer, je ne suis pas leur médecin. »
- « Il vaut mieux fumer qu'être stressée et ainsi stresser le fœtus. »
- « De toute façon, elle ne consomme pas beaucoup. »
- « On ne peut pas allaiter si l'on consomme. »

Comme tous professionnels de santé, le pharmacien doit se former et mettre à jour ses connaissances afin de fournir des conseils adaptés au comptoir. Son approche se doit d'être sans jugement et non discriminatoire. D'autre part, il a un rôle de repérage essentiel au même titre que les médecins et autres soignants. (80)

Par ailleurs, le pharmacien doit avoir connaissance des idées reçues que peuvent avoir les femmes enceintes consommatrices afin de les accompagner au mieux.

- « Si l'on ne boit pas tous les jours, il n'y a pas de conséquences. »
- « Les substituts nicotiques sont totalement contre-indiqués chez la femme enceinte. »
- « La grossesse nécessite d'arrêter tout traitement médicamenteux. »
- « Un problème se voit systématiquement à l'échographie. »

Ainsi, l'éducation thérapeutique de la patiente passe par une sensibilisation et une information adaptée. Afin de faciliter l'approche au comptoir et la transmission d'un message clair, l'Ordre national des pharmaciens a développé une démarche appelée « **A.C.R.O.P.O.L.E.** » dans le but d'organiser et de structurer sa prise en charge ainsi que son discours : (67)

- **Accueillir** la patiente de manière chaleureuse en se rendant disponible. Cela participe à instaurer le climat de confiance.
- **Collecter** les informations nécessaires et laisser la patiente s'exprimer.
- **Rechercher** des informations complémentaires par le biais de questions majoritairement ouvertes. Cela favorise le dialogue afin de repérer des situations à risque. Le pharmacien peut aussi s'appuyer sur des questionnaires courts tels que le test de Fagerström simplifié ou encore l'AUDIT-C évoqués précédemment.
- **Ordonner** en reformulant les propos de la patiente.
- **Préconiser** en proposant :
 - Soit une prise en charge à l'officine pouvant passer par une réponse médicamenteuse ou la mise en place d'interventions brèves en salle confidentielle,
 - Soit une orientation vers un spécialiste extérieur.
- **Optimiser** en associant des conseils hygiéno-diététiques et des informations supplémentaires sur les sujets évoqués.
- **Libeller** en développant un plan de prise afin de préciser les modalités d'administration d'un traitement s'il y a lieu.
- **Entériner** en s'assurant de la bonne compréhension de la patiente et de son absence de question ou de demande supplémentaire, puis prendre congé tout en montrant sa disponibilité pour une requête ultérieure.

Le thème de la consommation de substances psychoactives pouvant être difficile à aborder, il peut être intégré aux questions portant sur le mode de vie tels que le sommeil, l'activité physique, la prise de médicaments, les consommations alimentaires... Par ailleurs, il est possible d'interroger la femme enceinte sur sa consommation en dehors de la grossesse afin de décentrer l'entrevue.

Ce repérage effectué en officine, ainsi que l'éducation thérapeutique qui en découle, s'inscrit parfaitement dans les nouvelles missions attribuées au pharmacien par la loi HPST. Ainsi, l'information, la prévention et le dépistage aide la patiente à prendre des décisions pouvant être bénéfiques pour elle et son futur bébé. Le pharmacien peut donc participer et accompagner la femme enceinte dans son désir de modification de sa consommation.

2. Exemples de cas de comptoir

Situation 1 : tabagisme avant le diagnostic de la grossesse

« Je fume et je viens d'apprendre que je suis enceinte. »

Proposition de conduite à tenir :

- Questionner : depuis combien de temps êtes-vous enceinte ? S'aider du test de Fagerström simplifié afin de quantifier la consommation.
- Informer : que savez-vous des conséquences du tabac au cours de la grossesse ?
- Proposer : instauration d'un traitement par substituts nicotiniques si la patiente souhaite arrêter ou diminuer sa consommation tabagique.
- Orienter : vers un spécialiste tabacologue
- Prévenir : les professionnels de santé qui se chargent du suivi afin de permettre un suivi obstétrical attentif.
- Rassurer : tout en insistant sur le fait que le suivi de grossesse sera attentif.

Situation 2 : alcoolisation aiguë répétée malgré la grossesse connue (43)

« Je suis enceinte de 5 mois. Il m'arrive de prendre l'apéritif lors de repas de famille. »

Proposition de conduite à tenir :

- Questionner : que savez-vous des conséquences de l'alcool sur la grossesse ?
- Informer : la recommandation première est l'abstinence totale quant à la consommation d'alcool au cours de la grossesse.
- Orienter : vers un addictologue et un gynécologue-obstétricien afin que des consultations rapides puissent être effectuées.

- Prévenir : les professionnels de santé en charge du suivi afin d'adapter le suivi obstétrical de grossesse à risque.
- Rassurer : bien qu'un risque existe, de nombreux facteurs extérieurs entrent en jeu dans l'atteinte de l'enfant. Le suivi de grossesse sera adapté et plus attentif afin de permettre une prise en charge optimale de la mère et son enfant et ainsi limiter les risques.

Situation 3 : adaptation de traitement substitutif aux opiacés en fin de grossesse

« Je prends un traitement par buprénorphine depuis des années. J'étais stabilisée mais depuis quelques jours j'ai l'impression que cela ne me suffit plus. Je suis angoissée, irritable et l'envie de prendre une autre substance pour me détendre se fait ressentir. »

Proposition de conduite à tenir :

- Questionner : Êtes-vous suivi par un addictologue ou par votre médecin traitant pour ce traitement ? Que savez-vous sur la prise d'un TSO chez la femme enceinte ?
- Informer : sur le fait qu'il ne soit pas rare de devoir augmenter les doses en fin de grossesse afin de palier à cette sensation de manque.
- Orienter : vers le médecin prescripteur afin qu'il puisse procéder à une adaptation posologique du traitement.
- Prévenir : le médecin prescripteur de la situation de sa patiente ainsi que les professionnels de santé en charge du suivi obstétrical afin qu'ils soient en mesure d'adapter le suivi et de préparer la naissance de manière optimale.
- Rassurer : concernant l'impact sur le fœtus d'une augmentation des doses et le fait qu'il n'y ait pas de corrélation entre dosage de TSO et apparition d'un SSNN.

Lors de situations similaires à celles évoquées dans les exemples 2 et 3, il convient également d'informer la patiente sur les consultations COS MPS proposées par le CHU de Caen et de mettre en lien avec des professionnels de santé spécialisés telle que Madame Rault, sage-femme spécialisée en addictologie.

Ainsi, la communication entre professionnels de santé est primordiale afin de permettre une prise en charge globale de la patiente au cours de sa grossesse et favoriser un suivi adapté.

3. Où se renseigner ?

Il convient pour chaque pharmacien de se renseigner sur les structures et aides disponibles dans le secteur où il exerce.

Dans la région de Caen, différents spécialistes peuvent être proposés aux femmes enceintes selon leurs besoins :

- Le CSAPA régional situé Rue de Bretagne à Caen : 02.31.85.56.80
- Le secrétariat du service d'addictologie du CHU de Caen : 02.31.27.25.62
- Les COS et consultations avec une sage-femme addictologue au CHU de Caen : 02.31.27.25.25
- Le numéro de tabac info service permettant de contacter un tabacologue et de profiter d'un suivi personnalisé : 39 89
- Le numéro d'alcool info service afin de joindre un addictologue : 0 980 980 930

Pour plus d'informations, des sites complémentaires peuvent être recommandés tels que :

- <https://www.tabac-info-service.fr/>
- <https://www.alcool-info-service.fr/>
- <https://www.drogues.gouv.fr/>

III. Comment le mettre en place à l'officine ?

La pharmacie est un lieu accessible sans prise de rendez-vous. Ainsi, il est nécessaire d'interpeller la patiente en lui donnant l'envie de venir échanger avec le pharmacien. Elle doit se sentir en confiance pour aborder des sujets délicats comme la consommation de substances psychoactives. Il est donc primordial de favoriser le dialogue.

Cela passe tout d'abord par l'affichage vitrine de l'officine, qui permet de délivrer un message s'inscrivant dans une démarche de prévention. Les objectifs de cette communication sont multiples tels que :

- Retenir l'attention du public ciblé sur les grands thèmes de santé et faciliter le dialogue,
- Permettre au pharmacien de relayer des informations et des campagnes de santé publique,
- Renforcer le rôle d'éducateur de santé du pharmacien par le biais de messages préventifs.

Les thèmes abordés ont un rôle éducatif et le message transmis doit être clair et pertinent.



Source : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Actualites/2020/Alcool-et-grossesse-sensibiliser-vos-patientes>

Figure 17 : Affiches de sensibilisation à la consommation d'alcool au cours de la grossesse

Sur ces deux affiches, le message est accrocheur et l'illustration choisie permet d'imager le propos sans choquer. Le message de prévention « zéro alcool pendant la grossesse » est rappelé ainsi que le numéro vert pour joindre un addictologue librement.

Les références aux autorités compétentes que sont Santé Publique France et le Ministère chargé de la santé sont mentionnées afin de crédibiliser le message transmis. Une invitation à la discussion avec un professionnel de santé tel que le pharmacien est également ajoutée dans le but d'inviter au dialogue si la patiente le désire.

Une fois entrée dans la pharmacie, la patiente devra pouvoir visualiser rapidement la partie de l'officine à laquelle elle a accès. Ainsi, un bon agencement de la pharmacie a un impact important auprès des patients, tant sur l'aspect message préventif que sur l'envie de se confier.

La communication peut revêtir de nombreuses formes telles que :

- La mise en place d'animations ponctuelles avec intervention d'un addictologue ou tabacologue afin de rencontrer et de discuter avec les patientes,
- Des vidéos de prévention diffusées sur les écrans,
- Des affichettes « stop-rayon » avec un message simple, positionnées près des produits concernés (par exemple près des substituts nicotiniques ou des tisanes d'allaitement),
- Des brochures mises à disposition dans les rayons ou près des comptoirs.



Source : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Grossesse-sans-tabac-brochure2>

Figure 18 : Brochure de prévention contre la consommation de tabac au cours de la grossesse

**Des questions ?
Besoin de conseils
ou besoin d'aide ?**

Parlez-en à votre médecin, gynécologue, sage-femme, pharmacien, professionnel de la PMI (Protection Maternelle et Infantile), ou équipes spécialisées.

Vous pouvez aussi appeler Alcool Info Service 7 jours sur 7, ou échanger sur alcool-info-service.fr : chats, forums de discussions, témoignages, adresses utiles, questions-réponses... Obtenez des réponses personnalisées.

ALCOOL-INFO-SERVICE.FR
777 de 8h à 2h. Appel anonyme et non surtaxé 0 980 980 930

○ Vous venez d'apprendre que vous attendez un enfant et le fait d'avoir bu de l'alcool vous inquiète ?

Ne restez pas seule avec vos questions, n'hésitez pas à en parler.

○ Vous êtes enceinte et vous avez des difficultés avec l'alcool ?

Il existe des équipes spécialisées pour vous aider avec bienveillance et sans jugement. Toute période d'abstinence est bonne pour votre bébé, quel que soit le stade de votre grossesse. Vous trouverez les adresses des équipes proches de chez vous avec Alcool Info Service.



Source : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Actualites/2020/Alcool-et-grossesse-sensibiliser-vos-patientes>

Figure 19 : Brochure de prévention contre la consommation d'alcool au cours de la grossesse

Une nouvelle fois, ces dispositifs ont pour but d'interpeller et de favoriser le dialogue entre la patiente et le pharmacien. Cependant, outre ces outils, la patiente doit se sentir suffisamment en confiance pour aborder des sujets délicats. Ainsi, des comptoirs éloignés ou la mise à disposition d'une salle de confidentialité faciliteront ces échanges à l'abri des écoutes extérieures.

Afin d'appuyer le pharmacien dans sa démarche, l'Ordre national des pharmaciens a mis en place une institution appelée Cespharm. Celle-ci met à la disposition de l'officiel des supports informatifs et des outils éducatifs sur de nombreux thèmes de santé. Elle dispose d'un site internet sur lequel sont disponibles des vidéos, des affiches et des brochures destinées au public. Elle propose également sur ce site de la documentation destinée aux pharmaciens afin de mettre à jour leurs connaissances pour une meilleure prise en charge du patient. Ces supports sont accessibles gratuitement ou, dans le cas des brochures, peuvent être commandées directement sur le site internet pour être ensuite distribuées auprès du public. Ainsi, le pharmacien se trouve secondaire dans sa démarche d'action de santé publique et s'assure de transmettre des informations reconnues par les autorités concernées.

IV. En pratique : expérience personnelle

Tout au long de mes études pharmaceutiques, j'ai souhaité travailler en officine pour mettre en pratique mes connaissances théoriques et acquérir une expérience professionnelle.

Mes différents responsables hiérarchiques m'ont permis d'appréhender le métier de pharmacien dans sa globalité, en me confiant notamment la responsabilité de servir la patientèle au comptoir de l'officine.

J'ai ainsi pu découvrir l'importance du rôle d'information, de conseil et de prévention médicale, à l'origine de mon profond intérêt pour la profession de pharmacien. Il m'a été donné l'occasion de rencontrer des femmes enceintes et parfois également des femmes enceintes consommatrices, avec l'envie de leur apporter la meilleure prise en charge que possible.

J'évoque ci-dessous deux expériences personnelles. La première, plus ancienne, au cours de laquelle j'ai été attentive à un échange riche d'enseignement entre le pharmacien titulaire et une femme enceinte consommatrice. Puis une seconde, plus récente, au cours de laquelle j'ai moi-même mené un échange constructif avec une patiente.

Dans le premier cas, il m'a donc été donné l'occasion d'assister à une discussion entre une jeune maman suivie pour un traitement par buprénorphine (TSO) et le pharmacien. Celle-ci était venue discuter de son nourrisson ayant développé un SSNN quelques jours après la naissance. Suivie depuis plusieurs années par le pharmacien, et notamment au cours de sa grossesse, le dialogue était facilité par la relation de confiance développée de longue date. Lorsque la patiente consommatrice ressent qu'il n'y a pas de jugement, l'échange devient simplifié au fur et à mesure des rencontres. Aussi, par son discours approprié, le pharmacien a su pleinement rassurer la patiente. A l'issue de l'échange, celle-ci m'est apparue soulagée d'avoir vu ses craintes dissipées et d'avoir trouvé une écoute attentive auprès du pharmacien.

L'entrevue a été réalisée sans autres patients présents dans l'officine. Dans le cas inverse, le pharmacien aurait proposé à la patiente de pouvoir s'isoler afin de pouvoir discuter plus aisément et en toute discrétion, de façon à conserver une parfaite confidentialité de l'échange.

Lors d'une seconde expérience, j'ai vécu le cas de comptoir n°1, évoqué précédemment. Une jeune femme qui venait d'apprendre sa grossesse s'est présentée au comptoir de l'officine pour une demande de conseil concernant le sevrage tabagique. La patiente était en demande d'information et ouverte à des recommandations. Ainsi, l'échange a pu être mené de manière constructive.

Il m'a été possible d'orienter l'entrevue par des questions cibles et en évaluant le niveau de dépendance de la patiente à partir du test de Fagerström simplifié. Aussi, au fil de l'échange, j'ai senti la patiente rassurée par la prise en charge et l'accompagnement proposé. Etant complètement ouverte à la démarche, cela m'a permis de déterminer le conseil le plus adapté à son besoin.

J'ai apprécié vivre ces deux expériences dans mon parcours professionnel. Il en ressort l'importance de la qualité de la communication, du conseil et de l'accompagnement, fils conducteurs de la relation de confiance à mettre en place entre la patiente consommatrice et le professionnel de santé pour espérer la meilleure issue de la démarche mise en place.

CONCLUSION

Les consommatrices de substances psychoactives appartiennent généralement à une population en rupture avec les normes. Les femmes enceintes sont souvent assimilées à de « mauvaises mères » engendrant une sous-estimation des données recueillies. De ce fait, l'ampleur réelle de l'usage de ces produits au cours de la grossesse est largement inconnue. Il est donc primordial que chaque professionnel de santé soit en mesure d'évoquer le sujet sans tabou et sans préjugé avec ses patientes. Pour cela, il est impératif de se former, de mettre à jour ses connaissances et d'apprendre à aborder ce thème pouvant être délicat. En effet, pour un professionnel de santé, ne pas évoquer le sujet avec une femme enceinte, ou désireuse de le devenir, équivaut à lui laisser penser à tort que sa consommation est anodine. Pour aller plus loin, ne pas informer la patiente des risques existants pourrait être considéré comme une faute professionnelle et faire peser la responsabilité des conséquences sur le praticien.

Il est nécessaire d'intervenir aussi précocement que possible auprès des femmes enceintes consommatrices en offrant une approche de soins adaptée et répondant aux besoins exprimés par la patiente. Cette dernière doit recevoir la même qualité de soins, dans le respect et la dignité, que toute autre femme enceinte au cours de la grossesse mais également après, si un suivi s'avère nécessaire. En effet, les interventions de longue durée ont, à l'heure actuelle, démontré une plus grande efficacité en associant approches relationnelles et cognitivo-comportementales.

Chaque démarche faite par ces patientes pour améliorer leur santé et situation sociale est un pas vers la réussite des soins. Aussi, lorsqu'une consommation à risque est décelée, la prise en charge se doit d'être globale avec une approche médicale, sociale et psychologique. De nombreux intervenants sont impliqués avec pour rôle d'informer, de prévenir, de traiter et d'accompagner les femmes enceintes consommatrices. Bien que les tentatives de réduction ou d'arrêt de la consommation ne soient pas toujours concluantes, la parfaite implication de tous les intervenants est nécessaire pour la bonne efficacité de ces interventions d'aide au sevrage.

La prévention de toutes formes de consommation de substances psychoactives au cours de la grossesse est d'autant plus importante qu'elle concerne deux générations. Elle doit s'accompagner d'une prise de conscience concernant les risques auxquels est exposé un être en devenir. Aussi, la prévention n'est plus uniquement basée sur

la communication, mais elle doit s'appuyer sur l'éducation à la santé et la compréhension des messages transmis. En cela, le pharmacien d'officine possède une place privilégiée de par les nouvelles missions qui lui sont accordées et sa position face aux patients. En effet, grâce à son accessibilité et sa disponibilité, il est plus apte à développer une relation de confiance et un dialogue avec les femmes enceintes consommatrices. Il a donc un rôle pivot entre les différentes professions impliquées et peut être le lien favorisant la transmission d'informations entre toutes.

La coordination et la communication entre tous les praticiens étant généralement deux points faibles de la prise en charge, il serait opportun de développer et de favoriser la collaboration entre les soignants et le pharmacien. Ce dernier pouvant être un référent pour la patiente, les compétences et connaissances de chaque praticien seraient plus largement transmises. Cela favoriserait un suivi plus global de la femme enceinte consommatrice et permettrait de pouvoir appréhender les situations à risque au plus tôt.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 05/07/2019). Syndrome de dépendance, [en ligne]. Disponible sur :
https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
2. Blaise M, Rossé E. Monsieur Drogue. Claude Olievenstein, trente ans d'interventions médiatiques. Psychotropes. 2011 ;17 ;57-82
3. Reynaud M. Comprendre les addictions : l'état de l'art. Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina J. Traité d'addictologie. 2e éd. Paris:Lavoisier;2016.3-28
4. Goodman A. Addiction : definition and implications. British journal of addiction. 1990 ;85 :1403-1408
5. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. 10^e éd. Paris :Masson ;1993
6. Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 20/09/20). ICD-11 for mortality and morbidity statistics, [en ligne]. Disponible sur :
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
7. American Psychiatric Association. DSM-V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^e éd. Paris :Masson ;2015
8. Peyret E. Addictions chez la femme enceinte. La Revue du Praticien. 2010 ;24(842) :419-425
9. Levasseur F. Le rôle du pharmacien dans la prise en charge des femmes sous traitements de substitution aux opiacés. [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en pharmacie]. Rouen : UFR de médecin et de pharmacie de Rouen ;2012
10. Rozaire C, Guillou Landreat M, Grall-Bronnec M, Rocher B, Vénisse JL. Qu'est-ce que l'addiction ?. Archives de politique criminelle. 2009 ;31 ;9-23
11. Haute autorité de santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. [Argumentaire]. 2009

12. Doret M, Gaucherand P. Comment dépister une grossesse à risque ? La Revue du Praticien. 2009 ;59 :1405-1422
13. Collot V. UES 6-4 : Pharmacognosie, alcaloïdes. [Cours magistral n°10]. 2017
14. Grenet A. Grossesse et addiction : enquête autour de 43 femmes enceintes suivies au CHU de Limoges [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en médecine]. Limoges : Université de Limoges faculté de médecine ;2012
15. Coulm B, Bonnet C, Blondel B, et al (Membres de l'INSERM et la DREES). Paris : Enquête nationale périnatale ;2017. Rapport 2016
16. Grangé G, Guibert J. Tabagisme et grossesse. La Revue du Praticien. 2012 ;62 :344-346
17. Encyclopédie universalis. (page consultée le 12/10/20). Hypoxie et anoxie, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hypoxie-et-anoxie/>
18. Baromètre santé 2017 : alcool et tabac. Paris :Santé publique France,2017.
19. Grangé G, Berlin I. Sevrage tabagique chez la femme enceinte. La Revue du Praticien. 2015 ;65 :950-952
20. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris :Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes,2014.
21. Légifrance République Française. (page consultée le 12/10/20). Arrêté du 24 février 2015 modifiant l'arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac et insérant un pictogramme destiné aux femmes enceintes, [arrêté en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030289872/2020-10-12/>
22. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris :Ministère des solidarités et de la santé. Ministère de l'action et des comptes publics,2018.

23. Lançon C. Tabagisme durant grossesse : Un facteur de risque pour les addictions et les troubles psychiatriques ? La Presse Médicale. 2013 ;42(12) :1562-1564
24. Manuel MSD pour professionnels de la santé. (page consultée le 12/10/2020). Glaire cervicale anormale, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/infertilit%C3%A9/glaire-cervicale-anormale>
25. CHU de Nimes. (page consultée le 12/10/2020). Tabagisme chez la femme enceinte : le CHU peut vous aider !, [en ligne]. Disponible sur : [http://www.chu-nimes.fr/prevention/tabagisme-chez-la-femme-enceinte.html#:~:text=A%20partir%20de%2020%20cigarettes,jour\)%20augment%20aussi%20le%20risque](http://www.chu-nimes.fr/prevention/tabagisme-chez-la-femme-enceinte.html#:~:text=A%20partir%20de%2020%20cigarettes,jour)%20augment%20aussi%20le%20risque).
26. Asmar J, Picone O. Prévention des risques foetaux. La Revue du Praticien. 2015 ;65 :875-883
27. Lechevrel M. UES 3-15 : Accompagnement de la personne dépendante, grossesse et addictions [Cours magistral n°2]. 2018
28. Ferreira C. États des lieux des modalités de dépistage et d'orientation des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France [Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femmes]. Amiens : École de sage-femmes d'Amiens ;2016
29. Revy E-L. La prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte par les médecins généralistes Maîtres de Stage Universitaires de l'Université Claude Bernard Lyon 1 [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ;2016
30. Manuel MSD pour professionnels de la santé. (page consultée le 21/10/2020). Syndrome de mort subite du nourrisson, [en ligne]. Disponible sur : https://www.msdmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/maladies-diverses-du-nourrisson-et-de-enfant/syndrome-de-mort-subite-du-nourrisson#v1095689_fr%20https://www.msdmanuals.com/fr/professional/p%C3

31. Bonnet N, Chihaoui T, Chardronnet E, Thébaud L, Baraud M. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. 1^{ère} ed. Paris :Respadd ;2013.
32. Lamy S, Delavene H, Thibaut F. Grossesse et consommation de drogues et d'alcool. La Revue du Praticien. 2014 ;64 :317-320
33. Froehlich TE, Lanphaer BP, Auinger P et al. Association of tobacco and lead exposures with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2009 ;35 :132
34. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Paris :OMS ;2004
35. Prevost V. UES 3-16 : Nutrition, allaitement maternel. [Cours magistral n°10]. 2018
36. Organisation mondiale de la santé. (page consultée le 25/10/2020). 10 faits sur l'allaitement maternel, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>
37. Ameli. (page consultée le 01/11/2020). Alcool : définition et repères de consommation, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/definition-reperes-consommation>
38. Lherault S, Chauleur C. Alcool et grossesse. La Revue du Praticien. 2014 ;64 :1353-1358
39. Toutain S. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2009 ;10-11 :100-102
40. De Angelis C, Nardone A, Garifalos F, et al. Smoke, alcohol and drug addiction and female fertility. Reprod Biol Endocrinol. 2020 Mar 12 ;18(1).

41. Sansone A, Di Dato C, de Angelis C, et al. Smoke, alcohol and drug addiction and male fertility. *Reprod Biol Endocrinol*. 2018 Jan 15 ;16(1)
42. Haute Autorité de Santé. Troubles causés par l'alcoolisation foétale : repérage [Fiche mémo]. 2013
43. Anglade C, Bicheron F, Bloch J, et al. Alcool et grossesse, parlons-en Guide à l'usage des professionnels. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ;2011.
44. Vidal. (page consultée le 20/09/20). Le site de référence des professionnels de santé, [en ligne]. <https://www.vidal.fr/>
45. Lucet C, Ferrand C, Laqueille X. Règles de prescription de la méthadone. *La Revue du Praticien*. 2019;69:355-358.
46. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 20/09/20). Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, [publication en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution
47. CRAT. (page consultée le 10/02/2021). Le centre de référence sur les agents tératogènes, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.lecrat.fr/sommaireFR.php>
48. Virot M. Prise en charge des femmes enceintes sous traitement substitutif. Comparaison entre deux maternités : le FEH du CHU de Caen et la maternité d'Arnaud de Villeneuve de Montpellier [Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femmes]. Caen : Ecole de Sages-Femmes de Caen;2012
49. Kaltenbach K, Finnegan LP. Neonatal abstinence syndrome, pharmacotherapy and developmental outcome. *Neurobehav Toxicol Teratol*. 1986 Jul-Aug;8(4)
50. Lipsitz PJ. A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants. A pragmatic evaluation of its efficacy. *Clin Pediatr (Phila)*. 1975 Jun;14(6)

51. Abdel-Latif ME, Pinner J, Clews S, Cooke F, Lui K, Oei J. Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics*. 2006;117(6)
52. Benoist G. 06 - S1 - 2 : Optimisation de la prise en charge du patient à l'officine II, module périnatalité. [Cours magistral n°1]. 2019
53. L'assurance maladie. (page consultée le 01/02/2021). Grossesse : première consultation et suivi mensuel, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/consultation-suivi-mensuel>
54. Manuel MSD pour professionnels de la santé. (page consultée le 01/02/2021). Physiologie de grossesse, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/physiologie-de-grossesse#:~:text=Une%20grossesse%20entra%C3%A9ne%20des%20modifications,lors%20d'une%20grossesse%20monof%C5%93tale.>
55. Légifrance République française. (page consultée le 29/11/2020). Code de la santé publique, [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021940301/
56. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (page consultée le 12/07/19). Accueil, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/>
57. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. (page consultée le 16/11/20). CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 Février 2008, [circulaire en ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf
58. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. (page consultée le 16/11/20). CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008, [circulaire en ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf

59. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Paris :Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie,2013.
60. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Paris :Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives,2018.
61. Direction générale de la Santé. (page consultée le 16/11/20). Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007, [circulaire en ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060139.htm>
62. Coutel F. Le rôle du pharmacien dans la prise en charge des femmes sous traitements de substitution aux opiacés [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en pharmacie]. Rouen : UFR de médecine-pharmacie de Rouen ;2012
63. Agence régionale de santé Normandie. (page consultée le 16/11/20). Arrêté du 27 Octobre 2016 relatif à la délimitation des territoires de démocratie sanitaire de la région Normandie, [arrêté en ligne]. Disponible sur : https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Arrete_27_10_2016-VCN-Delimitation_TDS_de_Normandie.pdf
64. Schéma régional de santé 2018-2023. Agence régionale de santé Normandie, 2018.
65. Réseau de périnatalité Calvados-Manche-Orne. (page consultée le 26/06/19). Présentation des réseaux de périnatalité de Normandie, [présentation PDF en ligne]. Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2017-08/7.Pr%C3%A9sentation%20r%C3%A9seau%20de%20p%C3%A9rinatalit%C3%A9%20BN.pdf>
66. Morel A. Actions des structures médico-sociales spécialisées en addictologie. Le concours médical. 2010 ;132(1) :14-15
67. De la Haye Saint Hilaire S. Prévention des addictions aux substances psychoactives à l'officine [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en pharmacie]. Limoges : Université de Limoges, Faculté de pharmacie ;2012

68. Légifrance République française. (page consultée le 13/12/2020). Code de la santé publique, [en ligne]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000022054731/2010-04-01/>
69. Légifrance République française. (page consultée le 13/12/2020). Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, [en ligne]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002433632
70. Légifrance République française. (page consultée le 13/12/2020). Décret n°2005)1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD et modifiant le code de la santé publique, [en ligne]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000265437/>
71. Ministère du travail et des affaires sociales. (page consultée le 13/12/2020). Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n°2000-460 du 8 septembre 2000, [en ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-38/a0382676.htm>
72. Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie. Paris :Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.
73. Alcohol brief interventions antenatal professional pack. Scotland:NHS Health Scotland;2017.
74. Ordre national des pharmaciens. (page consultée le 27/11/20). Cartes départementales – Officine, [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Donnees-departementales#>
75. Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 27/11/20). Professionnels de santé au 1^{er} Janvier 2018, [en ligne]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016
76. Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. Addiction in pregnancy. J Addict Dis. 2010;29(2):175-191.

77. Légifrance République Française. (page consultée le 01/03/21). Code de la santé publique, [en ligne]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/2021-03-01/
78. Ordre national des pharmaciens. Le code de déontologie commenté, [Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens]. 2013
79. Ordre national des pharmaciens. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, [arrêté]. 2016
80. Coscas S, Karila L. Conduites addictives chez la femme enceinte. La Revue du Praticien. 2012;26(891):834-835

ANNEXES

Annexe 1 : Critères d'évaluation de l'addiction (DSM-5)

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit.
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par l'effet du produit.
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage du produit caractérisé,
 - b. Le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Présence de 2 à 3 critères : Addiction LÉGÈRE

Présence de 4 à 5 critères : Addiction MODÉRÉE

Présence de 6 critères ou plus : Addiction SÉVÈRE

Annexe 2 : Critères de diagnostics du SAF et de l'ETCAF (selon les lignes directrices canadiennes) (43)

Les critères de diagnostic du SAF, après avoir exclu d'autres diagnostics, sont les suivants :

1. Un retard de croissance prénatal ou postnatal, dans au moins un des aspects suivants :

- Poids ou taille à la naissance égal(e) ou inférieur(e) au 10e percentile pour l'âge fœtal ;
- Taille ou poids égal(e) ou inférieur(e) au 10e percentile pour l'âge ;
- Rapport poids-taille trop faible (égal ou inférieur au 10e percentile).

2. Une dysmorphie faciale avec présence simultanée, à n'importe quel âge, des trois anomalies faciales suivantes :

- Des fentes palpébrales étroites ;
- Un philtrum (espace naso-labial) lisse ou aplati ;
- Une lèvre supérieure mince.

3. Une atteinte du système nerveux central avec au moins trois des troubles suivants :

- Des troubles neurologiques légers et profonds retrouvés à l'examen neurosensoriel approfondi (réalisé par un pédiatre, neurologue, ergothérapeute...) ;
- Une microcéphalie par diminution de taille des hémisphères cérébraux ou des malformations cérébrales détectées par l'imagerie cérébrale ;
- Une déficience mentale avec QI inférieur à 70 ;
- Des difficultés dans les apprentissages scolaires nécessitant souvent un enseignement adapté ;
- Un trouble de la communication tant sur les versants expressifs que sur la compréhension des questions longues, abstraites et complexes ;
- Une déficience des fonctions exécutives ;
- Un trouble de la mémoire ;
- Un trouble de l'attention ;
- Un trouble des facultés d'adaptation et des conduites sociales qui ne peut être expliqué uniquement par les antécédents familiaux ou par l'environnement.

4. Exposition prénatale à l'alcool confirmée.

Les critères de diagnostic du syndrome d'alcoolisation fœtale partiel, après avoir exclu d'autres diagnostics, sont les suivants :

- 1. Une exposition prénatale à l'alcool confirmée ou très probable.**
- 2. Présence simultanée, à n'importe quel âge, de deux anomalies faciales suivantes :**
 - a. Des fentes palpébrales étroites ;
 - b. Un philtrum (espace naso-labial) lisse ou aplati ;
 - c. Une lèvre supérieure mince.
- 3. Preuve de déficience dans trois des domaines du système nerveux central ou plus,** notamment : les troubles neurologiques légers et profonds ; la structure du cerveau ; la cognition, la communication ; le rendement scolaire ; la mémoire ; le fonctionnement exécutif et le raisonnement abstrait ; la déficience de l'attention et hyperactivité ; le comportement adaptatif, les compétences sociales, la communication sociale.

Les critères de diagnostic des troubles neurologiques du développement liés à l'alcool, après avoir exclu d'autres diagnostics, sont les suivants :

- 1. Preuve de déficiences dans trois ou plus des domaines du système nerveux central :** les troubles neurologiques légers et profonds ; la structure du cerveau ; la cognition ; la communication ; le rendement scolaire ; la mémoire ; le fonctionnement exécutif et le raisonnement abstrait ; la déficience de l'attention et hyperactivité ; le comportement adaptatif, les compétences sociales, la communication sociale.
- 2. Exposition de la mère à l'alcool confirmée.**

Annexe 3 : Score de Finnegan

Signes et symptômes		Score	...h	...h
Troubles neurologiques	Cri aigu excessif	2		
	Cri aigu continu	3		
	Sommeil calme pendant moins d'1h après le biberon	3		
	Sommeil calme pendant moins de 2h après le biberon	2		
	Sommeil calme pendant moins de 3h après le biberon	1		
	Réflexe de Moro exagéré	2		
	Réflexe de Moro hyperactif	3		
	Trémulations faibles provoquées	1		
	Trémulations sévères provoquées	2		
	Trémulations légères non provoquées	3		
	Trémulations sévères non provoquées	4		
	Tonicité musculaire augmentée	2		
	Excoriations (préciser la zone)	1		
Mouvements myocloniques	3			
Convulsions généralisées	5			
Troubles métaboliques, vasomoteurs, respiratoires	Transpiration	1		
	37,2°C < Température < 38,2°C	1		
	Température > 38,2°C	2		
	Bâillements fréquents (> de 3 à 4 par épisodes)	1		
	Marbrures	1		
	Encombrement nasal	1		
	Éternuements (> de 3 à 4 par épisodes)	1		
	Battement des ailes du nez	2		
Rythme respiratoire > 60/min	1			
Rythme respiratoire > 60/min avec tirage	2			
Troubles gastro-intestinaux	Succion excessive	1		
	Difficultés d'alimentation	2		
	Régurgitations	2		
	Vomissements en jet	3		
	Selles molles	2		
Selles liquides	3			
SCORE TOTAL				

Interprétation du score :

Mise en place d'un traitement médicamenteux si

- 3 scores consécutifs sont supérieurs ou égaux à 8,
- La moyenne de 3 scores consécutifs est supérieure ou égale à 8,
- 2 scores consécutifs sont supérieurs ou égaux à 12,
- La moyenne de 2 scores consécutifs est supérieure ou égale à 12.

Augmentation de posologie nécessaire si

- 3 scores consécutifs sont supérieurs ou égaux à 8,
- La moyenne de 3 scores consécutifs est supérieure ou égale à 8.

→ Cependant, si les scores restent inférieurs à 8 pendant 72 heures, une diminution de posologie de 10% toutes les 24 heures peut être débutée.

Annexe 4 : Score de Lipsitz

Score				
Signes :	0	1	2	3
Trémulations	Absentes	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)	Aucune	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	Aucune	Rougeurs des genoux et coudes	Érosions	
Fréquence respiratoire/minute	< 55	55 – 75	> 75	
Éternuements répétés	Non	Oui		
Bâillements répétés	Non	Oui		
Vomissements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

Interprétation du score :

Score > 4 : présence d'un SSNN et nécessité de mettre en place un traitement

Annexe 5 : Score d'Ostrea

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

Annexe 6 : Test de Fagerström

1. **Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?**
 - a. Dans les 5 minutes → 3
 - b. 6 à 30 minutes → 2
 - c. 31 à 60 minutes → 1
 - d. Plus de 60 minutes → 0
2. **Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (Exemple : cinémas, bibliothèques)**
 - a. Oui → 1
 - b. Non → 0
3. **À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?**
 - a. À la première de la journée → 1
 - b. À une autre → 0
4. **Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?**
 - a. 10 ou moins → 0
 - b. 11 à 20 → 1
 - c. 21 à 30 → 2
 - d. 31 ou plus → 3
5. **Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?**
 - a. Oui → 1
 - b. Non → 0
6. **Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?**
 - a. Oui → 1
 - b. Non → 0

Interprétation du score :

- Entre 0 et 2 : pas de dépendance,
- Entre 3 et 4 : dépendance faible,
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne,
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Annexe 7 : Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- a. 10 ou moins → 0
- b. 11 à 20 → 1
- c. 21 à 30 → 2
- d. 31 ou plus → 3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- a. Moins de 5 minutes → 3
- b. 6 à 30 minutes → 2
- c. 31 à 60 minutes → 1
- d. Après plus d'1 heure → 0

Interprétation du score :

- 0-1 : pas de dépendance,
- 2-3 : dépendance modérée,
- 4-5-6 : dépendance forte.

Annexe 8 : T-ACE

T : TOLÉRANCE – Combien de verres d'alcool consommez-vous avant d'en ressentir l'effet ?

A : AGACEMENT – Vous est-il arrivé d'être agacée quand quelqu'un vous a dit que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ?

C : CESSATION – Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation ?

E : ÉVEIL – Vous arrive-t-il de boire au réveil pour vous aider à démarrer ou pour vous remettre des conséquences d'une soirée trop arrosée ?

Interprétation du score :

- T : 1 point si la réponse est 1 ou 2 verres ; 2 points s'il faut plus de 2 verres pour que la patiente atteigne un état « euphorique »
- A, C, E : 1 point pour chaque réponse « oui »

→ Un total de 2 points ou plus indique que la femme a probablement un problème d'alcool. Une évaluation approfondie est nécessaire.

Annexe 9 : le FACE

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois tandis que les trois dernières questions sont à prendre en compte sur l'ensemble de votre vie.

QUESTIONS	POINTS				
	0	1	2	3	4
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou plus
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Non				Oui
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non				Oui
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non				Oui

Interprétation du score :

- Score inférieur à 4 : risque faible ou nul
- Score entre 4 et 8 : consommation excessive d'alcool probable
- Score supérieur à 8 : alcoolo-dépendance probable

→ Si le score se trouve supérieur ou égal à 4, une évaluation approfondie est nécessaire.

Annexe 10 : l'AUDIT

Les dix questions qui suivent concernent les douze mois qui précèdent votre grossesse.

Ce que nous nommons un verre standard représente une de ces boissons :



QUESTIONS	POINTS				
	0	1	2	3	4
AVANT VOTRE GROSSESSE :					
1. À quelle fréquence consommiez-vous des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
Si vous ne consommez pas d'alcool, passez directement à la question 9.					
2. Combien de verre standard consommiez-vous un jour typique où vous buviez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrivait-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
4. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente, parce que vous aviez bu ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
5. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous ressenti un sentiment de culpabilité ou de regret d'avoir bu ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
6. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé à consommer de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
7. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous bu de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine

8. Dans les douze derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu faire ce que normalement vous auriez dû faire, parce que vous aviez bu ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Jamais		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois
10. Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	Jamais		Oui, mais pas dans les douze derniers mois		Oui, au cours des douze derniers mois

Les trois questions qui suivent portent sur votre consommation depuis l'annonce de votre grossesse (depuis que vous savez que vous êtes enceinte).

QUESTIONS	PROPOSITIONS				
DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE GROSSESSE :					
11. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
12. Combien de verres standards buvez-vous ordinairement un jour où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
13. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine

Interprétation du score :

Risque de consommation d'alcool chez la mère : questions 1 à 10

- Score inférieur à 6 : risque nul ou faible ;
- Score entre 6 et 12 : consommation à risque ou à problème, sans dépendance ;
- Score supérieur à 12 : dépendance.

Risque fœtal : questions 11 à 13

- Il n'est pas utile de calculer de score pour déterminer le risque fœtal, les conseils pouvant s'adapter directement aux réponses de la femme.

Annexe 11 : l'AUDIT-C

Version raccourcie du questionnaire de l'AUDIT : il ne comprend que les trois premières questions de l'AUDIT qui correspondent aux questions sur la consommation.

QUESTIONS	POINTS				
	0	1	2	3	4
AVANT VOTRE GROSSESSE :					
1. À quelle fréquence consommiez-vous des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verre standard consommiez-vous un jour typique où vous buviez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrivait-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine

Interprétation du score :

- Score inférieur à 3 : risque nul ou faible ;
- Score égal à 3 : consommation à risque pour la santé ;
- Score supérieur ou égal 4 : alcool-dépendance.



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

U.F.R. Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

TITRE

GROSSESSE ET ADDICTIONS : UNE PRISE EN CHARGE COMPLEXE

Résumé

La consommation de substances psychoactives au cours de la grossesse est un problème de santé publique. Souvent considéré comme étant tabou, nombreux sont les professionnels de santé à ne pas évoquer le sujet lors de consultations médicales. Or, laisser penser à tort, à une femme enceinte, que sa consommation de substances psychoactives est anodine pourrait être jugé comme étant une faute professionnelle. La prise en charge et la prévention sont d'autant plus importantes qu'elles concernent deux générations. Ainsi, le suivi se doit d'être global avec une prise en charge à la fois médicale, psychologique et sociale. Dans ce contexte d'interventions pluridisciplinaires, le pharmacien possède une place privilégiée de par son accessibilité auprès des patientes et des nouvelles missions qui lui sont accordées par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009. Pouvant être un référent pour la patiente, il a un rôle pivot entre les différentes professions impliquées en favorisant la transmission d'informations entre toutes.

TITLE

PREGNANCY AND DRUG ADDICTION : COMPLICATED CARE

Summary

The use of psychoactive substances during pregnancy is a public health issue. Often considered as a taboo subject, many health professionals prefer to don't talk about it during medical consultations. However, suggesting to pregnant women that their consumption is harmless might be regarded as a professional mistake. Care and prevention are all the more important because it affects two generations. Considering this, the monitoring has to be global with medical, psychological and social care. In this context of multidisciplinary interventions, the pharmacist has a special position thanks to his accessibility to patients and his new missions assigned in 2009 by the French law "Hospital, Patients, Health and Territories". As he can be a consultant for the patient, the pharmacist has a key role by passing the information to all professions involved.

Mots-clés

Grossesse, addiction, substance psychoactive, tabac, alcool, traitement substitutif aux opiacés,
sevrage, prévention