

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

\*\*\*\*\*

ANNEE 2012

THESE N°

GROSSESSE ET ADDICTION : ENQUETE AUTOUR DE 43 FEMMES  
ENCEINTES SUIVIES AU CHU DE LIMOGES

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 8 octobre 2012

par

**Antoine GRENET**

né le 1<sup>er</sup> novembre 1979, à Guéret

Examineurs de la thèse

M. le Professeur AUBARD ..... Président  
M. le Professeur CLEMENT ..... Juge  
M. le Professeur MELLONI ..... Juge  
M. le Docteur VILLEGGER ..... Juge

## UNIVERSITE DE LIMOGES

### FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Marc LASKAR  
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU  
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :**

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (CS)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
BONNAUD François	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (CS)	DERMATOLOGIE - VENERELOGIE
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE

CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (SUR. 31.08.2014)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe (CS)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (CS)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (CS)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (SUR. 31.08.2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEISS Pierre (SUR. 31.08.2013)	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE et BILOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain (CS)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (CS)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anna (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE

MABIT Christian (CS)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine (CS)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (CS)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (CS)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (SUR. 31.08.2013)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (CS)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (SUR.31.08.2014)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VIDAL Elisabeth (CS)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION

VIROT Patrice (CS)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (CS)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (CS)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

AMENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FUZIER Régis	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MARIN Benoit	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDEMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VINCENT François	PHYSIOLOGIE

## **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

## **P.R.A.G**

GAUTHIER Sylvie

ANGLAIS

## **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

## **MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE A MI-TEMPS**

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

# REMERCIEMENTS

A mon Président de jury, Monsieur le Professeur Yves AUBARD

*Professeur des universités, Gynécologue Obstétricien, Chirurgien des Hôpitaux et Chef de service.*

Trouvez dans ce travail l'expression de mes respectueux sentiments.

A mon Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Pierre VILLEGGER

*Psychiatre, Addictologue, Président du réseau de santé ville-hôpital en limousin ADDICTLIM.*

Vous avez suivi avec attention l'élaboration de ce travail. Je vous remercie pour vos précieux conseils et pour la disponibilité dont vous avez fait preuve. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Boris MELLONI

*Professeur des universités, Pneumologue, Médecin des hôpitaux et Chef de service.*

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, soyez assuré de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean Pierre CLEMENT

*Professeur des universités, Psychiatrie d'adultes, Psychiatre des hôpitaux et Chef de service.*

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, soyez assuré de ma sincère gratitude.

A mes parents, pour m'avoir aidé et soutenu durant toutes ces années, ce travail vous est dédié,

A mes grands parents,

A Juliette, qui m'a aidé et soutenu durant toutes ces années, la femme qui partage ma vie, et grâce à qui j'ai réalisé tout cela, ce travail t'est dédié, merci pour tout,

A Anna ma fille et au prochain,

A ma sœur Sabine, Fifi (merci pour l'anglais), Paul et Côme,

A ma marraine,

A Pierre pour les relectures,

A mes amis,

Je remercie Madame Chantal BARRIERE Sage Femme et Madame Nadine LEYCURAC pour l'aide qu'elles m'ont apporté à travers leurs connaissances et la réalisation de mes questionnaires,

Je remercie André NGUYEN pour son aide informatique.



# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1. DEFINITION DES ADDICTIONS :
  - 1.1 Selon A. Goodman en 1990 :
  - 1.2 Selon L'OMS :
  - 1.3 Selon le DSM IV-TR :
2. NOTION DE DEPENDANCE PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET DE TOLERANCE :
3. LES SUBSTANCES ADDICTOGENES :
4. PRESENTATION DES DIFFERENTES SUBSTANCES :
  - 4.1 Les benzodiazépines :
  - 4.2 L'alcool :
  - 4.3 L'héroïne :
  - 4.4 Les morphinomimétiques :
  - 4.5 La méthadone :
  - 4.6 La buprénorphine :
  - 4.7 La cocaïne :
  - 4.8 Cannabis :
  - 4.9 Le tabac :
5. GROSSESSE ET ADDICTIONS :
  - 5.1 Les dépendances aux substances psychoactives :
  - 5.2 Les risques obstétricaux:
  - 5.3 Effets sur le fœtus et le nouveau-né :
  - 5.4 Le syndrome de sevrage :
  - 5.5 Traitement du syndrome de sevrage néonatal :
  - 5.6 Place de la substitution :
  - 5.7 Substitution et grossesse :

## DEUXIEME PARTIE

### 1. ETUDE AU POLE MERE ENFANT DU CHU DE LIMOGES :

1.1 Le questionnaire utilisé :

1.2 Recueil des données :

1.3 Les résultats :

1.4 Caractéristiques croisées de différentes variables:

### 2. DISCUSSION :

## CONCLUSION

## ANNEXES

## BIBLIOGRAPHIE

## LISTE DES ABREVIATIONS

## TABLE DES MATIERES

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

## TABLE DES TABLEAUX

# INTRODUCTION

Beaucoup d'études montrent que les femmes, plus souvent que les hommes consomment pour faire face à des traumatismes survenus dans l'enfance tels que des agressions sexuelles ou d'autres formes de maltraitements (1). De ce fait, un début de consommation a souvent été instauré pour surmonter des problèmes émotionnels et relationnels. Les événements de l'enfance sont aujourd'hui décrits comme jouant un rôle majeur dans la santé en général et les conduites addictives.

La question des grossesses des femmes toxicomanes soulève de nombreuses questions, du fait de la mise en danger de l'enfant que représente la consommation de drogues ou d'autres substances toxiques telles que l'alcool. La littérature fait état des lois et des conflits entre les droits des femmes et les droits des fœtus (2, 3). Les polémiques ont mené au mythe de la mauvaise mère et à l'idée de « punition » (4). Les études réalisées à la fin du siècle dernier montraient que la majorité des femmes ne gardait pas leurs enfants à distance de la naissance, voire ne ressortait parfois pas avec leur bébé de la maternité. Le suivi de cohortes de nouveau-nés de mères toxicomanes avant les années 1995 a permis au personnel d'obstétrique et de pédiatrie de mettre en évidence le mauvais pronostic à moyen terme pour ces enfants. Ainsi, une cohorte de 59 enfants suivis avec un recul de 1 à 7 ans a montré 34% de prématurés, 56% d'hypotrophie fœtale, 5% de décès infantile. A peine une moitié d'enfants n'avait pas été séparée de leur mère dans cette étude (5). La séparation de la mère toxicomane et de l'enfant a été décrite comme quasi systématique jusque dans les années 90 (6).

Le regard a changé en considérant la femme toxicomane non pas en tant que simple toxicomane, mais en tant que personne souffrant d'une pathologie, ici l'addiction. En ce sens, on a pu alors considérer qu'en portant le regard sur

la femme en tant que personne malade, il était possible de la considérer en tant que mère à part entière si on arrivait à stabiliser les symptômes de sa pathologie. Le corps médical considérant alors la femme toxicomane enceinte non plus alors comme simple toxicomane, mais en tant que simple femme enceinte, a permis un élargissement de la vision, une prise en charge pluridisciplinaire aboutissant à de meilleurs résultats pour la mère et l'enfant. Les études réalisées au début des années 2000 ont montré qu'un changement global de regard envers les femmes toxicomanes améliorerait très sensiblement le pronostic prénatal grâce à un travail pluridisciplinaire (7).

L'amélioration des modalités de prise en charge des femmes substituées et de leur enfant s'est accompagnée d'une augmentation très nette du pourcentage d'enfant pris en charge par leur mère à la sortie de la maternité.

Trois principes ont été proposés comme devant être à la base de la prise en charge des femmes enceintes (8). Tout d'abord, la grossesse d'une femme toxicomane doit être considérée comme une grossesse à risque, sans faire référence au caractère illicite des consommations. Deuxièmement, tout doit être fait pour que le suivi de la grossesse puisse débuter le plus tôt possible. Enfin, la dépendance doit être prise en charge médicalement, c'est à dire qu'un traitement de substitution doit être proposé aux femmes, la substitution présentant moins de risques pour le fœtus que la poursuite de l'usage de drogues ou que le sevrage de tout produit.

Vis-à-vis de la mère, il convient de remplacer l'attitude fréquemment répressive par une attitude de soutien et d'accompagnement pendant la grossesse, sans faire du sevrage rapide une exigence, et de développer les programmes de substitution.

Vis-à-vis de l'enfant, la seule notion de toxicomanie maternelle ne doit pas être une indication de placement a priori.

La création d'une unité de prise en charge de la femme enceinte au CHU de Limoges a été rendue nécessaire au début des années 2000 par le manque de

connaissance dans le domaine de l'addiction de la part de nombreux professionnels de santé. Le manque de coordination entre les structures privées et publiques rendant difficile cette prise en charge pluridisciplinaire.

Après une première partie consacrée à un rappel sur les différentes substances addictogènes et sur leur impact concernant la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né, il sera présenté une étude réalisée sur 43 cas de femmes enceintes suivies au CHU de Limoges.

# PREMIERE PARTIE

## 1. DEFINITION DES ADDICTIONS :

Le terme d'addiction désigne un processus dans lequel un comportement chargé de soulager un mal-être finit par devenir incontrôlable et se maintient malgré ses conséquences. Les conduites regroupées sous le terme d' « addictions » qui consistent à consommer un produit ou un autre ne se limitent pas à des produits dangereux pour la santé. Il existe en effet de multiples comportements qui s'apparentent par leurs caractéristiques aux toxicomanies. La notion de dépendance a été incluse au concept d'addiction du fait de la force du lien qui existe entre la personne addictive et l'objet de la conduite.

### 1.1 Selon A. Goodman en 1990 :

On y retrouve les caractéristiques suivantes :

- sensation croissante de tension précédant le comportement ;
- impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportements ;
- plaisir ou soulagement pendant sa durée ;
- présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
  - préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation ;

- intensité et durée des passages à l'acte plus important que souhaitées ;
- tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ;
- temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre ;
- survenue fréquente de l'épisode comportemental ;
- activités sociales, professionnelles ou récréatives sacrifiées du fait du comportement ;
- perpétuation du comportement, bien que l'intéressé sache qu'il cause ou aggrave un problème récurrent ou persistant, d'ordre social, financier, physique ou psychologique ;
- Tolérance marquée (besoin d'augmenter les doses ou la fréquence afin d'obtenir l'effet désiré) ;
- agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement (9).

## 1.2 Selon L'OMS :

« La conduite addictive peut être ainsi décrite comme la recherche d'un apport externe dont le sujet a besoin pour son équilibre et qu'il ne peut pas trouver au niveau de ses ressources internes » (10). L'intéressé éprouve la nécessité d'y recourir de manière impulsive et non contrôlable et ce de manière à rétablir son homéostasie interne. Le sujet à conscience du caractère nuisible de son comportement.

« C'est une des caractéristiques du comportement d'addiction que de posséder ce double versant d'impulsions difficiles à contrôler mais aussi de lutte plus ou moins compulsive contre ces impulsions avec la conscience du caractère néfaste de ce comportement » (11). En fait, « les deux phénomènes caractéristiques de l'addiction sont la répétition et l'impossibilité de renoncer au comportement » (12).

Les conduites addictives permettent souvent de surmonter les conflits internes. Le recours à de telles conduites aurait « une fonction d'évitement de situations anxiogènes, en substituant à l'incertitude des relations humaines le déroulement d'une séquence comportementale maintes fois vécue » (13).

« L'expérience addictive, véritable réponse à un problème posé, a pour propriété de créer des sensations prévisibles et étayantes, d'organiser, de structurer, remplir le temps du sujet (le reste de la journée est sans forme), de produire en gratification régulière et représentable. L'addiction aide le sujet à se sentir accepté, voire meilleur par lui-même, du moins dans un premier temps car cette reconstitution de l'estime de soi est particulièrement illusoire et transitoire ; elle fournit un sentiment artificiel de valeur de soi, de pouvoir, de contrôle omnipotent, de sécurité, d'intimité, de réalisation de son être. L'addiction amenuise les humeurs négatives (anxiété, dépression), suspend temporairement la douleur et les sensations déplaisantes, devient le centre d'intérêt (*focus*) primordial et absorbe toute l'attention » (14). Les conduites addictives retentissent également sur l'entourage. Elles se manifestent souvent comme « un discours corporel et comportemental qui exprime la souffrance en même temps qu'il accuse l'environnement de façon particulièrement efficace » (15). Une verbalisation du malaise plutôt qu'en actes aurait un moindre effet sur l'entourage, les proches auraient tôt fait de déceler. L'addiction peut avoir pour but une déstabilisation de l'entourage afin de faire ressentir un malaise. L'entourage peut ainsi répondre par des contre-comportements défensifs qui consolident ainsi malgré eux le succès de l'opération inconsciente qui les visaient.



### 1.3 Selon le DSM IV-TR :

La DSM IV TR a défini la dépendance chez le sujet addictif comme étant l'utilisation inappropriée d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois ou plus des modifications suivantes survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

- tolérance, définie par :
  - besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir un intoxication ou l'effet de désir ;
  - effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance ;
- Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
  - la même substance est prise afin d'éviter ou de soulager les symptômes de sevrage ;
- la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait prévu ;
- désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- temps considérable passé ou nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de cette substance ;

- poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

## 2. NOTION DE DEPENDANCE PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET DE TOLERANCE :

On distingue classiquement deux types de dépendances qui sont la dépendance physique et la dépendance psychique.

Dans la dépendance physique, l'organisme assimile à son propre fonctionnement la présence d'un produit. Des troubles physiques se développent en l'absence de celui ci, l'ensemble de ces troubles constituant ce qu'on appelle le syndrome de sevrage. La dépendance physique résulte des mécanismes d'adaptation de l'organisme à une consommation prolongée et peut s'accompagner d'une accoutumance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter les doses pour éprouver un même effet.

La dépendance psychique se subdivise en deux sous-groupes avec une dépendance psychologique consistant en un désir insistant et persistant de consommer qui peut parfois se traduire par des manifestations psychosomatiques (véritables douleurs physiques sans cause physiologique), et une dépendance comportementale correspondant à des stimulations générées par les habitudes ou l'environnement, facteur de rechute.

La dépendance physique liée à la caractéristique du produit et à une prédisposition modifie l'homéostasie de l'organisme et induit des manifestations lors de son sevrage (exemple du delirium tremens chez les grands alcooliques) (16).

La tolérance est définie par la nécessité d'augmenter les doses ou la fréquence de consommation d'un produit pour en obtenir les effets désirés lors d'une utilisation régulière.

### 3. LES SUBSTANCES ADDICTOGENES :

L'addiction est la symptomatologie qui résulte de l'utilisation d'une ou plusieurs substances. Les substances utilisées entraînent des modifications comportementales qui diffèrent selon le produit utilisé. Il existe plusieurs grandes familles de produits psychoactifs :

- le cannabis ;
- les opiacés : opium (extrait de pavot), morphine, héroïne, codéine ;
- la cocaïne (provenant de la feuille de coca) et le crack ;
- les amphétamines et dérivés : ecstasy (MDMA) ;
- les hallucinogènes : LSD, mescaline, psilocybine, datura ;
- les solvants et les inhalants : acétone, éther, poppers ;
- les médicaments détournés de leurs usages : anxiolytiques (benzodiazépines), hypnotiques, anorexigènes, antidépresseurs, vasodilatateurs, anesthésiques (kétamine, GHB) ;
- l'alcool ;
- le tabac.

A cette liste peuvent également s'ajouter des aliments de consommation plus courante comme le café, le thé, le chocolat...

Les produits psychoactifs diffèrent par l'effet induit et recherché par le consommateur. Les produits sont souvent corrélés à un profil psychologique du consommateur.

## 4. PRESENTATION DES DIFFERENTES SUBSTANCES :

Ce paragraphe sera volontairement restreint aux produits de consommation les plus fréquemment retrouvés chez la femme enceinte, cadre de l'étude. A savoir : le tabac, l'alcool, le cannabis, les benzodiazépines, la cocaïne et les opiacés.

### 4.1 Les benzodiazépines :

Molécules ayant une action pharmacologique :

- anxiolytique ;
- hypnotique ;
- myorelaxante ;
- amnésiante ;
- anticonvulsivante.

Celles-ci sont souvent utilisées par les usagers de drogues pour réduire leur anxiété ou atténuer les symptômes du sevrage (17).

D'un index thérapeutique favorable (18), elles sont largement commercialisées. Quelques molécules (liste non-exhaustive) sont à retenir en raison de l'attrait qu'elles présentent pour certains toxicomanes :

- flunitrazépam (Rohypnol®, Flunitrazépam EG®) ;
- alprazolam (Xanax®).

#### 4.1.1 Intoxication aiguë :

L'intoxication aiguë aboutit à de la somnolence et de la confusion mentale, mais rarement à une dépression respiratoire et au coma. Une issue fatale n'est généralement pas à craindre sauf en cas d'absorption simultanée d'alcool ou d'autres substances à effet dépresseur, ou en présence d'une pathologie sous-jacente (19).

#### 4.1.2 Tolérance, sevrage et dépendances :

Une tolérance aux effets thérapeutiques et aux effets indésirables apparaît lors d'un usage chronique (20). Dépendances psychique et physique se manifestent après quelques semaines de traitement (21). Des manifestations de sevrage peuvent survenir à l'arrêt d'un traitement (22). Ces manifestations surviennent dans la journée ou les jours qui suivent l'arrêt du traitement ou après une simple diminution de posologie. Mais ils peuvent survenir parfois plus tardivement, jusqu'à une semaine, pour les molécules éliminées plus lentement.

Une dose plus élevée, une association et/ou un traitement prolongé augmentent aussi la probabilité de survenue et la sévérité des manifestations. La symptomatologie se traduit par des signes peu spécifiques et souvent mineurs comme :

- des troubles psychiques : anxiété, insomnie, irritabilité, nervosité ;
- des troubles neurologiques : céphalées, vertiges, pertes d'équilibre, incoordination motrice ;
- des troubles digestifs : nausées, anorexie, vomissements, douleurs abdominales ;

- des troubles sensoriels : hypersensitivité avec parfois photophobie, troubles kinesthésiques.

#### 4.1.3 Benzodiazépines et grossesse :

##### 4.1.3.1 Risques obstétricaux :

- pas de risques notables pour le développement de la grossesse (23) ;
- risques pour l'embryon ; l'incidence des malformations serait augmentée, mais les risques sont très faibles ; les malformations rapportées sont des anomalies faciales, crâniennes et digestives ;
- risques de ralentissement des mouvements fœtaux ;
- les différentes études réalisées sur l'exposition aux benzodiazépines n'ont pas permis de mettre en évidence une augmentation significative des malformations dues uniquement aux médicaments (24).

##### 4.1.3.2 Risques pour le nouveau-né :

- syndrome d'imprégnation fréquent nécessitant une surveillance et des soins ; des signes ont été rapportés chez le nourrisson, à savoir, notamment, une diminution du tonus, une difficulté de succion, de l'hypothermie et une dépression respiratoire ;
- possibilité d'un syndrome de sevrage retardé parfois entre 10 et 15 jours.

#### 4.1.3.3 Risques pour le devenir de l'enfant :

L'interaction mère enfant est perturbée en cas de consommation importante due au syndrome confusionnel de la mère.

#### 4.1.3.4 Benzodiazépines et allaitement :

- La prise unique occasionnelle (25) d'une dose modérée d'une benzodiazépine par la mère est sans risque pour l'enfant allaité. On conseille de choisir un dérivé avec une demi-vie courte et une forte liaison aux protéines ;
- La prise répétée de benzodiazépines est contre-indiquée en période d'allaitement.

## 4.2 L'alcool :

Désignation populaire de l'éthanol (alcool éthylique), c'est le principe déterminant l'effet psychotrope des boissons dites alcoolisées.

### 4.2.1 Notion de verre standard :

- 1 verre standard = 10 g d'alcool par verre
- = 1 verre de bière de 25 cl
- = 1 verre de vin de 10 cl



- = 1 verre de Porto de 6 cl
- = 1 verre d' « alcool fort » de 3 cl.



*Illustration 1: Equivalence entre les différentes boissons alcoolisées*

- consommation occasionnelle : ne pas dépasser 4 verres standards;
- consommation régulière : Ne pas dépasser 3 verres standards par jour pour l'homme, 2 verres standards par jour pour la femme et respecter au moins un jour par semaine sans boisson alcoolisée.

#### 4.2.2 Effets recherchés :

Excitation et désinhibition, puis sédation (26).

#### 4.2.3 Intoxication aiguë :

On distingue :

- l'ivresse ordinaire avec excitation psychomotrice et ébriété, puis dépression (27) ;

- l'ivresse pathologique (lorsqu'elle se prolonge avec troubles de la mémoire) accompagnée d'hallucinations, de délire et de convulsions, puis, souvent, d'un coma (fréquemment suivi d'une amnésie).
- le coma éthylique : dépression respiratoire, hypotonie musculaire, hypotension, hypothermie, polyurie, parfois suivit de complications organiques aiguës (pneumopathie, hépatite, pancréatite, etc...).

#### 4.2.4 Tolérance, sevrage et dépendance :

- tolérance établie ;
- dépendance psychique établie ;
- dépendance physique établie (28).

Il existe des signes de dépendance visibles dans la vie quotidienne avec un tremblement matinal des extrémités et des sueurs nocturnes ou matinales. A un stade plus avancé, on retrouve un syndrome hyperesthésique-hyperémotif avec quelques heures après la dernière ingestion d'alcool (maximum 24 à 36 heures) la présence de sueurs abondantes, une soif inextinguible, la bouche sèche, des tremblements (des mains, mais aussi des lèvres, plus ou moins des paupières, quelquefois des myoclonies), des nausées, des diarrhées, des vomissements, des épigastalgies, un besoin impérieux de boire (« craving »), des crampes, des paresthésies ainsi qu'une agitation inhabituelle avec anxiété, irritabilité, humeur dépressive et des troubles du sommeil (insomnies, cauchemars).

Vient ensuite la phase de pré delirium tremens ou délire alcoolique subaiguë avec majoration des signes précédents et apparition de signes neuro psychiatriques avec crises convulsives et hallucinations visuelles.

Le delirium trémens (29) vient ensuite. L'ensemble des symptômes décrits témoigne de la dépendance physique du patient.

Il s'agit d'une affection grave de mortalité élevée (20% des malades non-soignés) nécessitant une intervention médicale urgente. Il apparaît dans les 24 à 72 heures et s'accompagne, notamment, de température, de transpiration et de déshydratation. Le delirium est habituellement précédé d'une insomnie, de trémulations importantes et d'une anxiété majeure en début de nuit. Dans les heures suivantes, on observe essentiellement trois symptômes. L'obnubilation de la conscience avec état confusionnel, onirisme avec hallucinations polysensorielles et tremblements. Durant cette phase, les idées délirantes sont toujours présentes et fluctuantes : sentiment de persécution, idées mystiques, mégalomanie et jalousie. Ces idées sont alimentées par des interprétations et des intuitions délirantes auxquelles s'ajoutent des hallucinations à prédominance visuelle. Le malade voit ses persécuteurs et s'en défend, il voit souvent aussi des animaux terrifiants (zoopsie). Il ressent une peur intense et cherche à se protéger ou à fuir. L'angoisse est majeure, parfois proche d'un tableau de perplexité anxieuse, le malade étant alors paralysé par ses craintes imaginaires. La désorientation dans l'espace et le temps est de règle, avec une altération de la mémoire immédiate. L'insomnie est majeure, avec une inversion du rythme nyctéméral. Le tableau clinique est toujours très mobile et fluctuant, l'état du patient pouvant se modifier à tout moment.

#### 4.2.5 Alcool et grossesse :

##### 4.2.5.1 Risques obstétricaux :

L'alcool a des effets tératogènes (30). L'absorption d'alcool pendant la grossesse entraîne une neurotoxicité, les conséquences neurologiques

n'apparaissent que tardivement (déficit cognitif, troubles de l'attention, instabilité) mais sont bien présentes et contribuent à instaurer la règle du Zéro alcool pendant la grossesse (31).

Le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF), parfois désigné par le terme embryofœtopathie alcoolique, est une intoxication alcoolique de l'embryon ou du fœtus due à la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse et qui perturbe le développement des organes. Selon ceux qui sont affectés, il peut se manifester par des malformations, des déficiences intellectuelles, ou d'autres troubles congénitaux. Il entraîne souvent de troubles du comportement et une modification des traits du visage. Paul Lemoine, un pédiatre français, débutera en 1958 une étude (32) sur les enfants de mères alcooliques et sera le premier, en 1968, à décrire de façon exhaustive le tableau clinique des enfants souffrant du syndrome. Son étude se basait sur l'observation de 127 enfants issus de 62 familles « alcooliques ».

Un second terme a vu le jour, celui « d'Effets d'Alcoolisation Fœtale » (EAF), aussi appelé SAF partiel par certains praticiens.

Sur le plan clinique, le SAF se manifeste chez l'enfant par une triade de facteurs caractéristiques :

- un Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) harmonieux ;
- une dysmorphie cranio-faciale : l'alcoolisation fœtale entraîne un aspect typique de la tête du bébé, avec des fentes palpébrales fines, une ensellure nasale marquée, une bosse entre les yeux, des oreilles basses et décollées, un important microrétrognatisme (mandibule petite et trop en arrière), une lèvre supérieure mince et convexe, des narines antéversées (tournées exagérément vers l'avant), un philtrum long et bombant en verre de montre ;
- des malformations : elles concernent environ 25 % des cas, et peuvent toucher le cerveau, le cœur, l'appareil urinaire, etc ;

- des troubles psychiatriques : ils apparaissent après la naissance, parfois dans l'enfance. On peut constater une hyperactivité, un retard mental, des troubles du tonus musculaires et de la mémoire.

*Tableau 1: Dysmorphie faciale du syndrome d'alcoolisation fœtale (33).*

Anomalies caractéristiques	Anomalies associées
Fentes palpébrales étroites	Épicanthus
Étage moyen de la face plat	Racine du nez plate
Philtrum absent	Anomalies mineures des oreilles
Lèvre supérieure fine	Petit nez retroussé
	Micrognathie



*Illustration 2: Syndrome d'alcoolisme fœtale.*

L'EAF sert à décrire des enfants qui, ayant subi une alcoolisation fœtale, présentent deux des trois caractéristiques officiellement reconnues comme symptômes du SAF. Ceux-ci sont : un retard ou un ralentissement de la croissance ; des malformations congénitales simples ou des troubles d'apprentissage et, pour finir des troubles de comportement (au niveau du système nerveux central). Dans certains cas, ces éléments déterminants ne

font leur apparition ou ne sont dépistés que plusieurs mois voir plusieurs années après la naissance. Quelque soit le moment où les symptômes apparaissent, ils sont dans les deux cas irréversibles.

De nombreuses données expérimentales et cliniques montrent que la gravité des anomalies fœtales, et des troubles cognitifs et comportementaux ultérieurs sont clairement corrélés à l'intensité et à la durée de l'exposition fœtale à l'alcool (34, 35, 36).

Il existe la notion d'un continuum d'effets avec l'augmentation de la consommation d'alcool pendant la grossesse, mais sans présence de dose seuil pour les différents niveaux de gravité de l'atteinte fœtale (37).

#### 4.2.5.2 Risques pour le nouveau-né :

Un syndrome de sevrage (38) a été décrit chez les nouveau-nés de mères qui ont une très forte consommation d'éthanol (une moyenne de 630 ml par semaine), une relation directe a été observée entre la quantité d'éthanol absorbée par la mère et le risque d'apparition de détresse respiratoire chez le nouveau-né.

#### 4.2.5.3 Alcool et allaitement maternel :

L'alcool passe dans le lait maternel, lors de la tétée, l'enfant peut donc en absorber après la consommation. 1 heure après la consommation, il est possible d'observer des signes d'intoxication aiguë avec somnolence, hypotension ou encore dépression respiratoire (39, 40). Certaines équipes le recommandent cependant à distance de toute consommation alcoolique afin de favoriser l'interaction mère enfant (41).

## 4.3 L'héroïne :

L'héroïne (diacétylmorphine ou dia morphine ou acétomorphine) est un produit synthétisé en laboratoire. Cependant, bien que dérivant de la morphine, les signes de consommation de l'héroïne de rue diffèrent de ceux de la morphine. En effet, l'héroïne du commerce parallèle renferme des taux de diacétylmorphine très variables (0 à 70%), et est fréquemment diluée et/ou contaminée par d'autres alcaloïdes de l'opium ou par des produits tels la caféine, l'acide acétylsalicylique, le paracétamol, l'acide ascorbique (42, 43) ...

### 4.3.1 Présentation :

Pure, elle se présente sous forme d'une poudre blanche et cristalline dégageant, avec le temps (hydrolyse) une odeur de vinaigre. L'héroïne de rue distribuée en Belgique est cependant le plus souvent de couleur beige à brune, et parfois rose. Une forme spécifique d'héroïne, appelée «tar» («goudron» en anglais), se présente sous forme de petits morceaux pâteux de couleur noirâtre.

### 4.3.2 Effets recherchés :

Au début (quelques semaines), l'héroïne procure une sensation d'apaisement des tensions psychiques et une euphorie (44). L'injection procure un «flash» de quelques secondes décrit comme une sensation de plaisir organique intense souvent comparée à un orgasme du corps tout entier. Cet effet très puissant est suivi d'une phase stuporeuse accompagnée parfois de nausées et de vertiges (hypotension et ralentissement du rythme cardiaque).

### 4.3.3 Effets secondaires :

Ces effets sont du même ordre que ceux liés à la morphine. Notons que la diminution du flux salivaire est cause de caries chez les héroïnomanes.

### 4.3.4 Symptômes d'imprégnation :

- myosis ;
- bouche sèche ;
- bradypnée.

### 4.3.5 Intoxication aiguë :

Cette « overdose » se traduit par un coma, un myosis et une bradypnée. Non soignée, la situation évolue vers la mort par dépression respiratoire. Une revue de la littérature (45) confirme cependant que la mortalité liée à l'héroïne est fortement associée à l'usage d'alcool ou d'autres drogues.



#### 4.3.6 Tolérance sevrage et dépendance :

Pendant les premières semaines, une tolérance s'installe, la fréquence des injections augmente et des troubles somatiques divers apparaissent (constipation, anorexie, transpiration profuse, insomnie). Le « flash » s'émousse et s'estompe (46).

Les symptômes liés au sevrage sont (47) :

- transpiration, rhinorrhée, larmoiement, crampes abdominales, diarrhée, nausées, crampes musculaires, douleurs articulaires, angoisse, inquiétude, insomnie ;
- à observer : chair de poule, pupilles dilatées, tachycardie au-delà de 100/min ;
- pour pénible et spectaculaire qu'il soit, le sevrage n'est pas mortel, sauf chez le nourrisson.

Le score de Handelsmann permet de coter l'intensité du manque lors de l'induction d'un traitement de substitution. Il y a un score subjectif à remplir par le médecin et un score objectif à remplir par le patient en même temps.

SCORE PATIENT :

Veillez répondre aux questions suivantes en entourant pour chaque item le chiffre qui vous paraît le mieux correspondre à votre état en ce moment :

Tableau 2: Score de Handelsman objectif.

	pas du tout	léger	modéré	intense	extrême
Je suis anxieux	0	1	2	3	4
Je baille	0	1	2	3	4
Je transpire	0	1	2	3	4
Mes yeux larmoient	0	1	2	3	4
J'ai le nez qui coule	0	1	2	3	4
J'ai la chair de poule	0	1	2	3	4
J'ai des tremblements	0	1	2	3	4
J'ai des frissons chauds	0	1	2	3	4
J'ai des frissons froids	0	1	2	3	4
Mes os et mes muscles me font mal	0	1	2	3	4
Je me sens nerveux	0	1	2	3	4
J'ai des nausées	0	1	2	3	4
J'ai des vomissements	0	1	2	3	4
Mes muscles tressautent	0	1	2	3	4
J'ai des crampes d'estomac	0	1	2	3	4
SCORE 0 à 64					

Pour le médecin La cotation se fait pendant que le patient remplit son auto questionnaire, en l'observant sur une période de 5mn sans lui poser de questions : Score de 1 à 13 :

Cocher 0 si absent, 1 si présent

## SCORE MEDECIN :

Tableau 3: Score de Handelsman subjectif

1. Bâillement (1 ou plus pendant la période d'observation).	
2. Rhinorrhée (3 reniflements ou plus pendant la période d'observation)	
3. Pilo-érection (observée sur le bras du patient)	
4. Transpiration	
5. Larmoiement	
6. Mydriase	
7. Tremblements (mains)	
8. Frissons (le sujet grelotte et se recroqueville)	
9. Agitation (changements fréquents de position)	
10. Vomissements	
11. Fasciculations musculaires	
12. Crampes abdominales (le sujet se tient le ventre)	
13. Anxiété (le sujet pianote, tape du pied, se plaint de difficultés à respirer ou de palpitations)	

Pour le score patient, un résultat supérieur à 20 nécessitera un traitement antalgique. Pour le score médecin il faudra un score supérieur à 5.

#### 4.3.7 Stade de dépendance :

L'utilisateur passe successivement par de brèves phases où ils se sent équilibré, puis par des phases où il est sous l'emprise du produit (apathie, obnubilation) et par d'autres où il apparaît anxieux, parfois agressif, lorsqu'il est en manque. Le « flash » a disparu (« deuil du flash »), et la consommation répond plus à une demande de pallier les symptômes de sevrage qu'à une recherche de plaisir.

#### 4.3.8 Héroïne et grossesse :

##### 4.3.8.1 Risque pour le déroulement de la grossesse :

- augmentation de la fréquence des avortements spontanés au cours du premier trimestre (48) ;
- menace d'accouchement prématuré (contractions utérines dues aux épisodes de sevrage maternel, au mode de vie, aux infections, à l'anémie et à la malnutrition) (48).

##### 4.3.8.2 Risques pour l'embryon :

La fréquence des malformations est identique à celle de la population générale. Cependant, l'héroïne de rue peut être coupée avec des produits qui peuvent être tératogènes.

#### 4.3.8.3 Risques pour le fœtus :

- retard de croissance intra-utérin dans plus de 30% des cas ;
- syndrome de sevrage in utero décalé de 24 à 36 heures après le sevrage maternel ;
- souffrance fœtale chronique secondaire aux épisodes de sevrage et de surdose (liquide amniotique teinté dans 35% des cas).

#### 4.3.8.4 Risques pour le nouveau-né :

- Prématurité dans 20 à 30% des cas ;
- hypotrophie dans 35% des cas ;
- syndrome de sevrage dans 100% des cas, mais seulement 30% nécessitant une chimiothérapie de sevrage. L'apparition et l'intensité du sevrage ne sont pas corrélées aux doses absorbées.

#### 4.3.8.5 Risques pour le devenir de l'enfant :

Interaction mère enfant perturbée, mais les troubles observés dépendent en majeure partie des conditions de vie et des effets des comorbidités associées. La mort subite du nourrisson est augmentée de 4 à 10 fois par rapport à la population générale.

## 4.4 Les morphinomimétiques :

Citons, de façon non-exhaustive, le tramadol (Contramal®), le fentanyl (Durogésic®), la pentazocine (Fortal®), la buprénorphine (Subutex®, Temgésic®, Transtec®) et la méthadone (Chlorydrate de méthadone®) (49).

Seules la méthadone et la buprénorphine seront ici envisagées, et ce dans le cadre restreint de leur mésusage.

## 4.5 La méthadone :

Agoniste des récepteurs  $\mu$  de la morphine et de l'héroïne, la méthadone est active par voie orale. Dans le cadre des traitements de substitution, prescrite sous forme de préparation magistrale (sirop ou gélule), la méthadone, après administrations répétées, a une durée d'action de 24 heures. Elle prolonge la dépendance physique acquise chez les patients préalablement dépendants et peut induire une dépendance chez les personnes non préalablement dépendantes aux opiacés (50).

### 4.5.1 Mode de consommation :

La méthadone est ingérée par voie orale lors d'une substitution. Elle est aussi parfois détournée de son usage et injectée par voie intra-veineuse dans le cadre d'un mésusage.

#### 4.5.2 Effets recherchés dans le cadre d'une consommation illégale :

- analgésie ;
- apaisement des tensions psychiques, euphorie ;
- substitut de l'héroïne en période de manque.

#### 4.5.3 Intoxication aiguë :

La triade classique est (51) :

- dépression du SNC : altération de l'état de conscience (sommolence, état stuporeux, coma) ;
- dépression respiratoire ;
- myosis et réflexe pupillaire ralenti.

Des nuances cliniques existent cependant avec un myosis. Chez des sujets n'ayant pas développé de tolérance au produit (notamment les enfants), une faible concentration plasmatique peut être responsable d'une somnolence voire d'un état léthargique, et ce sans myosis. Les pupilles peuvent, à l'inverse, être en mydriase, notamment lors d'un coma profond.

La dépression est observée chez seulement 50% des patients présentant une dépression du SNC. Le rythme respiratoire peut être normal alors même qu'une gazométrie démontre une hypoxie et une hypercapnie.

Autres symptômes d'overdose :

- nausées et vomissements (par voie IV) ;
- vertiges et vision brouillée (per os) ;

- hallucinations et confusion ;
- étourdissements ;
- transpiration ;
- céphalées ;
- constipation ;
- prurit.

La dose létale pour un adulte est encore inconnue et il est difficile de l'estimer (52). A titre indicatif, dans le cadre des traitements de substitution chez des sujets dépendants à l'héroïne, les doses initialement conseillées sont de l'ordre de 10 à 30 mg. Notons qu'une revue de 38 cas de décès pour lesquels l'autopsie révélait la présence de méthadone aboutit à la conclusion que la découverte de cette dernière est souvent une découverte fortuite et qu'en ce cas, la méthadone n'est pas la cause du décès (53). Les résultats de Cairns et al (54) suggèrent que l'usage détourné (c'est à dire par une personne autre que celle à qui fut prescrite la méthadone) est responsable de la majorité des décès par méthadone.

#### 4.5.4 Tolérance, sevrage et dépendance :

La méthadone fonctionne en soulageant les symptômes de sevrage des opioïdes. Un niveau stable et suffisant de méthadone dans le sang réduit l'intense désir d'opioïdes. Comme la méthadone a une action beaucoup plus prolongée que certains autres opioïdes comme l'héroïne, une dose orale quotidienne prévient l'apparition des symptômes de sevrage des opioïdes, y compris l'anxiété, l'agitation, l'hydrorrhée nasale, le larmoiement, la nausée et les vomissements, pendant 24 heures ou plus.



La méthadone diminue les effets euphorisants des autres opiacées (tolérance croisée), sans nécessairement causer d'euphorie, de sédation ou d'analgésie (55). Cela signifie que les opioïdes illicites auto-administrés ne provoqueront pas d'euphorie, réduisant ainsi les chances que les patients traités à la méthadone utilisent des opioïdes illicites ou prennent des doses excessives.

La tolérance aux effets de la méthadone ne se développe pas, permettant à de nombreuses personnes qui sont dépendantes à l'égard des opioïdes d'être entretenues sans danger avec la même dose de méthadone pendant de nombreuses années.

#### 4.5.5 Grossesse et méthadone :

##### 4.5.5.1 Risques pour le déroulement de la grossesse :

- moins de risques d'avortements spontanés au premier trimestre ainsi que des menaces d'accouchement prématuré ;
- pas de tératogénicité décrite.

##### 4.5.5.2 Risques pour l'embryon :

La fréquence des malformations est identique à celle de la population générale.

#### 4.5.5.3 Risques pour le fœtus :

- retard de croissance intra-utérine moins important et moins fréquent qu'avec l'héroïne si réduction des cofacteurs ;
- syndrome de sevrage in utero décalé de vingt-quatre à soixante-douze heures après le sevrage maternel ;
- souffrance fœtale chronique moins fréquente (56).

#### 4.5.5.4 Risques pour le nouveau-né :

- prématurité et petit poids de naissance sont plus fréquent que dans la population générale (effet sur le poids moins important que celui observé avec l'héroïne) ;
- syndrome de sevrage observé chez 60 à 90% des nouveaux nés, idem que pour l'héroïne mais plus prolongé et parfois plus sévère. Surtout risque majeur d'une apparition retardée jusqu'à quinze jours.

#### 4.5.5.5 Risque pour le devenir de l'enfant :

L'interaction mère-enfant est perturbée mais les troubles observés dépendent en majeure partie des conditions de vie et des effets des comorbidités associées.

## 4.6 La buprénorphine :

La buprénorphine est un agoniste-antagoniste morphinique se fixant sur les récepteurs  $\mu$  et  $\chi$  cérébraux. Elle est actuellement commercialisée dans notre pays sous le nom Subutex® (haut dosage). En France, elle est consommée sous forme orale. La buprénorphine est un analgésique et trouve une place dans le cadre des traitements de substitution des héroïnomanes.

### 4.6.1 Modes de consommation :

- voie sublinguale ;
- « fixée » (injection intraveineuse).

### 4.6.2 Effets recherchés dans le cadre d'une consommation illégale :

- analgésie
- apaisement des tensions psychiques et euphorie.

### 4.6.3 Effets secondaires :

Les effets principaux indésirables sont (57):

- constipations ;
- céphalées ;

- insomnies ;
- asthénie ;
- somnolence ;
- nausées ;
- vomissements ;
- lipothymies ;
- sensations vertigineuses ;
- hypotension orthostatique ;
- sueurs.

Plus exceptionnellement sont observées des dépressions respiratoires (en cas de mésusage ou d'associations avec d'autres dépresseurs du SNC), des atteintes hépatiques (les résultats d'une étude (58) portant sur 120 patients suggèrent de suivre avec attention les enzymes hépatiques lorsque des patients souffrant d'hépatite sont traités par buprénorphine).

#### 4.6.4 Intoxication aiguë :

La symptomatologie des patients hospitalisés dans le cadre d'une intoxication aiguë en rapport avec une prise élevée de buprénorphine est la suivante (59) :

- dépression du SNC ;
- dépression respiratoire ;
- myosis.

Les sujets décédés font suite à une dépression respiratoire (60).

L'intoxication aiguë ou le décès par la buprénorphine seule apparaissent exceptionnelles. Les autres dépresseurs du système nerveux central (benzodiazépines en tête, neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques ou autres narcotiques tels morphine, codéine, méthadone) sont présents dans la toute grande majorité des intoxications fatales ou non. La majorité des cas de dépression respiratoire liée à la buprénorphine font état d'une injection intraveineuse du produit.

#### 4.6.5 Tolérance, sevrage et dépendance :

L'arrêt de la buprénorphine s'accompagne d'un syndrome de sevrage retardé débutant entre le 2<sup>o</sup> jour et la 2<sup>o</sup> semaine (61). Le risque de développer une tolérance est faible, c'est pourquoi les utilisateurs peuvent conserver des années la même dose (62).

#### 4.6.6 Buprénorphine et grossesse :

Les données provenant de femmes enceintes substituées par buprénorphine au cours de leur grossesse ne sont pas alarmantes (63). La plupart des mères substituées mènent leur grossesse à terme. Le risque majeur est le mésusage de la buprénorphine par injection. Il y a eu peu d'études réalisées sur les effets de la buprénorphine en raison de sa contre indication initiale pendant la grossesse. Pour le fœtus, le syndrome de sevrage néonatal semble être plus tardif et plus prolongé que dans la substitution à la méthadone (64).

## 4.7 La cocaïne :

La cocaïne provient d'un arbuste, l'Erythroxylum Coca ou cocaïer. Ses feuilles sont séchées et traitées dans des laboratoires clandestins afin d'obtenir la pâte de coca (ou «coca base») de laquelle on extrait un alcaloïde, la cocaïne (65). Traitée avec de l'acide chlorhydrique, cette cocaïne devient hydrosoluble et peut dès lors être injectée par voie intraveineuse ou absorbée via les muqueuses. A l'opposé, le « crack » ou cocaïne « freebase » n'est pas hydrosoluble, mais soluble dans l'alcool, l'acétone ou l'éther. Chauffée, elle peut être inhalée (66).

### 4.7.1 Présentation :

Poudre, blanche le plus fréquemment, légère.

### 4.7.2 Mode de consommation :

Sniffée ou prisée, il s'agit d'une « ligne » ou « rail » de cocaïne préparée à l'aide d'un couteau sur une surface lisse et contrastée (miroir, carte de téléphone,...) et reniflée à l'aide d'un petit tube, d'une paille ou d'un billet de banque.

Injectée, l'injection du mélange de cocaïne et d'héroïne s'appelle un « speed-ball ». Fumée ou « free-basing », inhalation des vapeurs de combustion dans une pipe à eau (67).

### 4.7.3 Effets recherchés :

Lors d'une consommation occasionnelle à faible dose (68) :

- « rush » c'est à dire une sensation intense de bien-être et d'euphorie ;
- facilitation relationnelle ;
- hypervigilance ;
- activité physique accrue ;
- augmentation des performances intellectuelles ;
- accroissement de la confiance en soi ;
- suppression des sensations de peur et de panique.

Injectée, l'action se manifeste après 1 ou 2 minutes, prise, après 2 ou 3 minutes ; l'effet stimulant est très court, 1/2 heure à une heure.

### 4.7.4 Tolérance, sevrage et dépendance :

La tolérance concerne seulement certains effets, notamment l'euphorie et le bien-être, mais aussi l'anorexie et l'augmentation de la libido. En général, la tolérance n'induit pas une augmentation de la dose unitaire, mais le rapprochement des prises (jusqu'à 20 prises par jour, voire plus) (69).

Les manifestations cliniques de sevrage (anhédonie, diminution des activités, amotivation) font suite à une période de 1 à 5 jours plutôt hédonique.

La cocaïne est l'une des drogues qui occasionnent le renforcement positif le plus sensible sur modèle animal, et apparaît donc comme l'une des drogues les

plus addictives. La dépendance est d'autant plus probable que la consommation induit un pic sanguin précoce et élevé (consommation sous forme de crack ou injection).

#### 4.7.5 Cocaïne et grossesse :

##### 4.7.5.1 Risques pour le déroulement de la grossesse :

- augmentation de la fréquence des avortements spontanés ;
- menace d'accouchement prématuré ;
- risque d'hématome rétroplacentaire sans corrélation avec l'importance des prises (une fois peut suffire) ;
- la grossesse ralentit l'élimination de la cocaïne ;
- complications cardiovasculaires à l'accouchement (70).

##### 4.7.5.2 Risques pour l'embryon :

L'incidence des malformations serait augmentée mais cette question est actuellement fort controversée (microcéphalie, anomalies cardiovasculaires, appareil urogénital).



#### 4.7.5.3 Risques pour le fœtus :

- retard de croissance intra-utérin constant en cas de consommation régulière (Vasoconstriction de la circulation materno-fœtale) ;
- souffrance fœtale chronique très fréquente ;
- risques pour le nouveau-né ;
- prématurité et petit poids de naissance fréquents (50%) ;
- risque d'hémorragie intracrânienne.

#### 4.7.5.4 Risques pour le devenir de l'enfant :

La relation entre la mère et l'enfant peut être perturbée avec une moins bonne qualité des échanges. Les troubles observés dépendent en majeure partie des conditions de vie et des effets des comorbidités associées. Parmi les enfants âgés de 6 ans ou moins, il n'y a pas de preuve convaincante quant au fait que l'exposition prénatale à la cocaïne soit associée à des effets toxiques sur le développement qui soient différents (en sévérité, portée ou type) des séquelles associées à de multiples autres facteurs de risque (71). Beaucoup d'effets auparavant spécifiquement attribués à l'exposition in utero à la cocaïne sont en réalité corrélés à d'autres facteurs de risque incluant l'exposition prénatale au tabac, au cannabis et à l'alcool et la qualité de l'environnement dans lequel grandit l'enfant.

Une méta-analyse (72) parue en 2001 conclut que seuls les risques de décollement placentaire et de rupture prématurée des membranes sont statistiquement associés à la cocaïne seule.

## 4.8 Cannabis :

Le cannabis (73) (*Cannabis Sativa*) ou chanvre, tire principalement son activité psychotrope d'un des cannabinoïdes qu'il contient, le  $\Delta$ 9-tétrahydrocannabinol (THC).

### 4.8.1 Présentation :

- Marijuana (74):

Les feuilles et sommités fleuries du cannabis simplement séchées se présentent sous la forme de débits végétaux verdâtres plus ou moins grossiers, ou sous la forme de sinsemilla (herbe sans graines). Pour certains échantillons le titre en THC va jusqu'à 10% voir jusqu'à 25%.

- La résine ou le haschisch :

La résine constitue la préparation de base de nombreux dérivés du cannabis. Se présentant comme un bloc dur et homogène de texture granuleuse à lisse, d'une couleur variant, selon son origine, du vert-brun au brun foncé voire au noir. L'odeur aromatique est forte. Le haschisch de qualité se conserve avec une certaine malléabilité.

- Huile de cannabis :

Liquide visqueux, de couleur vert foncé à noirâtre, l'huile résulte de la solubilisation de la résine dans un solvant généralement hydro-alcoolique. La pâte obtenue est exprimée dans un tissu fin, et le filtrat, concentré par chauffage livre l'huile. Cette préparation est toujours très concentrée, sa teneur peut atteindre 60%.

## 4.8.2 Mode de consommation :

Il existe divers modes de consommation du cannabis qui n'exposent pas de la même façon le système nerveux central à la toxicité du THC.

### 4.8.2.1 Ingestion :

Il a pendant longtemps été ingéré dans les pays du Maghreb et en orient. Le cannabis étant stable à la chaleur il est régulièrement utilisé pour fabriquer des gâteaux (space cake). La macération des feuilles dans du lait permet de préparer une boisson traditionnelle en Inde. En revanche la faible solubilité du cannabis dans les liquides, notamment dans l'eau, explique que les infusions réalisées avec la plante ne soient guère efficaces.

### 4.8.2.2 L'inhalation :

Méthode la plus communément utilisée pour ressentir les effets psychoactifs du cannabis. La cigarette artisanale représente le mode le plus fréquent de consommation du cannabis en France. La préparation est désigné sous divers noms (pétard, joint, cône, etc...). Les usagers mélangent la drogue à du tabac. L'ensemble est roulé dans plusieurs feuilles assemblées entre elles de manière caractéristique, avec un filtre en carton. L'utilisation de résine requiert de chauffer à la flamme d'un briquet la résine afin de la ramollir et de faciliter son émiettement.

Diverses autres modes d'inhalation sont possibles avec l'utilisation d'ustensiles. Des pipes traditionnelles ou verticales (appelées communément

*chillum*), des pipes à eau peuvent également être utilisées (traditionnellement appelé *bang*).

#### 4.8.3 Effets recherchés :

La relaxation est à la fois l'effet le plus fréquemment rapporté et la raison la plus fréquemment invoquée motivant l'usage de cannabis. L'euphorie est souvent considérée comme centrale lors de l'expérience cannabique (75). De façon plus globale, l'utilisateur peut attendre un état d' « ivresse cannabique », voir une expérience psychédélique. En effet, l'effet principal du cannabis est de stimuler et modifier l'imagination, l'humeur, les sensations et le comportement. Ceci peut concrètement se traduire par de l'euphorie, une certaine hilarité (rires inadaptés), des altérations sensorielles (intensification ou distorsion) portant sur la vision, l'ouïe, l'odorat, le goût et l'orientation spatio-temporelle (ralentissement du temps) ; pour certains, les inhibitions tombent (76,77).

#### 4.8.4 Effets secondaires :

- troubles cognitifs ;
- troubles de l'humeur ;
- troubles anxieux et attaques de paniques ;
- troubles de conduites alimentaires ;
- syndrome amotivationnel ;
- signes d'allures psychotiques et psychoses cannabiques (78).

## 4.8.5 Cannabis et grossesse :

### 4.8.5.1 Risque pour le fœtus :

Il existe un passage transplacentaire du THC par la bonne solubilité lipidique des cannabinoïdes (79). Il n'existe pas d'augmentation globale des malformations suite à une exposition in utero au cannabis (80). Il y a peu d'arguments en faveur d'un risque malformatif ou tératogène propre au cannabis (81). Il n'existe pas non plus de données montrant une augmentation de la prématurité. Le faible poids constaté fréquemment à la naissance serait plus dû aux effets du tabac utilisé conjointement au cannabis qu'au cannabis lui-même mais ceci est difficile à mettre en évidence dans les études (82,83).

### 4.8.5.2 Risque pour le nouveau-né :

Le risque de survenue d'un syndrome de sevrage est augmenté. Ce syndrome est moins prononcé qu'avec d'autres substances et se limite souvent à une augmentation des trémulations avec irritabilité, des troubles du sommeil avec augmentation des réveils. Ces troubles peuvent persister jusqu'à un mois (84,85). Les risques de mort subite majorés lors de certaines études sont plus la cause du tabagisme passif associé (86).

### 4.8.5.3 Allaitement et cannabis :

Les études disponibles ne permettent pas d'associer d'effets nocifs à court terme pour l'enfant allaité (87,88). L'excrétion lactée du THC a été suivie chez 2 femmes qui ont allaité pendant respectivement 7 et 8 mois alors qu'elles

fumaient régulièrement du cannabis. Les deux enfants ont eu un développement normal (89). Une autre étude a suivi le développement pendant la première année de vie de 27 enfants allaités par une mère fumant régulièrement du cannabis ; leur développement a été parfaitement normal pendant le suivi, ainsi que le déroulement de l'allaitement (90). Il n'existe pas d'études portant sur un plus grand nombre d'enfants. L'impact à long terme du cannabis sur l'enfant allaité est inconnu.

## 4.9 Le tabac :

Le tabac est un produit psychoactif manufacturé élaboré à partir de feuilles séchées de plantes de tabac commun (*Nicotiana tabacum*), une espèce originaire d'Amérique centrale appartenant au genre botanique *Nicotiana* (famille : *Solanaceae*). L'usage du tabac s'est largement répandu dans le monde entier à la suite de la découverte de l'Amérique.

### 4.9.1 Effets recherchés :

Les effets recherchés par le tabac sont ceux induits par la nicotine. La dépendance psychique est liée aux effets psychiques de la nicotine (et probablement d'autres alcaloïdes de la plante ) :

- plaisir ;
- détente ;
- stimulation intellectuelle ;
- action tranquillisante et antidépressive ;
- action anorexigène.

#### 4.9.2 Tolérance sevrage et dépendance :

La première dépendance induite par le tabac est comportementale et dépend de la pression sociale et de la convivialité. La dépendance physique survient après plusieurs années d'évolution et se traduit par un syndrome de manque psychique à l'arrêt avec sensation de tension nerveuse, angoisse, insomnie, irritabilité voire dépression. Un syndrome de manque physique survient aussi avec tremblement, hypersudation et par la pulsion irrésistible de reprendre une cigarette (expliquant les échecs de sevrage fréquents sans traitement substitutif) (91).

Il faut distinguer les fumeurs qui consomment moins de 5 cigarettes par jour et qui présente une dépendance purement comportementale. Viennent ensuite les fumeurs qui consomment de 5 à 20 cigarettes par jour, qui présentent une dépendance comportementale et psychique. Enfin les fumeurs qui fument plus de 20 cigarettes par jour présentent une dépendance physiques et psychique (91).

#### 4.9.3 Risque pour la grossesse:

Environ 38% des femmes en âge de procréer fument, et 19,5% des femmes continueront leur intoxication tabagique, toute ou une partie de leur grossesse. Le tabac est la substance psycho active la plus consommée chez les femmes enceintes. Des la conception, le problème du tabagisme se pose puisqu'il retarderait le délai de fécondation d'un facteur 3 à 4 par rapport au délai constaté chez une femme non fumeuse. L'arrêt de la consommation doit survenir de préférence avant la conception, sinon le plus tôt possible durant la grossesse. Il reste utile tout au long de la grossesse. L'usage de substituts nicotiques est possible tout au long de la grossesse. Les substituts

nicotiques (92) sont la seule méthode médicamenteuse de sevrage tabagique qui puisse être utilisée chez la femme enceinte. Un arrêt total est recommandé, car la diminution du tabagisme maternel n'est pas suffisante pour prévenir l'apparition de complications maternelles et fœtales. Depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, la participation de l'Assurance Maladie pour le financement du traitement nicotique de substitution est assurée dans la limite d'un forfait de 50 euros par an et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, la participation de l'Assurance Maladie est portée à 150 € à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2011.

Le tabac augmente le risque de survenue d'accident gravidique comme des hématomes retro placentaire ou des placenta praevia. Il existe également un risque d'accouchement prématuré et de mort fœtale in utéro (93, 94, 95).

#### 4.9.4 Risque pour le fœtus :

L'hypoxie chronique induite chez le fœtus par la fumée de cigarette est à l'origine d'un retard de croissance intra-utérin. Des anomalies du rythme cardiaque fœtale peuvent être observées lors de la mise en travail.

#### 4.9.5 Risque pour le nouveau-né :

Un faible poids de naissance (96) est démontré avec aussi une plus forte sensibilité aux infections respiratoires (bronchiolites, infections ORL) (97). En cas de consommation importante supérieure à 20 cigarettes par jour, on peut observer un léger syndrome de sevrage caractérisé par une irritabilité, des troubles du sommeil et de l'alimentation. Un tabagisme pendant la grossesse



et après l'accouchement serait corrélé avec une augmentation du taux de morts subites (98).

#### 4.9.6 Allaitement et tabac :

La nicotine passe dans le lait et s'y concentre à des taux 2 à 3 fois supérieurs à ceux que l'on observe dans le sang, elle modifie également la saveur du lait. La toxicité peut se traduire par des nausées, des vomissements, une accélération des battements du cœur et des troubles intestinaux. Mais une revue (99) de la littérature montre que l'allaitement maternel contrebalancerait les effets nocifs du tabac dus à une exposition active ou passive par son rôle protecteur sur les infections respiratoires et les coliques du nourrisson.

## 5. GROSSESSE ET ADDICTIONS :

La coexistence d'une grossesse et d'une dépendance à une Substance PsychoActive (SPA) est une situation fréquente dans la population générale. Les estimations sur le nombre de toxicomanes en France varient entre 150000 et 300000 dont 25 à 30% de femmes en âge de procréer. Les femmes addictes sont le plus souvent polyconsommatrices et dépendent surtout des opiacés (100) (héroïne et/ou méthadone, ou buprénorphine haut dosage). A ces consommations s'associent quasiment toujours, du tabac et souvent du cannabis, de l'alcool ou des benzodiazépines.

Le caractère souvent non désiré de certaines grossesses ainsi que le mode de vie chaotique de ces femmes associé au sentiment de culpabilité de consommer durant la grossesses font que beaucoup de grossesses sont peu ou pas suivies. La corrélation entre une situation sociale précaire, un mauvais suivi de grossesse et une incidence accrue de complications périnatales (prématurité, petit poids de naissance, anoxie per-natale, infections) sont bien démontrés dans la population générale (101) et chez les femmes enceintes (102,103).

## 5.1 Les dépendances aux substances psychoactives :

Ce tableau est un extrait du tableau publié à la page 182 du *rapport sur la dangerosité des produits* par le professeur Bernard Roques et adressé au Secrétaire d'État à la Santé de l'époque, Bernard Kouchner, à l'issue des Rencontres Nationales sur l'Abus de drogues et la toxicomanie (France, juin 1998).

*Tableau 4: Facteurs de dangerosité des drogues.*

	Héroïne (Opiacés)	Alcool	Tabac	Cocaïne	Psychostimulants	Benzodia- zépines	Cannabi- noïdes
Dépendance physique	Très forte	Très forte	forte	Faible	Faible	Moyenne	Faible
Dépendance psychique	Très forte	Très forte	Très forte	Forte	Moyenne	Forte	Très faible
Neuro- toxicité	Faible	Forte	Nulle	Forte	Forte	Nulle	Nulle
Toxicité générale	Fort	Forte	Très forte	Forte	Forte	Très faible	Très faible
Dangerosité sociale	Très forte	Forte	Cancer	Très forte	Faible	Faible	Faible

## 5.2 Les risques obstétricaux:

Le tableau (104) ci-dessous résume les risques obstétricaux liés à la consommation de chacun des produits pris seul. Le cumul des risques est à prendre en compte en cas de consommation de multiples produits. Les risques sont des Retards de Croissance Intra-Utérins (RCIU), des Fausses Couches Spontanées (FCS) et des Menaces d'Accouchements Prématuurés (MAP).

*Tableau 5: risques obstétricaux en fonction des substances consommées.*

Produits	RCIU	FCS	MAP
Tabac	X	X	
THC			
Benzodiazépines			
Alcool	X	X	
LSD			
Cocaïne	X	X	X
Amphétamines		X	
Opiacés	X	X	X

### 5.3 Effets sur le fœtus et le nouveau-né :

Le tableau ci-dessous résume les risques pour le développement fœtal et pour le nouveau-né imputable aux différentes SPA.

*Tableau 6: Effets des différents produits sur le fœtus et le nouveau-né.*

Produits	Fœtus		Nouveau-né	
	Malformation	Mort fœtale in utéro	Syndrome de sevrage	Mort subite
Tabac				
THC	X			
Benzodiazépines			X	
Alcool	X			
LSD		X		
Cocaïne	X			X
Amphétamine	X			
Opiacés			X	X
Solvants	X			

## 5.4 Le syndrome de sevrage :

Le Syndrome de Sevrage Néonatal (SSNN) (105) survient chez 40 à 90 % des nouveau-nés de mères ayant consommé pendant la grossesse des opiacés, héroïne et/ou opiacés de substitution – MéThaDone (MTD) ou Buprénorphine Haut-Dosage (BHD). Il apparaît le plus souvent au cours des 24 à 36 premières heures de vie pour l'héroïne et la BHD alors qu'il est un peu plus tardif pour la MTD, entre le 2<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour de vie. La symptomatologie clinique du SSNN peut comporter:

- une irritabilité du système nerveux central : agitation intense, trémulations, hyperréactivité, clonies ou plus rarement convulsions, cris aigus continus et troubles du sommeil ; lésions cutanées de frottement. Il peut exister une hypocalcémie associée ;
- des troubles digestifs : mauvaise succion, vomissements, diarrhée, pouvant être responsables d'une déshydratation et/ou d'une mauvaise prise de poids ;
- des troubles respiratoires et des troubles neuro-végétatifs : tachypnée irrégulière, apnées, rhinorrhée, éternuements, bâillements.

La consommation d'autres produits psychoactifs pendant la grossesse (alcool, tabac, cocaïne, cannabis, barbituriques et surtout benzodiazépines) peut aggraver le SSNN. Par contre, la gravité du SSNN n'est pas corrélée à la posologie de la MTD ou de la BHD en fin de grossesse ; une posologie basse peut même favoriser la prise d'autres produits par la mère et donc aggraver le SSNN.

Les modalités du traitement dépendent de la gravité du SSNN qui est appréciée à l'aide de différents scores (score de Finnegan, score de Lipsitz et score de Ostrea).

### 5.4.1 Le score de Finnegan :

En 1975, Finnegan et ses collègues notent chacun des 20 symptômes les plus communs apparaissant lors d'un SSNN sur une échelle de 0 à 5. En fonction de leur absence ou présence, de leur durée et intensité, le score est calculé pour évaluer la présence ou non d'un SSNN. Le score de Finnegan est régulièrement évalué toutes les 4 à 6 heures durant la journée. Il permet l'adaptation des traitements du nouveau-né en fonction de la symptomatologie.

- Cri aigu excessif : 2
- Cri aigu continu : 3
- Sommeil calme pendant moins d'1 heure après le biberon : 3
- Sommeil calme pendant moins de 2 heures après le biberon : 2
- Sommeil calme pendant moins de 3 heures après le biberon : 3
- Réflexe de Moro exagéré : 2
- Réflexe de Moro hyperactif : 3
- Trémulations provoquées faibles : 1
- Trémulations provoquées sévères : 2
- Légères trémulations non provoquées : 3
- Sévères trémulations non provoquées : 4
- Tonus musculaire augmenté : 2
- Mouvements myocloniques : 3
- Convulsions généralisées : 5

- Sueurs : 1
- Hyperthermie inférieure à 38°C : 1
- Hyperthermie supérieure à 38°C : 2
- Marbrures : 1
- Congestion nasale : 1
- Eternuements : 1
- Battement des ailes du nez : 2
- Rythme respiratoire supérieur à 60 par minute : 1
- Rythme respiratoire supérieur à 60 par minute + tirage : 2
- Succion excessive : 1
- S'alimente mal : 2
- Régurgitations : 2
- Vomissements en jet : 3
- Selles molles : 2
- Selles liquides : 2

Interprétation :

On additionne les différents scores. Des scores supérieurs à 11 ou 2 fois supérieurs à 8 lors de 2 évaluations successives imposent le démarrage d'un traitement médicamenteux.



## 5.4.2 Le score de Lipsitz :

Le score clinique de Lipsitz doit être mesuré dès la naissance, au moins toutes les 12 heures, chez les nouveau-nés exposés in utero aux opiacés.

Tableau 7: Score de Lipsitz

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

Le score de Lipsitz est le plus utilisé avec la recherche de signes cliniques afin d'établir un score.

Un score supérieur à 4 nécessite un traitement.

### 5.4.3 Le score de d'Ostrea :

Ostrea classe le syndrome de sevrage en trois catégories : sévère, modéré, faible. Ainsi, un tableau à double entrée reprend 6 critères (vomissements, diarrhée, perte de poids, irritabilité, trémulations et/ou myoclonies, tachypnée) selon leur intensité (faible, modérée, sévère). Cette méthode est limitée par l'usage d'un simple classement plutôt qu'une échelle numérique, empêchant ainsi d'additionner les sévérités des divers symptômes d'un syndrome de sevrage.

Tableau 8: 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

## 5.5 Traitement du syndrome de sevrage néonatal :

Le traitement repose (106) sur des mesures de puériculture, les interactions mère enfant puis les traitements médicamenteux.

Un certain nombre de mesures simples sont très efficaces pour minimiser le SSNN et peuvent suffire en cas de sevrage modéré (pic de score de Lipsitz inférieur à 10):

- diminution des stimuli sonores et lumineux ; « emmaillotage » ; ne pas réveiller pour les soins ou les repas ;
- alimentation enrichie et fractionnée, éventuellement épaissie, voire gavage gastrique continu ou alimentation parentérale en cas de déshydratation et/ou dénutrition sévères ;
- prévention de l'érythème fessier (aloplastine) ;
- berçage, câlins, peau à peau, au mieux par la mère.

L'expérience actuelle est que les mères bien équilibrées par une substitution et bien préparées par une prise en charge médico-psycho-sociale pendant la grossesse participent beaucoup mieux et très efficacement aux soins de nursing de leur nouveau-né ; ces mères, valorisées dans leurs compétences parentales, adhèrent ensuite encore mieux au programme thérapeutique qui leur est proposé pour elles même.

L'allaitement maternel est, dans cette perspective, très souhaitable ; plusieurs publications ont montré un passage faible dans le lait de mère pour la MTD et la BHD ; la seule contre-indication est une sérologie VIH positive (pas de contre-indications en cas de sérologie VHC même si la PCR est positive).

Cette prise en charge se fera le plus possible, en maternité, auprès de la mère, jusqu'au moment où un traitement médicamenteux est éventuellement envisagé.

## Traitement médicamenteux :

La plupart des auteurs prônent la mise en route d'un traitement médicamenteux à partir d'un score de Lipsitz supérieur à 8 ou 10, recontrôlé supérieur à 8 ou 10 deux heures après, surtout en cas de troubles digestifs sévères et/ou de convulsions confirmées à l'EEG. Par contre, le choix du traitement médicamenteux est beaucoup moins consensuel. Les recommandations les plus récentes prônent plutôt l'utilisation de solutés de morphine sans additifs.

Selon le protocole actuel décrit par Claude LEUJEUNE (mai 2008 à l'Hopital Louis Mournier) (107) :

Le sulfate de morphine Oramorph® est utilisé (10mg de sulfate = 7.5 mg de morphine base).

Posologie : dose initiale de 0.5 mg/kg/jour de sulfate de morphine en 6 prises, éventuellement augmentée à 0.75 voire 1 mg/kg/jour.

On constate le plus souvent une amélioration spectaculaire du score de Lipsitz ; la posologie est ensuite très progressivement diminuée par paliers de 2 à 4 jours selon le suivi au moins biquotidien du score.

L'objectif est un score inférieur à 8.

## Traitements adjuvants éventuels :

- Phénobarbital, en cas de convulsions authentifiées par l'EEG (rare) ou d'une agitation très intense. Des cas récents suggèrent qu'il peut être efficace, en association avec la morphine, en cas de difficultés à diminuer la posologie de morphine.

- Posologie : dose de charge intraveineuse ou per os de 20 mg/kg puis dose d'entretien par voie orale de 4 à 5 mg/kg/jour. Bien que le phénobarbital ne soit pas le médicament de choix en première intention pour les SSNN après exposition in utero aux opiacés, il pourrait être le médicament de choix pour les SSNN dus à d'autres produits psycho-actifs.
- Le largactyl® serait surtout efficace sur les troubles digestifs (0.5 mg/k toutes les 6 heures – 1 goutte = 1 mg). Un temps d'élimination long (demi-vie de 3 jours) et les nombreux effets adverses limitent son utilisation chez le nouveau-né.
- Le valium et les autres benzodiazépines sont contre-indiqués.
- Les antagonistes des morphiniques (Narcan®) sont contre-indiqués dans la prise en charge car ils peuvent par leur action lever l'action des drogues et induire un syndrome de sevrage.
- En cas de dépression respiratoire immédiatement néonatale, il faut évoquer surtout un surdosage en benzodiazépines et si l'interrogatoire le confirme, utiliser de l'Anexate®.

## 5.6 Place de la substitution :

La substitution est indiquée dans la dépendance avérée aux opiacés. La dépendance à d'autres SPA (cannabis, cocaïne, etc.) n'est pas une indication.

Les médicaments de substitution aux opiacés disponibles sont la méthadone et la buprénorphine dont voici quelques caractéristiques.

La méthadone est non injectable et permet une meilleure satisfaction du patient, mais il existe des risques de surdose, il y a des interactions médicamenteuses à respecter.

La buprénorphine peut être détournée de son usage par voie orale et injectée, la satisfaction du patient est moindre, il y a des risques de consommation associée. L'association buprénorphine-benzodiazépine à forte dose est dangereuse.

### 5.6.1 Caractéristiques spécifiques de ces deux médicaments (108):

		Méthadone		Buprénorphine
Mode d'action		Agoniste		Agoniste/antagoniste
Dangerosité	- -	Risque de surdose mortelle Surdosage accidentel (enfant)	+	Moindre risque de surdose (sauf interaction)/Effets Plafond
Pharmacocinétique	-	Variations interindividuelles importantes : dosage plasmatique si nécessaire	+	Peu de variations d'un sujet à l'autre
Satisfaction	+	Meilleure satisfaction ; moins d'anxiété	-	Moindre satisfaction (risque de consommations associées)
Interactions pharmacodynamiques	-	Les médicaments dépresseurs respiratoires et dépresseurs du SNC peuvent favoriser une dépression respiratoire	-	Benzodiazépines (en particulier à forte posologie) et autres médicaments dépresseurs du SNC : risques de surdose mortelle
Forme pharmaceutique et présentations	+ - -	La forme sirop ne peut être injectée Excipients : sucre (diabétique) ; alcool (risque avec les médicaments à effet antabuse) Difficultés de stockage dans les pharmacies	+ -	Gamme complète de dosages ; présentation adaptée Possibilité de mauvaise utilisation : comprimé pouvant être injecté, sniffé ou fumé
Toxicité			-	Risque d'atteinte hépatique (voie IV surtout)
Autres			-	Explication nécessaire pour utilisation optimale de la voie sub-linguale

+ : Avantage.

- : Inconvénient.

## 5.6.2 Cadre réglementaire de prescription et délivrance :

La primo-prescription de méthadone doit être instaurée en Centres de Soins d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou en établissements de santé. Le relais en ville est possible avec le médecin généraliste. La prescription doit au maximum être de 14 jours et la délivrance pour 7 jours maximum. La coopération avec le pharmacien est essentielle, le pharmacien doit être prévenu et la délivrance se fait toujours à la même pharmacie dont le nom est stipulé sur la prescription. La délivrance peut être quotidienne en instauration de traitement et l'observance se fait devant le pharmacien. Le médecin a pour obligation de contacter le pharmacien avant prescription et d'indiquer son nom sur l'ordonnance (109).

Pour la Buprénorphine, la prescription peut être effectuée par tout médecin thésé. La prescription peut être de 28 jours. La délivrance se fait selon les mêmes modalités que la méthadone.

*Tableau 9: Récapitulatif du cadre réglementaire de prescription et de délivrance des traitements de substitution*

	Méthadone	Buprénorphine
Prescripteur initial	CSAPA, établissements de santé (relais en ville possible)	Tout médecin Thésé
Liste	Stupéfiant	Liste I (mais règles de prescription et de délivrance des stupéfiants)
Durée de prescription	14 jours	28 jours
Ordonnance	Sécurisée	
Délivrance	1 à 7 jours (14 jours à titre dérogatoire)	7 jours (28 jours à titre dérogatoire)
Fractionnement	Oui	
Renouvellement	Interdit	
Chevauchement	Si mention expresse	



### 5.6.3 Mise en œuvre et suivi du traitement de substitution aux opiacés :

#### 5.6.3.1 Bilan préalable :

Le premier contact est fondamental. Être empathique est indispensable. Une alliance doit se nouer entre le médecin et le patient dès la première consultation. Le diagnostic de dépendance aux opiacés doit être confirmé. La trajectoire et l'état de santé du patient sont évalués.

#### 5.6.3.2 Initialisation du traitement :

Le patient est informé et le cadre de soins est précisé. Le secret professionnel est garanti. La prise initiale du traitement doit se faire à l'apparition des premiers signes de manque, le médecin doit en informer le patient. L'arrêt le plus rapide possible de toute prise d'opiacé illicite est recherché. Il est nécessaire de prendre en compte les risques d'interactions avec d'autres substances (notamment alcool, antirétroviraux, BZD, inducteurs et inhibiteurs enzymatiques, etc.).

##### 5.6.3.2.1 Méthadone :

- dose initiale : 10 à 40 mg/j
- paliers d'augmentation 5 à 10 mg maximum par paliers de 1 à 3 jours, en fonction de la clinique, sans jamais excéder par semaine 50 % de la dose initiale

- prise quotidienne unique orale.

#### 5.6.3.2.2 Buprénorphine :

- dose initiale : 4 mg à 8 mg/j au vu des pratiques professionnelles (doses supérieures à celles de l'AMM, qui justifient d'être validées par des études cliniques spécifiques) ;
- respecter un délai de 24 heures après la dernière prise d'opiacé pour éviter le syndrome de manque dû aux propriétés antagonistes de la buprénorphine ;
- paliers d'augmentation de 1 à 2 mg par paliers de 1 à 3 jours, en fonction de la clinique, jusqu'à la dose optimale ;
- prise quotidienne unique sublinguale.

Contrôles urinaires : pour la méthadone, la réglementation actuelle impose une analyse d'urines avant le début du traitement et la préconise pour le suivi. Le cadre réglementaire gagnerait à être homogénéisé pour les 2 produits de substitution : analyse d'urines recommandée, voire indispensable, à l'initialisation du traitement pour vérifier la présence d'opiacés, et contrôles ultérieurs si besoin en accord avec le patient.

Le traitement initial est prescrit sur une ordonnance sécurisée, pour 1 ou 2 jours, avec délivrance quotidienne. Le nom du pharmacien est écrit sur l'ordonnance. L'initialisation du traitement est le début d'une longue collaboration médecin-pharmacien, avec échange permanent d'informations.

#### 5.6.3.4 Adaptation du traitement :

Recherche de la posologie optimale :

- initialement par paliers de 1 à 3 jours pendant les 10-15 premiers jours, jusqu'à suppression des symptômes de manque ;
- puis paliers de 4 à 7 jours.

Paliers :

- méthadone : 5 à 10 mg ;
- BHD : de 1 à 2 mg.

Posologie de stabilisation :

- méthadone : entre 60 et 100 mg/j ;
- BHD : 8 à 16 mg/j.

Durant cette période, le pharmacien doit être averti des modifications du traitement et des modalités de la délivrance. Il doit signaler en retour toute anomalie au médecin prescripteur.

## 5.7 Substitution et grossesse :

Les produits de substitution sont de petites molécules lipophiles qui passent la barrière placentaire et s'accumulent chez le fœtus à cause de ses capacités de métabolisation et d'excrétion rénale limitée. Ces molécules passent ensuite au cerveau expliquant la survenue de symptômes de manque lors de la survenue brutale de l'arrêt (110). De nombreuses études montrent une nette amélioration du suivi de grossesse et des données périnatales chez les femmes enceintes dépendantes aux opiacés entrant dans le cadre d'un programme de substitution pendant ou avant la grossesse (111,112). Les effets bénéfiques du traitement de substitution sur la grossesse sont (113) :

- une protection du fœtus contre les effets délétères des épisodes successifs de pic et surtout une protection des taux d'opiacés et de l'héroïne illicite de composition inconnue ;
- une prévention des risques de transmission de maladies virales ;
- une amélioration du suivi médical de la grossesse grâce à une délivrance journalière ;
- une prévention de la prématurité, du retard de croissance intra-utérin et des autres complications périnatales ;
- une prévention des rechutes de consommation d'héroïne et d'autres produits d'addiction si les posologies de substitution sont insuffisantes.

Plusieurs auteurs insistent sur la nécessité de maintenir des posologies élevées pendant la grossesse voire d'augmenter les posologies vers la fin de celle-ci (114). Il n'existe pas de corrélations entre la posologie d'un traitement de substitution et l'intensité du syndrome de sevrage lors de l'accouchement (115).

# DEUXIEME PARTIE

## 1. ETUDE AU POLE MERE ENFANT DU CHU DE LIMOGES :

Cette étude monocentrique porte sur les femmes addictes à des Substances PsychoActives (SPA) qui ont été suivies dans le cadre d'une grossesse dans le service de gynécologie du pôle mère-enfant du CHU de Limoges.

Les objectifs de cette étude sont d'observer les consommations des SPA des mères avant et pendant la grossesse, de voir si les évènements de vie, notamment dans l'enfance ont eu un lien avec la consommation à l'âge adulte et de retrouver également des liens entre les différentes substances consommées et la survenue de pathologies néonatales.

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire élaboré en 2010 par des membres de l'association Bobillot. Il s'est effectué de façon rétrospective et de façon prospective à partir du moment où cette étude a débuté (début de l'année 2011). Les dossiers s'étalent entre 2005 et 2012.

### 1.1 Le questionnaire utilisé :

Le questionnaire (annexe 1) a été constitué en 2011 par le Dr VILLEGGER et Madame LEYCURAS infirmière de liaison. Le questionnaire comporte 183 items qui se décomposent en 9 parties. Le but a été de d'étudier tous les facteurs en

lien avec la consommation de produits et le retentissement dans les premiers jours de vie sur le fœtus. Ce questionnaire s'efforce donc d'être le plus exhaustif possible afin d'observer la femme, l'enfant et les addictions dans leur globalité. Toutes les femmes incluses consommaient au moins une substance psychoactive en plus du tabac.

### 1.1.1 Les parents :

Cette partie étudie la consommation du père, la substitution ou non de la mère au moment du recueil des données. La présence d'évènements marquants dans l'enfance de la mère est notamment recherchée (perte des parents, placements, violences physiques ou sexuelles).

### 1.1.2 La consommation de la mère :

Les différents critères s'attachent à récolter les consommations de la mère au niveau des SPA. Ces items permettent par ailleurs de quantifier ces consommations et de voir à quel âge elles ont débuté. Les différentes substances recherchées sont :

- le tabac ;
- l'alcool ;
- les benzodiazépines ;
- le cannabis ;
- l'ecstasy ;
- l'héroïne ;

- la cocaïne ;
- le crack ;
- les produits de substitution aux opiacés (hors protocole) ainsi que leur utilisation détournée.

Cette partie veut également observer la famille qui va accueillir l'enfant (présence d'autres enfants, placements éventuels, stabilité et durée de la relation).

Une étude de cohorte réalisée par le Groupement d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA), sur les consommations associées au traitement de substitution chez les mères substituées de 260 nouveau-nés, montrait que seul 9% des femmes (23 sur 259) ne consommaient que le traitement de substitution.

### 1.1.3 La gestité et la parité :

Le questionnaire permet de mettre en évidence le nombre de grossesses antérieures, les interruptions et leurs motifs (fausse couche spontanée, grossesse extra utérine, interruption volontaire ou médicale de grossesse). Des questions sont également posées sur les problèmes survenus lors des accouchements précédents et les antécédents familiaux de mort subite du nourrisson.

### 1.1.4 Suivi de la grossesse :

Cette partie s'intéresse au suivi de la grossesse par les médecins et les sages femmes. Les différents items recherchent le nombre de consultations, le

nombre d'échographies et la prise en charge ou non par une équipe qualifiée en addictologie.

### 1.1.5 Consommations de la mère pendant la grossesse :

Ce paragraphe s'attachera à rechercher les différentes substances et les quantités consommées par la mère. Il sera ainsi possible de comparer les consommations avant et pendant la grossesse.

### 1.1.6 Dépendances :

La dépendance au cannabis est quantifiée avec le test ALAC (test d'autoévaluation de la consommation de cannabis). Ce test à 11 items est positif si la patiente répond oui à au moins trois de ces items (annexe 2).

L'alcool est chiffré à l'aide de l'utilisation du test FACE, test à 5 items permettant de dépister une consommation dangereuse ou excessive (annexe 3).

La dépendance tabagique est examinée à l'aide du test de Fagerström (6 items) (annexe 4).

Ce paragraphe du questionnaire recherchera les différents sevrages en SPA, les substitutions instaurées depuis le début de la grossesse ainsi que la variation des posologies avant l'accouchement. Le questionnaire permet de se renseigner sur le prescripteur (médecin hospitalier ou médecin de ville) des produits de substitution et sur les fréquences de prescription ou de dispensation.



### 1.1.7 Maladies infectieuses :

Les maladies transmissibles sont demandées (syphilis, HIV, hépatite B et hépatite C).

### 1.1.8 La naissance et la sortie de la maternité :

Ces deux parties recueillent le terme de la naissance ainsi que la santé et le devenir de l'enfant à la sortie de la maternité.

## 1.2 Recueil des données :

Les questionnaires ont été complétés par une sage femme référente en matière de suivi d'addictologie à l'HME, Madame Chantal Barrière et par Madame Nadine Leycuras, infirmière de liaison d'Esquirol. Cette étude a inclus 43 femmes entre 2005 et 2012. Le nombre de femmes a augmenté chaque année. Cette augmentation est essentiellement due à une meilleure connaissance du questionnaire de la part des professionnels et par une volonté croissante de l'utiliser et d'en exploiter les données.

Toutes les femmes consultant durant cette période n'ont pas pu être interrogées. En effet, dans un certain nombre de refus, les motifs n'ont pas été notifiés, le plus souvent la crainte d'être jugé a été citée, ou tout simplement des refus sans explications. La nécessité d'un temps relativement important pour remplir les 183 items a également pu freiner la réalisation de certains questionnaires.

Le recueil n'a pu être réalisé que grâce à la relation privilégiée de confiance qui existe entre l'équipe médicale et les patientes, c'est pourquoi le questionnaire ne fut pas exploitable par d'autres personnes.

Les recueils prospectifs ont été effectués lors de l'entretien précoce du 4<sup>ème</sup> mois. Mis en œuvre dans le Plan Périnatalité 2005-2007 (116), l'entretien du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse est conçu pour aider les professionnels à s'ajuster aux besoins spécifiques de la femme enceinte et du couple. Il ne peut donc se mener sans une bonne connaissance des acteurs relais : médico-sociaux, psychologiques et psychiatriques.

L'HAS a publié en 2005 des recommandations concernant « la préparation à la naissance et à la parentalité » (117) qui consacre un chapitre à l'entretien prénatal précoce. Il est considéré comme la 1<sup>ère</sup> des 8 séances de préparation à l'accouchement, remboursées à 100% par l'Assurance Maladie.

Cet entretien a plusieurs objectifs :

- recueillir des facteurs de stress ou des facteurs de risques pouvant interférer avec certaines formes de complications obstétricales et les prendre en compte dès que possible ;
- veiller à la cohérence et à l'ajustement de l'environnement professionnel en fonction de ce qui est vécu et exprimé par la femme enceinte ;
- repérer des situations de vulnérabilité, des antécédents médicaux et/ou obstétricaux mal vécus, une présence sécurisante ou non de l'entourage pour la grossesse et après la naissance, l'existence d'inquiétudes particulières (peur de l'accouchement, peur de se sentir incompétente) ;
- répondre aux éventuelles questions sur le suivi médical de la grossesse et de l'accouchement ;

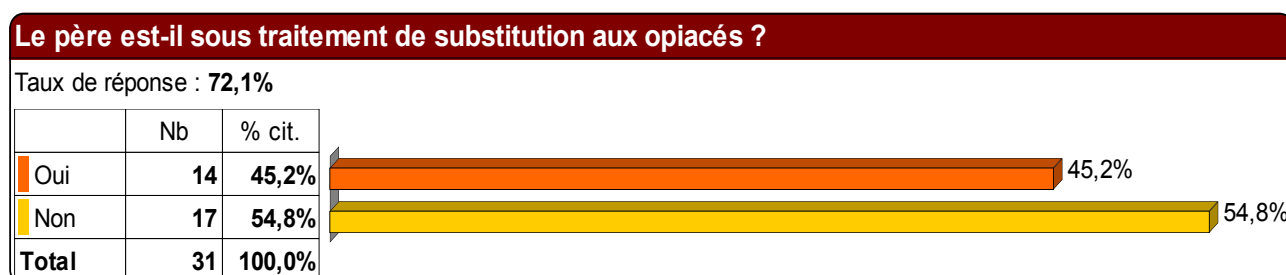
- établir avec la femme et le couple un projet de naissance en tenant compte des données de la grossesse en cours et du futur accouchement, des désirs de la femme et adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

## 1.3 Les résultats :

Les résultats ont été étudiés à l'aide du logiciel Sphinx. 43 dossiers ont été traités avec comme critère d'inclusion la consommation d'au moins une substance psychoactive addictogène autre que le tabac.

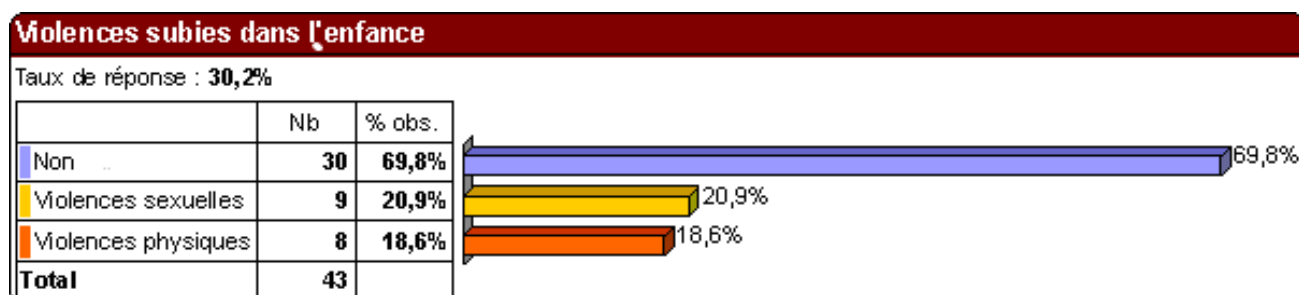
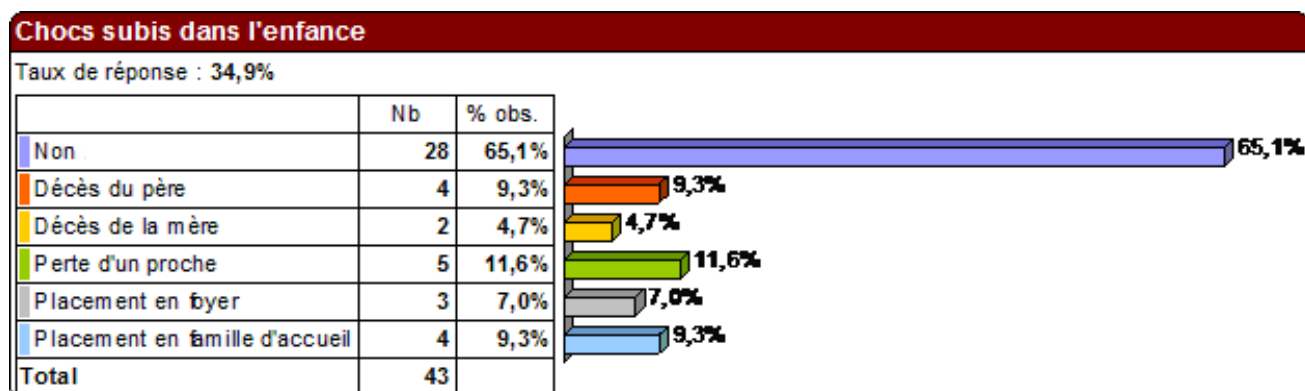
### 1.3.1 Les parents :

Parmi les 43 dossiers, 31 contenaient des données concernant le père. 4 d'entre eux n'étaient pas consommateurs de produits psychoactifs. Parmi les consommateurs 14 (45,2%) étaient sous traitement de substitution aux opiacées par buprénorphine haut dosage ou méthadone.



Concernant les mères, 15 ont eu un traumatisme dans l'enfance (44,9%) (décès d'un parent, d'un proche ou placement en foyer ou en famille d'accueil)

et 17 ont subi des violences dans l'enfance qu'elles soient sexuelles ou physiques (39,5%).

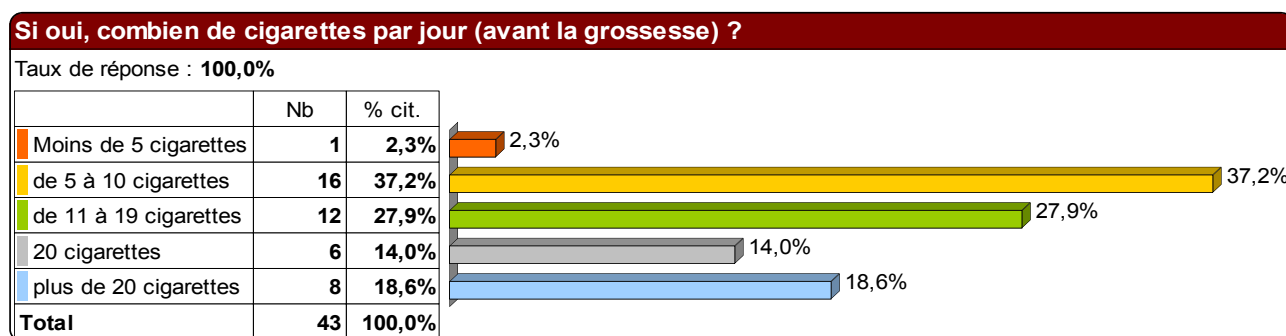


De 1996 à 2003, l'Irefrea (Institut de Recherche Européen sur les Facteurs de Risques dans l'Enfance et l'Adolescence) a réalisé une série d'études sur les spécificités de la toxicomanie féminine, notamment sur les facteurs de risques, les facteurs de protection, les barrières au traitement et la maternité. Ces recherches ont mis en évidence que les femmes toxicomanes vivent souvent dans des contextes problématiques et ont un passé fait de violence subie durant leur enfance et leur adolescence : 69 % des femmes interviewées ont déclaré avoir subi des violences physiques et 66 % des cas concernaient des violences psychologiques. Plus de la moitié des femmes a avoué avoir été victime d'abus sexuels (118). Dans cette étude, les chiffres retrouvés sont inférieurs puisque les valeurs avoisinent les 40%, mais l'échantillon étudié est plus petit et le recrutement des volontaires se fait sur un seul centre de prise

en charge. De plus, ce chiffre considère les violences physiques et sexuelles et certaines femmes ont été victimes des deux.

### 1.3.2 La consommation de la mère avant la grossesse :

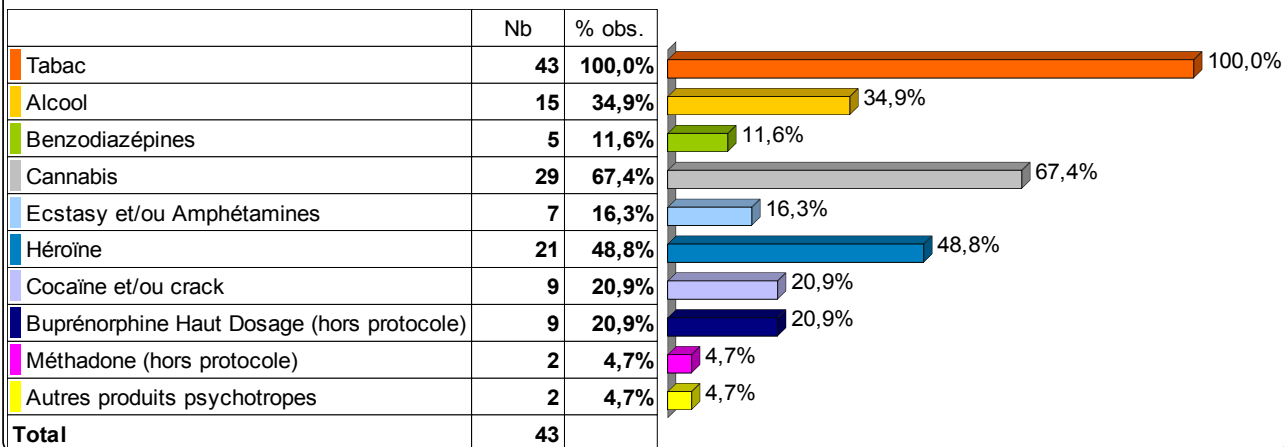
La consommation de tabac est retrouvée dans tous les questionnaires avec un nombre variable de cigarettes, la répartition quotidienne est la suivante : 37,2% des femmes consommant 5 à 10 cigarettes par jour, 41,9% en consommant de 11 à 20 par jour et 18,6% plus de 20.



Le cannabis est présent chez 29 patientes (67,4%), l'alcool chez 15 femmes (34,9%), les benzodiazépines chez 5 patientes (11,6%), l'ecstasy chez 7 (16,3%), l'héroïne chez 21 (48,8%), et la cocaïne chez 9 (20,9%). 11 femmes (25,6%) consommaient des produits de substitution aux opiacés hors d'un protocole.

### Consommation de produits psychoactifs avant la grossesse

Taux de réponse : 100,0%

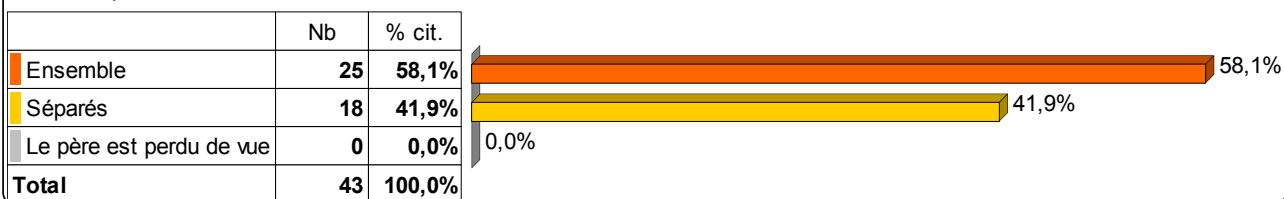


### 1.3.3 Le couple :

Les deux parents sont ensemble dans 25 des grossesses suivies (58,1%). La durée d'existence moyenne du couple est de 5,54 ans. Dans 11 couples (18,6%) il existait des violences conjugales (physiques, sexuelles ou psychologiques). Le nombre d'enfants était variable allant jusqu'à 6.

### Les deux parents sont

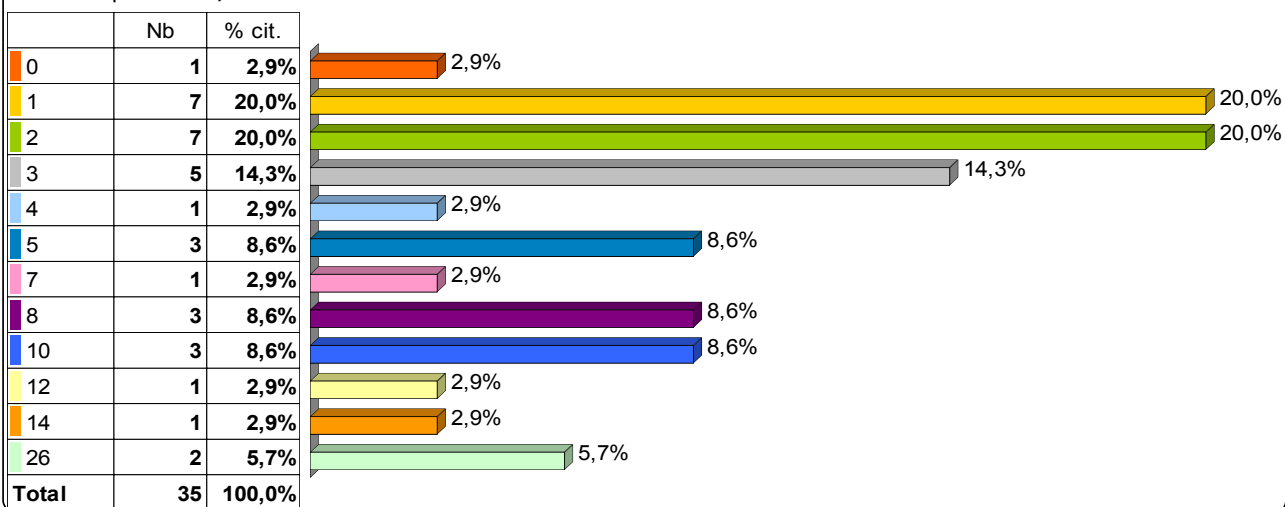
Taux de réponse : 100,0%



Cet item met en évidence la faible durée d'existence du couple puisque 54,3% des couples ont une durée de vie commune inférieure ou égale à 3 ans et la grossesse suivie est une première ou une deuxième grossesse dans 36 couples (83,7%). L'instabilité de ceux-ci est marquante, presque la moitié des couples est séparée avant la naissance de l'enfant.

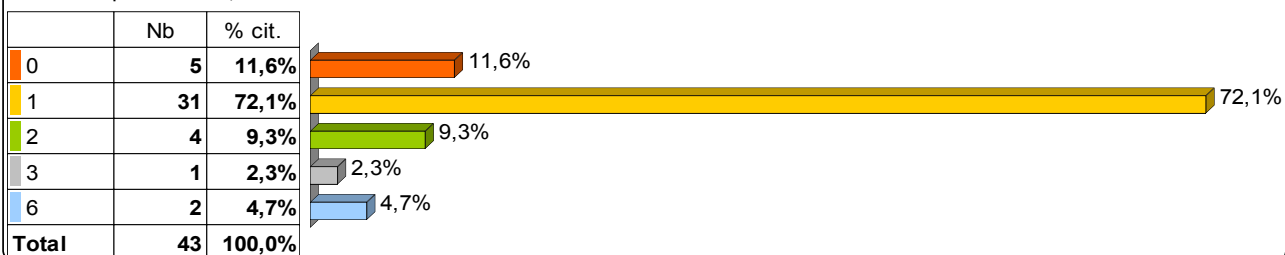
### Durée de vie du couple

Taux de réponse : 81,4%



### Nombre d'enfants du couple

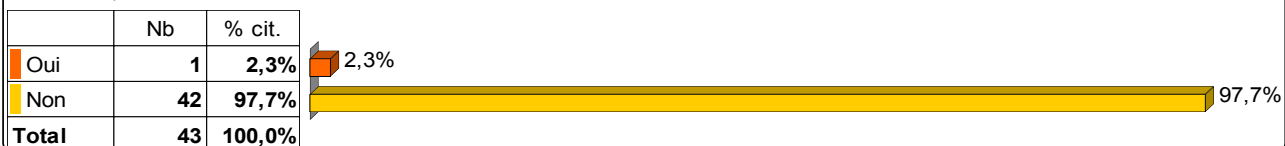
Taux de réponse : 100,0%



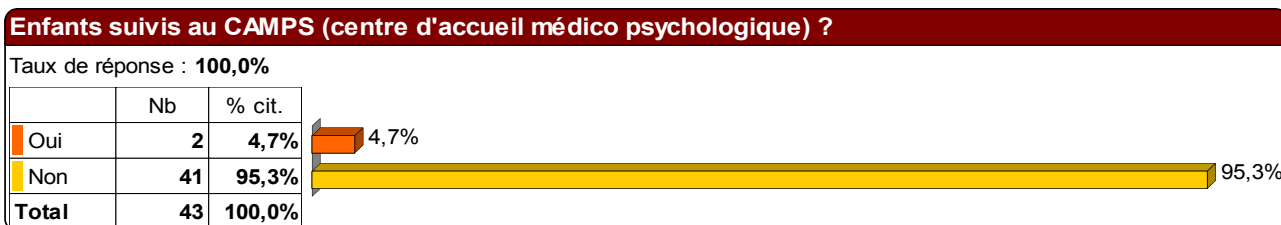
Seule une observation retrouve un enfant placé en famille d'accueil et deux observations montrent des enfants suivis au CAMPS (Centre d'Accueil Médico Psychologique).

### Existe-t-il des enfants placés en famille d'accueil ?

Taux de réponse : 100,0%

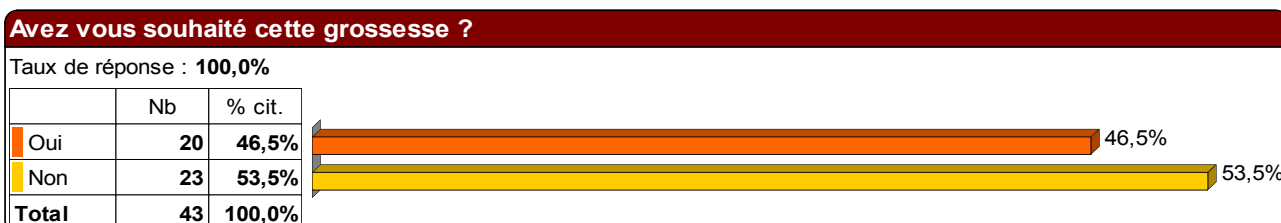
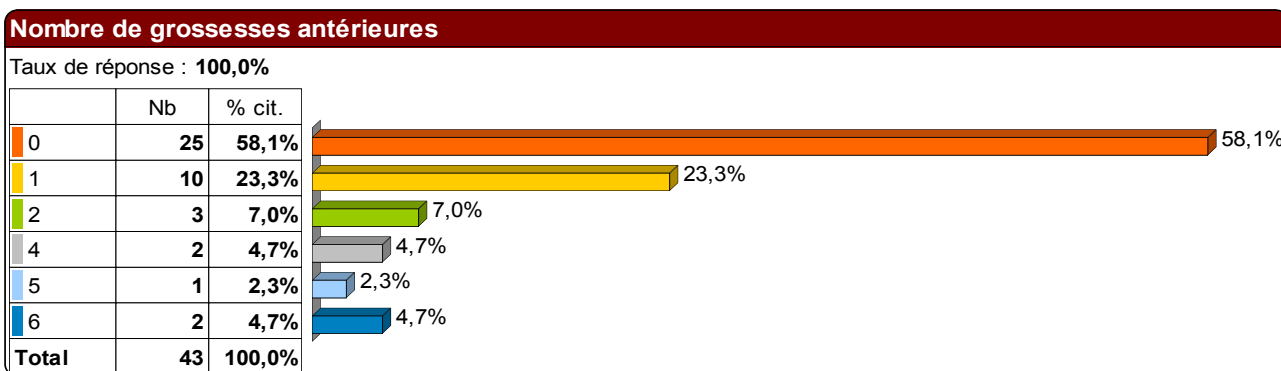


La présence d'un enfant placé peut soulever une question sur le devenir de l'enfant qui va naître dans ce même couple. Ce chiffre est faible et montre que presque toutes les mères qui ont déjà eu des enfants, ont réussi à les élever.



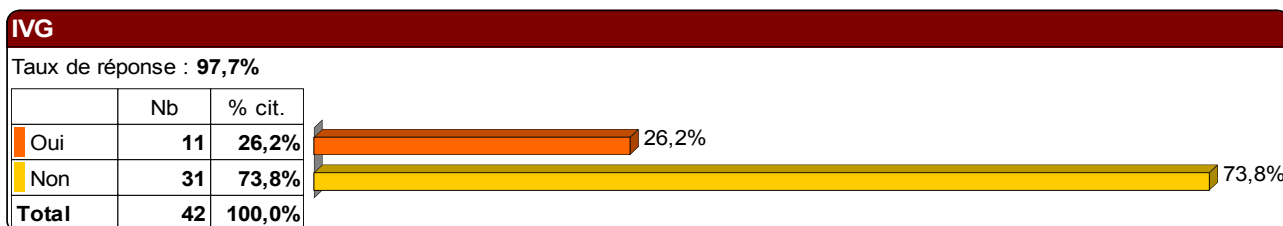
### 1.3.4 La grossesse :

La grossesse était souhaitée dans seulement 20 dossiers (46,5%). Le nombre de grossesses antérieures était variable, mais dans 25 dossiers, on était face à une première grossesse (58,1%).

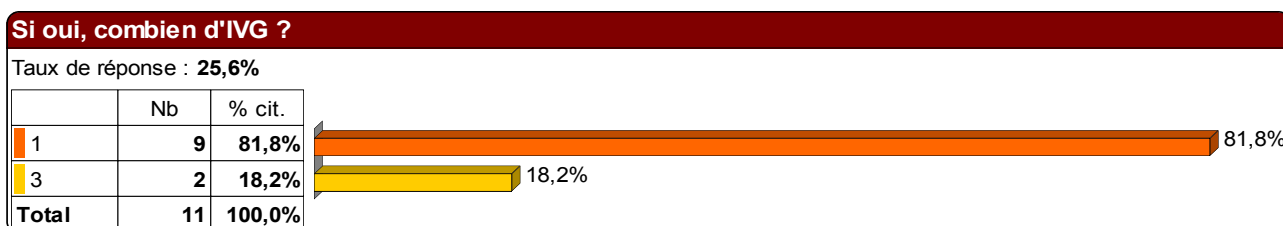




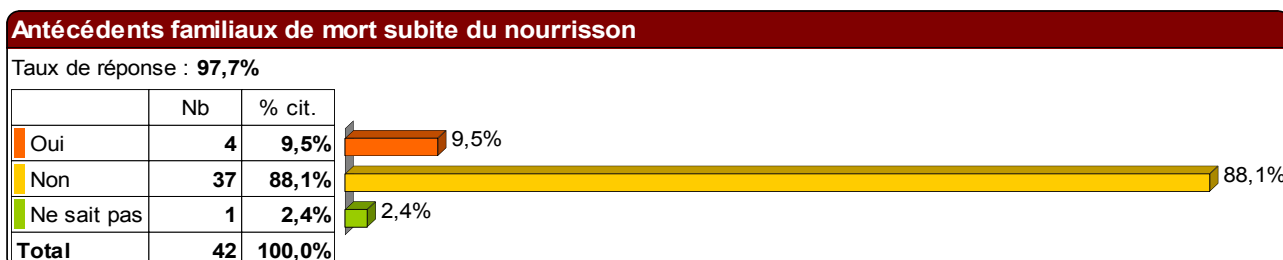
Concernant les grossesses antérieures, 11 femmes avaient déjà effectué une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) (26,2 %).



Ce chiffre peut paraître important en raison de l'important développement de l'accès à la contraception en France. Parmi les femmes ayant bénéficié d'IVG, 2 femmes rapportent 3 antécédents d'IVG.



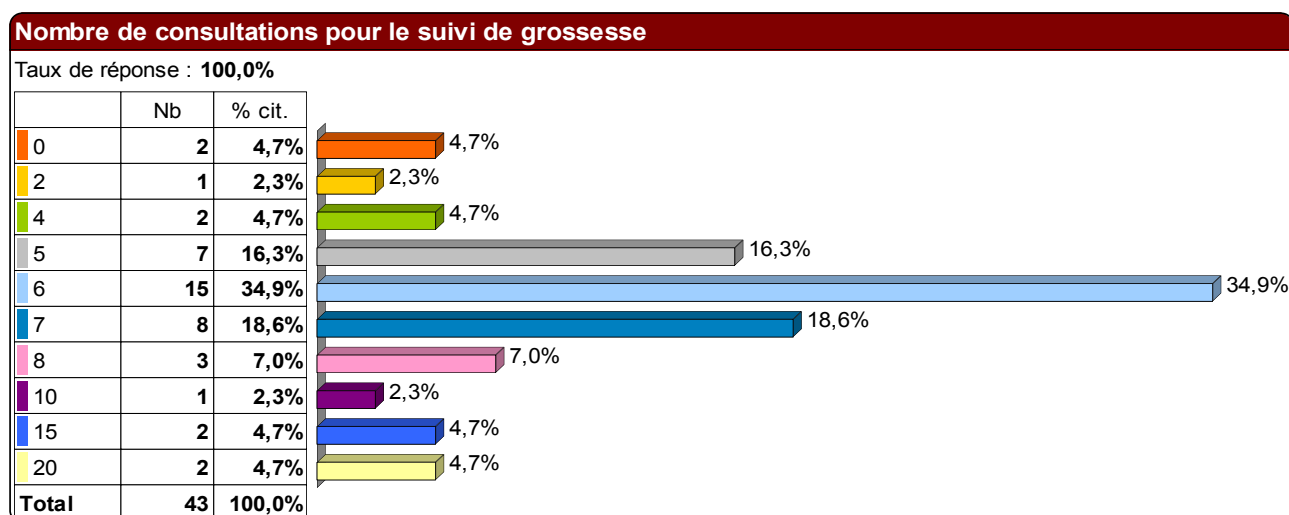
Il y a eu une interruption médicale de grossesse, et un seul incident à la naissance qui fut un syndrome de sevrage du nouveau né. Les observations ont rapporté 4 antécédents de Mort Subite du Nourrisson (MSN) dans les précédentes grossesses.



Ce chiffre est important, la prévalence de la mort subite du nourrisson est actuellement inférieure à 0.5/1000 en France (119).

### 1.3.5 Le suivi de grossesse :

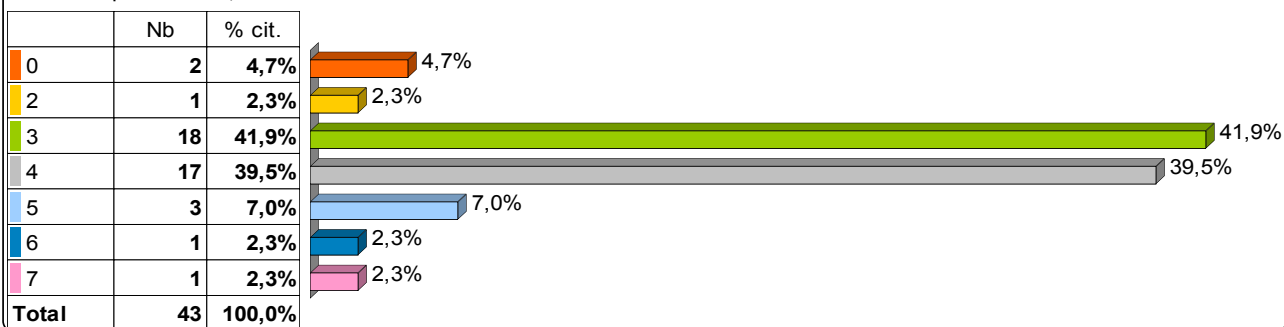
Le suivi de grossesse classique comporte 7 consultations qui peuvent être menées par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage femme. Une consultation avec un anesthésiste est nécessaire avant l'accouchement et trois échographies sont pratiquées dans le cadre du suivi classique. D'autres peuvent être réalisées en fonction des besoins.



Dans cette étude, le nombre de consultations a été très variable, certaines n'ont eu aucun suivi. Mais ce sont des cas isolés puisque 16 femmes (37,3%) ont eu au moins les 7 consultations classiques. Pour les autres, beaucoup n'en ont eu que 5 ou 6 (51,2%), ce qui peut être expliqué par une découverte plus tardive de la grossesse, celle-ci n'étant pas souhaitée dans la moitié des cas.

### Nombre d'échographies durant cette grossesse

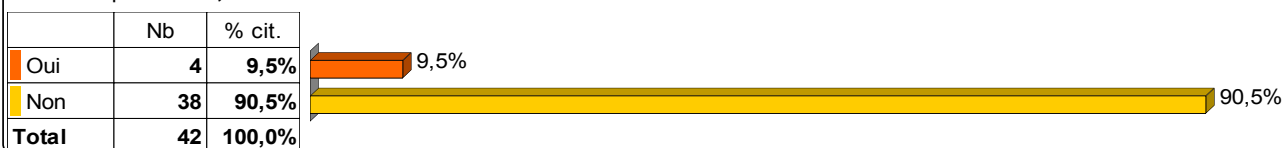
Taux de réponse : 100,0%



40 femmes ont bénéficié d'au moins 3 échographies (93%). Seul 4 observations relèvent la présence d'une préparation à l'accouchement et l'entretien prénatal précoce n'a été réalisé que dans 10 situations (23,3%).

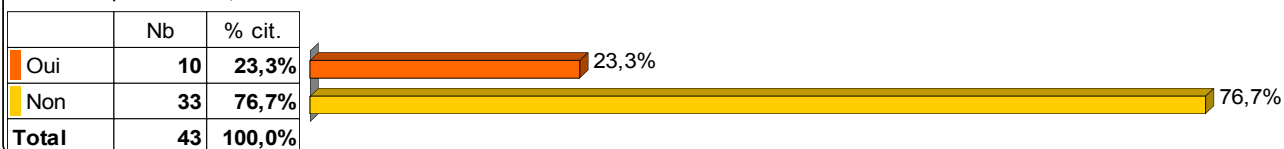
### Avez vous bénéficié d'une préparation à l'accouchement ?

Taux de réponse : 97,7%



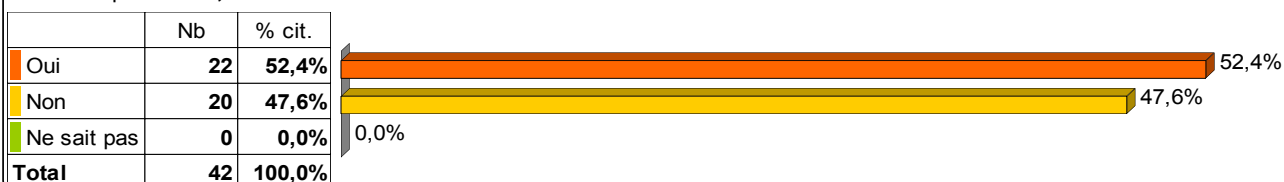
### Avez vous bénéficié de l'entretien prénatal précoce ?

Taux de réponse : 100,0%



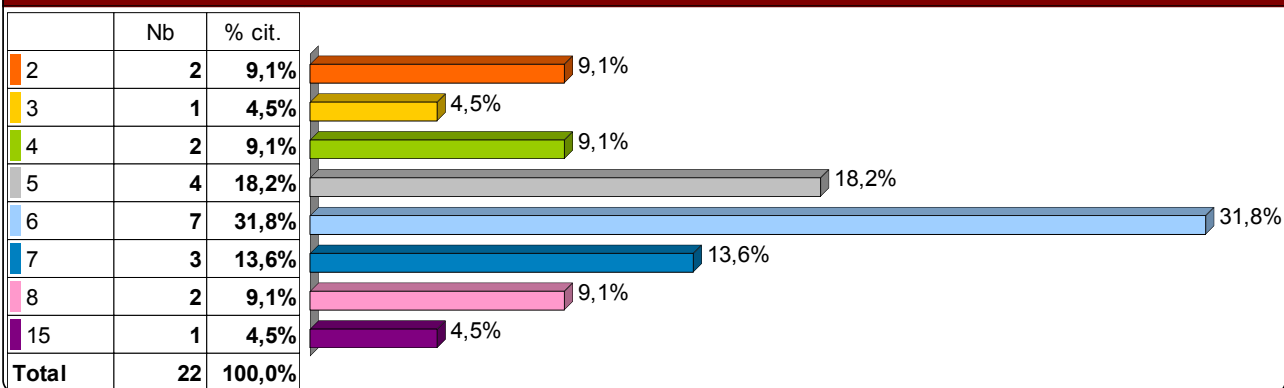
### Pendant cette grossesse, avez vous bénéficié d'une prise en charge par une sage femme référente ?

Taux de réponse : 97,7%



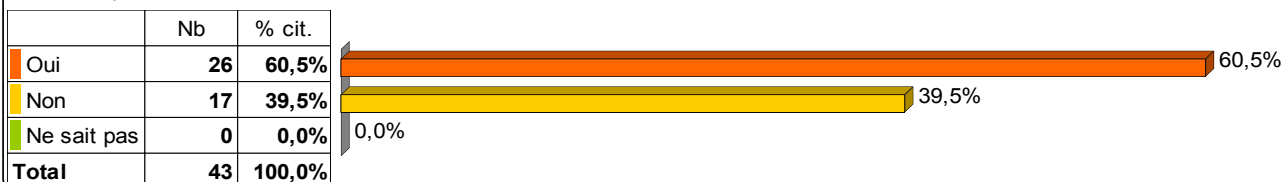
La prise en charge par une sage-femme référente a été effectuée dans 22 des suivis (52,4%).

### Combien de rendez vous avez vous eu ?



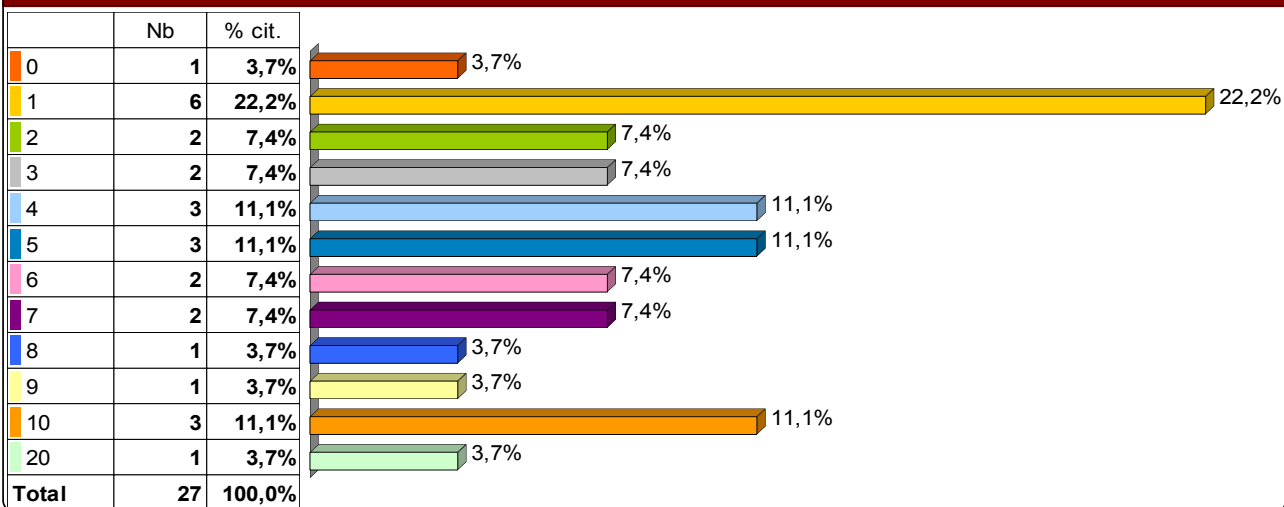
### Pendant cette grossesse, avez vous bénéficié d'une prise en charge par une équipe de liaison en addictologie ?

Taux de réponse : 100,0%



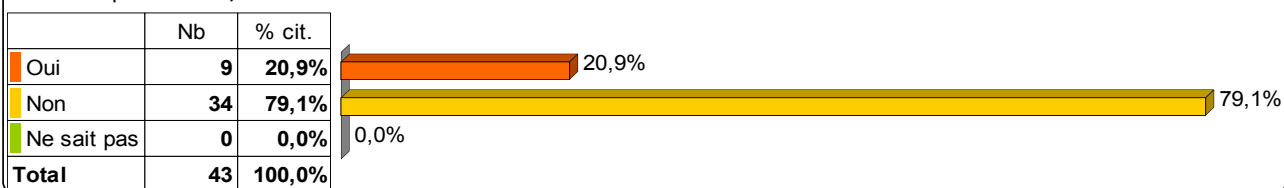
La prise en charge avec une équipe de liaison en addictologie a été réalisée dans 26 dossiers (60,5%). L'absence de prise en charge peut être en lien avec la suffisance des informations et des aides apportées par les autres acteurs de santé (sage-femme ou médecins généralistes avec des compétences dans le domaine des addictions).

### Combien d'entretiens ont été effectués ?



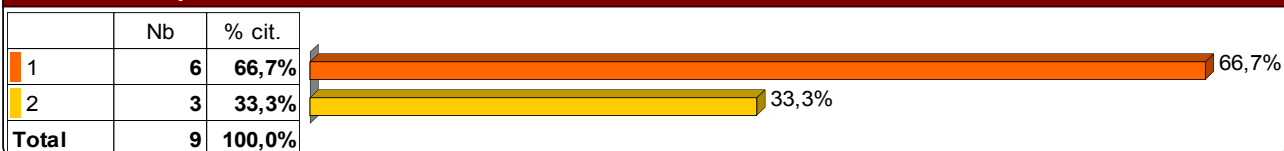
### Avez vous été hospitalisée pendant cette grossesse ?

Taux de réponse : 100,0%

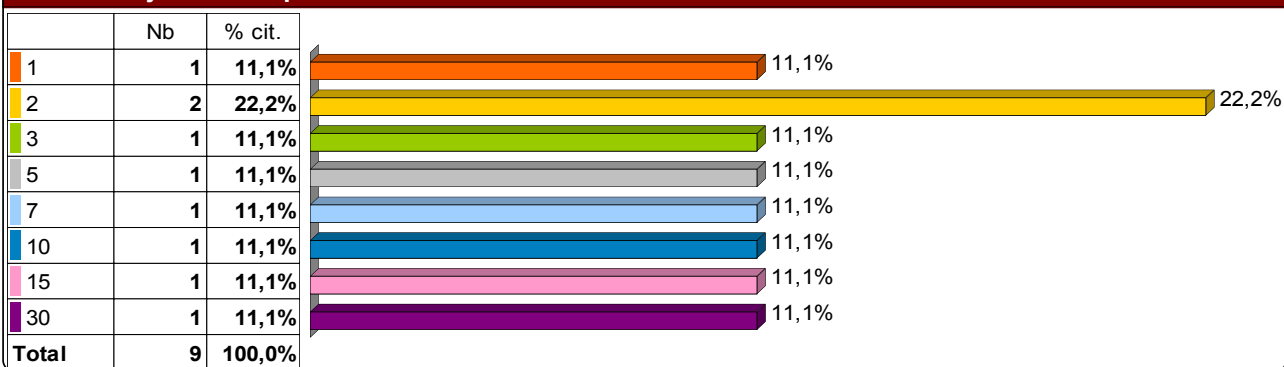


9 hospitalisations ont été décrites avec des durées variables et pour des motifs très différents (contractions, décompensation psychiatrique, hyperthermie, menace d'accouchement prématuré, retard de croissance intra utérin, etc.).

### Nombre d'hospitalisations

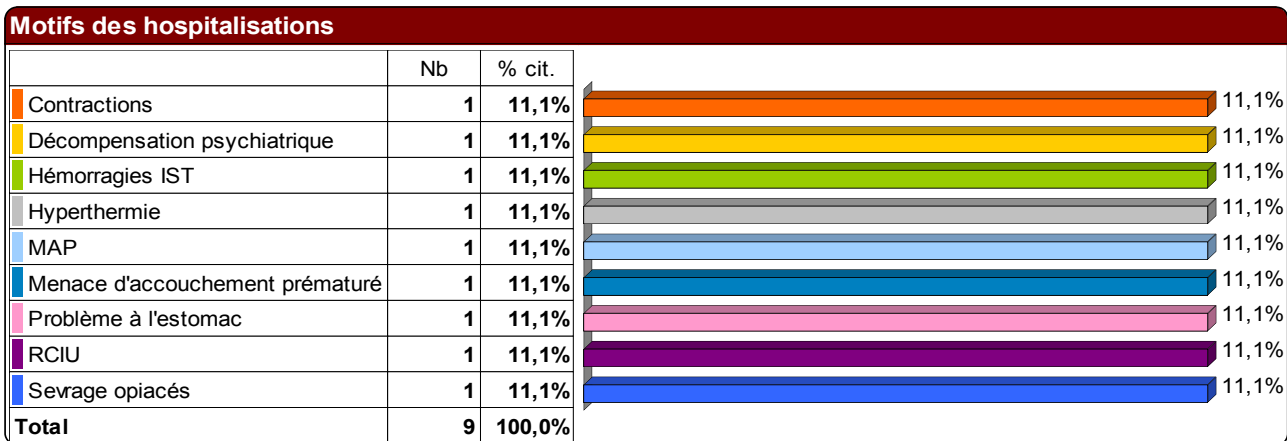


### Nombre de jours d'hospitalisations



Une seule a été effectuée dans le cadre d'un sevrage aux opiacés.

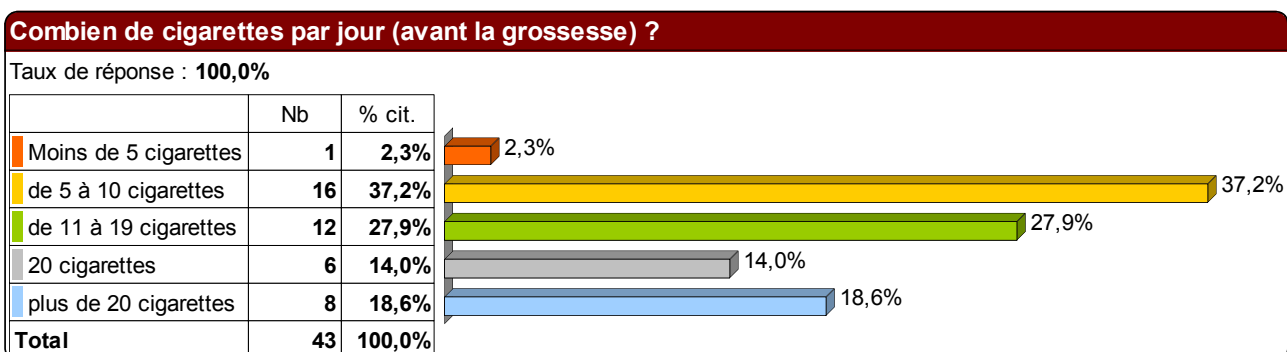
2 observations ne retrouvent aucun suivi que ce soit au travers de consultations ou d'échographies.



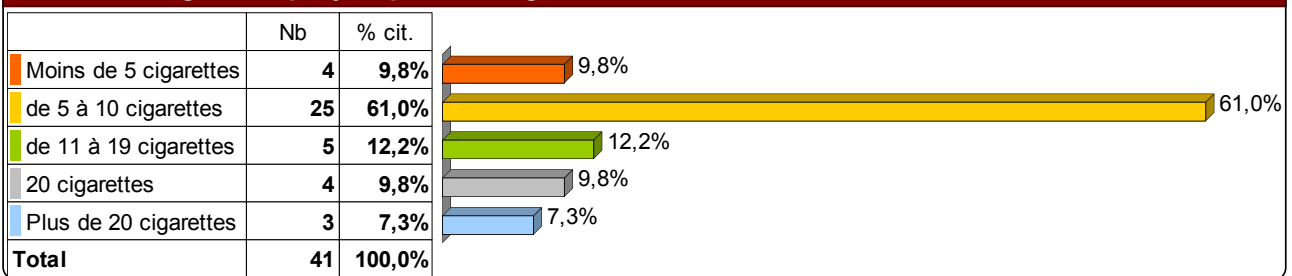
### 1.3.6 Consommations de la mère pendant la grossesse :

Les consommations ont évolué avec la grossesse. En ce qui concerne le tabac, on peut remarquer que deux femmes ont stoppé leur consommation.

Pour celles qui ont poursuivi, le nombre de cigarettes par jour a diminué avec 4 observations de femmes fumant moins de 5 cigarettes (9,8%) contre 1 avant la grossesse (2,3%), 25 observations avec une consommation de 5 à 10 cigarettes (61%) contre 16 avant la grossesse (37,2%), 9 observations de 11 à 20 cigarettes (21%) contre 18 (41,9%) et 3 observations avec un nombre de cigarettes supérieur à 20 (7,3%) contre 8 avant la grossesse (18,6%).



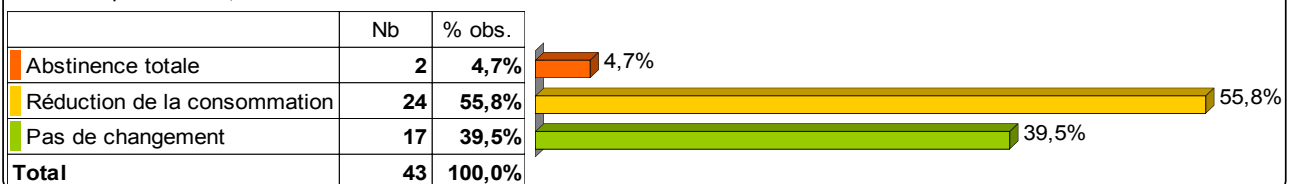
### Combien de cigarettes par jour pendant la grossesse ?



En tout, 24 femmes ont réduit leur consommation tabagique.

### Sevrage tabagique

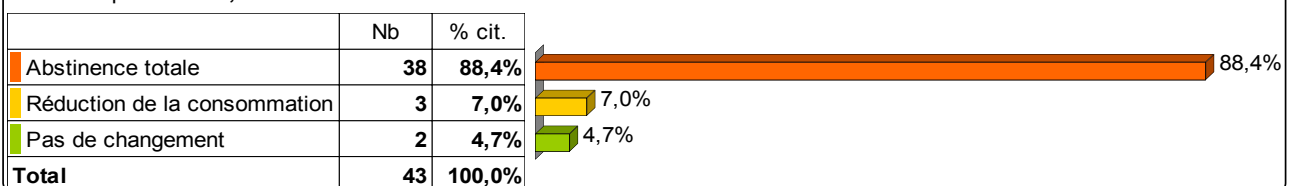
Taux de réponse : 100,0%



Les quantités de cigarettes fumées par jour ont donc diminué dans la majorité des cas avec la grossesse. Pour ce qui est des autres substances, on observe également une diminution des quantités consommées et un nombre croissant de sevrages. 4 femmes ont poursuivi une consommation d'alcool pendant la grossesse (9,3%) alors qu'initialement 15 femmes consommaient de l'alcool régulièrement (34,9%).

### Sevrage alcool

Taux de réponse : 100,0%

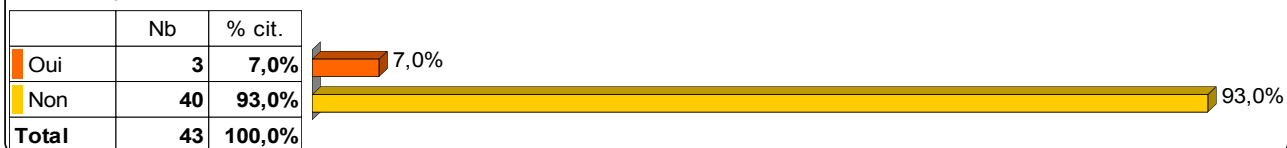


5 femmes consommaient des benzodiazépines régulièrement avant la grossesse, 2 ont stoppé leur consommation. 2 femmes continuent à en prendre

tous les jours ce qui montre une dépendance importante des benzodiazépines pour celles qui en prenaient.

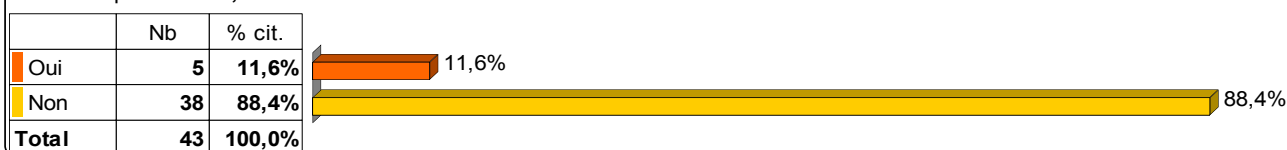
### Consommation de Benzodiazépines pendant la grossesse

Taux de réponse : 100,0%



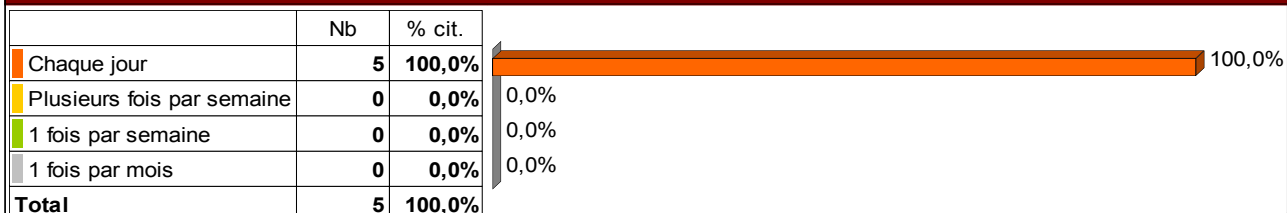
### Consommation de Benzodiazépines avant la grossesse

Taux de réponse : 100,0%

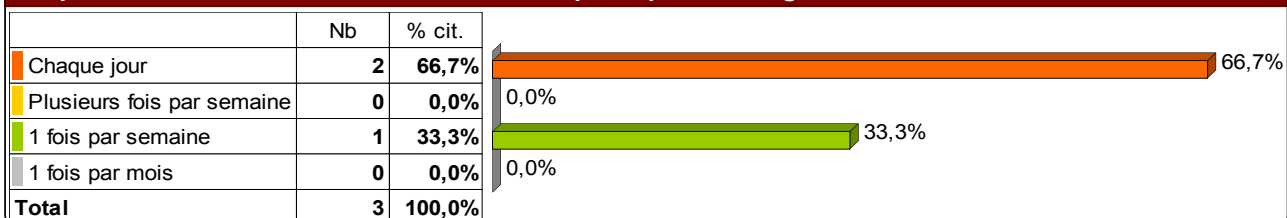


Le nombre de consommatrices mais aussi la quantité et la fréquence de consommation ont diminué.

### Fréquence de la consommation de benzodiazépines avant la grossesse



### Fréquence de la consommation de benzodiazépines pendant la grossesse

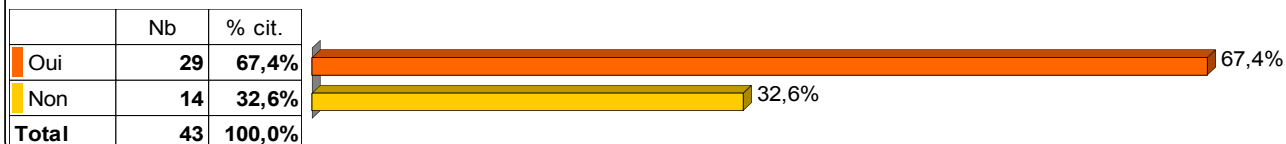




Pour ce qui est du cannabis, les tendances sont similaires mais il persiste cependant dans 19 observations (44,2%) contre 29 avant la grossesse (67,4%).

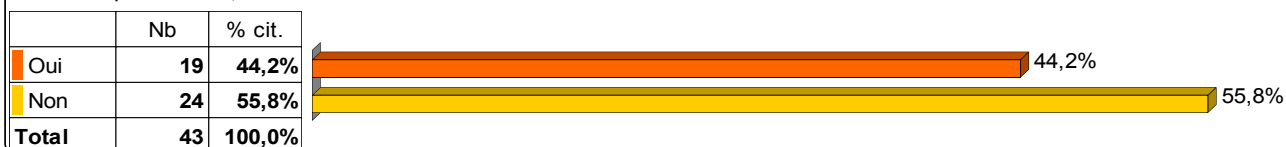
### Consommation de cannabis avant la grossesse

Taux de réponse : 100,0%



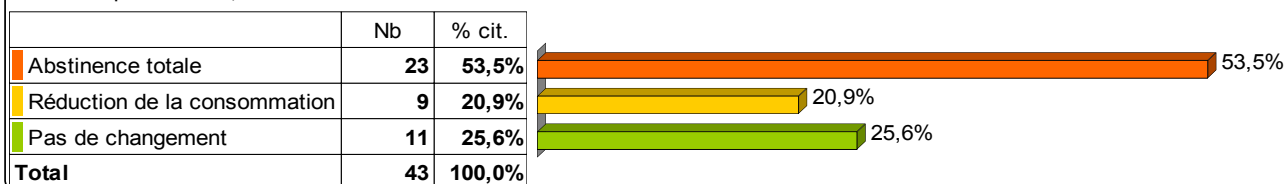
### Consommation de cannabis pendant la grossesse

Taux de réponse : 100,0%



### Sevrage cannabis

Taux de réponse : 100,0%

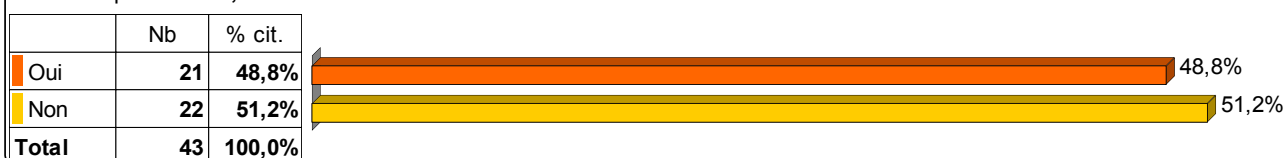


La prise d'ecstasy ou d'amphétamines n'est pas retrouvée pendant la grossesse chez les femmes suivies.

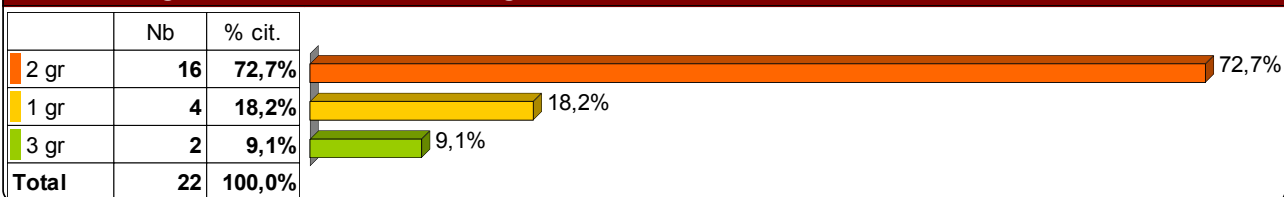
L'héroïne a diminué également en terme de nombre de consommatrices mais aussi en quantité.

### Consommation d'héroïne avant la grossesse

Taux de réponse : 100,0%



### Combien de grammes d'héroïne avant la grossesse

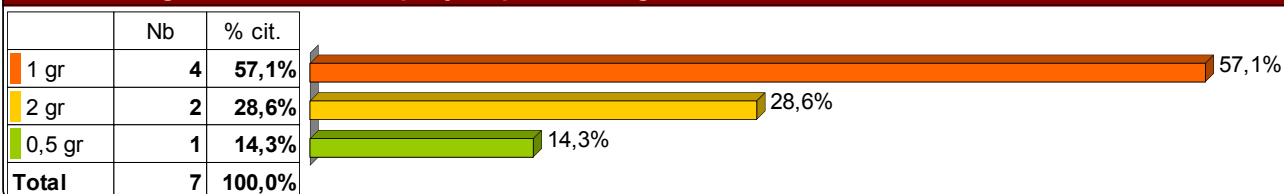


### Consommation d'héroïne pendant la grossesse

Taux de réponse : 100,0%



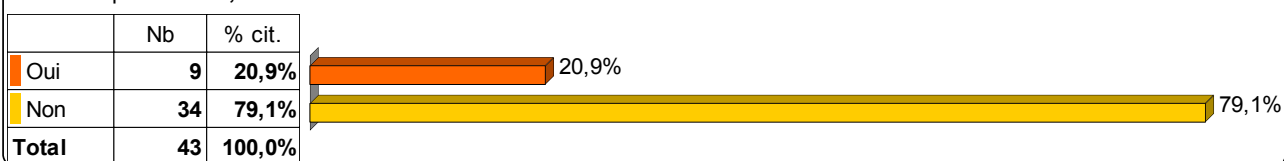
### Combien de grammes d'héroïne par jour pendant la grossesse ?



La cocaïne a également connu les mêmes tendances. Elle n'est retrouvée durant la grossesse que dans 2 questionnaires, et à une fréquence occasionnelle.

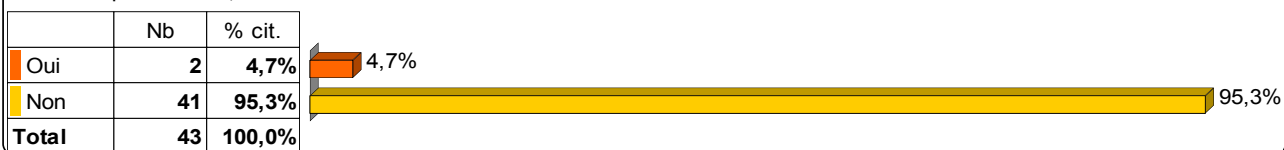
### Consommation de cocaïne et/ou de crack avant la grossesse

Taux de réponse : 100,0%



### Consommation de cocaïne et/ou de crack pendant la grossesse

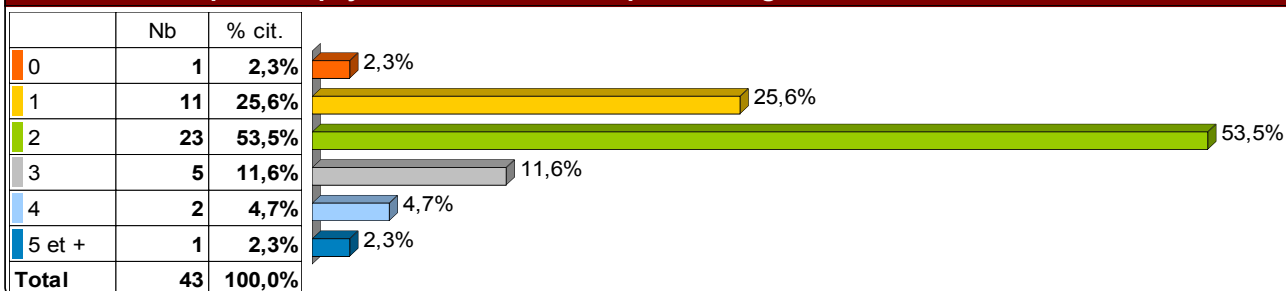
Taux de réponse : 100,0%



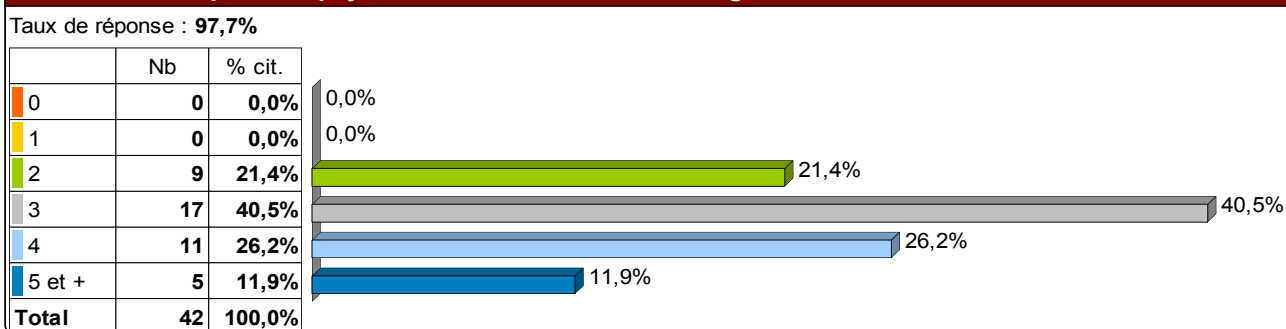
L'utilisation de produits de substitution aux opiacés a décliné ainsi que son mésusage.

A travers les graphiques suivants, on peut retrouver ces tendances décrites précédemment avec le nombre de produits consommés par patiente avant et pendant la grossesse et le nombre de consommatrices par produit.

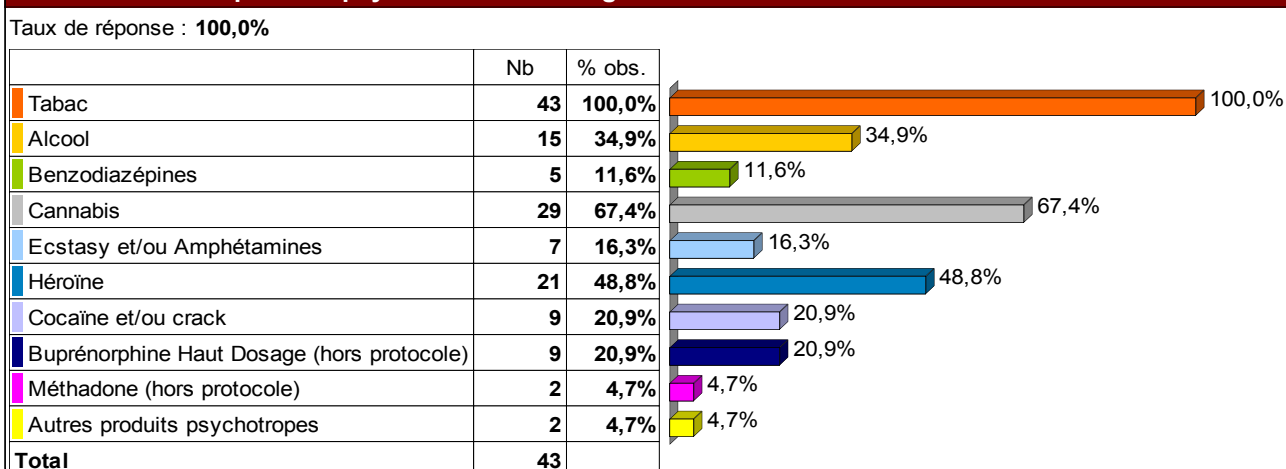
### Nombre total de produits psychoactifs consommés pendant la grossesse



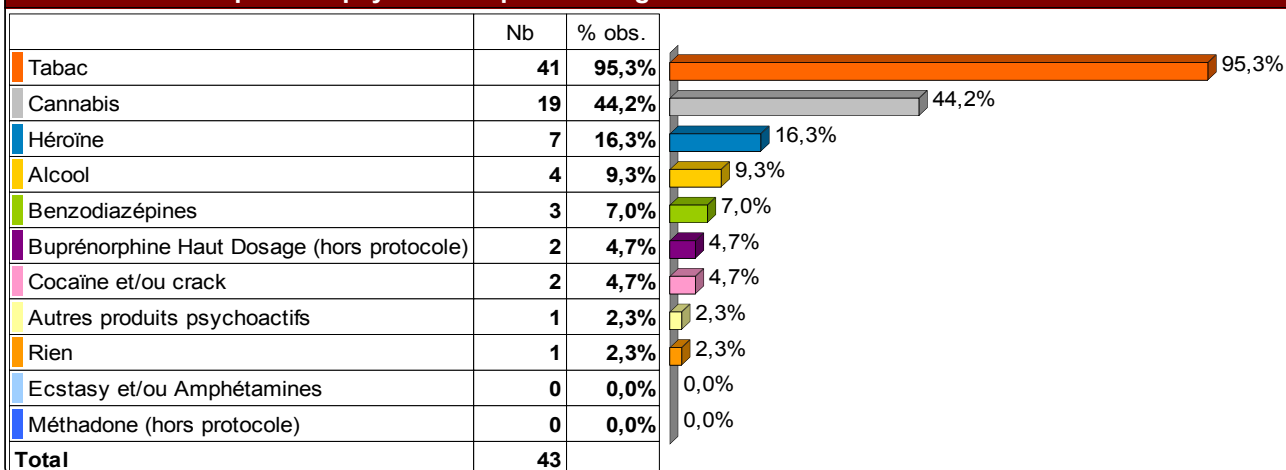
### Nombre total de produits psychoactifs consommés avant la grossesse



### Consommation de produits psychoactifs avant la grossesse



### Consommation de produits psychoactifs pendant la grossesse

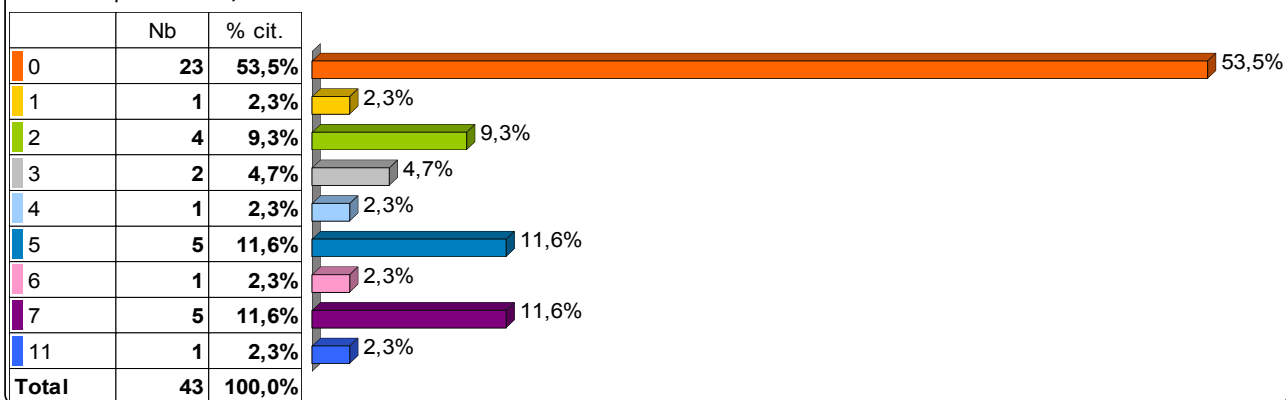


### 1.3.7 Les dépendances :

Le test ALAC retrouve une consommation à risque élevé (risque élevé si score > ou = à 4) dans 13 observations (30,1%).

### Dépendance au cannabis - Score test ALAC

Taux de réponse : 100,0%



Pour le test FACE, une dépendance (score > 9) est retrouvée dans 3 observations.

### Dépendance à l'alcool - Score test FACE

Taux de réponse : 100,0%

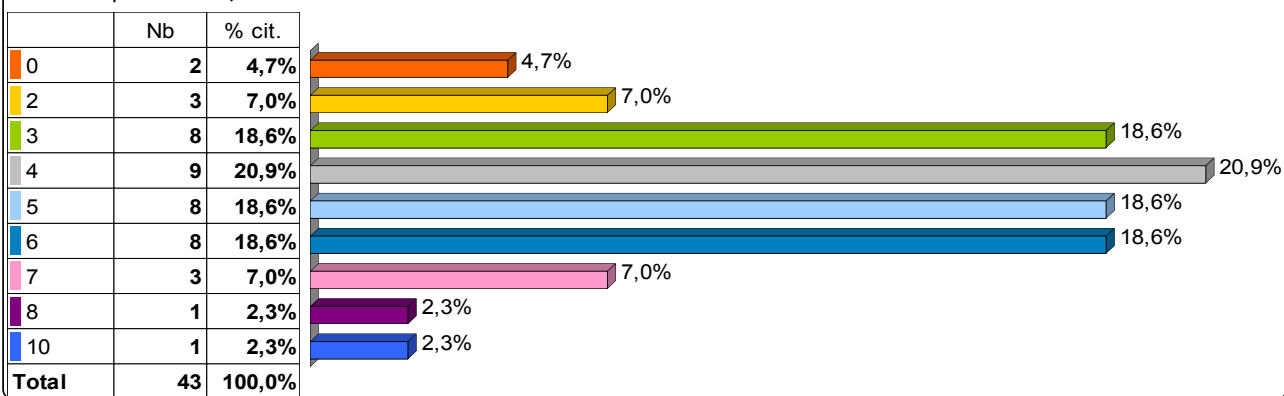


Le test de Fägerstrom montre une forte dépendance (score > 7) dans 4 observations, une dépendance moyenne dans 16 observations (score 5 ou 6) et une faible dépendance dans 17 observations (score 3 ou 4).

La dépendance est donc présente chez 29 femmes (69,7%), ce qui reflète l'importance de l'addiction induite par le tabac par rapport aux autres substances.

### Dépendance au tabac - Score test de Fagerström

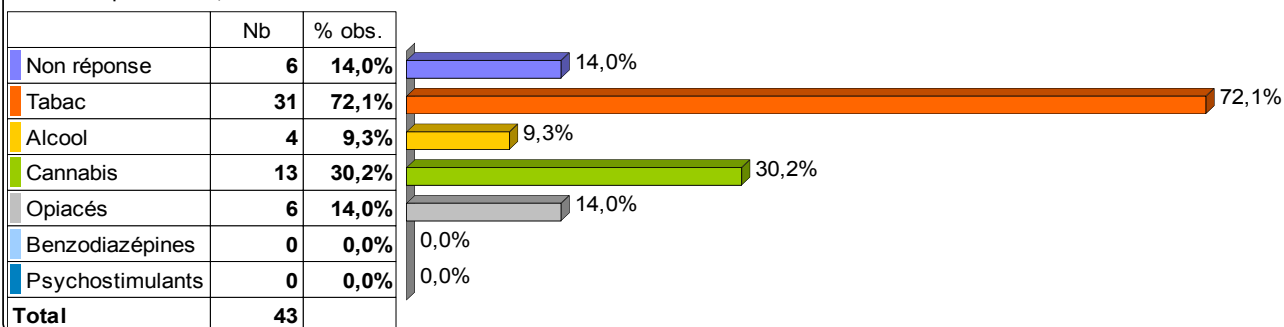
Taux de réponse : 100,0%



Les dépendances sont regroupées dans le diagramme suivant tenant compte des autres substances psychoactives.

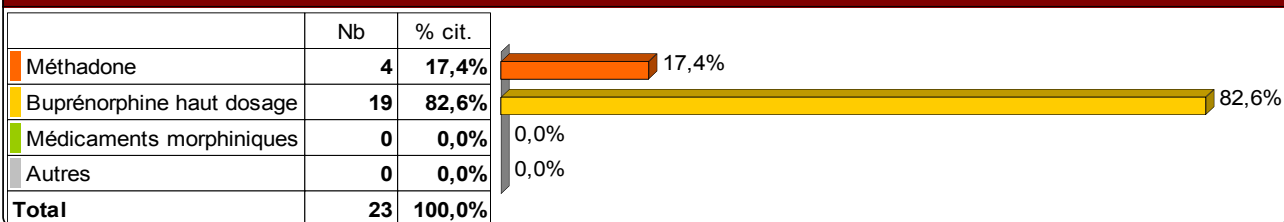
## Dépendances

Taux de réponse : 86,0%



Concernant les traitements de substitution aux opiacés, 23 femmes étaient dans un protocole de substitution, dont 4 sous méthadone et 19 sous BHD.

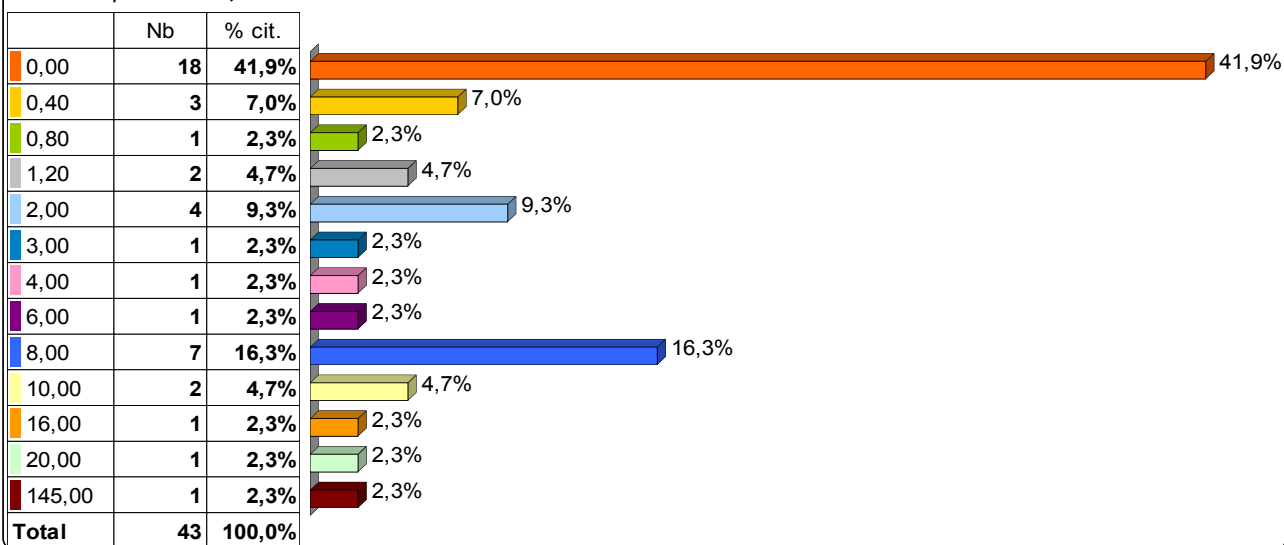
## Protocole



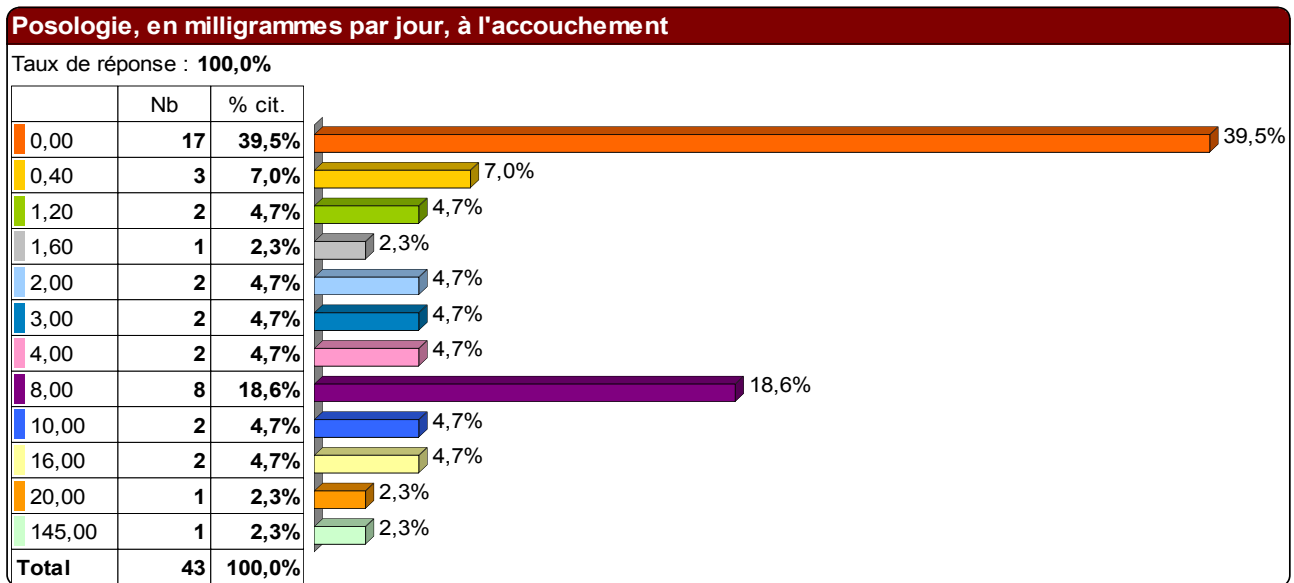
3 patientes sont entrées dans un protocole en début de grossesse et une a pu être sevrée de son traitement avant l'accouchement

## Posologie, en milligrammes par jour, du traitement aux opiacés en début de grossesse

Taux de réponse : 100,0%



Pour les 25 femmes substituées, on retrouve une posologie moyenne de 10,176 mg en début de grossesse.



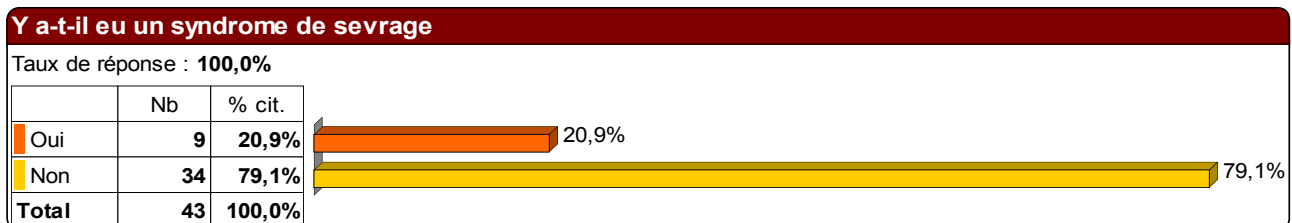
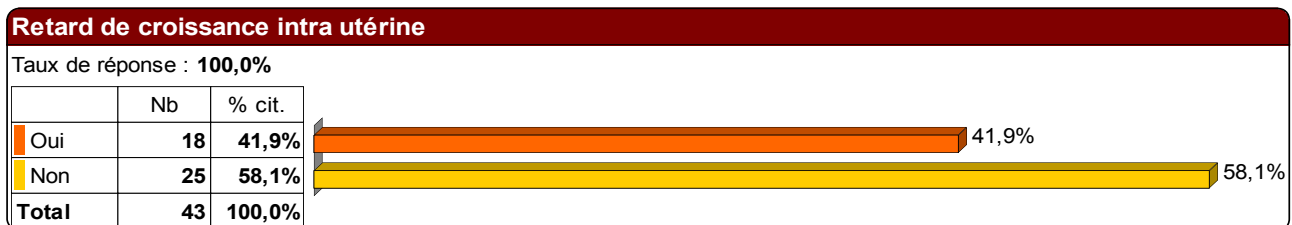
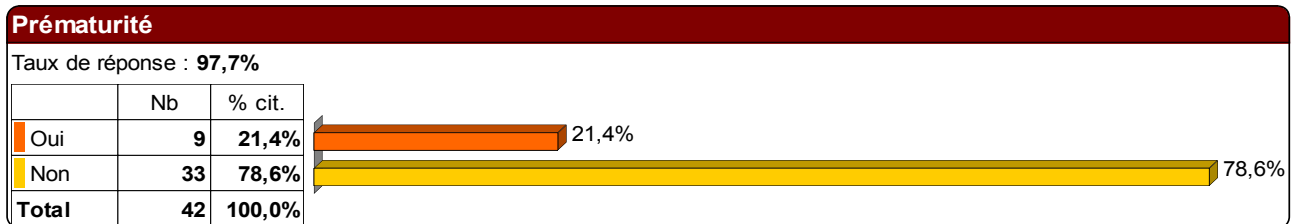
On peut constater au travers de ces analyses que la posologie moyenne de substitution a augmenté puisqu'elle est de 12,68 mg (méthadone et BHD confondus). Le graphique illustrant l'accouchement comporte une femme de moins, celle-ci étant sortie de son protocole.

### 1.3.8 Les maladies infectieuses :

Les résultats retrouvent une seule femme séropositive pour l'hépatite C.

### 1.3.9 La naissance :

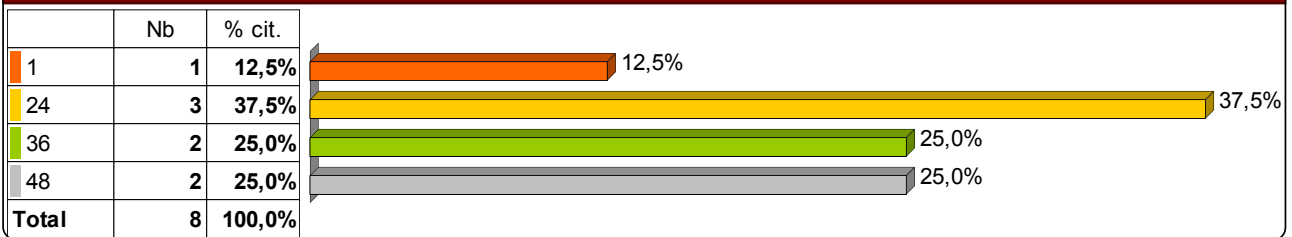
Il y a eu 9 cas de prématurité à la naissance (21,4%), 18 enfants avec un retard de croissance intra utérin (41,9%). 9 nouveau-nés ont présenté un syndrome de sevrage (20,9%).



Les signes sont apparus dans les 48 premières heures et un traitement médicamenteux a été nécessaire dans 5 cas.



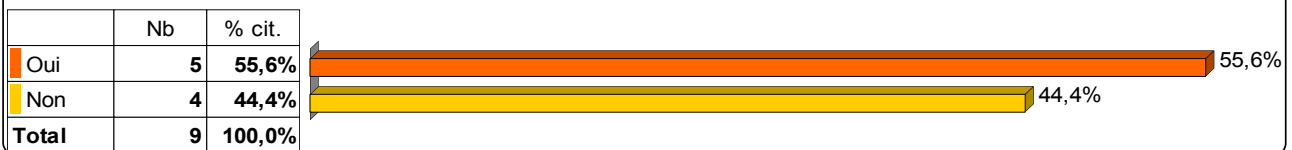
### Délai d'apparition des premiers signes de manque en heures



### Traitement médicamenteux du manque

[Syndrome sevrage] = "Oui"

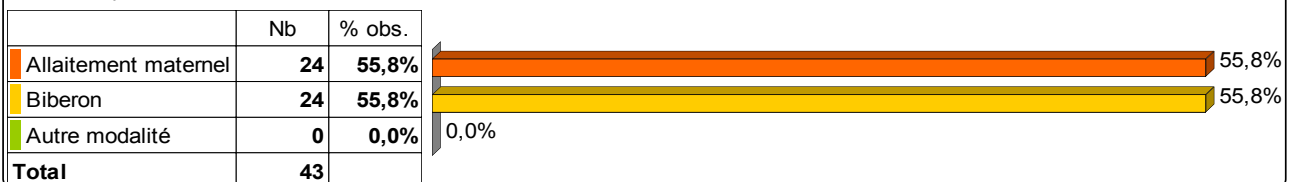
Taux de réponse : 100,0%



Un allaitement maternel a été instauré dans 24 naissances, 12 enfants ont été transférés en néonatalogie. Les motifs de transferts étaient variables avec 3 cas de prématurité, 2 cas de RCIU, 5 cas de sevrages, 1 arythmie de l'enfant. Il n'est pas possible de mettre en évidence un motif prépondérant.

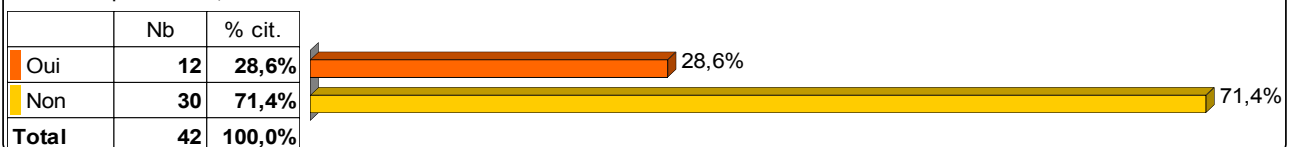
### Allaitement

Taux de réponse : 100,0%

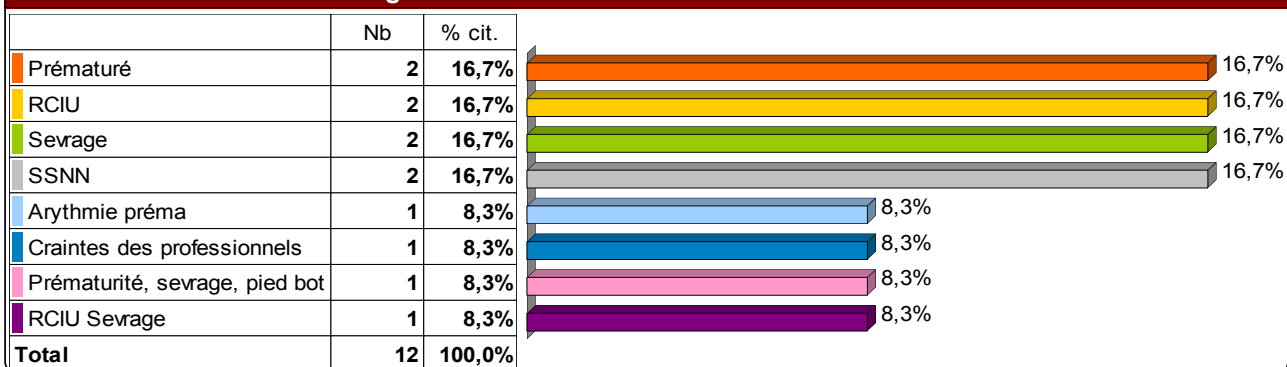


### Transfert de l'enfant en néonatalogie

Taux de réponse : 97,7%



### Motif du transfert en néonatalogie



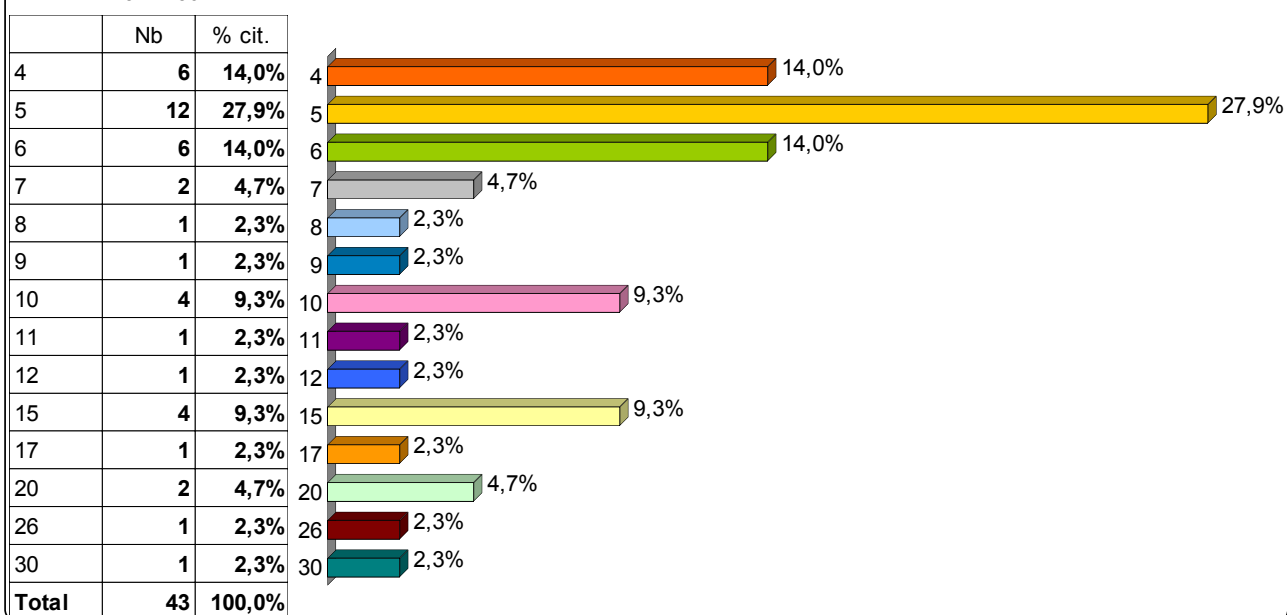
### 1.3.10 Sortie de la maternité :

La durée moyenne de séjour dans une maternité après une naissance est de 4 à 5 jours.

Si on s'intéresse aux résultats de cette étude, on peut remarquer que 18 femmes sont sorties dans ce délai. Pour les autres, les durées de séjour ont été variables.

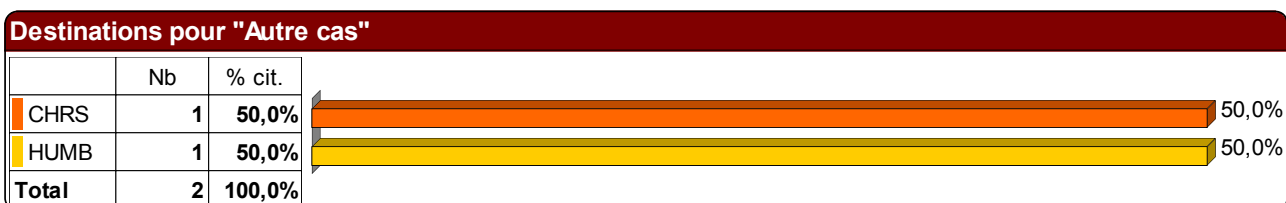
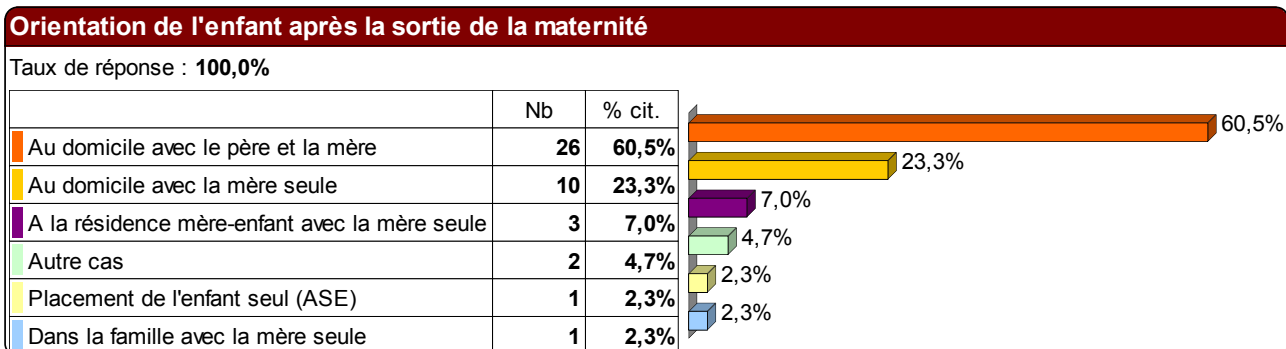
### La sortie s'est effectuée combien de temps après la date J (en nombre de jours) ?

Taux de réponse : **100,0%**  
Moyenne = **9,00**  
Min = **4** Max = **30**



Sur tous les enfants nés, 26 sont rentrés au domicile avec les deux parents (60%) et 10 au domicile avec la mère seule (23,3%).

80% des femmes suivies ont donc pu rentrer à domicile avec leur enfant sans avoir besoin de passer dans une structure intermédiaire type unité d'hospitalisation mère-bébé.



Une étude réalisée en 2003 montrait une absence totale du père durant l'accouchement et le retour au domicile dans 25 % des dossiers étudiés. Ce taux est en accord avec les chiffres retrouvés dans ce travail (120).

## 1.4 Caractéristiques croisées de différentes variables:

Si on considère les enfants victimes d'un SSNN, on peut noter que leurs mères étaient consommatrices d'héroïne, de MTD ou de BHD durant la grossesse. Sur les 9 nouveau-nés atteints, 8 avaient leurs mères qui étaient sous traitement de substitution. Le tabac a volontairement été exclu de ces caractéristiques. Par sa présence dans toutes les observations, cette variable n'est pas discriminante. Le tableau 10 regroupe les réponses retrouvées des consommations en fonction de la survenue ou non d'un SSNN.

Tableau 10: Répartition des SSNN en fonction des substances consommées.

SSNN	Conso TABAC Grossesse	Conso ALCOOL Grossesse	Conso BENZODIAZEPINES Grossesse	Conso CANNABIS Grossesse	Conso ECSTA AMPHET grossesse	Conso HEROINE Grossesse	Conso COCAINE ET CRACK Grossesse	Conso SUBSTITUTION Grossesse	Traitements de substitution aux opiacés
Oui (9)	<b>Oui (9)</b>	Non (8) <b>Oui (1)</b>	Non (8) <b>Oui (1)</b>	Non (6) <b>Oui (3)</b>	Non (9)	Non (5) <b>Oui (4)</b>	Non (7) <b>Oui (2)</b>	Non (8) <b>Oui (1)</b>	Non (1) <b>Oui (8)</b>
Non (34)	Oui (32) <b>Non (2)</b>	Oui (3) <b>Non (31)</b>	Oui (2) <b>Non (32)</b>	Oui (16) <b>Non (18)</b>	<b>Non (34)</b>	Oui (3) <b>Non (31)</b>	<b>Non (34)</b>	Oui (1) <b>Non (32)</b>	Oui (15) <b>Non (19)</b>
ENSEMBLE (43)	Oui (41) Non (2)	Oui (4) Non (39)	Oui (3) Non (40)	Oui (19) Non (24)	Non (43)	Oui (7) Non (36)	Oui (2) Non (41)	Oui (2) Non (40)	Oui (23) Non (20)

Transfert enfant néonatal		
[Syndrome sevrage] Parmi "Oui"		
	Nb	% cit.
Oui	6	66,7%
Non	3	33,3%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>

Un transfert en service de néonatalité a été nécessaire dans 6 cas.

Le tableau 11 montre les produits consommés dans les cas de prématurité. Il n'est pas possible de mettre en évidence le rôle d'une substance particulière.

Tableau 11: Répartition des naissances prématurés en fonction des substances consommées.

Prématurité	Conso TABAC Grossesse	Conso ALCOOL Grossesse	Conso BENZODIAZEPINES Grossesse	Conso CANNABIS Grossesse	Conso ECSTA AMPHET grossesse	Conso HEROINE Grossesse	Conso COCAINE ET CRACK Grossesse	Conso SUBSTITUTION Grossesse	Traitements de substitution aux opiacés
Oui (9)	<b>Oui (9)</b>	Non (9)	Non (8) <b>Oui (1)</b>	Non (4) <b>Oui (5)</b>	Non (9)	Non (6) <b>Oui (3)</b>	Non (9)	Non (9)	Non (1) <b>Oui (8)</b>
Non (33)	Oui (31) <b>Non (2)</b>	Oui (4) <b>Non (29)</b>	Oui (2) <b>Non (31)</b>	Oui (14) <b>Non (19)</b>	<b>Non (33)</b>	Oui (4) <b>Non (29)</b>	Oui (2) <b>Non (31)</b>	Oui (2) <b>Non (30)</b>	Oui (14) <b>Non (19)</b>
ENSEMBLE (43)	Oui (41) Non (2)	Oui (4) Non (39)	Oui (3) Non (40)	Oui (19) Non (24)	Non (43)	Oui (7) Non (36)	Oui (2) Non (41)	Oui (2) Non (40)	Oui (23) Non (20)

Le tableau 12 étudie les caractéristiques des consommations durant la grossesse en fonction de la survenue ou non d'un RCIU. Le tabac étant présent dans toutes les observations et facteur de risque de RCIU, il est donc difficile de mettre en évidence la prédominance d'une SPA en particulier dans la survenue de ce syndrome.

Tableau 12: Apparition d'un RCIU en fonction des substances consommées.

RCIU	Conso TABAC Grossesse	Conso ALCOOL Grossesse	Conso BENZODIAZEPINES Grossesse	Conso CANNABIS Grossesse	Conso ECSTA AMPHET grossesse	Conso HEROINE Grossesse	Conso COCAINE ET CRACK Grossesse	Conso SUBSTITUTION Grossesse	Traitements de substitution aux opiacés
Oui (18)	<b>Oui (18)</b>	Non (14) <b>Oui (4)</b>	Non (16) <b>Oui (2)</b>	Non (11) <b>Oui (7)</b>	Non (18)	Non (15) <b>Oui (3)</b>	Non (17) <b>Oui (1)</b>	Non (16) <b>Oui (1)</b>	Non (7) <b>Oui (11)</b>
Non (25)	Oui (23) <b>Non (2)</b>	<b>Non (25)</b>	Oui (1) <b>Non (24)</b>	Oui (12) <b>Non (13)</b>	<b>Non (25)</b>	Oui (4) <b>Non (21)</b>	Oui (1) <b>Non (24)</b>	Oui (1) <b>Non (24)</b>	Oui (12) <b>Non (13)</b>
ENSEMBLE (43)	Oui (41) Non (2)	Oui (4) Non (39)	Oui (3) Non (40)	Oui (19) Non (24)	Non (43)	Oui (7) Non (36)	Oui (2) Non (41)	Oui (2) Non (40)	Oui (23) Non (20)

Tableau 13: Allaitement maternel en fonction des substances consommées.

Allaitement	Conso TABAC Grossesse	Conso ALCOOL Grossesse	Conso BENZODIAZEPINES Grossesse	Conso CANNABIS Grossesse	Conso ECSTA AMPHET grossesse	Conso HEROINE Grossesse	Conso COCAINE ET CRACK Grossesse	Conso SUBSTITUTION Grossesse	Traitements de substitution aux opiacés
Allaitement maternel (24)	Non (2) <b>Oui (22)</b>	Non (22) <b>Oui (2)</b>	Non (22) <b>Oui (2)</b>	Non (12) <b>Oui (12)</b>	Non (24)	Non (18) <b>Oui (6)</b>	Non (22) <b>Oui (2)</b>	Non (23) <b>Oui (1)</b>	Non (9) <b>Oui (15)</b>
Biberon (24)	Oui (24)	Oui (2) <b>Non (22)</b>	Oui (1) <b>Non (23)</b>	Oui (9) <b>Non (15)</b>	<b>Non (24)</b>	Oui (2) <b>Non (22)</b>	Oui (1) <b>Non (23)</b>	Oui (1) <b>Non (22)</b>	Oui (13) <b>Non (11)</b>
ENSEMBLE (43)	Oui (46) Non (2)	Oui (4) Non (44)	Oui (3) Non (45)	Oui (21) Non (27)	Non (48)	Oui (8) Non (40)	Oui (3) Non (45)	Oui (2) Non (45)	Oui (28) Non (20)

En analysant le tableau 13, on peut remarquer que l'allaitement maternel fut possible quelles que soient les substances consommées pendant la grossesse.

## 2. DISCUSSION :

Le sujet des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives soulève de nombreuses questions. Cette étude a essayé de mettre en évidence le profil de ces femmes au travers de leur histoire de vie et de voir comment la grossesse a influé sur leurs consommations de stupéfiants et d'alcool. Cette étude a inclus 43 femmes avec comme critère la consommation d'au moins une substance addictogène autre que le tabac. Elle fut difficile à mettre en place du fait d'un nombre important d'items dans le questionnaire, d'un certain nombre de refus de la part des patientes. Il est important de noter que les résultats ne peuvent pas être extrapolables à l'ensemble de la population toxicomane féminine.

La première partie étudie les parents, et met en évidence que le plus souvent les deux sont consommateurs de SPA et près de la moitié des femmes a connu un évènement de vie traumatique, que ce soit au travers de violences ou par un manquement d'entourage familial. Ces statistiques ne peuvent certes pas être étendues à toutes les femmes consommatrices mais il est possible de faire un lien avec les études précédentes montrant que les évènements de vie dans l'enfance peuvent être en lien avec l'entrée dans la consommation de SPA.

L'étude des couples montre une faible durée de relation. 18 d'entre eux étaient séparés (41,9%) au moment du suivi de la grossesse en lien avec le mode de vie souvent chaotique de ces femmes et près de la moitié de ces grossesses n'était pas désirée. Ces chiffres soulèvent la nécessité de renforcer la sensibilisation relative à la contraception de ces femmes.

Cependant la grossesse a eu un impact positif sur les consommations de produits psychoactifs. En effet, les patientes ont réduit la quantité absorbée ou le nombre de substances. Une substitution a été instaurée dans certains cas.



On peut remarquer que ce sont les substances illicites dont la dose a le plus souvent baissé. La posologie moyenne des traitements de substitution a augmenté pendant la grossesse ceci afin de palier les manques conformément aux données de la littérature qui préconisent cette pratique. On peut remarquer que la substance la plus addictogène a été le tabac, puisque celle-ci a les scores les plus importants aux tests de dépendances et c'est celle dont les modalités de sevrage ont eu le moins d'impact. Les substances qui avaient des niveaux de dépendances plus faibles ont vu leurs prises arrêtées ou diminuées de manière significative comme l'alcool.

L'équipe de liaison en addictologie a effectué la prise en charge de 60% des grossesses. Pour les autres, la présence d'autres professionnels de santé a suffi (sages-femmes, médecins généralistes).

En revanche, le suivi de grossesse n'a pas été conforme à un suivi classique dans 35 (81,5%) prises en charge avec un nombre de consultations inférieur à 8. Il semble donc important d'améliorer les modalités de suivi. On peut cependant supposer que certaines grossesses n'étant pas désirées celles-ci furent découvertes tardivement, par ailleurs, les périodes d'aménorrhées sont fréquentes chez les femmes consommant des opiacés. La présence d'antécédents d'IVG chez beaucoup de femmes peut soulever la question d'un éventuel délai de réflexion avant l'entrée dans un suivi de grossesse normal. La prévalence de l'IVG dans la population générale était de 1,47% en 2007.

Lors des accouchements, il y a eu un nombre fréquent de complications avec la survenue d'un syndrome de sevrage du nouveau-né dans 9 cas, dont 8 sous traitement de substitution aux opiacés. Il y a eu 9 enfants prématurés et 18 ont eu des RCIU. Il n'a pas été possible de corrélérer la prédominance d'une substance particulière dans la survenue de ces phénomènes du fait de la présence du tabagisme dans presque toutes les observations et de la présence de plusieurs substances consommées dans la quasi totalité des observations.

L'importance de ces polyconsommations n'a pas été un frein à la mise en place d'un allaitement maternel au sein qui a pu être instauré dans 24

dossiers, on ne sait pas cependant si celui-ci sera poursuivi après l'hospitalisation. 12 transferts en néonatalogie (dont 6 pour des SSNN) ont été nécessaires mais tous les enfants sont sortis de la maternité avec leur mère. Il n'y a pas eu de séparation mère/enfant hormis un placement d'enfant pour accouchement sous X. Cette remarque est en lien avec l'amélioration des prises en charge puisqu'au début des années 90, le placement des enfants était presque systématique.

Il peut être souligné que des patientes ont été hospitalisées durant cette grossesse. Les pathologies retrouvées sont diverses et le nombre de cas par pathologies faible, il n'a donc pas été possible de retrouver un profil d'hospitalisation particulier, par ailleurs les polyconsommations sont là encore un frein à la mise en évidence d'un profil addictif spécifique.

# CONCLUSION

Les résultats de cette étude originale sont en accord avec les données de la littérature. Le profil addictif d'une femme enceinte n'est ainsi pas un frein à la grossesse et à l'instauration d'une relation mère bébé de qualité. La naissance d'un enfant, pour une femme toxicodépendante, est souvent une remise en cause de la toxicomanie et un mode de sortie de celle-ci, avec l'arrivée d'un nouveau centre d'intérêt. C'est souvent perçu comme un point de départ pour changer d'habitudes de vie. Une des limites de cette étude concerne le fait que l'on ne connaît pas l'avenir de ces enfants une fois qu'ils sont sortis de la maternité et on ne saura pas l'évolution des consommations de substances psychoactives à distance de l'accouchement.

Dans la pratique, le suivi se poursuit en relation avec la Protection Maternelle et Infantile pour l'enfant. Les femmes continuent à être suivies sur le plan de la substitution.

Le tabac est la substance la plus présente et semble celle sur lequel il paraît le plus nécessaire de cibler la prévention, même si cela est difficile.

Le parcours de soins avec la régularité du suivi semble aussi être un élément à affiner.

Ce travail donne des chiffres sur la population régionale mais ceux-ci ne sont pas généralisables. Ils peuvent servir de chiffres de comparaisons pour une étude ultérieure afin de suivre l'évolution de ces populations et des modalités de prise en charge.

# ANNEXES

Annexe 1 : le questionnaire utilisé

Annexe 2 : le questionnaire ALAC

Annexe 3 : le questionnaire FACE

Annexe 4 : le questionnaire de Fagerström

## Annexe 1 : le questionnaire utilisé.

### GROSSESSE ET CONDUITES ADDICTIVES 2010 (3)

Janvier 2011 - Association Bobillot : Dr PV; NL; SDR

#### PERE

1. NOM du Père

4. Le père est-il sous traitement de substitution aux opiacés ?

Oui  Non

*La question n'est pertinente que si TTTS Substitution = "Oui"*

2. Prénom du Père

5. Si oui :

Buprénorphine Haut Dosage  Méthadone

*La question n'est pertinente que si TTTS Substitution = "Oui"*

3. Le père est-il consommateur de produits psychoactifs ?

Oui  Non

#### MERE

6. NOM de la Mère

9. Chocs subis dans l'enfance

Décès du père  Décès de la mère  Perte d'un proche  
 Placement en foyer  Placement en famille d'accueil

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

7. Prénom de la mère

10. Violences subies dans l'enfance

Violences physiques  Violences sexuelles

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

8. Age

#### CONSOMMATIONS DE LA MERE AVANT LA GROSSESSE

11. Consommation de produits psychoactifs avant la grossesse

Tabac  Alcool  
 Benzodiazépines  Cannabis  
 Ecstasy et/ou Amphétamines  Héroïne  
 Cocaïne et/ou crack  Buprénorphine Haut Dosage (hors protocole)  
 Méthadone (hors protocole)  Autres produits psychotropes

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

16. Consommation d'alcool avant la grossesse

Oui  Non

17. Si oui, combien de verres par jour avant la grossesse ?

1 verre  2 verres  3 verres  
 4 verres  5 verres  5 à 10 verres  
 Plus de 10 verres

*<taper ici la consigne>*

12. Consommation de Tabac avant la grossesse

Oui  Non

18. Age de début de la consommation d'alcool

10 à 13 ans  13 à 16 ans  16 à 20 ans  
 20 à 25 ans  25 ans ou +

*<taper ici la consigne>*

13. Si oui, combien de cigarettes par jour (avant la grossesse) ?

Moins de 5 cigarettes  de 5 à 10 cigarettes  
 de 11 à 19 cigarettes  20 cigarettes  
 plus de 20 cigarettes

*<taper ici la consigne>*

19. Fréquence de la consommation d'alcool avant la grossesse

Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

*<taper ici la consigne>*

14. Age de début de la consommation de tabac

10 à 13 ans  13 à 16 ans  16 à 20 ans  
 20 à 25 ans  25 ans ou +

*<taper ici la consigne>*

20. Consommation de Benzodiazépines avant la grossesse

Oui  Non

15. Fréquence de la consommation de tabac avant la grossesse

Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

*<taper ici la consigne>*

21. Si oui, combien de comprimés par jour avant la grossesse ?

1 comprimé  2 comprimés  3 comprimés  
 4 comprimés  5 comprimés

*<taper ici la consigne>*

## GROSSESSE ET CONDUITES ADDICTIVES 2010 (3)

Janvier 2011 - Association Bobillot : Dr PV; NL; SDR

- 22. Age de début de la consommation de benzodiazépines**
- 10 à 13 ans       13 à 16 ans       16 à 20 ans  
 20 à 25 ans       25 ans ou +

<taper ici la consigne>

- 34. Age de début de la consommation d'héroïne**
- 10 à 13 ans       13 à 16 ans       16 à 20 ans  
 20 à 25 ans       25 ans ou +

<taper ici la consigne>

- 23. Fréquence de la consommation de benzodiazépines avant la grossesse**
- Chaque jour       Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine       1 fois par mois

<taper ici la consigne>

- 35. Fréquence de la consommation d'héroïne avant la grossesse**
- chaque jour       plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine       1 fois par mois

<taper ici la consigne>

- 24. Consommation de cannabis avant la grossesse**
- Oui       Non

- 25. Si oui, combien de joints par jour avant la grossesse ?**
- Moins de 1 joint       de 1 à 4 joints       5 joints  
 6 à 10 joints       Plus de 10 joints

<taper ici la consigne>

- 36. Consommation de cocaïne et/ou de Crack avant la grossesse**
- Oui       Non

- 37. Si oui, combien de grammes de cocaïne et/ou de crack avant la grossesse**

La question n'est pertinente que si COCAINE ET CRACK = "Oui"

- 26. Age de début de la consommation de cannabis**
- 10 à 13 ans       13 à 16 ans       16 à 20 ans  
 20 à 25 ans       25 ans ou +

<taper ici la consigne>

- 38. Age de début de la consommation de cocaïne et/ou de Crack**
- 10 à 13 ans       13 à 16 ans       16 à 20 ans  
 20 à 25 ans       25 ans ou +

<taper ici la consigne>

- 27. Fréquence de la consommation de cannabis avant la grossesse**
- Chaque jour       Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine       1 fois par mois

<taper ici la consigne>

- 39. Fréquence de la consommation de cocaïne et/ou de Crack avant la grossesse**
- Chaque jour       Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine       1 fois par mois

<taper ici la consigne>

- 28. Consommation d'Ecstasy avant la grossesse**
- Oui       Non

- 40. Consommation de produits de substitution aux opiacés (hors protocole) avant la grossesse**
- Oui       Non

- 29. Si oui, combien de cachets par jour avant la grossesse ?**

<taper ici la consigne>

- 41. Si oui, quels produits de substitution (hors protocole) avant la grossesse ?**
- Buprénorphine Haut Dosage       Méthadone

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si Prds substitution = "Oui"

- 30. Age de début de la consommation d'ecstasy**
- 10 à 13 ans       13 à 16 ans       16 à 20 ans  
 20 à 25 ans       25 ans ou +

<taper ici la consigne>

- 42. Si Buprénorphine Haut Dosage, combien de mg (hors protocole) avant la grossesse ?**
- 0,4 mg       2 mg       8 mg

La question n'est pertinente que si Si Oui, quels produits ? = "Buprénorphine Haut Dosage"

- 31. Fréquence de la consommation d'ecstasy avant la grossesse**
- Chaque jour       Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine       1 fois par mois

<taper ici la consigne>

- 43. Mésusage de BHD avant la grossesse**
- Oui       Non

- 32. Consommation d'Héroïne avant la grossesse**
- Oui       Non

- 44. Si Méthadone, combien de ml (hors protocole) avant la grossesse ?**
- 5 ml       10 ml       20 ml  
 40 ml       60 ml

La question n'est pertinente que si Si Oui, quels produits ? = "Méthadone"

- 33. Si oui, combien de grammes d'héroïne avant la grossesse**

La question n'est pertinente que si HEROINE = "Oui"

- 45. Age de début de la consommation de Produits de substitution aux opiacés (hors protocole)**
- 10 à 13 ans       13 à 16 ans       16 à 20 ans  
 20 à 25 ans       25 ans ou +

<taper ici la consigne>

## GROSSESSE ET CONDUITES ADDICTIVES 2010 (3)

Janvier 2011 - Association Bobillot : Dr PV; NL; SDR

### 46. Fréquence de la consommation de Produits de substitution aux opiacés (hors protocole) avant la grossesse

- Chaque jour                       Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine                 1 fois par mois

<taper ici la consigne>

### 47. Consommation d'autres produits psychotropes avant la grossesse

- Oui                                       Non

<taper ici la consigne>

### 48. Si oui, combien d'autres produits psychotropes avant la grossesse ?

<taper ici la consigne>

### 49. Age de début de la consommation de produits psychotropes

- 10 à 13 ans                       13 à 16 ans                       16 à 20 ans  
 20 à 25 ans                       25 ans ou +                       ???

<taper ici la consigne>

### 50. Fréquence de la consommation d'autres produits psychotropes avant la grossesse

- Chaque jour                       Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine                 1 fois par mois

<taper ici la consigne>

### 51. Nombre de SPO consommées avant la grossesse

- 0                                       1                                       2  
 3                                       4                                       5 et +

<taper ici la consigne>

## LE COUPLE

### 52. Les deux parents sont

- Ensemble                               Séparés  
 Le père est perdu de vue

<taper ici la consigne>

### 53. Durée de vie du couple

### 54. Violences dans le couple

- Violences physiques                 Violences sexuelles  
 Violences psychologiques

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

### 55. Nombre d'enfants

### 56. Nombre d'enfants du couple

### 57. Nombre d'enfants avec la mère

### 58. Nombre d'enfants avec le père

### 59. Existe-t-il des enfants placés dans la famille ?

- Oui                                       Non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

### 60. Si oui, précisez

<taper ici la consigne>

### 61. Existe-t-il des enfants placés en famille d'accueil ?

- Oui                                       Non

### 62. Si placement en famille d'accueil, précisez

<taper ici la consigne>

### 63. Enfants suivis au CAMPS (centre d'accueil médico psychologique) ?

- Oui                                       Non

### 64. Autre

## GROSSESSE

### 65. Nombre de grossesses antérieures

### 66. Fausse couche

- Oui                                       Non

### 67. Si oui, combien de fausses couches ?

<taper ici la consigne>

### 68. Grossesse extra utérine

- Oui                                       Non

### 69. IVG

- Oui                                       Non

### 70. Si oui, combien d'IVG ?

<taper ici la consigne>

## GROSSESSE ET CONDUITES ADDICTIVES 2010 (3)

Janvier 2011 - Association Bobillot : Dr PV; NL; SDR

71. Interruption médicale ou thérapeutique de grossesse

Oui  Non

72. Si oui, précisez à quel terme

<taper ici la consigne>

73. Mort in utéro

Oui  Non

74. Antécédents familiaux de mort subite du nourrisson

Oui  Non  Ne sait pas

75. Problèmes à la naissance

Oui  Non

76. Si oui, précisez la nature du problème

<taper ici la consigne>

77. Score APGAR

78. Avez vous souhaité cette grossesse ?

Oui  Non

### SUIVI DE GROSSESSE

79. Nombre de consultations pour le suivi de grossesse

80. Nombre d'échographies durant cette grossesse

81. Avez vous bénéficié d'une préparation à l'accouchement ?

Oui  Non

82. Si oui, combien de séances avez vous effectué

<taper ici la consigne>

83. Avez vous bénéficié de l'entretien prénatal précoce ?

Oui  Non

84. Pendant cette grossesse, avez vous bénéficié d'une prise en charge par une sage femme référente ?

Oui  Non  Ne sait pas

85. Si "OUI" combien de rendez vous avez vous eus ?

<taper ici la consigne>

86. Pendant cette grossesse avez vous bénéficié d'un (ou plusieurs) entretien(s) avec un pédiatre ?

Oui  Non  Ne sait pas

87. Si "OUI" combien de rendez-vous avez vous eus ?

<taper ici la consigne>

88. Pendant cette grossesse avez vous bénéficié d'une consultation d'anesthésie ?

Oui  Non

89. Si "OUI" combien de rendez-vous avez vous eus ?

<taper ici la consigne>

90. Pendant cette grossesse, avez vous bénéficié d'une prise en charge par un psychologue ?

Oui  Non  Ne sait pas

91. Si "OUI" combien de séances avez vous eues ?

<taper ici la consigne>

92. Pendant cette grossesse, avez vous bénéficié d'une prise en charge par une assistante sociale ?

Oui  Non  Ne sait pas

93. Si "OUI" combien de rendez-vous avez vous eus ?

<taper ici la consigne>

94. Pendant cette grossesse, avez vous bénéficié d'une prise en charge par une équipe de liaison en addictologie ?

Oui  Non  Ne sait pas

95. Si "OUI" combien d'entretiens ont été faits ?

<taper ici la consigne>

96. Pendant cette grossesse, avez vous bénéficié d'une prise en charge par un médecin généraliste ?

Oui  Non  Ne sait pas

97. Si "OUI" combien de consultations avez vous bénéficiées ?

<taper ici la consigne>

98. Pendant cette grossesse, avez vous bénéficié d'une prise en charge par un médecin gynécologue ?

Oui  Non  Ne sait pas

99. Si "OUI" combien de rendez vous ont eu lieu ?

<taper ici la consigne>



## GROSSESSE ET CONDUITES ADDICTIVES 2010 (3)

Janvier 2011 - Association Bobillot : Dr PV; NL; SDR

100. Avez vous été hospitalisée pendant cette grossesse ?

- Oui  Non  Ne sait pas

101. Nombre d'hospitalisations

<taper ici la consigne>

102. Nombre de jours d'hospitalisations

<taper ici la consigne>

103. Motifs des hospitalisations

<taper ici la consigne>

104. Hospitalisée dans que(s) service(s)

- Maternité  Psychiatrie  Addictologie  
 Médecine interne  Urgences  Autres services

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

105. Si autres services = "OUI" précisez

<taper ici la consigne>

## CONSOMMATIONS DE LA MERE PENDANT LA GROSSESSE

106. Consommation de produits psychoactifs pendant la grossesse

- Tabac  Alcool  
 Benzodiazépines  Cannabis  
 Ecstasy et/ou Amphétamines  Héroïne  
 Cocaine et/ou crack  Buprénorphine Haut Dosage (hors protocole)  
 Méthadone (hors protocole)  Autres produits psychoactifs  
 Rien

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (10 au maximum).*

107. Consommation de tabac pendant la grossesse

- Oui  Non

108. Si oui, combien de cigarettes par jour pendant la grossesse ?

- Moins de 5 cigarettes  de 5 à 10 cigarettes  de 11 à 19 cigarettes  
 20 cigarettes  Plus de 20 cigarettes

<taper ici la consigne>

109. Fréquence de la consommation de tabac pendant la grossesse

- Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

<taper ici la consigne>

110. Consommation d'alcool pendant la grossesse

- Oui  Non

111. Si oui, combien de verres d'alcool par jour pendant la grossesse ?

- 1 verre  2 verres  3 verres  
 4 verres  5 verres  6 à 10 verres  
 Plus de 10 verres

<taper ici la consigne>

112. Fréquence de la consommation d'alcool pendant la grossesse

- Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

<taper ici la consigne>

113. Consommation de Benzodiazépines pendant la grossesse

- Oui  Non

114. Si oui, combien de comprimés de Benzodiazépines pendant la grossesse

- 1 comprimé  2 comprimés  3 comprimés  
 4 comprimés  5 comprimés

*La question n'est pertinente que si Conso BENZODIAZEPINES Grossesse = "Oui"*

115. Fréquence de la consommation de benzodiazépines pendant la grossesse

- Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

<taper ici la consigne>

116. Consommation de cannabis pendant la grossesse

- Oui  Non

117. Si oui, combien de joints par jour pendant la grossesse ?

- 1 joint  de 2 à 4 joints  5 joints  
 de 6 à 10 joints  Plus de 10 joints

<taper ici la consigne>

118. Fréquence de la consommation de cannabis pendant la grossesse

- Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

<taper ici la consigne>

## GROSSESSE ET CONDUITES ADDICTIVES 2010 (3)

Janvier 2011 - Association Bobillot : Dr PV; NL; SDR

**119. Consommation d'ecstasy et/ou d'amphétamines pendant la grossesse**

- Oui  Non

**121. Fréquence de la consommation d'ecstasy ou d'amphétamines pendant la grossesse**

- Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

<taper ici la consigne>

**122. Consommation d'héroïne pendant la grossesse**

- Oui  Non

**123. Si oui, combien de grammes d'héroïne par jour pendant la grossesse ?**

<taper ici la consigne>

**124. Fréquence de la consommation d'héroïne pendant la grossesse**

- Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

<taper ici la consigne>

**125. Consommation de cocaïne et/ou de crack pendant la grossesse**

- Oui  Non

**126. Si oui, combien de grammes de cocaïne et/ou de crack par jour pendant la grossesse ?**

<taper ici la consigne>

**127. Fréquence de la consommation de cocaïne et/ou de crack pendant la grossesse**

- Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

<taper ici la consigne>

**128. Consommation de produits de substitution (hors protocole) pendant la grossesse**

- Oui  Non

**129. Si oui quels produits de substitution (hors protocole) pendant la grossesse**

- Buprénorphine Haut Dosage  Méthadone

<taper ici la consigne>

**120. Si oui, combien de cachets d'ecstasy et/ou d'amphétamines pendant la grossesse**

- 1 cachet  2 cachets  3 cachets  
 4 cachets  5 cachets

<taper ici la consigne>

**130. Si Buprénorphine Haut Dosage (hors protocole), quelle quantité pendant la grossesse ?**

- 0,4 mg  2 mg  8 mg

La question n'est pertinente que si Quels TTTS Substitution grossesse = "Buprénorphine Haut Dosage"

**131. Mesusage de BHD pendant la grossesse**

- Oui  Non

**132. Si Méthadone (hors protocole), quelle quantité pendant la grossesse**

- 5 ml  10 ml  20 ml  
 40 ml  60 ml

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

**133. Fréquence de la consommation de Produits de substitution aux opiacés (hors protocole) pendant la grossesse**

- Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

<taper ici la consigne>

**134. Consommation d'autres produits psychotropes pendant la grossesse**

- Oui  Non

**135. Si oui, combien d'autres produits psychotropes pendant la grossesse**

<taper ici la consigne>

**136. Fréquence de la consommation de produits psychotropes pendant la grossesse**

- Chaque jour  Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine  1 fois par mois

<taper ici la consigne>

**137. Nombre de SPO consommées**

- 0  1  2  
 3  4  5 et +

<taper ici la consigne>

## DEPENDANCES

**138. Dépendance au cannabis - Score test ALAC**

<taper ici la consigne>

**140. Dépendance au tabac - Score test de Fagerström**

<taper ici la consigne>

**139. Dépendance à l'alcool - Score test FACE**

<taper ici la consigne>

**141. Dépendances**

- Tabac  Alcool  Cannabis  
 Opiacés  Benzodiazépines  Psychostimulants

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

## GROSSESSE ET CONDUITES ADDICTIVES 2010 (3)

Janvier 2011 - Association Bobillot : Dr PV; NL; SDR

### 142. Usage à risque

- Tabac       Alcool       Cannabis  
 Opiacés       Benzodiazépines       Psychostimulants

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.*

### 150. Posologie, en milligrammes par jour, du traitement aux opiacés en début de grossesse

<taper ici la consigne>

### 143. Sevrage tabagique

- Abstinence totale       Réduction de la consommation       Pas de changement

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).*

### 151. Posologie, en milligrammes par jour, à l'accouchement

<taper ici la consigne>

### 144. Sevrage alcool

- Abstinence totale       Réduction de la consommation       Pas de changement

<taper ici la consigne>

### 152. Posologie, en milligrammes par jour, à la sortie de la maternité

<taper ici la consigne>

### 145. Sevrage cannabis

- Abstinence totale       Réduction de la consommation       Pas de changement

<taper ici la consigne>

### 153. Le prescripteur du traitement de substitution aux opiacés est

- Le médecin de ville       Le médecin hospitalier

<taper ici la consigne>

### 146. Traitements de substitution aux opiacés

- Oui       Non

### 154. Modalités de prescription du traitement de substitution aux opiacés

- Plusieurs fois par semaine       Chaque semaine  
 Tous les 14 jours       Tous les mois

<taper ici la consigne>

### 147. Protocole

- Méthadone       Buprénorphine haut dosage  
 Médicaments morphiniques       Autres

<taper ici la consigne>

### 155. Modalités de dispensation du traitement de substitution aux opiacés

- Pharmacie de ville       Hôpital       CSST

<taper ici la consigne>

### 148. Date de début du protocole de substitution aux opiacés

<taper ici la consigne>

### 149. Posologie, en milligrammes par jour, du traitement aux opiacés en début de traitement

<taper ici la consigne>

### 156. Fréquence de la dispensation du traitement de substitution aux opiacés

- Quotidienne       Plusieurs fois par semaine  
 Hebdomadaire       Bi-mensuelle  
 Mensuelle

<taper ici la consigne>

## MALADIES INFECTIEUSES

### 157. HIV

- Positive       Négative       Ne sait pas

### 161. IST

- Oui       Non       Ne sait pas

### 158. Hépatite C

- Positive       Négative       Ne sait pas

### 162. Toxoplasmose

- Positive       Négative       Ne sait pas

### 159. Hépatite B

- Positive       Négative       Ne sait pas

### 163. Rubéole

- Positive       Négative       Ne sait pas

### 160. Syphilis

- Positive       Négative       Ne sait pas

## LA NAISSANCE

### 164. Date prévue de l'accouchement

### 166. Problème à la naissance

- Oui       Non

### 165. Voie accouchement

- Basse       Césarienne

### 167. Prématurité

- Oui       Non

## GROSSESSE ET CONDUITES ADDICTIVES 2010 (3)

Janvier 2011 - Association Bobillot : Dr PV; NL; SDR

168. Retard de croissance intra utérine

- Oui  Non

169. Nom de l'enfant

170. Prénom de l'enfant

171. Date de naissance de l'enfant

172. Heure de naissance de l'enfant

173. Taille de l'enfant

174. Poids de naissance de l'enfant

175. Périmètre crânien de l'enfant

176. Lieu de naissance de l'enfant

- Maternité de l'HME  Maternité de la clinique  
 Domicile  Autre situation

177. Précisez l'autre situation de naissance

<taper ici la consigne>

178. Y a-t-il eu un syndrome de sevrage

- Oui  Non

179. Délai d'apparition des premiers signes de manque

<taper ici la consigne>

180. Traitement médicamenteux du manque

- Oui  Non

La question n'est pertinente que si Syndrome sevrage = "Oui"

181. Précision sur le traitement

<taper ici la consigne>

182. Allaitement

- Allaitement maternel  Biberon  Autre modalité

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

183. L'enfant reste-t-il dans la chambre avec la mère

- Oui  Non

184. Transfert de l'enfant en néonatalogie

- Oui  Non

185. A J

<taper ici la consigne>

186. Motif du transfert en néonatalogie

<taper ici la consigne>

187. Durée du séjour en néonatalogie

<taper ici la consigne>

## SORTIE DE LA MATERNITE

188. La sortie s'est effectuée combien de temps après la date J ?

190. Destination

- Maternité avec la maman  Domicile  
 Autre service  Autre cas

<taper ici la consigne>

191. Destination1

- Au domicile avec le père et la mère  Au domicile avec la mère seule  
 Au domicile avec le père seul  Dans la famille avec le père et la mère  
 Dans la famille avec la mère seule  Chez des amis avec le père et la mère  
 Chez des amis avec la mère seule  A la résidence mère-enfant avec la mère seule  
 Dans la famille sans le père et sans la mère  Placement de l'enfant seul (ASE)  
 Consentement à l'adoption  Autre cas

192. Destination autre

<taper ici la consigne>

## **Annexe 2: questionnaire ALAC**

1. Votre entourage s'est-il plaint de votre usage de cannabis ?
2. Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?
3. Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usages de cannabis ?
4. Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans "joint" ?
5. Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?
6. Vous êtes-vous déjà senti préoccupé par les effets de votre usage de cannabis ?
7. Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles ?
8. Avez-vous déjà essayé de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?
9. Aimez-vous "planer", être "défoncé(e)" dès le matin ?
10. Etes-vous de plus en plus souvent "défoncé(e)" ?
11. Avez-vous ressenti le "manque", des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?

### **Interprétation :**

Risque faible : score  $\leq 2$

Risque modéré : score = 3

Risque élevé : score  $\geq 4$

**Annexe 3:** le FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien)

A quelle fréquence, consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais 0

Une fois par mois au moins : 1

2 à 3 fois par semaine : 2

4 fois par semaine ou plus : 3

2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 : 0

3 ou 4 : 1

5 ou 6 : 2

7 à 9 : 3

10 ou plus : 4

3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

Oui : 4

Non : 0

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Oui : 4

Non : 0

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Oui : 4

Non : 0

**Interprétation :**

Hommes : Moins de 5, risque faible ou nul

5 à 8, consommation excessive d'alcool probable

Supérieur à 8, alcoolo-dépendance probable

Femmes : Moins de 4, risque faible ou nul

4 à 8, consommation excessive d'alcool probable

Supérieur à 8, alcoolo-dépendance probable

## **Annexe 4: test de Fagerström**

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes : 3
- 6 à 30 minutes : 2
- 31 à 60 minutes : 1
- Plus de 60 minutes : 0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui : 1
- Non : 0

3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée : 1
- A une autre : 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins : 0
- 11 à 20 : 1
- 21 à 30 : 2
- 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 ?

- Oui : 1
- Non : 0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui : 1
- Non : 0

### **Interprétation :**

Dépendance :

Très faible 0-2

Faible 3-4

Moyenne 5

Forte 6-7

Très forte 8-10

# BIBLIOGRAPHIE

1. GREAVES L, P. N. (2008). Highs and lows: Canadian perspectives on women and substance use. *The Canadian Women's Health Network Magazine.* , pp. 10,2.
2. BOYLES S. (2004). Femmes et drogues: Survol des lois et des conflits mères/Etat aux Etats Unis et au Canada. *Psychotrope.* , pp. 10(3-4):153-72.
3. BOYLES S. (2004). From Witches to wrack norms: women drug and low policy. *Carolina Academic Press.*
4. SIMMAT-DURAND L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviante et société.* 2007 ; 31 (3) :305-30.
5. LEUJEUNE C, ROPERT JC., MONTAMAT S. et al. Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mères toxicomanes. *J. Gyneco Obstet Biol Reprod* 1997 ; 26 : 395-404.
6. LEJEUNE, C. (2000). Evolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. *Archives de Pédiatrie.* 7 (supp 2). P. 283-284.
7. LEJEUNE Claude et SIMMAT-DURAND Laurence Enquêtes sur les femmes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveaux nés. *OFDT.* Juillet 2003.
8. Prise en charge des femmes toxicomanes et de leurs enfants. *Archives*  
128



*de Pédiatrie*, Volume 4, Issue 3, P. 263-270.

9. GOODMAN A. *British Journal of Addiction*. 1990, 85.
10. JEAMMET P, in PADIEU R., PARQUET P. et al. *Dépendances et conduites de consommation* Ed. Inserm, Paris 1997.
11. JEAMMET P., in VENISSE J.L., BAILLY D. *Addictions : quels soins ?* Masson, Paris, 1997, p52.
12. PEDINIELLI J.L. et coll. *Psychopathologie des addictions* PUF, Paris, 1997, p74.
13. VALLEUR M., UCHER C. *Le jeu pathologique* PUF, Qsj ?, Paris, 1997, p64.
14. PEDINIELLI J.L. et coll. *Psychopathologie des addictions* PUF, Paris, 1997, p55.
15. BERGERET J., in VENISSE J.L. (sous la dir. de) *Les nouvelles addictions* Masson, Paris, 1991, p4.
16. RICHARD D & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 2009, p251.
17. RICHARD & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 1999, p58.
18. NOIRFALISE Alfred Drogues et risques toxiques, *Revue d'informations sociales de la Province de Namur*, avril 98, p23.

19. Répertoire commenté des médicaments 2003. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, p144.
20. Répertoire commenté des médicaments 2003. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, p144.
21. Répertoire commenté des médicaments 2003. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, p144.
22. Répertoire commenté des médicaments 2003. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, p144.
23. ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Ed Odile Jacob 1999, p265.
24. T. VIAL, C. BOLUDA, C. PAYEN. Fiche Technique de Pharmacovigilance *Vigitox n°29*, Décembre 2005.
25. De SCHUITENEER Bruno, De CONINCK Bart, *Médicaments et allaitement*, Ed Arnette Blackwell, 1992, 2<sup>o</sup> édition, p203.
26. RICHARD D & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 1999: p20.
27. RICHARD D & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 1999: p26.
28. RICHARD D & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 1999: p24.
29. RICHARD D & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 1999: p126.



30. ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Ed Odile Jacob 1999, p256.
31. D. SUBTIL, A. FOURMAINTRAUX, T. DANIEL, D. THERBY, C. SAMAILLE-VILLETTE, C. CATTEAU, X. CODACCIONI, F. PUECH. : Alcool pendant la grossesse, tératogène et neurotoxique. *Vocation Sage-femme*. Vol 2004, N° 0025 - novembre 2004 pp. 12-17.
32. LEMOINE P., HAROUSSEAU H., BORTEYRU J.P., MENUET J.C.: Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. A propos de 127 cas, *Ouest Med*, 1968; 8: 476-482.
33. LEMOINE P., HAROUSSEAU H., BORTEYRU J.P., MENUET J.C.: Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. A propos de 127 cas, *Ouest Med*, 1968; 8: 476-482.
34. GRAHAM J.M., HANSON J.W., DARBY B.L., et al.: Independent dysmorphism evaluations at birth and 4 years of age for children exposed to varying amounts of alcohol in utero, *Pediatrics*, 1988; 81: 772-778.
35. AUTTI-RAMO I., GRANSTROM M.L.: The psychomotor development during the first year of life of infants exposed to intrauterine alcohol of various duration. Fetal alcohol exposure and development, *Neuropediatrics*, 1991; 22: p59-64.
36. STREISSGUTH A.P., SAMPSON P.D., OLSON H.C. et al.: Maternal drinking during pregnancy: attention and short-term memory in 14-year-old offspring. A longitudinal prospective study, *Alcohol Clin Exp Res*, 1994; 18: p202-218.

37. DAY N.L., Richardson G.A.: Prenatal alcohol exposure. A continuum of effects, *Semin Perinatol*, 1991; 15: p271-279.
38. PIEROG S., CHANDAVASU O., WEXLER I.: Withdrawal symptoms in infants with the fetal alcohol syndrome, *J Pediatr*, 1977; 90: p630-633.
39. BOWEN A, TUMBACK L. Alcohol and breastfeeding: dispelling the myths and promoting the evidence. *Nurs Womens Health*. 2010 Dec-2011 Jan; 14 (6) : p454-61.
40. MENNELLA JA, BEAUCHAMP GK. The transfer of alcohol to human milk, Effects on flavor and the infant's behavior, *N Engl J Med* 1991, p325: 981-5.
41. LEJEUNE C et Groupe d'Etude Grossesse et Addiction. Conséquences périnatales des addictions : principe de prise en charge de la mère et du nouveau-né.
42. NOIRFALISE Alfred, Drogues et risques toxiques, *Revue d'informations sociales de la Province de Namur*, avril 98, p19.
43. RICHARD D & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 1999: p223.
44. RICHARD D & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 1999: p224.
45. SPORER KA. Acute heroin overdose. *Annals of Internal Medicine* 1999; 130(7): p584-90.
46. RICHARD D & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et*

*des dépendances*. Ed Larousse 1999: p224.

47. Drogues & Usage de drogues. *Secrétariat permanent à la politique de Prévention*, Bruxelles 1995, p13.
48. ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Ed Odile Jacob 1999, p262.
49. NOIRFALISE Alfred, Drogues et risques toxiques, *Revue d'informations sociales de la Province de Namur*, avril 98, p19.
50. NOIRFALISE Alfred, Drogues et risques toxiques, *Revue d'informations sociales de la Province de Namur*, avril 98, p20.
51. WOLFF K. Characterization of methadone overdose: clinical considerations and scientific evidence. *Therapeutic Drug Monitoring* 2002; 24: p457-70.
52. WOLFF K. Characterization of methadone overdose: clinical considerations and scientific evidence. *Therapeutic Drug Monitoring* 2002; 24: p457-7.
53. KARCHSB & STEPHENS BG. Toxicology and pathology of deaths related to methadone: retrospective review. *West J Med* 2000; p172: 11-4.
54. CAIRNS A., ROBERTS SD. & BENHBOW EW. Characteristics of fatal methadone overdose in Manchester, 1985-94. *BMJ* 1996; p313:264-5.
55. LOWINSON J. H., PAYTE J. T., SALSITZ E., JOSEPH H., MARION I. J., and DOLE V. P. (1997.) Methadone maintenance. In J. H. Lowinson, J. T. Payte, E. Salsitz, H. Joseph, I. J. Marion, and V. P. Dole (Eds.), *Substance Abuse: a comprehensive text* (3rd éd..., pp. 405-415). Baltimore:

Williams and Wilkins.

56. ROQUES B. (*Rapport au Secrétariat d'État à la Santé*), mai 1998.
57. ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Ed Odile Jacob 1999, p237.
58. PETRY NM. *et al.* Elevated liver enzyme levels in opioid-dependent patients with hepatitis treated with buprenorphine. *American Journal on Addictions* 2000; 9(3): p265-9.
59. TRACQUI A. *et al.* Intoxications aiguës par traitement substitutif à base de buprénorphine haut dosage : 29 observations cliniques – 20 cas mortels. *La Presse Médicale* 1998 ; 27(12) : p557-61.
60. TRACQUI A. *et al.* Intoxications aiguës par traitement substitutif à base de buprénorphine haut dosage : 29 observations cliniques – 20 cas mortels. *La Presse Médicale* 1998 ; 27(12) : p557-61.
61. ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Ed Odile Jacob 1999, p236.
62. LIU ZM. *et al.* Evaluation on drug dependence of buprenorphine. *Acta Pharmacologica Sinica* 2003; 24(5): p448-52.
63. LACROIX I., BERREBI A., SCHMITT L., GARRIPUY D., LAPEYRE-MESTRE M., MONTASTRUC J.L., DAMASE-MICHEL C.: *Substitution pendant la grossesse : effets de la buprénorphine (Subutex<sup>o</sup>) sur la femme enceinte et le nouveau-né. 2000.*
64. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Claude LEJEUNE, Laurence SIMMAT-DURAND 2003 ; p106.

65. Drogues & Usage de drogues. Secrétariat permanent à la politique de Prévention, Bruxelles 1995.
66. FAJEMIROKUN-ODUDEVIO, LINDOW SW. Obstetric implications of cocaine use in pregnancy: a literature review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive biology* 2004; p112: 2-8.
67. Drogues & Usage de drogues. Secrétariat permanent à la politique de Prévention, Bruxelles 1995.
68. FAJEMIROKUN-ODUDEVIO, LINDOW SW. Obstetric implications of cocaine use in pregnancy: a literature review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive biology* 2004; p112: 2-8.
69. RICHARD D & SENON JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 1999: p100, 101.
70. ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Ed Odile Jacob 1999, p261.
71. FRANCK DA, AUGUSTYN M, GRANT KNIGHT W, PELL T, ZUCHERMAN B. Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure. A systematic review. *JAMA* 2001; p285 (12): 2513-26.
72. ADDIS E, MORETT ME, AHMED SYED F, EINARSON TR, KOREN G. Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis. *Reproductive Toxicology* 2001; 15(4): 341-69.
73. RICHARD D, SENON JL & VALLEUR M. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 2009 : p135.
74. RICHARD D, SENON JL & VALLEUR M. *Dictionnaire des drogues, des*  
135

- toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 2009 : p137.
75. GREEN B., KAVANAGH D. & YOUNG R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug and Alcohol Review* 2003; 22 : p453-60.
76. JACQUES J.P., ZOMBECK S., GUILLAIN Ch., DUEZ P. Cannabis : Les scientifiques sont d'accord plus qu'ils ne l'admettent. *Rev Med Brux* 2004 ; 25 : p87-92.
77. Brochure de réduction des risques sur le cannabis. Ed resp Modus Vivendi, Bruxelles, p12.
78. RICHARD D, SENON JL & VALLEUR M. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Ed Larousse 2009 : p149.
79. ABRAMS 1985, BAILEY 1987, HUTCHINS 1989.
80. LINN S., SCHOENBAUM SC., MONSON R. R., R ROSNER, STUBBLEFIELD PC., and RYAN KJ.: The association of marijuana use with outcome of pregnancy. *American Journal of Public Health* October 1983: Vol. 73, No. 10, pp. 1161-1164.
81. ROQUES B. (Rapport au Secrétariat d'État à la Santé), mai 1998.
82. *Prescrire rédaction* « Cannabis et grossesse : syndromes de sevrage et doutes dur des effets à long terme » N°333 Juillet 2011.
83. DAVITIAN ; UZAN ; TIGAIZIN : Consommation maternelle de cannabis et retard de croissance intra-utérin. *Gynécologie obstétrique & fertilité* 2006, 34, p632 – 637.
84. FRIED PA : Marijuana use by Pregnant women : neurobehavioural



effects in neonate. *Drug Alcohol Depend* 1980 ; 6 :p415-24.

85. SCHER MS., RICHARDSON GA., COBLE PA. The effect of prenatal alcohol and marijuana exposure : disturbances in neonatal sleep cycling and arousal. *Pediatr Res* 1988 ; 24 : p101-5.

86. SCRAGG RK. and all. Maternal cannabis use in the sudden infant death syndrome. *Acta Paediatr* 2001 ; 90 : p57-60.

87. TENNES K., AVITABLE N., BLACKARD C., BOYLES C., HASSOUN B., HOLMES L., KREYE M.: Marijuana; prenatal and postnatal exposure in human. *NIDA Res Monogr* 1985; 59; p48-60.

88. ASTLEY SJ., LITTLE RE. : Maternal marijuana use during lactation and infant development at one year. *Neurotoxicol Teratol.* 1990; 12(2): p161-8.

89. HOWRD CR. and LAWRENCE RA.: Breastfeeding and drug exposure. *Obst and Gynecol Clinics of North Am* 1998 ; 25(1), p195-217.

90. LISTON J.: Breastfeeding and the use of recreational drugs - alcohol, caffeine, nicotine and marijuana. *B Rev* 1998 ; 6(2) : p27-30.

91. RICHARD D, SENON JL & VALLEUR M. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances.* Ed Larousse 2009 : p 670-672.

92. ANAES Conférence de consensus Grossesse et tabac 7 et 8 octobre 2004 Lille (Grand Palais) *Texte des recommandations* (version courte).

93. CASTLE A, ADAMS Ek , MELVIN CI , KELSCHC , BOULTON MI. : Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *Am J Prev Med* 1999;

16; p208-15.

94. WINTER E, WANG J, DAVIES MI, NORMAN R. : Early pregnancy loss following assisted reproductive technology treatment. *Hum Reprod* 2002 ; 17: p3220-3.
95. DELCROIX M, GOMEZ C, MARQUIS P, GUIBERT J. : Tabac, fertilité et grossesse. *EMC Gynécologie-obstétrique* 2007 ; 5048, M 30.
96. GUZIKOWSKI W, PIROGOVIC I. : Influence of tobacco smoking on newborn's birth weight. *Am J Prev Med* 1999; 16;p 208-15.
97. ORTEGA G, CASTELLA C, MARTIN-CANTERA C, BALLVE JL, DIAZ E, SAEZ M. : Passive smoking in babies. *BMC Public Health*. 2010 Dec 20; 10 (1): p772.
98. DESURMONT M, SCHEPENS C. Liens entre la mort subite du nourrisson et l'exposition in-utero au tabagisme : comment informer les parents qui fument ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2005, 34, (hors-série n°1) : 3S223-3S229.
99. NGUYEN D., BERLIN I.: Allaitement maternel chez les femmes fumeuses: connaissances actuelles. *Société française de tabacologie* (2006).
100. LEJEUNE C.: Femmes enceinte toxicomanes et périnatalité *Alcoolologie et Addictologie* 2007 ; 29 (4) : p443-448.
101. BLONDEL B, MARSHAL L. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Résultats d'une étude dans 20 départements. *J Gynecol*

*Obstet Biol Reprod* 1996 ; 25 : p279-236.

102. ROBINS LM, MILLS JL. Effect of *in utero* exposure to street drugs. *Am J Public Health* 1993 ; 83 (Suppl.) : p1-32.
103. LEJEUNE C., SIMMAT-DURAND L., GOURARIER L., AUBISSON S., Groupe d'Études Grossesse et Addictions. Prospective multicenter observationnal study of 260 infants born to 259 opiate-dependant mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. *Drug Alcohol Depend* 2006 ; 82 : 250-257.
104. FRANCHITTO M. C., PEYREFORT E., TELLIER G. Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. In: *Toxibase*, 2000, n° 2, pp. 1-12.
105. LEJEUNE C. : Syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés. Protocole de soins 2008 LOUIS MOURIER - NEONATOLOGIE.
106. MICARD S., BRION F. : Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés : enquête française et européenne Doi : 10.1016/S0929-693X(03)00321-X.
107. LEJEUNE C. : Syndrome de sevrage néonatal après exposition in utéro aux opiacés. Protocole de soins 2008 LOUIS MOURIER - NEONATOLOGIE.
108. ANAES/Fédération française d'addictologie. Conférence de consensus Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution 23 et 24 juin 2004. Lyon (école normale supérieure). Version courte p9.

109. ANAES/Fédération française d'addictologie. Conférence de consensus Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution 23 et 24 juin 2004. Lyon (école normale supérieure). Version courte p10.
110. MARQUET P. Pharmacology of opiates during pregnancy, in : Buprenorphin therapy of opiate addicts, 1 vol., Kintz P, Marquet P (eds). Totowa-New Jersey : *Human Press*, 2002 : p119-124.
111. HULSE GK, MILNE E, ENGLISH DR, HOLMAN CD. The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight. *Addiction* 1997 ; 92 : p1571-1579.
112. HAGOPIAN GS, WOLFE HM, SOKOL RJ *et al.* Neonatal outcome following methadone exposure in utero. *J Matern Fetal Med* 1996 ; 5 : p348-354.
113. WARD J., HALL W., MATTICK RP. : Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999 ; 353 : p221-226.
114. DROZDICK J., BERGHELLA V., HILL MK., KALTENBACH K. : Methadone trough levels in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 187 : p1184-1188.
115. LEJEUNE C., SIMMAT-DURAND L., GOURARIER L., AUBISSON S. & the Groupe d'Études Grossesse et Addictions. Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependant mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. *Drug Alcohol Depend* 2006 ; 82 : p250-257.
116. Ministère de la Santé. *Le plan périnatalité 2005/07* : humanité,

proximité, sécurité, qualité. 2004.

117. HAS. *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Recommandations. 2005.
118. STOCCO Paolo « Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques », *Psychotropes* 3/2007 (Vol. 13), p. 251-265. URL : [www.cairn.info/revue-psychotropes-2007-3-page-251.htm](http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2007-3-page-251.htm). DOI : 10.3917/psyt.133.0251.
119. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans - Enquête nationale 2007-2009 — Institut de veille sanitaire
120. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Claude LEJEUNE, Laurence SIMMAT-DURAND 2003 ; p28.

# LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : autorisation de mise sur le marché

BHD : buprénorphine haut dosage

CAMPS : centre d'aide médico-éducatif

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

EAF : exposition fœtale à l'alcool

GEGA : groupement d'étude grossesse et addictions

HAS : haute autorité de santé

IVG : interruption volontaire de grossesse

MAP : menace d'accouchement prématuré

MSN : mort subite du nourrisson

MTD : méthadone

RCIU : retard de croissance intra-utérin

SAF : syndrome d'alcoolisation fœtale

SFA : souffrance fœtal aigüe

SPA : substances psychoactives

SSNN : syndrome de sevrage du nouveau-né

TSO : traitement de substitution aux opiacés

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	7
SOMMAIRE.....	9
INTRODUCTION .....	11
PREMIERE PARTIE .....	14
1. DEFINITION DES ADDICTIONS : .....	14
1.1 Selon A. Goodman en 1990 : .....	14
1.2 Selon L'OMS : .....	15
1.3 Selon le DSM IV-TR : .....	17
2. NOTION DE DEPENDANCE PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET DE TOLERANCE : .....	19
3. LES SUBSTANCES ADDICTOGENES : .....	20
4. PRESENTATION DES DIFFERENTES SUBSTANCES : .....	21
4.1 Les benzodiazépines : .....	21
4.1.1 Intoxication aigüe : .....	22
4.1.2 Tolérance, sevrage et dépendances : .....	22
4.1.3 Benzodiazépines et grossesse : .....	23
4.1.3.1 Risques obstétricaux : .....	23
4.1.3.2 Risques pour le nouveau-né : .....	23
4.1.3.3 Risques pour le devenir de l'enfant : .....	24
4.1.3.4 Benzodiazépines et allaitement : .....	24
4.2 L'alcool : .....	24
4.2.1 Notion de verre standard : .....	24
4.2.2 Effets recherchés : .....	25
4.2.3 Intoxication aigüe : .....	25
4.2.4 Tolérance, sevrage et dépendance : .....	26
4.2.5 Alcool et grossesse : .....	27
4.2.5.1 Risques obstétricaux : .....	27
4.2.5.2 Risques pour le nouveau-né : .....	30
4.2.5.3 Alcool et allaitement maternel : .....	30
	143

4.3	L'héroïne :	31
4.3.1	Présentation :	31
4.3.2	Effets recherchés :	31
4.3.3	Effets secondaires :	32
4.3.4	Symptômes d'imprégnation :	32
4.3.5	Intoxication aiguë :	32
4.3.6	Tolérance sevrage et dépendance :	33
4.3.7	Stade de dépendance :	36
4.3.8	Héroïne et grossesse :	36
4.3.8.1	Risque pour le déroulement de la grossesse :	36
4.3.8.2	Risques pour l'embryon :	36
4.3.8.3	Risques pour le fœtus :	37
4.3.8.4	Risques pour le nouveau-né :	37
4.3.8.5	Risques pour le devenir de l'enfant :	37
4.4	Les morphinomimétiques :	38
4.5	La méthadone :	38
4.5.1	Mode de consommation :	38
4.5.2	Effets recherchés dans le cadre d'une consommation illégale :	39
4.5.3	Intoxication aiguë :	39
4.5.4	Tolérance, sevrage et dépendance :	40
4.5.5	Grossesse et méthadone :	41
4.5.5.1	Risques pour le déroulement de la grossesse :	41
4.5.5.2	Risques pour l'embryon :	41
4.5.5.3	Risques pour le fœtus :	42
4.5.5.4	Risques pour le nouveau-né :	42
4.5.5.5	Risque pour le devenir de l'enfant :	42
4.6	La buprénorphine :	43
4.6.1	Modes de consommation :	43
4.6.2	Effets recherchés dans le cadre d'une consommation illégale :	43
4.6.3	Effets secondaires :	43
4.6.4	Intoxication aiguë :	44
4.6.5	Tolérance, sevrage et dépendance :	45
4.6.6	Buprénorphine et grossesse :	45



4.7	La cocaïne :.....	46
4.7.1	Présentation :.....	46
4.7.2	Mode de consommation : .....	46
4.7.3	Effets recherchés : .....	47
4.7.4	Tolérance, sevrage et dépendance :.....	47
4.7.5	Cocaïne et grossesse : .....	48
4.7.5.1	Risques pour le déroulement de la grossesse : .....	48
4.7.5.2	Risques pour l’embryon :.....	48
4.7.5.3	Risques pour le fœtus : .....	49
4.7.5.4	Risques pour le devenir de l’enfant : .....	49
4.8	Cannabis :.....	50
4.8.1	Présentation :.....	50
4.8.2	Mode de consommation : .....	51
4.8.2.1	Ingestion : .....	51
4.8.2.2	L’inhalation :.....	51
4.8.3	Effets recherchés : .....	52
4.8.4	Effets secondaires : .....	52
4.8.5	Cannabis et grossesse : .....	53
4.8.5.1	Risque pour le fœtus :.....	53
4.8.5.2	Risque pour le nouveau-né : .....	53
4.8.5.3	Allaitement et cannabis : .....	53
4.9	Le tabac : .....	54
4.9.1	Effets recherchés : .....	54
4.9.2	Tolérance sevrage et dépendance :.....	55
4.9.3	Risque pour la grossesse:.....	55
4.9.4	Risque pour le fœtus : .....	56
4.9.5	Risque pour le nouveau-né : .....	56
4.9.6	Allaitement et tabac : .....	57
5.	GROSSESSE ET ADDICTIONS :.....	58
5.1	Les dépendances aux substances psychoactives : .....	59
5.2	Les risques obstétricaux:.....	60
5.3	Effets sur le fœtus et le nouveau-né : .....	61
5.4	Le syndrome de sevrage : .....	62



5.4.1	Le score de Finnegan : .....	63
5.4.2	Le score de Lipsitz : .....	65
5.4.3	Le score de d'Ostrea : .....	66
5.5	Traitement du syndrome de sevrage néonatal : .....	67
5.6	Place de la substitution : .....	69
5.6.1	Caractéristiques spécifiques de ces deux médicaments (108):	71
5.6.2	Cadre réglementaire de prescription et délivrance : .....	72
5.6.3	Mise en œuvre et suivi du traitement de substitution aux opiacés : 73	
5.6.3.1	Bilan préalable : .....	73
5.6.3.2	Initialisation du traitement : .....	73
5.6.3.2.1	Méthadone : .....	73
5.6.3.2.2	Buprénorphine : .....	74
5.6.3.4	Adaptation du traitement : .....	75
5.7	Substitution et grossesse : .....	76
DEUXIEME PARTIE .....		77
1.	ETUDE AU POLE MERE ENFANT DU CHU DE LIMOGES : .....	77
1.1	Le questionnaire utilisé : .....	77
1.1.1	Les parents : .....	78
1.1.2	La consommation de la mère : .....	78
1.1.3	La gestité et la parité : .....	79
1.1.4	Suivi de la grossesse : .....	79
1.1.5	Consommations de la mère pendant la grossesse : .....	80
1.1.6	Dépendances : .....	80
1.1.7	Maladies infectieuses : .....	81
1.1.8	La naissance et la sortie de la maternité : .....	81
1.2	Recueil des données : .....	81
1.3	Les résultats : .....	83
1.3.1	Les parents : .....	83
1.3.2	La consommation de la mère avant la grossesse : .....	85
1.3.3	Le couple : .....	86
1.3.4	La grossesse : .....	88
1.3.5	Le suivi de grossesse : .....	90

1.3.6	Consommations de la mère pendant la grossesse : .....	94
1.3.7	Les dépendances : .....	100
1.3.8	Les maladies infectieuses : .....	103
1.3.9	La naissance : .....	104
1.3.10	Sortie de la maternité : .....	106
1.4	Caractéristiques croisées de différentes variables: .....	108
2.	DISCUSSION : .....	112
	CONCLUSION .....	115
	ANNEXES .....	116
	BIBLIOGRAPHIE .....	128
	LISTE DES ABREVIATIONS .....	142
	TABLE DES MATIERES .....	143
	TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	148
	TABLE DES TABLEAUX .....	149

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1: Equivalence entre les différentes boissons alcoolisées... 25
Illustration 2: Syndrome d'alcoolisme fœtale..... 29



# TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Dysmorphie faciale du syndrome d'alcoolisation fœtale (33).	29
Tableau 2: Score de Handelsman objectif. ....	34
Tableau 3: Score de Handelsman subjectif.....	35
Tableau 4: Facteurs de dangerosité des drogues. ....	59
Tableau 5: risques obstétricaux en fonction des substances consommées.	60
Tableau 6: Effets des différents produits sur le fœtus et le nouveau-né.	61
Tableau 7: Score de Lipsitz.....	65
Tableau 8: Score d'Ostrea .....	66
Tableau 9: Récapitulatif du cadre réglementaire de prescription et de délivrance des traitements de substitution .....	72
Tableau 10: Répartition des SSNN en fonction des substances consommées. .....	108
Tableau 11: Répartition des naissances prématurés en fonction des substances consommées.....	109
Tableau 12: Apparition d'un RCIU en fonction des substances consommées. .....	110
Tableau 13: Allaitement maternel en fonction des substances consommées. .....	111



## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

*En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.*

*Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.*

## **GROSSESSE ET ADDICTIONS : ENQUETE AUTOUR DE 43 CAS DE FEMMES ENCEINTES SUIVIES AU CHU DE LIMOGES**

### **Résumé :**

En France, l'addiction concerne des milliers de personnes. On estime que 90% d'entre elles ont moins de 30 ans et sont donc en âge de procréer. Les modalités de prise en charge de la grossesse et de la maternité chez les femmes toxicomanes ont beaucoup évolué ces dernières décennies. L'évolution des pratiques s'est effectuée en abordant la toxicomanie non plus d'un point de vu social et judiciaire, mais d'un point de vu médical, en la considérant comme une maladie.

Cette étude, réalisée au CHU de limoges, porte sur 43 cas de femmes enceintes addictes ayant été suivies entre 2005 et 2012 dans le service de gynécologie du CHU de Limoges. A l'aide d'un questionnaire à 183 items, un recueil permet de mettre en évidence certains facteurs de leur vie qui ont pu favoriser une entrée dans la toxicomanie, d'analyser l'évolution des consommations durant la grossesse et de suivre l'influence des addictions sur les nouveau-nés.

Mots clés : grossesse, addiction, réseau, toxicomanie, accès aux soins, sevrage, nouveau-nés.

## **PREGNANCY AND ADDICTION : STUDY ON 43 PREGNANT WOMEN FOLLOWED IN LIMOGES CHU**

### **Summary :**

In France, drug addiction affects millions people. 90% are under 30 years old. So pregnancy affects frequently a part of this population. The modalities method of pregnancy and moterhood among women addicts evolved a lot in recent decades. The evolution of the practices was made by considering drug addiction no longer as social and judicial point of view, but from a medical point of view, considering drug addiction as a disease.

This study carried out at Limoges CHU covers 43 cases of pregnant women, addicted, followed in gynecology's departement between 2005 and 2012. Trough a questionnaire of 183 items, a corpus allows to evidence factors in their life, that could have facilitated entry into drug addiction. It try to follows evolution of consumptions during pregnancy and the influence of addictions on newborn.

Key words : pregnancy, addictions, coordination, drug, dependence, weaning, access to care, newborn.