

**Université de Limoges
Faculté de Pharmacie**

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement

le 17 juin 2016

par

Vincent Reyt

né le 26 novembre 1990, à Limoges

[Grossesse et opiacés]

[Risques, contextes et prises en charge]

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BUXERAUD Jacques

M^{me} COUBRET Anne

M^{me} POUGET Christelle

Président

Juge

Juge



**Université de Limoges
Faculté de Pharmacie**

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement

le 17 juin 2016

par

Vincent Reyt

né le 26 novembre 1990, à Limoges

[Grossesse et opiacés]

Risques, contextes et prises en charge

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BUXERAUD Jacques

M^{me} COUBRET Anne

M^{me} POUGET Christelle

Président

Juge

Juge



Liste des enseignants

PROFESSEURS :

BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

MOESCH Christian	HYGIENE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
SAINT-MARCOUX Franck	TOXICOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE

DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
GRIMAUD Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTROLE DU MEDICAMENT
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MERCIER Aurélien	PARASITOLOGIE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE- IMMUNOLOGIE
PASCAUD Patricia	PHARMACIE GALENIQUE – BIOMATERIAUX CERAMIQUES
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
TROUILLAS Patrick	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
VIGNOLES Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE

PROFESSEUR DE LYCEE PROFESSIONNEL :

ROUMIEUX Gwenhaël	ANGLAIS
--------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :

CHEMIN Guillaume	(01.09.2015 au 31.08.2016) BIOCHIMIE FONDAMENTALE ET CLINIQUE, CANCEROLOGIE
-------------------------	---

FABRE Gabin

01.10.2015 au 31.08.2016)
CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE

PROFESSEURS EMERITES :

BUXERAUD Jacques

DREYFUSS Gilles

LOUDART Nicole



Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier ma co-directrice de thèse, Dr. Anne Coubret qui a su tout au long de mon travail m'apporter les conseils nécessaires à sa réalisation. Son sens du détail et l'étendue de ses connaissances ont été un précieux atout ces derniers mois.

Je remercie également mon directeur de thèse, Dr. Jacques Buxeraud pour son soutien dans ce travail et dans mes études en général. Il a toujours su être un appui solide même dans des moments parfois difficiles.

J'adresse aussi mes remerciements au Dr. Christelle Pouget enseignante à la faculté de Pharmacie de Limoges qui m'a fait l'honneur d'être membre de mon jury.

Je tiens également à remercier toutes les infrastructures pour leurs aides dans la réalisation de mon travail : Mme. Blanc de Sousa Stéphanie et Mr. Nguyen André du réseau ADDICTLIM, l'hôpital de la mère et de l'enfant mais aussi le Dr. Mansour-Kelada Nancy qui a su donner de son temps lorsque j'en avais besoin.

Merci aussi à l'Université de Limoges et à la Faculté de Pharmacie de Limoges sans qui cette thèse n'existerait pas.

Pour finir, j'aimerais remercier mes parents et ma famille pour leur soutien toutes ces années et plus particulièrement ces derniers mois. Merci aussi à mes amis et à mes proches ainsi qu'à Haribo, sans qui la vie serait fade.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	13
I. Toxicomanie aux opiacés et grossesse	14
I.1. Prévalence en France	14
I.1.1. Enquêtes médicales	14
I.1.1.1 Enquêtes périnatales	14
I.1.1.2 AUDIPOG	15
I.1.1.3 Les mères prises en charge dans les CSAPA	16
I.1.2. Enquêtes non médicales	16
I.1.2.1 Enquêtes en population générale	16
I.1.2.2 La particularité de l'enquête nationale SINTES	18
I.2. Comorbidité et polytoxicomanie	19
I.2.1. Comorbidités	19
I.2.1.1 Comorbidités somatiques	19
I.2.1.2 Comorbidités psychiatriques	21
I.2.2. Polytoxicomanie	22
I.3. Les risques pour l'enfant	24
I.3.1. Conséquences prénatales	24
I.3.1.1 Les substances adjuvantes	24
I.3.1.2 Les effets des opiacés sur l'embryon et le fœtus	25
I.3.2. Conséquences néonatales	26
II. Aspect social et légal	28
II.1. L'image de la femme	28
II.1.1. Dans le passé	28
II.1.2. L'époque contemporaine	29
II.2. Les peines encourues	30
II.3. Précarité des mères toxicomanes	31
II.4. Représentation de la mère toxicomane	32
III. Prise en charge de la mère et de l'enfant	34
III.1. Prise en charge de l'enfant	34
III.1.1. Fuite méconiale	34
III.1.2. Imprégnation du nouveau-né	35
III.1.3. Syndrome de sevrage du nouveau-né	35
III.1.3.1 Quantification de la gravité du syndrome	35
III.1.3.1.1. Score de Finnegan	35
III.1.3.1.2. Score de Lipsitz	37
III.1.3.2 Traitements	38
III.2. Prise en charge de la mère	40
III.2.1. Les prises en charge spécialisées	40
III.2.2. Substitution	41
III.2.3. Accompagnement et thérapies annexes	44
III.2.4. Devenir mère	46
III.3. Rôle du Pharmacien d'officine	47
III.3.1. Un interlocuteur de première ligne	47
III.3.2. Entreprendre une prise en charge	52
III.3.2.1 Les réseaux de santé	52



III.3.2.2 Les autres structures spécialisées	53
Conclusion	57
Références bibliographiques	58
Annexes	61
Serment de Galien	74



Table des illustrations

Figure 1 : Sex-ratio des consommateurs d'héroïne en France selon les villes	18
Figure 2 : Age médian et de première consommation des usagers d'héroïne.....	19
Figure 3 : Les différentes voies d'administration de l'héroïne en 2011	20
Figure 4 : Les pharmaciens inscrits en section A en Limousin en 2015.....	47
Figure 5 : Les pharmaciens inscrits en section D en Limousin en 2015.....	47
Figure 6 : Parcours de soin au CSAPA Centre Bobillot Limoges	55
Figure 7 : Les antennes du CSAPA Centre Bobillot en Haute-Vienne	56



Table des tableaux

Tableau 1 : Résultats AUDIPOG	15
Tableau 2 : Usage au cours de l'année 2010 de drogues illicites suivant l'âge des personnes interrogées parmi les 18-64 ans (en %).....	17
Tableau 3 : Prévalence des comorbidités psychiatriques en France en %.....	22
Tableau 4 : Fréquence des consommations de substances psychoactives parmi les usagers recevant un traitement de substitution aux opiacés	23
Tableau 5 : Substances adjuvantes identifiées dans des échantillons d'héroïne	24
Tableau 6 : Les symptômes du sevrage du nouveau-né dépendant aux opiacés	27
Tableau 7 : Avis des professionnels de santé sur le placement des enfants de mères toxicomanes	32
Tableau 8 : Différenciation d'un nouveau-né vigoureux et déprimé.....	34
Tableau 9 : Score de Finnegan	36
Tableau 10 : Score de Lipsitz	37
Tableau 11 : Substitution suivant les prescripteurs.....	41
Tableau 12 : Modification des posologies des traitements de substitution de femmes enceintes.....	43
Tableau 13 : Les différentes étapes de l'arrêt d'un toxique	45



Introduction

C'est en Mésopotamie, il y a environ 3000 ans, que l'on retrouve les premières traces d'usage des opiacés par les Hommes. Mais c'est sous le règne de Ramsès II que la première indication est retranscrite ; en effet, l'opium est utilisé pour « les enfants qui crient trop fort » (Dugarin, J., 1988). Au fil des siècles, son utilisation sera aussi bien récréative que médicale. Elle permettait dans certaines tribus de communiquer avec les ancêtres au cours de rites spirituels mais aussi de guérir certains maux ou de diminuer la douleur.

De nos jours, les molécules actives présentes dans l'opium sont connues. Leurs effets thérapeutiques sont indéniables mais leurs mésusages entraînent des toxicomanies. Ces addictions peuvent concerner tous les sexes et toutes les catégories de population mais ce travail ne concerne que les femmes au cours de leur grossesse. Cette particularité entraîne obligatoirement plusieurs lignes de travail. La première va être les risques d'une telle consommation pour la mère et pour l'enfant pendant le processus physiologique de la grossesse. Mais au-delà de l'aspect médical, quelles sont les prises en charge existantes aujourd'hui en France pour les femmes toxicomanes, souvent marginalisées ? Pourquoi la prise en charge de ces patientes est-elle parfois si difficile ? Des améliorations de cette prise en charge sont-elles possibles ?

Enfin, le Pharmacien d'officine est un des premiers professionnels de santé au contact de ces patientes puisque de nombreuses spécialités pharmaceutiques disponibles sans ordonnances renferment des opiacés. Quels sont donc le rôle et la place du Pharmacien d'officine dans l'accompagnement et la prise en charge de ces femmes ? Existe-t-il des structures ou des outils qui peuvent nous aider dans cette mission ?



I. Toxicomanie aux opiacés et grossesse

I.1. Prévalence en France

L'étude de la prévalence en France des femmes consommatrices d'opiacés peut se faire de deux manières. Tout d'abord dans un contexte médical, en recueillant des données sur des femmes enceintes ou récemment mères mais aussi par des méthodes non médicales regroupant «les enquêtes en population générales, [...] et les données policières ou judiciaires» (Simmat-Durand, 2009).

I.1.1. Enquêtes médicales

I.1.1.1 Enquêtes périnatales

En France, comme dans le reste du monde, les déclarations des femmes enceintes toxicomanes ou en post-accouchements ne sont pas considérées comme fiables car ces femmes sous-estiment souvent leur consommation ou préfèrent la taire pour des raisons morales et/ou culturelles. De plus, les enquêtes périnatales se concentrent principalement sur l'alcool, le tabac et le cannabis et ne donnent pas de données quant à la consommation de substances opiacées.

Une enquête nationale périnatale « permet de suivre l'évolution de la santé périnatale, des pratiques médicales tout au long de la grossesse et de l'accouchement » (ENP 2010, 2011). Ces enquêtes sont faites à intervalles réguliers (1995, 1998, 2003 et 2010) et permettent ainsi d'étudier l'évolution de certaines données dans l'ensemble des maternités publiques et privées du territoire français, départements d'outre-mer compris.

Au cours de ces enquêtes, deux questionnaires sont proposés. Le premier est à compléter par l'établissement et « permet de recueillir des informations sur l'activité et l'organisation de chaque maternité, et notamment sur les conditions de prise en charge médicale » (ENP 2010, 2011) alors que le second est un questionnaire destiné aux mères qui se divise lui-même en deux parties. Dans la première, « les questions portent sur leur situation sociodémographique, leur état de santé avant la grossesse, le suivi de leur grossesse et leur accouchement » alors que la seconde « permet de recueillir des données du dossier médical de la femme sur la situation avant la grossesse, les pathologies infectieuses durant la grossesse, les autres pathologies et complications, l'accouchement, l'état de santé de l'enfant à la naissance » (ENP 2010, 2011) (Annexe 1).

I.1.1.2 AUDIPOG

AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) est « une association loi 1901 de professionnels de la naissance œuvrant depuis 1980 pour le développement d'un système d'information en périnatalité dans l'objectif de surveiller la santé périnatale en France en continu et d'évaluer les pratiques médicales » (AUDIPOG, 2014).

Cette association a permis la constitution d'un réseau depuis 1994 (le réseau Sentinelle Audipog) entre des maternités volontaires publiques ou privées de toutes les régions de France. Ce réseau a pour objectif de « surveiller, année après année, certains indicateurs de santé périnatale, de fournir aux maternités et aux réseaux de santé périnatale un outil d'évaluation de leurs pratiques professionnelles ou analyses des pratiques et de leurs résultats » (AUDIPOG, 2014). De plus, c'est à partir de ce réseau Sentinelle Audipog que des études épidémiologiques sont réalisées.

Tableau 1 : Résultats AUDIPOG

DEPENDANCES		
	2004	2005
	Echantillon des mères (n = 6 987) Taux standardisés %	Echantillon des mères (n = 7 648) Taux standardisés %
Tabac avant grossesse		
< 10 cigarettes/jour	10.8	10
≥ 10 cigarettes/jour	15.5	15
Tabac pendant grossesse		
< 10 cigarettes/jour	12.3	12.1
≥ 10 cigarettes/jour	5.0	4.8
Parmi les fumeuses avant la grossesse		
si < 10 cig/j → arrêt du tabac	46.6	46.8
si ≥ 10 cig/j → <10 cig/j	47.8	45.8
si ≥ 10cig/j → arrêt du tabac	18.6	20.4
Alcool pendant la grossesse ≥ 3 verres/jour	0.3	0.2
Toxicomanie pendant la grossesse		
intraveineuse	0.1	0.1
autre	0.2	0.7

Source : AUDIPOG cahier 2004/2005

Les toxicomanies pendant la grossesse par voie intraveineuse représentent principalement les consommatrices d'héroïne. Ces dernières représenteraient 0.1% des grossesses en 2004 et 2005 et sembleraient diminuer puis se stabiliser. En effet les données des années 2002 et 2003 montraient respectivement des taux de 0.3 et 0.2%. Il n'existe pas de données pour les années ultérieures dans cette base de données.

Sachant que la France comptabilise 820 000 naissances en 2010 (INSEE, 2014), environ 820 grossesses concernent des femmes héroïnomanes, futures mères. Ces chiffres peuvent être majorés par des femmes consommatrices de substances opiacées contenus dans des médicaments. Ces dernières sont représentées dans la section « autre » mais nous ne pouvons les dénombrer précisément.

I.1.1.3 Les mères prises en charge dans les CSAPA

Les femmes enceintes toxicomanes peuvent aussi être prises en charge par les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). En 2005, un « recueil de données continu sur les patients venu chercher de l'aide auprès des CSAPA », RECAP, (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), 2014) a été mis en place par l'OFDT pour estimer la prévalence de la toxicomanie lors de la grossesse. Les données recueillies datent de l'année 2013, sur un échantillon d'environ 175 000 patients répartis dans 180 CSAPA ambulatoires distincts, 18 centres thérapeutiques résidentiels et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire.

Les résultats montrent que 22,6% des consommateurs d' « opiacés, cocaïne et autres substances » sont des femmes. L'âge moyen de début de consommation est de 21 ans alors que l'âge moyen de consommation est de 36,5 ans. La majorité des consommatrices de ces substances ont entre 30 et 39 ans et 42,8% d'entre elles ont au moins un enfant (Annexe 2).

Ces résultats ne nous indiquent pas précisément la prévalence des femmes consommatrices d'opiacés mais nous aiguillent sur un fait important : la majorité d'entre elles sont dans les âges féconds ; seulement 7% des consommatrices ont plus de 49 ans. De plus, presque la moitié d'entre elles sont déjà mères, ce qui pose le problème de la grossesse et de la toxicomanie.

I.1.2. Enquêtes non médicales

I.1.2.1 Enquêtes en population générale

En France, peu d'enquêtes non médicales nous renseignent sur la consommation des femmes. L'enquête européenne « European School Project on Alcohol and Other Drugs » (ESPAD) et l'Enquête française sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de



Préparation A la Défense (ESCAPAD) n'ont lieu qu'en milieu scolaire. En plus du peu de fiabilité que l'on peut attendre des adolescents, les personnes ciblées ont environ 17 ans ce qui correspond à l'âge « où la fécondité est quasiment nulle » (Simmat-Durand, 2009). Cependant les Baromètres santé permettent d'obtenir certaines données bien qu'elles ne mentionnent ni l'âge des usagers, ni les grossesses.

Les enquêtes Baromètres santé sont menées par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et « abordent les différents comportements et attitudes des Français. [Elles sont] réalisés à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur. Le Baromètre santé 2010 est la cinquième vague de cette vaste étude et l'une des plus grosses enquêtes réalisée jusqu'à présent en termes d'informations sur la santé, avec plus de vingt-cinq thématiques abordées » (INPES, 2014).

Tableau 2 : Usage au cours de l'année 2010 de drogues illicites suivant l'âge des personnes interrogées parmi les 18-64 ans (en %)

Ensemble n = 21 818		18-25 a n=2899	26-34 a n=3872	35-44 a n=5368	45-54 a n=4637	55-64 a n=5042	Hommes n=9866	Femmes n=11952
Poppers	0.8	2.9	1.0	0.3	0.4	0.1	1.1	0.5
Cocaïne	0.9	2.5	1.8	0.6	0.2	0.0	1.4	0.4
Champ. Hall	0.2	0.9	0.3	0.1	0.1	0.0	0.4	0.1
Ecstasy	0.3	1.1	0.6	0.2	0.0	0.0	0.5	0.2
Solvants	0.4	1.3	0.5	0.2	0.1	0.1	0.6	0.2
LSD	0.2	0.6	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1
Amphét.	0.2	0.7	0.3	0.1	0.0	0.2	0.3	0.1
Héroïne	0.2	0.6	0.5	0.1	0.1	0.0	0.4	0.1

Source : Baromètre santé 2010, INPES

D'après les résultats, on s'aperçoit que 0,1% des femmes ont expérimenté l'usage d'héroïne dans l'année 2010. Ces résultats sont en corrélation avec l'étude Audipog bien qu'ils ne nous renseignent pas sur la maternité de ces femmes. De plus la majorité des consommateurs ont entre 18 et 34 ans ce qui correspond à l'âge le plus fécond chez la femme.

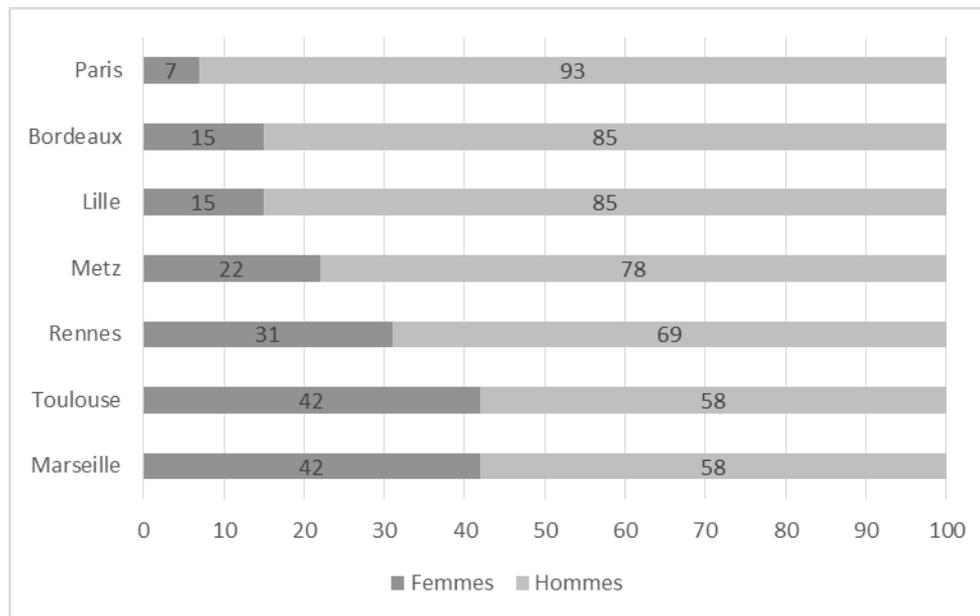


I.1.2.2 La particularité de l'enquête nationale SINTES

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) lance régulièrement des campagnes d'étude dans le cadre du Système d'Identification National des Toxiques et des Substances (SINTES). Les « axes d'observation concernent plus particulièrement les usagers, leurs pratiques, les contextes de consommation, les produits circulant consommés, les marchés, les représentations et enfin les conséquences sanitaires émergentes des usages » (SINTES 2011).

Cette étude s'appuie sur un réseau national de coordinateurs régionaux qui collecte des substances dans le secteur socio-sanitaire susceptibles d'être en relation avec des usagers. Il est composé de sept régions, Aquitaine, Bretagne, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur et il compte 97 sites de collecte. Les échantillons de drogues sont prélevés sur des personnes répondant à un questionnaire informant sur le « contexte sociodémographique, le contexte de l'usage (voie d'administration - injection, sniff, inhalation - âge de la première prise, etc.), l'estimation de la qualité de l'échantillon ainsi que les effets indésirables ayant suivi la prise » (SINTES, 2011). Durant cette enquête, 374 échantillons d'héroïne furent collectés auprès de 374 personnes. Les premiers résultats nous informent sur le sex-ratio des consommateurs selon les sites de récolte.

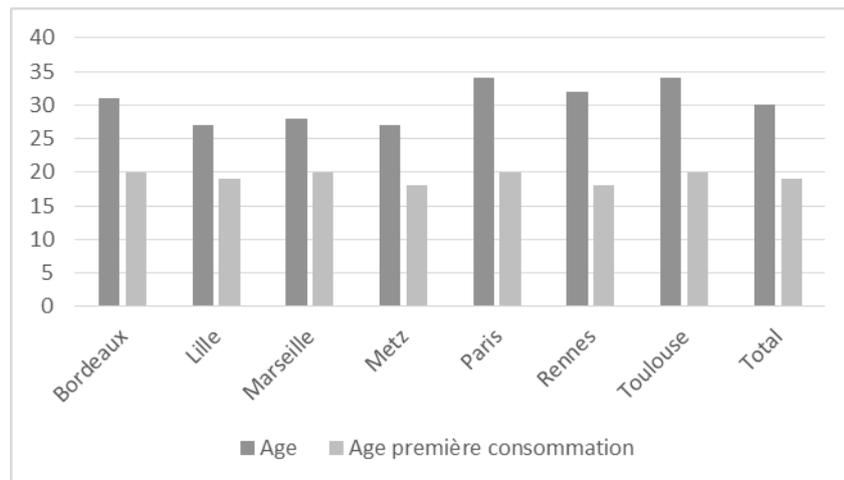
Figure 1 : Sex-ratio des consommateurs d'héroïne en France selon les villes



Source : Enquête observation héroïne SINTES 2010-2011, OFDT

Il y a de forte disparité entre les villes mais on dénombre une moyenne de 25% de femmes. Cette valeur augmente à 42% dans des villes comme Toulouse et Marseille. Le deuxième graphique nous indique les âges médians des usagers et de leur première consommation.

Figure 2 : Age médian et de première consommation des usagers d'héroïne



Source : Enquête observation héroïne SINTES 2010-2011, OFDT

L'âge médian est de 30 ans mais les femmes sont la plupart du temps plus jeunes (28 ans). Encore une fois cet âge se situe dans le pic de fécondité et accroît le risque de grossesse. Les premières consommations interviennent à l'âge moyen de 19 ans et la durée de consommation est de 5 ans.

I.2. Comorbidité et polytoxicomanie

Il est impossible d'aborder la grossesse et la prise d'opiacés sans évoquer les autres facteurs néfastes et toxiques qu'encourent les femmes toxicomanes. De nombreux risques existent lors de l'administration des substances mais un terrain psychiatrique particulier peut également expliquer la polytoxicomanie.

I.2.1. Comorbidités

La comorbidité désigne « l'association de deux maladies, psychiques ou physiques, fréquemment observées dans la population » (Larousse, 2015). Dans le cas précis de la toxicomanie, nous pouvons définir deux types de comorbidité : somatique et psychiatrique.

I.2.1.1 Comorbidités somatiques

Ces comorbidités peuvent avoir plusieurs origines. Elles peuvent être la conséquence du toxique utilisé, du mode de vie du malade, du choix de la voie d'administration mais également de l'état physique antérieur de la personne consommatrice.

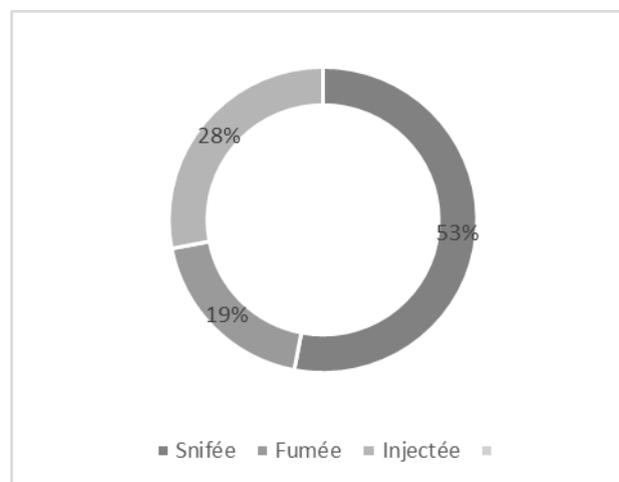


Les comorbidités liées à la prise d'opiacés sont connues depuis longtemps. La femme enceinte encourt le risque d'avoir des complications pulmonaires, une dépression, une altération du système immunitaire, des troubles cardio-vasculaires. Le risque d'overdose est également présent, tout comme les risques de fausse couche, d'accouchement prématuré et autres qui seront abordés lors de la prochaine partie (Les risques pour l'enfant).

Les comorbidités liées au mode de vie seront également étudiées dans le second chapitre (Aspect social et légal). Un nombre certain de personnes souffrant de toxicomanie n'ont pas « de couverture sociale, de revenus, de domicile ou d'hygiène normale » (Chevalier, C., 2013). Elles sont souvent marginalisées et n'ont aucun suivi médical. Ceci peut expliquer les pathologies dermatologiques liées au manque d'hygiène telles les parasitoses (gale, poux, morpions) ainsi que les « ulcérations, nécroses et nodules post-injection ». Sont retrouvées également les pathologies bucco-dentaires dues à une absence de soins et à une malnutrition avérée. Les infections sexuellement transmissibles sont courantes de par « la marginalité, la promiscuité sexuelle [et parfois] la prostitution ».

La voie d'administration est un facteur de risque prépondérant dans la toxicomanie aux opiacés. La voie intraveineuse « représente le mode d'usage le plus fréquent pour 28% des usagers » (SINTES, 2011).

Figure 3 : Les différentes voies d'administration de l'héroïne en 2011



Source : Enquête observation héroïne SINTES 2010-2011, OFDT

Cependant, la voie intraveineuse est présente chez 35% des usagers quotidiens. Les comorbidités rencontrées sont d'abord infectieuses. Elles ne sont pas dues au produit injecté mais « aux conditions d'hygiène et au matériel utilisé » (Chevalier, C., 2013).

Les premiers risques de la voie intraveineuse sont les infections non virales. L'endocardite infectieuse touche 2 toxicomanes sur 1 000. Elle est mortelle dans 30% des cas et a pour origine le passage de staphylocoques dorés, streptocoques ou candida dans le sang. D'autres infections secondaires sont rencontrées comme des pathologies pulmonaires (tuberculose), des lésions causées par des corps étrangers injectés (talc, comprimés), des candidoses

disséminées (le citron utilisé pour solubiliser l'héroïne est propice au développement des champignons) mais également des infections du système nerveux central et des infections ostéoarticulaires.

Les infections virales comme le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) et les hépatites B/C sont aussi fréquentes. L'hépatite C se retrouve chez « 80% des toxicomanies en cours ou anciennes » (Chevalier, C., 2013). Ces deux types d'hépatites peuvent être transmis à l'enfant lors de l'accouchement mais ce risque est très faible avec un suivi médical rigoureux. Quant au VIH, « 25% des malades [...] sont toxicomanes ou ex-toxicomanes par voie IV », tout comme les hépatites, un suivi médical de la grossesse, de la mère et de l'enfant réduit considérablement les risques.

Les comorbidités liées à l'état physique antérieur de la personne consommatrice concernent le mauvais état de santé général, l'absence de suivi médical, un état carenciel, d'autres pathologies médicales chroniques (asthme, diabète) ainsi que des pathologies psychiatriques.

I.2.1.2 Comorbidités psychiatriques

Ces comorbidités peuvent être de différentes sortes. Tout d'abord, le trouble psychiatrique peut être primaire et l'addiction secondaire (prise d'opiacés pour assumer une phobie sociale par exemple) ; le trouble peut aussi être secondaire et l'addiction primaire (sensation de persécution sous cocaïne) ; pour finir il peut y avoir une coexistence des deux (par exemple alcool et dépression).

De manière générale, « les troubles psychiatriques les plus souvent associés aux addictions sont les pathologies dépressives, les troubles bipolaires, les pathologies anxieuses, la schizophrénie et certains troubles de la personnalité » (Rrousselle, C., 2007). Les services de soin estiment que 70 à 90% des usagers toxicomanes souffrent de comorbidités psychiatriques.



Tableau 3 : Prévalence des comorbidités psychiatriques en France en %

		PREVALENCE DANS LA POPULATION	
		Toxicomane	Générale
Troubles anxieux	Phobie sociale	13,4%	1,5%
	Trouble panique	8,5%	1,4%
	Anxiété généralisée	22,9%	5,8%
	Agoraphobie	12,3%	5,9%
Troubles dépressifs		54% (héroïnomane)	7,5%
Troubles bipolaires		61%	2,4%
Schizophrénie		46%	0,7%

Source : *Prévalence des troubles psychiatriques dans la population toxicomane et générale* (Chevalier, C., 2013)

Il est important d'aborder ces comorbidités dans le cadre de la grossesse car elles permettent d'expliquer les polytoxicomanies. La prise en charge des femmes toxicomanes ne peut se faire uniquement de manière basique : prise en charge de l'addiction aux opiacés et prise en charge de l'enfant à la naissance. Tous ces phénomènes complexes s'imbriquent les uns aux autres et doivent être abordés dans leur globalité. En effet, les comorbidités psychiatriques sont les principales causes de résistance au traitement de l'addiction, elles augmentent « la désinsertion sociale, le taux d'hospitalisation, la délinquance, les tentatives et taux de suicides ainsi que les rechutes » (Chevalier, C., 2013).

I.2.2. Polytoxicomanie

De nombreuses études démontrent la co-consommation de substances addictives. Cependant, la plupart d'entre elles ne s'intéressent qu'à l'association alcool-tabac-cannabis. Pourtant, de nombreux usagers, pour des raisons évoquées précédemment, consomment différentes drogues de synthèses afin de diminuer les symptômes de troubles psychiatriques antérieurs. De plus, la précarité sociale de bon nombre d'usagers les expose à un risque accru de consommation d'alcool et de tabac.

En effet, 60% des usagers consultants dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie « déclarent consommer plusieurs produits illicites, [de plus] 53% consomment deux produits, 27% trois produits et 20% plus de trois produits ». « Parmi les consommateurs d'opiacés au

cours du mois écoulé, 65% ont également pris au cours de la même période des hallucinogènes, des stimulants ou les deux familles de produits » (OFDT, 2014).

En 2004, une enquête OPPIDUM réalisée par les Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) en relation avec l'Unité des Stupéfiants et Psychotropes (USP) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a mis en évidence la consommation d'autres substances psychoactives en parallèle d'une substitution aux opiacés.

Tableau 4 : Fréquence des consommations de substances psychoactives parmi les usagers recevant un traitement de substitution aux opiacés

	METHADONE		BUPRENORPHINE	
	1998	2002	1998	2002
Héroïne	9 %	13 %	10 %	18 %
Cocaïne	16 %	10 %	7 %	6 %
Alcool	13 %	20 %	16 %	17 %
Codéine	2 %	1 %	1 %	1 %
Benzodiazépines	25 %	22 %	20 %	21 %
Antidépresseurs	5 %	9 %	4 %	8 %
Neuroleptiques	5 %	7 %	4 %	7 %
Nombre moyen de produits	2.1	2.2	1.8	2

Source : OPPIDUM 2004, CEIP

D'autres résultats plus récents viennent confirmer l'enquête OPPIDUM. En effet, « parmi les patients recevant un traitement de substitution en centre de soins spécialisés ou en médecine de ville, 26% consomment quotidiennement des benzodiazépines et 72% de l'alcool » (OFDT, 2014).



I.3. Les risques pour l'enfant

Les opiacés comme de nombreuses substances psychoactives traversent la barrière placentaire. En effet, « tous les produits opiacés passent librement la barrière placentaire et sont retrouvés dans le sang du cordon avec une concentration de l'ordre de 60% du taux sanguin maternel » (Dr. Fontanarava, C., 2015). Nous nous intéresserons dans un premier temps aux conséquences prénatales puis néonatales.

I.3.1. Conséquences prénatales

Les effets néfastes sur le fœtus peuvent être la conséquence du toxique lui-même mais également des substances ajoutées.

I.3.1.1 Les substances adjuvantes

Avant d'étudier les différents effets propres aux opiacés, il est important de comprendre que les substances consommées ne sont pas pures mais coupées avec de nombreux produits. En France, la majorité des perquisitions des forces de l'ordre font état d'héroïne brune moins chère et moins pure que l'héroïne blanche. Elle doit être acidifiée avant d'être injectée. En 2008, l'« Enquête SINTES – Observation héroïne » réalise des tests sur 369 échantillons récoltés dans toute la France. Sur ces échantillons, la moyenne de pureté s'élève à 5%. Les principaux produits de coupe sont le paracétamol et la caféine. « A eux deux, ces composés représentent en moyenne 60 % de la composition des poudres collectées » (Enquête SINTES-Observation héroïne, 2007-2008). On retrouve également des produits pharmacologiquement inactifs (mannitol, lactose, talc) mais aussi des produits actifs. Ces différents produits sont identifiés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Substances adjuvantes identifiées dans des échantillons d'héroïne

Produits de coupe	Nombre d'échantillons	Sniff	Injection	Famille pharmacologique
Kétamine	1	1	0	Anesthésique
Cocaïne	8	7	1	Stimulant
Amphétamine	2	1	1	Stimulant
Phénacétine	4	2	2	Analgésique
Ibuprofène	2	2	0	AINS



Piracétam	1	1	0	Psycho-stimulant
Dextropropoxyphene	1	1	0	Analgésique
Venlafaxine	1	1	0	Antidépresseur

Source : Enquête SINTES-Observation héroïne 2007-2008, (n=369 échantillons), OFDT

On retrouve parmi ces substances l'ibuprofène qui est un Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS). Une augmentation de 50 à 80% du risque de fausse couche, selon les sources, est attribuée à l'exposition aux AINS en début de grossesse. De plus, tous les AINS peuvent provoquer une toxicité fœtale et/ou néonatale cardiaque et/ou rénale, parfois irréversible, voire fatale, et ce, dès le début du 6ème mois de grossesse. Les AINS peuvent entraîner une constriction partielle ou totale du canal artériel avec les conséquences cardiaques et vasculaires qui en découlent (insuffisance cardiaque, atteintes de l'arbre vasculaire et pulmonaire) et une atteinte de la fonction rénale. Ils sont contre-indiqués dès 24 semaines d'aménorrhée.

Cela démontre à quel point la variabilité des risques pour le fœtus est importante tant le nombre de produits de coupe utilisés est vaste. Ceci conforte l'idée qu'une substitution fabriquée et contrôlée par des laboratoires pharmaceutiques serait un gain de sureté supplémentaire pour la mère et l'enfant. Au-delà de cette substitution, les effets des opiacés sur la mère se répercutent obligatoirement sur l'enfant.

I.3.1.2 Les effets des opiacés sur l'embryon et le fœtus

La prise d'opiacés par la femme enceinte peut avoir des effets délétères sur le déroulement de la grossesse et sur le futur enfant.

Le premier risque est l'avortement spontané. Sa fréquence de survenue est augmentée et varie de « 15 à 30% selon les séries » (Aubert, J., Lejeune, C., 2000) contre « 10% des grossesses dans la population générale » (Merviel, P., Challier, J.-C., Foidart, J.-M., Uzan, S., 2001). Ce n'est pas le toxique lui-même qui en est la cause mais l'alternance « intoxication/sevrage » qui provoque des contractions utérines. Une substitution régulière limite ce risque.

Le risque de prématurité est également augmenté, sa fréquence varie entre 20 et 56% contre 5% dans la population générale. Il a les mêmes origines que l'avortement spontané c'est-à-dire « une irritabilité utérine [...] liée à l'apport irrégulier de la drogue » (Collège national des Gynécologues et Obstétriciens français (CNGOF), 2015).

Il existe aussi une souffrance fœtale chronique. Elle est due à « l'augmentation des catécholamines dans le liquide amniotique » (CNGOF, 2015). Elles sont sécrétées par le fœtus lors d'un stress sévère à la suite d'un sevrage intra-utérin. Elles ont pour effet d'augmenter la



fréquence cardiaque fœtale. Ce stress sévère peut conduire à la mort in utero. Une fuite méconiale, c'est-à-dire l'évacuation des premières selles du fœtus dans le liquide amniotique peut également être observée. Le mélange liquide amniotique méconium peut être inhalé par le fœtus et provoquer une dépression respiratoire à la naissance par altération de l'épithélium pulmonaire. Cela augmenterait le taux de mortalité périnatale de « 2 à 3 % par rapport à la population normale » (Aubert, J., Lejeune, C., 2000).

Le retard de croissance intra utérin est aussi une des complications fréquentes de la toxicomanie aux opiacés, bien que difficile à apprécier car le terme est imprécis. Le pourcentage de fœtus hypotrophes inférieurs au 10e percentile varie entre 25 et 30 % contre 10 % dans la population générale (CNGOF, 2015).

Une étude de 2011 a montré que le risque de malformations cardiaques fœtales était augmenté lors de la prise d'opiacés par la mère au cours de la grossesse (Annexe 3). Les résultats de cette étude rétrospective, sans évaluation de la dose administrée, de la fréquence des prises et de la durée du traitement, associés à un taux de malformations cardiaques proche de celui de la population générale et l'absence d'études comparatives ne permettent pas de confirmer ce risque.

Il n'existe pas d'arguments en faveur d'une augmentation du risque malformatif lors de l'utilisation d'opiacés au cours de la grossesse. Les risques évoqués ne sont pas forcément une conséquence directe de la prise d'opiacés. C'est pourquoi, « en raison du bénéfice thérapeutique attendu, le recours ou la poursuite d'un traitement opiacé est possible pendant toute la grossesse » (Vial T., Jonville-Béra A.-P., 2012) sur une courte période mais aussi sur du plus long terme en cas de nécessité, avec une surveillance accrue du nouveau-né en cas d'imprégnation à la naissance ou de syndrome de sevrage.

Concernant les traitements de substitution aux opiacés, « ni la méthadone, ni la buprénorphine ne sont associées à une augmentation du risque de malformation » (ibid.). Au contraire, le bénéfice de la substitution par suppression des phases de sevrages répétées n'est plus à démontrer.

I.3.2. Conséquences néonatales

Comme les organismes adultes, le fœtus en contact permanent avec des opiacés aura ses récepteurs aux opioïdes continuellement stimulés. Ceci principalement lors du dernier trimestre de la grossesse, lorsque les récepteurs et le système nerveux sont suffisamment matures. On appelle ce processus l'imprégnation. La métabolisation et l'élimination des substances par le nouveau-né sont très limitées en raison de l'immaturité des systèmes enzymatiques et des organes d'élimination, ils ne vont être pleinement actifs que bien après la naissance. C'est pourquoi l'imprégnation du nouveau-né peut durer plusieurs jours après la naissance, soit le temps nécessaire à l'élimination du toxique. Durant cette période, les effets indésirables communs aux opiacés mais aussi un surdosage peuvent être rencontrés, comme par exemple une dépression respiratoire, urgence vitale du nouveau-né.

Le syndrome de sevrage peut survenir dans un second temps. Il concerne « 40 à 90% des nouveau-nés » (Simmat-Durand, L.2009). Paradoxalement, les observations cliniques montrent qu'il est « plus intense et plus prolongé avec la méthadone qu'avec l'héroïne ou la buprénorphine [et qu'] il existe une faible corrélation positive entre la posologie du produit de substitution et l'intensité du syndrome de sevrage » (Gold, F., Blond, M.-H., Lionnet, C., et al., 2009). La survenue des premiers symptômes dépend directement de la dernière prise de substance par la mère (légale ou illégale). Ils surviennent en moyenne dans les 4 jours après la naissance mais cela varie selon les produits. Les signes perdurent en moyenne pendant 15 jours mais des cycles de sevrages sous méthadone ont été observés jusqu'au 21e jour après la naissance.

Nous pouvons distinguer différents signes. Les premiers seront neurologiques. 90% des enfants présenteront des trémulations. Ce sont des tremblements qui apparaissent même au repos. Ils seront accompagnés d'agitations, de pleurs avec un cri particulièrement aigu et reconnaissable. Une hypertonie est aussi très souvent présente avec impossibilité de plier les jambes de l'enfant. Les bâillements deviennent incessants et on observe une excoriation du nez et des genoux causée par une hyperactivité du nourrisson. Enfin on observe dans 2% des cas des convulsions. Dans le tableau suivants sont présentés les autres symptômes rencontrés lors du sevrage.

Tableau 6 : Les symptômes du sevrage du nouveau-né dépendant aux opiacés

SIGNES GENERAUX	SIGNES DIGESTIFS	SIGNES RESPIRATOIRES
Fièvre	Régurgitation	Polypnée
Hypersudation	Vomissements	Encombrement nasal
Eternuement	Diarrhées	
	Succion frénétique	

Les signes digestifs sont facilement reconnaissables par les parents et le personnel soignant. La prise du biberon et/ou sein est alors chaotique. La succion est frénétique et le nourrisson ne semble jamais rassasié bien que le volume de lait absorbé soit correct. Cette mauvaise alimentation associée à des diarrhées et vomissements font perdre un poids considérable à l'enfant. Le risque de déshydratation est également à craindre surtout lorsqu'il est majoré par une hypersudation.



II. Aspect social et légal

II.1. L'image de la femme

La prise en charge d'une femme toxicomane paraît plus délicate que celle d'un homme. Cela s'explique par des différences fondamentales dans la conception de ce qui est acceptable ou non chez une femme ou une mère. Nous étudierons tout d'abord l'image et la condition des femmes dans le passé ainsi que leurs répercussions dans le monde d'aujourd'hui.

II.1.1. Dans le passé

Dans le passé, pour l'Eglise, la femme possède deux visages : « Eve tentatrice, [qui] symbolise les forces dangereuses communes à toutes les femmes » (Knibielher, Y., Fouquet, C., 1977), et Marie, deuxième personnage féminin influant de la religion chrétienne « [qui] incarne les vertus de charité, d'humilité, d'obéissance » (ibid.). Dans le chapitre 3, verset 16 de la Genèse, Dieu « dit à la femme : j'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi ». De ce fait, depuis des siècles, la maternité est synonyme de douleur, signe du péché originel. Ces valeurs d'un autre temps ne sont évidemment plus d'actualité mais ont tout de même eu une influence sur l'image des femmes dans l'histoire de l'Homme au fil des siècles.

Dans les siècles suivants, la chanson de Roland est un des plus anciens poèmes datant du XI^{ème} siècle dont les manuscrits nous sont parvenus presque au complet. C'est un exemple parfait des chansons de geste qui célèbrent les vertus de la chevalerie, de l'honneur féodal et de la foi. Il ne comporte que peu d'images maternelles, mais ils prennent soin de noter « qu'une femme soit gênée et déparée par une maternité prochaine » (ibid.). Les autres poèmes d'époque n'évoquent que le déshonneur d'enfanter hors mariage alors que les « aventures » des valeureux guerriers sont retranscrites avec fierté.

Au XII^{ème} siècle, le chevalier de la Tour Landry écrit un ouvrage intitulé « Livre pour l'éducation de mes filles ». Dans cette œuvre retraçant l'histoire de ces deux filles, la mère avait donné toutes ses tendresses à l'aînée et ses rigueurs à la cadette. La première « élevée sans règle, ne respectait ni le temps ni l'heure [alors que] la seconde, sévèrement dressée, devient le modèle des vertus » (ibid.). Le chevalier écrit « je lui reprochai [à leur mère] d'avoir perdu sa fille à force de l'avoir couvée, nourrie de mets trop chers, laissée la bride sur le cou en lui laissant faire toutes ses volontés : c'est à cause de tout cela qu'elle se trouvait dans une situation désastreuse » (Livre pour l'éducation de mes filles). Jusqu'à la fin du moyen âge, la mère est responsable de la réussite ou l'échec de ses enfants et particulièrement de ses filles. De la conception à l'accouchement, de l'éducation au mariage, elle doit veiller sur elles et tout manquement aux règles de l'époque lui est reproché. Ce schéma est fidèle au modèle religieux à double image : mère protectrice et pécheresse. Ceci s'applique aux aristocrates ou

bourgeois mais la majorité des femmes de l'époque occupent des métiers divers tels que paysannes, aubergistes et même barbier afin de subvenir aux besoins de la famille. La conception de l'éducation est alors différente et l'« égalité » entre les sexes semble plus étroite.

Au siècle des lumières, la mère reste et demeure une éducatrice mais l'amour et les soins maternels sont pour la première fois évoqués et encouragés. Selon Rousseau, « les lois ne donnent pas assez d'autorité aux mères. Cependant, leur état est plus sûr que celui des pères, leurs devoirs sont plus pénibles, leurs soins importent plus au bon ordre de la famille. La mère veut que l'enfant soit heureux, qu'il le soit dès à présent. En cela, elle a raison. Quand elle se trompe sur les moyens, il faut l'éclairer. L'ambition, l'avarice, la tyrannie, la fausse prévoyance des pères, leur négligence, leur dure insensibilité sont cent fois plus funestes aux enfants que l'aveugle tendresse des mères » (Rousseau, J-J., 1762). Il prône également l'allaitement maternel non pas pour la santé de l'enfant comme ces prédécesseurs mais pour construire un lien fort entre les deux êtres.

II.1.2. L'époque contemporaine

Nous pouvons parler d'époque contemporaine à la fin du XVIIIème siècle post révolution française. Malgré le discours de la classe bourgeoise qui « réinvente la maternité comme vocation féminine exclusive » (Knibielher, Y., Fouquet, C., 1977), une grande quantité de femmes modestes travaillent et doivent composer entre maternité et vie quotidienne difficile. Zola écrit en 1887 « La mère hocha sa tête tremblante. Ah ! oui, bon sang ! elle avait travaillé, elle aussi, plus qu'un homme bien sûr ! levée avant les autres, faisant la soupe, balayant, récurant, les reins cassés par mille soins, les vaches, le cochon, le pétrin, toujours couchée la dernière ! Pour n'en être pas crevée, il fallait qu'elle fût solide. Et c'était sa seule récompense, d'avoir vécu : on n'amassait que des rides, bien heureux encore, lorsque, après avoir coupé les liards en quatre, s'être couché sans lumière et contenté de pain et d'eau, on gardait de quoi ne pas mourir de faim, dans ses vieux jours » (Zola, E., 1887). En cette époque, la mère à un rôle éducatif mais le schéma familial reste toujours très hiérarchique.

La révolution industrielle et économique du XIXème, transforme peu à peu la société. Rurale et artisanale, elle devient peu à peu commerciale. Quelques décennies suffisent à changer le monde des pays riches. Depuis plus de 4000 ans, la femme est restreinte aux fonctions de reproduction et d'éducation mais ses droits vont radicalement changés en seulement 100 ans. 100 ans pour changer une pensée collective millénaire dont on retrouve encore les reliques aujourd'hui.

Les lois de la révolution de 1790 laissent plus de liberté aux femmes que celles du code Napoléon (1804). Les mères possèdent le même droit à l'héritage que leurs fils, le mariage n'est plus soumis à l'autorisation parentale et le divorce est autorisé par consentement mutuel ou sur la demande d'un des deux époux dans des conditions assez restreintes. En 1804, le mariage est de nouveau soumis à l'autorisation du père, la femme reste sous tutelle de son



mari, elle encoure jusqu'à deux années de prison en cas d'adultère (une simple amende pour le mari) et le divorce est n'autorisé qu'en cas d'adultère ou de sévices. Il faut attendre 1960 pour qu'elle exerce une profession ou qu'elle gère ses biens personnels sans l'autorisation du mari ou du père ou qu'elle accomplisse des actes juridiques et 1975 pour se désunir sans le consentement de l'époux. Les femmes ne possédaient également aucun droit sur la gestion de leurs corps et sur l'envie ou non de conception et de procréation. La contraception et l'avortement ne sont autorisés que par les lois Neuwirth (1967) et Veil (1975). Il est inutile de rappeler que ce droit reste précaire et toujours discuté de nos jours.

Une thèse entière ne suffirait pas à retracer et comprendre l'évolution du droit des femmes mais ce rapide aperçu possède un objectif : expliquer pourquoi la prise en charge de mères toxicomanes est aussi difficile et complexe. Il suffit de prendre un exemple concret. Dans l'esprit collectif, une mère alcoolique est inconcevable. Qu'en est-il du père ?

L'image de la femme n'est pas le seul frein à une prise en charge réussie ; les peines encourues à l'utilisation de substances opiacées peuvent augmenter le nombre de grossesses non suivies et la peur d'une prise en charge sanitaire.

II.2. Les peines encourues

La loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 (Annexe 4) régit les mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, la répression du trafic et l'usage illicite des substances vénéneuses. Nous étudierons dans cette partie les peines encourues par les usagers des substances interdites et non celles encourues par les trafiquants, qui ne consomment pas forcément de drogue. D'après la loi, un usager est une « personne interpellée par les forces de l'ordre alors qu'elle consomme de la drogue ou qu'elle est en possession d'une petite quantité de drogue » (Coignac, A., Le Gall, A-M., 2015).

L'usager encourt jusqu'à un an d'emprisonnement et 3 750€ d'amende pour un primo-délit. Il a également l'obligation d'effectuer un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, ou de travaux d'intérêts généraux. Cependant, depuis le décret du 15 octobre 2015, une transaction pénale est possible (une amende). S'il n'y a aucun antécédent, le procureur de la république détermine le montant de celle-ci. Le stage de sensibilisation « a pour objectif de vous faire prendre conscience des dommages causés par la drogue et ses conséquences (sanitaire, scolaire et sociale) » (ibid.). Le prix du stage est à la charge de l'usager ou de ses parents mais le prix varie selon les situations financières de chacun.

Ces différentes dispositions ne sont guère pertinentes pour des usagers chroniques et pour l'objet de cette thèse. La consommation de substances stupéfiantes chez un individu non toxicomane est punie comme nous l'avons vu précédemment mais que se passe-t-il pour les autres cas, les personnes dépendantes, donc souffrant d'une pathologie réelle, qui doivent être prises en charge. La loi nous informe de cette manière : « Chaque fois que le procureur



de la République [...] aura enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité sanitaire compétente. Celle-ci fait procéder à un examen médical ». Suivant les résultats de l'expertise, l'usager doit suivre une cure de désintoxication dans un centre agréé choisi ou commis d'office, et doit faire parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début des soins, la durée du traitement et le nom de l'établissement. L'autorité sanitaire informe régulièrement le parquet du bon déroulement des soins et, si l'usager interrompt le traitement, des poursuites peuvent être engagées.

Enfin, la prise en charge peut se voir également compliquée par la situation sociale et la précarité de la mère toxicomane.

II.3. Précarité des mères toxicomanes

Ce terme général se compose de deux notions distinctes : la pauvreté et l'exclusion. La pauvreté est une donnée facilement définissable correspondant à l'insuffisance de revenus. L'exclusion quant à elle est plus difficile à déterminer. D'après le ministère de l'emploi et de la solidarité, « l'exclusion se définit comme un ensemble de mécanismes de rupture tant sur le plan symbolique (stigmates ou attributs négatifs) que sur le plan des relations sociales (ruptures de différents liens sociaux qui agrègent les hommes entre eux) ». Cette exclusion peut se diviser en trois catégories : l'exclusion économique (précarité de l'emploi), de non reconnaissance (non usage des droits sociaux, civils et politiques), et des relations sociales.

La dernière étude établie par l'Observatoire National de la Pauvreté et l'Exclusion en France (ONPES) en 2012, qualifie de pauvres 13.2% de la population française, soit environ 9 millions de personnes et 0.5% souffrant d'exclusion, soit environ 300 000 personnes. La consommation sporadique de substances stupéfiantes ne touche pas les populations précaires mais principalement les adolescents ou jeunes adultes « curieux ». A contrario, l'usage intensif est quant à lui associé à « des statuts socio-économiques défavorables » (Hartnoll, R., 2002). Dans l'enquête Samenta, étude à l'initiative de la préfecture et de la Mairie de Paris visant à mieux connaître la fréquence des maladies mentales au sein de la population des sans-domiciles franciliens 16% des sans-abris interrogés déclarent avoir consommé de la drogue et 10% au cours des six derniers mois avec une association de cocaïne-héroïne courante (Kovess, V., Mangin-Lazarus, C., 1999). D'après l'institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance, 62% des personnes fréquentant les structures d'accueil de soins spécialisés sont au chômage contre environ 10.5% de la population active totale. Parmi ces usagers, 31% perçoivent des revenus de leur travail alors que 33.4% perçoivent le revenu minimal d'insertion et l'allocation aux adultes handicapés (contre 3.3% pour la population générale).

Concernant le logement, 68% vivent dans un lieu stable alors que 23% sont dans un logement précaire et 7.5% sans abris. L'isolement est également plus important avec 55% de



célibataires chez les usagers d'héroïne traités dans les centres de soin spécialisés pour toxicomanes contre 35% de la population totale (Lopez, D., 2002).

Cet abord social et légal concerne chaque individu qu'il soit homme ou femme mais l'implication d'une grossesse dans un contexte de toxicomanie tend vers la perception d'une mère négligente.

II.4. Représentation de la mère toxicomane

« Le fait que l'on accumule de plus en plus de connaissances scientifiques sur la grossesse, la naissance, la génétique et la maladie a donné lieu à la création de la grossesse à 12 mois, c'est-à-dire la notion selon laquelle une femme avant même de devenir enceinte est également responsable de la santé de son fœtus et de l'enfant qu'elle aura » (Condition féminine Canada, 2002). La femme toxicomane est perçue comme une empoisonneuse, « incompatible avec le rôle féminin de protection de l'enfant à naître » (Murphy, S., Rosenbaum, M., 1999). Cette perception est courante dans la population générale mais également chez les professionnels de santé qui éclairés sur la toxicomanie « axent leurs efforts sur la sécurité de la naissance et le bien-être de l'enfant » (Simmat-Durand, L., 2009).

Une étude menée par Catherine Luttenbacher en 1999, a estimé l'impact de la culture professionnelle sur l'approche des conduites addictives chez les femmes enceintes. Une série de questions a été adressée à 900 professionnels, 302 réponses ont été obtenues. Ces derniers sont répartis en trois groupes : médecins obstétriciens et sages-femmes (Maternité), médecins pédiatres et puéricultrices (Pédiatrie), médecins psychiatres et éducateurs spécialisés (Toxicomanie). L'un des indicateurs de l'étude tend à savoir si l'enfant d'une mère toxicomane doit être placé. Les résultats de cette enquête sont les suivants :

Tableau 7 : Avis des professionnels de santé sur le placement des enfants de mères toxicomanes

	MATERNITE	PEDIATRIE	TOXICOMANIE
Tout à fait d'accord ou d'accord	36 %	47.5 %	17.5 %
Entre les deux	17.5 %	15.5 %	15 %
Plutôt pas ou pas du tout d'accord	36 %	33.5 %	62 %

Les résultats montrent une divergence d'opinion entre les différents secteurs. D'une manière simpliste, nous pouvons résumer que « le groupe maternité et pédiatrie place l'enfant au centre de leur préoccupation » (Reynaud-Maurupt, C., 2011) alors que les professionnels de la toxicomanie s'intéressent plutôt à la mère. Cela peut s'expliquer par une connaissance plus aiguisée de la conduite addictive chez cette dernière. Ces données nous éclairent déjà sur la

difficulté qu'est la prise en charge de ces mères qui vont dissimuler leur conduite addictive de peur d'être stigmatisées.

Deux comportements contradictoires de la mère toxicomane peuvent être observés ; la grossesse peut être peu investie ou surinvestie.

Dans le premier cas, la découverte de la grossesse est généralement tardive. La première cause est la diminution de la fertilité chez les femmes héroïnomanes (disparition des cycles et aménorrhée). Conscientes de cet effet, un certain nombre d'entre elles n'utilisent pas de moyens contraceptifs et ne découvrent leurs grossesses que tardivement, parfois après le délai légal pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse dans le cas où elles ne désirent pas l'enfant. Les signes avant-coureurs sont interprétés « comme des symptômes du manque de drogue, ou au contraire de ses effets » (Simmat-Durand, L., 2002). Beaucoup de femmes toxicomanes ne sont donc pas suivies pendant leur grossesse et le risque de prématurité est alors augmenté. Ce constat est présenté dans l'étude précédente menée par Catherine Luttenbacher sur le placement des enfants : « dans une période moderne de maîtrise de la procréation, une femme qui n'a pas de pratique contraceptive, ou qui a des grossesses non désirées, paraît totalement anachronique, voire de mauvaise volonté sur ces questions et suscite une réprobation » (Simmat-Durand, L., 2009). Les soins apportés à l'enfant peuvent également être inadaptés. Les gestes et comportements adéquats de la mère sont le plus souvent transmis par les proches qui, dans la majorité des cas, sont absents chez ces mères isolées. De plus « la prise de substances toxiques peut interférer avec le jugement, la mémoire, l'attention et les perceptions du parent » (Clément, M-E., Tourigny, M., 1999), renforçant l'inadéquation des soins.

A *contrario*, la grossesse peut être idéalisée par la mère. Cette période particulière est « propice aux changements de comportements, qu'ils soient alimentaires ou qu'ils concernent la pratique d'une activité physique ou l'arrêt d'une consommation jugée dangereuse » (ibid.). Cette dernière peut donner lieu à des comportements extrêmes et idéaliser la venue de l'enfant comme le sauveur d'une vie malheureuse. Certains livres spécialisés dans la préparation de la grossesse prônent ce concept : « Future maman qui vous drogue, vous avez là une chance inespérée pour essayer de vous débarrasser de l'emprise de la drogue et redevenir vous-même. Vous attendez un bébé. Faites pour lui ce que vous n'avez pas pu faire pour vous. Et même si c'est très difficile, ne vous inquiétez pas, il va sérieusement vous aider » (Delahaye, M-C., 2000). Ceci explique qu'un bon nombre de ces futures mères arrêtent le toxique le temps de la grossesse. Elles l'expriment d'une manière particulière. La drogue comble un vide intérieur dont l'enfant prend le relais mais la consommation reprend dès les premiers signes d'autonomie de l'enfant. L'arrêt définitif est souvent le fruit d'un accompagnement médical favorable et complet. Cette grossesse surinvestie peut également se traduire par une fusion de la mère et de l'enfant. Une fusion pour retarder et minimiser l'autonomie de l'enfant mais également pour démontrer sa faculté à être une « bonne mère ». Ce travail de la séparation doit être abordé dans la prise en charge à long terme pour le bien de la mère et de l'enfant. Cette problématique est bien connue des juges pour enfants qui ne prônent pas forcément la séparation mais plutôt « dans un premier temps le placement dans un internat scolaire pour favoriser l'autonomie » (Simmat-Durand, L., 2009).



III. Prise en charge de la mère et de l'enfant

III.1. Prise en charge de l'enfant

Nous avons abordé dans le premier chapitre les risques pour l'enfant, de son développement intra-utérin à la naissance. Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement à la prise en charge de ces différents risques : fuite méconiale, signes d'imprégnation et syndrome de sevrage du nouveau-né. Nous ne développerons pas la prise en charge des infections virales transmises par la mère qui ne sont pas directement liées à la prise du toxique mais sont les conséquences indirectes d'un certain mode de vie.

III.1.1. Fuite méconiale

C'est l'évacuation des premières selles du fœtus dans le Liquide Amniotique (LA), en quantité plus ou moins importante. Elle se caractérise par un LA coloré proportionnellement à la concentration de méconium. On distingue le LA teinté qui reste fluide et ne présente pas de risques particuliers, le « LA méconial épais, visqueux, particulaire en purée de pois » (Gold, F., Blond, M.-H., Lionnet, C., de Montgonflier, I., 2009). Ce dernier constitue un risque d'obstruction des voies aériennes supérieures et inférieures lors des premiers mouvements respiratoires du nouveau-né. Une prise en charge dès la naissance est alors obligatoire. Deux situations distinctes peuvent être rencontrées et sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Différenciation d'un nouveau-né vigoureux et déprimé

	NOUVEAU-NE VIGOUREUX	NOUVEAU-NE DEPRIME
Mouvements respiratoires	Efficaces	Faibles ou absents
Tonus musculaire	Bon	Diminué
Fréquence cardiaque	Rapide > 100/mn	Ralentie

Dans le premier cas, « les manœuvres initiales doivent être pratiquées comme à l'accoutumée, et aucune manœuvre supplémentaire n'est indiquée dans l'immédiat, quel que soit l'aspect du LA » (ibid.). Lorsque le nouveau-né est déprimé « il convient alors, dès que le nouveau-né est placé sur la table de réanimation, et avant toute autre manœuvre, d'aspirer le liquide présent dans la bouche et le pharynx puis de procéder à l'aspiration trachéo-bronchique » (ibid.).

Si cela est insuffisant et que l'enfant ne respire toujours pas des stimulations manuelles sont alors pratiquées. Elles ont pour but de déclencher les mouvements respiratoires. Deux types de stimulation sont privilégiés : la plante des pieds et le dos. Le premier se pratique avec de

petites claques ou des pichenettes sur le talon alors que des frictions rapides du dos sont réalisées dans les cas les plus sévères.

En dernier recours, si la respiration ne reprend pas une Ventilation manuelle en Pression Positive (VPP) est pratiquée afin d'éviter une cyanose complète du nourrisson. Dès que les mouvements respiratoires apparaissent, la VPP est arrêté et l'enfant reste sous surveillance.

III.1.2. Imprégnation du nouveau-né

Cette imprégnation intervient lorsque la mère consomme des substances opiacées peu de temps avant l'accouchement. Ces substances se retrouvent alors dans le sang du nouveau-né qui doit les métaboliser et les éliminer avec les moyens enzymatiques dont il dispose. L'immaturation de ces systèmes d'élimination l'expose à un possible surdosage et/ou une possible overdose. Les symptômes de cette imprégnation seront les mêmes que chez l'adulte : perte de la conscience, relâchement musculaire et respiration ralentie. Un arrêt respiratoire peut survenir dans les cas les plus graves, pouvant entraîner par la suite une défaillance cardiaque. Cette insuffisance respiratoire se traduit par un manque d'oxygénation des tissus et une possible acidose ; la peau devient pâle, les lèvres sont blanches et les extrémités bleuissent. Certains signes vont témoigner de la gravité du symptôme avec des signes de lutte et d'épuisement (pauses respiratoires, rythme anarchique).

La seule façon d'appréhender ce symptôme est la présence lors de l'accouchement d'une équipe médicale pédiatrique prête à accueillir le nouveau-né et à réagir si les symptômes deviennent importants et mettent en jeu la vie de l'enfant. La surveillance sera donc la règle d'or lors des premières heures de vie du nouveau-né.

III.1.3. Syndrome de sevrage du nouveau-né

La surveillance de ce syndrome s'appuie dans un premier temps sur le score de Finnegan ou celui de Lipsitz.

III.1.3.1 Quantification de la gravité du syndrome

III.1.3.1.1. Score de Finnegan

Le score de Finnegan permet d'apprécier la gravité du syndrome de sevrage suivant plusieurs critères et permet d'adapter la prise en charge du nouveau-né. Il est effectué toutes les quatre heures dans un premier temps puis toutes les six heures. Chaque critère rencontré permet d'établir un score aiguillant vers différentes prises en charge.



Tableau 9 : Score de Finnegan

SYMPTOMES		COTE	DATE /HEURE	DATE/HEURE
Cris	aigus	2		
	aigus incessants	3		
Sommeil	< 3H	1		
	< 2H	2		
	< 1H	3		
Moro	marqué +	2		
	marqué +++	3		
Trémulation	aux stimuli +	1		
	aux stimuli +++	2		
	au repos +	3		
	au repos +++	4		
Hypertonie		2		
Excoriations cut.		1		
Myoclonies		3		
Convulsions		5		
Succion	excessive	1		
Boit	mal	2		
Régurgitation	régurgite	2		
	vomit	3		
Selles	molles	2		
	liquides	3		
Sueurs		1		
Température	< 38.4°C	1		
	≥ 38.4°C	2		



Bâillements	fréquents	1		
Marbrures		1		
Encomb. nasal		1		
Eternuements		1		
Battement ailes nez		2		
Polypnée	>60	1		
	>60 + tirage	2		
TOTAL MAX	46			

En plus d'évaluer la gravité du syndrome et l'adaptation thérapeutique qui en résulte, ce score permet d'apprécier l'évolution du syndrome par comparaison des différents résultats sur les heures et les jours suivants la naissance. Avec ses 31 critères, il reste le test le plus complet mais possède tout de même un inconvénient. Chronophage, il paraît souvent difficile à mettre en œuvre dans un service clinique bien occupé.

III.1.3.1.2. Score de Lipsitz

Ce test s'effectue de la même manière que le précédent avec un système de point permettant l'obtention d'un score.

Tableau 10 : Score de Lipsitz

SYMPTOMES		COTE	DATE /HEURE	DATE /HEURE
Trémulations	↑ par stimulation	1		
	Calmées par aliment.	2		
	fortes + convulsions	3		
Cris	légers	1		
	modérés	2		
	forts même au repos	3		
Reflexes	augmentés	1		



	très augmentés	2		
Tonus	augmenté	1		
	rigidité	2		
Selles	liquide en jet	1		
	liquide en jet >8/j	2		
Lésions cutanées	rougeurs	1		
	érosions	2		
Fréquence cardiaque	55-75	1		
	>75	2		
Eternuements		1		
Bâillements	fréquents	1		
Vomissements		1		
Fièvre		1		
TOTAL MAX		31		

Bien que moins complet avec 20 critères, il permet d'établir un résultat fiable aux mêmes intervalles de temps. Il présente l'avantage d'être simple et plus facilement réalisable dans une unité de soin. Le choix du test de référence est propre à chaque équipe soignante. L'avantage de ces deux tests est que l'interprétation est identique pour l'un et l'autre. Un score supérieur à 11 une fois, ou à 8 deux fois consécutives, est synonyme d'un syndrome de sevrage sévère nécessitant une prise en charge médicamenteuse.

III.1.3.2 Traitements

Il n'existe pas de protocole global quant au traitement du syndrome de sevrage chez le nourrisson. Les traitements pharmacologiques, utilisés hors autorisation de mise sur le marché, sont discutés et approuvés par les équipes de néonatalogie dans chaque centre hospitalier. Ces protocoles sont rédigés tout d'abord par concertation en fonction des connaissances actuelles mais des modifications internes peuvent être ajoutées.

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, les traitements pharmacologiques ne sont préconisés que pour des scores de Finnegan ou de Lipsitz supérieurs ou égaux à 8, 3 fois



consécutives, ou supérieurs ou égaux à 12, 2 fois consécutives. Si ce n'est pas le cas, des mesures simples sont mises en place afin de diminuer le stress du nourrisson.

La première mesure à prendre est la diminution de tous les stimuli environnementaux perceptibles par l'enfant. C'est le cas des stimuli lumineux ou sonores mais également des propres mouvements de l'enfant qui vont frénétiquement l'énerver. Un emmaillotage peut être réalisé pour éviter les mouvements des membres, recréant ainsi artificiellement un cocon semblable au ventre maternel. Il est également important de ne pas réveiller l'enfant pour des soins ou pour le repas. La méthode « kangourou » a également fait ces preuves. Elle consiste à placer l'enfant peau contre peau sur le ventre de sa mère. Cela augmente la stabilité cardiorespiratoire et thermique ainsi que la durée du sommeil. De plus, et cela est important dans le cas des mères toxicomanes, cette méthode permet de créer un lien privilégié avec le nouveau-né.

L'alimentation sera également modifiée, enrichie et fractionnée de façon à ce que la digestion prenne une place importante dans les premiers jours de vie de l'enfant, qui repu en permanence, sera plus apte à l'endormissement. Le lait peut aussi être épaissi afin de contrer d'éventuels régurgitations et/ou vomissements. L'allaitement maternel est privilégié et bénéfique même avec une substitution à la méthadone ou à la buprénorphine qui ont un passage faible dans le lait. Dans le cas d'une mère non substituée, le choix de l'allaitement maternel est plus discutable en raison de la présence de produits de coupe inconnus potentiellement néfastes pour le nouveau-né.

Pour des scores supérieurs ou égaux à 12, 2 fois consécutives, un traitement pharmacologique est mis en place afin de calmer, relaxer et diminuer les effets du syndrome devenus dangereux pour l'enfant (troubles digestifs sévères et convulsions).

Le premier traitement sera le chlorhydrate de morphine oral. La dose initiale est de 0.3 à 0.5 mg/kg/jour réparti en 6 à 8 prises quotidiennes. Si le syndrome reste élevé (score toujours supérieur à 12), une augmentation de 0.04 mg/kg/prise est envisagée. La dose maximale par prise à ne pas dépasser est 0.2 mg/kg. Lorsque les scores de Finnegan ou de Lipsitz deviennent inférieurs à 8, 3 fois consécutives, la posologie est maintenue identique pendant 48 heures puis une diminution de 10 % toutes les 48 heures est débutée. Le traitement pourra être arrêté lorsque la dose est de 0.2 mg/kg/jour. Ce traitement doit être administré avant la tétée. Si le nouveau-né vomit 10 minutes après la prise, la dose doit être réadministrée ; s'il vomit de 10 à 30 minutes après, une demi-dose seulement sera redonnée ; enfin si les vomissements interviennent plus de 30 minutes après la prise du médicament, aucune dose ne doit être réadministrée.

Des traitements adjuvants peuvent être instaurés comme par exemple le phénobarbital lorsqu'un électroencéphalogramme authentifie clairement des convulsions ou lorsque les opiacés ne parviennent pas à diminuer l'irritabilité ou les insomnies du nourrisson. La posologie d'attaque est de 15 à 20 mg/kg, stabilisée à 5 mg/kg/jour. La spécialité la plus adaptée est le Gardéнал® dosé à 40 mg pour 2 mL. Il est administré par voie intraveineuse sur une durée de trente minutes. Il peut provoquer dans de rares cas un syndrome hémorragique généralisé. Ce dernier est prévenu par l'administration en intraveineuse de 1 à



10 mg de vitamine K chez le nouveau-né. Son utilisation a également été démontrée « en association avec la morphine, en cas de difficultés à diminuer la posologie de morphine » (Deman. A-S., 2013). Le traitement est diminué après 72 heures de stabilité, par pallier de 10 à 20 % puis le traitement est arrêté quand la dose est inférieure à 1 mg/kg/jour.

Toutes les benzodiazépines sont contre-indiquées dans cette pathologie « en raison de leur élimination lente et de leur effet aggravant des troubles de la succion » (Ibid.). Lorsque le traitement a débuté, le score de Finnegan ou de Lipsitz est effectué toutes les quatre heures afin de quantifier l'efficacité du traitement. Une bonne efficacité se traduit par de « bonnes tétés, [un] sommeil plus calme, [une] bonne courbe pondérale [; de plus,] les trémulations ou l'irritabilité ne sont pas des critères d'inefficacité [et] peuvent rester de manière prolongée » (Branger, B., Flamant, C., Brehu, S., 2011).

III.2. Prise en charge de la mère

Dans cette dernière partie, nous allons aborder la nécessité d'une prise en charge spécialisée, la mise en place d'une substitution et le suivi psychologique de la future mère. L'apprentissage des bons gestes et le suivi post-natal seront des notions également étudiées.

III.2.1. Les prises en charge spécialisées

La prise en charge continue de ces patientes n'est pas aisée en raison des facteurs que nous avons vus précédemment (précarité, troubles psychiatriques et découverte de grossesse tardive), mais aussi car l'équipe soignante n'est parfois pas spécialisée en addictologie. Il est donc nécessaire d'orienter ces patientes vers des centres de soins spécialisés en toxicomanie disposant des méthodes et outils nécessaires à leur prise en charge.

Il n'existe pas de schéma de prise en charge global au niveau national. Chaque équipe dispose de ses propres structures et réseaux locaux, c'est pourquoi la description d'une prise en charge peut varier d'un centre hospitalier à l'autre. Nous pouvons citer les ECIMUD (Equipes de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues), les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), les réseaux locaux d'addictologie. Le personnel soignant de maternité peut diriger une patiente toxicomane vers ces différents pôles afin de compléter la prise en charge.

Les ECIMUD ont été créées dans certains hôpitaux parisiens en 1995. Ce sont des structures itinérantes ne pouvant être classées comme les CSAPA. Elles ne possèdent pas de structures propres et interviennent directement en milieu hospitalier lorsque qu'un patient consultant pour des troubles somatiques présente également une pathologie addictive. Elles ont pour objectif la formation des équipes soignantes, le suivi de la prise en charge et de sevrage ainsi que la sortie d'hôpital. Les CSAPA sont des structures pluridisciplinaires qui permettent une prise en charge globale. Ces dernières offrent un accompagnement ambulatoire ou hospitalier, très intéressant si la mère ne possède pas de domicile fixe. L'approche de la prise en charge peut



être personnelle (psychothérapeutique, éducative) mais également collective ou familiale. L'avantage de ces centres de soins est qu'ils sont présents dans tous les départements français.

Ces deux organismes ont un point commun qui est la pluridisciplinarité. Dans le cadre de la grossesse et de la prise en charge des futures mères toxicomanes, différents acteurs de santé vont se relayer afin de fournir une prise en charge globale et complète. L'équipe soignante est composée d'infirmiers, d'aides-soignants, de sages-femmes, de puéricultrices, d'assistantes sociales, de pédiatres, de psychiatres et de psychologues. Chacun de ces professionnels aura un rôle important à un moment donné de la grossesse et après l'accouchement. Suivant les unités de soin, des rendez-vous seront fixés régulièrement.

La plupart des futures mères sont orientées vers les CSAPA par des sages-femmes, des médecins libéraux ou obstétriciens. Un rendez-vous rapide est alors proposé pour que la patiente soit évaluée une première fois par un médecin psychiatre. Ce premier rendez-vous est généralement organisé dans un local dédié, rassurant et éloigné des autres usagers du CSAPA pour ne pas effrayer la patiente. De ce premier rendez-vous découle tous les autres avec les différents professionnels concernés. Chaque professionnel est sensibilisé et formé à l'addiction et donc la prise en charge de la patiente est bien adaptée. Ce centre reste évidemment en relation avec l'hôpital qui dans un premier temps fait une recherche des comorbidités somatiques (sida, hépatites, etc.).

III.2.2. Substitution

C'est la première action à mener afin de minimiser les risques liés à l'usage de drogue (directe ou indirecte) pour la mère et pour l'enfant. Un nombre important de femmes possède un traitement de substitution avant leur grossesse. Ce traitement est principalement de la buprénorphine (Subutex®) car elle peut être prescrite par un médecin généraliste mais aussi par de la méthadone. Les données ci-dessous de l'OFDT nous indiquent le pourcentage de substitution de la buprénorphine et de la méthadone suivant les prescripteurs.

Tableau 11 : Substitution suivant les prescripteurs

	BUPRENORPHINE	METHADONE	TOTAL
Sans réponse	7.5	2.0	5.4
Centre spécialisé	22.0	75.0	42.5
Généraliste	70.4	23.0	52.1
Total	100.0	100.0	100.0

(OFDT, *Grossesse et substitution*, juillet 2003)



Ces patientes n'ont pas forcément le réflexe de consulter dans des centres spécialisés. La buprénorphine et la méthadone ne sont pas contre-indiquées pendant la grossesse mais la buprénorphine est à éviter en première intention en raison de son possible détournement (injection intraveineuse par exemple).

De manière générale le traitement par Subutex® peut être poursuivi dans certains centres spécialisés si la patiente est stable et qu'elle ne pratique pas de mésusage. Les règles sont alors assez simples : « mise sous méthadone en cas de dépendance aux opiacés, poursuite de la prescription de méthadone préexistante à la grossesse, poursuite du Subutex® dans la limite des protocoles admis et dans l'état actuel des connaissances et passage à la méthadone si le Subutex® est mal géré » (Franchitto, M-C., Peyrefort, E., Tellier, G., 2015).

La méthadone est un agoniste complet des récepteurs μ . La biodisponibilité peut atteindre 95% par voie orale et le pic plasmatique intervient 2 à 4 heures après l'administration. La longue demi-vie de 36 heures permet une concentration assez stable et étendue du produit dans le sang, évitant les prises répétées et les épisodes de « descente ». L'objectif de la substitution est de rester dans une fenêtre de concentration intermédiaire entre la sensation de manque et la survenue d'effets indésirables (euphorie, sédation), signes d'un surdosage. La mise en place d'un traitement se fait en trois phases : induction, réduction des symptômes subjectifs et maintien.

L'induction consiste à supprimer les signes d'un manque (rhinorrhées, mydriase, douleurs, larmoiements, nausées, etc.). Le principe est d'utiliser la dose la plus faible et d'augmenter progressivement. Il n'y a pas de corrélation entre la dose d'opiacé consommée dans le passé et la posologie de méthadone lors de cette phase. « La première dose quotidienne est habituellement de 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique et doit être administrée au moins 10 heures après la dernière prise d'opiacés » (ANSM, 2015). Il faut une prise répétée toutes les 24 heures pendant 4 à 5 jours pour obtenir une concentration stable dans le sang (steady-state). C'est pourquoi la posologie ne doit pas être augmentée pendant ce délai. La seconde phase permet de réduire les symptômes subjectifs et d'affiner la posologie. Ces symptômes comprennent l'anxiété, l'irritabilité, les troubles du sommeil et la dépression. « La posologie est adaptée progressivement jusqu'à 40 à 60 mg en une à deux semaines » (ibid.) pour les mêmes raisons que la première phase. La troisième phase est le maintien de la posologie efficace afin de réduire au mieux la sensation de manque tout en permettant l'abstinence totale de tout autre opiacé.

La forme galénique de la méthadone lors d'une instauration de traitement est un sirop et les gélules ne peuvent être envisagées qu'après un an de traitement sur un patient stabilisé en phase de maintien (risque d'injection). La prise est quotidienne, en une seule prise, à heure fixe. Les sirops sont en conditionnement unitaire et aucune préparation du médicament n'est nécessaire pour l'administration. Chaque flacon contient 5, 10, 20, 40 ou 60 mg de méthadone.

Concernant le Subutex®, la posologie maximale autorisée est de 16 mg par jour mais certaines prescriptions dépassent les 30 mg. En 2012, l'OFDT a mené une étude en Alsace sur 3 738



patients et nous dévoile ces chiffres : 3120 reçoivent moins de 16 mg par jour ; 519 entre 16 et 22 mg par jour et 99 dépassent les 30 mg par jour.

Une instauration de traitement à la buprénorphine haut dosage n'est pas envisagée lors de la grossesse. Une continuité de cette substitution peut toutefois exister si elle est stable, régulière et respectée par la patiente. Un passage à la méthadone augmenterait les risques de surdosage et/ou syndrome de manque lors des deux premières phases ce qui serait délétère pour le fœtus. Par contre une substitution mal gérée à la buprénorphine (injection ou autre) est un facteur déterminant vers le passage à la méthadone. Ce changement de traitement se fait évidemment dans un centre spécialisé et la prise de méthadone débute le lendemain de la dernière prise de buprénorphine en respectant les phases vues précédemment. La dose de méthadone instaurée ne dépend pas de la dose précédente de buprénorphine et comme dans toute substitution la dose initiale sera débutée aux alentours de 30 mg par jour.

Une notion importante est la modification de la posologie au cours de la grossesse. Pendant longtemps, la posologie restait la même jusqu'à l'accouchement sans prendre en compte les modifications physiologiques de la mère. Cette particularité augmente le risque de sous-dosage et de micro-sevrage qui en découle avec les risques néfastes que nous avons vus précédemment. « La grossesse implique des modifications de métabolisme et de répartition de la méthadone qui imposent des ajustements progressifs. Les dosages plasmatiques sont systématiquement plus bas au cours de la grossesse et la demi-vie de la méthadone est parfois considérablement diminuée. Ainsi en fin de grossesse des doses plus importantes de méthadone sont-elles souvent nécessaires pour maintenir l'équilibre du traitement » (Geismar, W., et al., 1997).

La dose de méthadone est augmentée avec l'avancement de la grossesse dans 39% des cas contre 16% pour la buprénorphine. Ceci est certainement lié au fait que les médecins généralistes préfèrent, dans une logique de diminution de traitement pendant la grossesse, « baisser les doses que les augmenter ». (OFDT, 2003). Ces résultats s'observent également avec la méthadone pour les patientes qui ont une dose supérieure à 50 mg par jour, elles sont suivies majoritairement en centre spécialisés, contrairement aux femmes ayant un faible dosage (56 % d'entre elles sont suivies par leur médecin). Le suivi des modifications de doses de 222 patientes est retranscrit dans le tableau suivant et permet de corroborer les résultats précédents : 45,7% des doses de méthadone sont augmentées dans les CSAPA alors qu'elles sont diminuées de 47,6% par les médecins généralistes.

Tableau 12 : Modification des posologies des traitements de substitution de femmes enceintes

PRESCRIPTEUR		↑ DOSE	MEME DOSE	↓ DOSE	TOTAL
Méthadone	CSAPA	45.7	27.1	27.1	100.0
	Généraliste	19.0	33.3	47.6	100.0

Buprénorphine	CSPA	24.0	32.0	44.0	100.0
	Généraliste	12.6	38.7	48.6	100.0

Ces modifications de prescriptions s'expliquent de manière logique du fait que les généralistes assurent souvent une prescription relais de patients stabilisés en centre spécialisés et que la tendance à diminuer les doses s'inscrit dans un schéma de sevrage. La formation des généralistes sur la toxicomanie est également moindre par rapport aux spécialistes.

III.2.3. Accompagnement et thérapies annexes

La mise en place d'une substitution pour la future mère ne peut être efficace qu'en associant les notions d'addiction et de comorbidités psychiatriques. Les entretiens réguliers avec un addictologue sont souvent associés au travail des psychiatres et des psychologues. Cela inscrit la patiente dans une prise en charge globale qui a une importance capitale dans le maintien de l'abstinence. Tout cela est rendu possible grâce aux centres spécialisés qui possèdent un large panel de compétences et de professions.

Lors des entretiens initiaux, les professionnels qualifiés doivent s'adapter à la patiente et proposer la meilleure solution ou, en tout cas, la plus acceptable. « La prise en charge de l'addiction vise en effet à permettre un changement de comportement en profondeur. Il s'agit de trouver un compromis acceptable entre les objectifs rationnels de soins et ce que le patient souhaite et peut accepter » (Fatséas, M., Auriacombe, M., 2013). Il est impossible de sevrer un patient qui ne le désire pas ou qui n'est pas encore prêt. Les entretiens psychologiques servent à cela, comprendre le patient, comprendre son addiction et diminuer au maximum les risques associés. Dans le cas de la grossesse, la santé de l'enfant entre dans ce processus et pèse dans la balance. Il s'agit dans certains cas d'un tremplin dans l'espoir d'une vie meilleure et bien que cela ne facilite pas concrètement la prise en charge, cette notion de « deux » au lieu d' « un » peut permettre un nouvel élan et une nouvelle motivation jusqu'alors fragile. Les traitements de substitution permettent de remplacer le toxique et d'éviter les situations à risque mais le processus addictif reste présent. L'accompagnement psychologique et psychiatrique permettra de remplacer avec le temps cette aide chimique mais bien après l'accouchement.

Lors des premiers entretiens, un schéma de prise en charge multidisciplinaire va alors s'établir en accord avec la patiente afin de l'intégrer à son propre parcours. La famille et les proches peuvent aussi avoir un rôle important bien que la précarité sociale isole ces patientes avec le temps. Quatre pôles vont alors travailler en synergie : l'addictologie (addictologues), la psychiatrie (psychiatres, psychologues), les travailleurs sociaux (assistantes sociales) et la pédiatrie (obstétriciens, sages-femmes, pédiatres). Les infirmiers, aides-soignants et

éducateurs spécialisés dans les différents services auront également un rôle majeur et viennent se greffer aux précédents pôles.

En plus d'assurer la mise en place d'un traitement de substitution chez la future mère, le pôle addictologie travaille en synergie avec la psychiatrie dans la mise en place de thérapies cognitives et comportementales. La thérapie comportementale consiste en « l'apprentissage par association (modèle Pavlovien) et/ou apprentissage par renforcement (modèle Skinnérien) » (Rahioui, H., 2011). Dans le premier cas, la technique consiste à exposer la patiente à des stimuli (images, objets) engendrant chez elle une envie de consommer jusqu'à ce que le désir diminue dans le temps. Cela lui apprend à « contrôler les manifestations psychologiques de la dépendance » (ibid.). En effet, même après une longue abstinence, certains événements font ressurgir une irrésistible envie de consommer (craving). Travailler ou connaître ces indices apprend à la future mère à appréhender ces situations et à les gérer au mieux. L'apprentissage par renforcement s'appuie sur ce fondement : « changer les contingences de renforcement pour modifier le comportement problématique » (ibid.). En clair, on apprend au patient à diminuer sa consommation en adoptant des comportements incompatibles avec l'usage de la drogue. Par exemple, des bons d'achat pouvant être utilisés dans le cadre d'une vie favorisant l'abstinence sont échangés contre des tests biologiques négatifs à la substance addictive.

La thérapie cognitive développée dans les années 1920 par Aaron Beck a pour objectif l'interprétation des stimuli. « Les interprétations que fait un individu à propos de ce qu'il est en train de vivre peuvent en effet largement déterminer son état émotionnel et son comportement » (Toubiana, E-P., 2011). Les thérapies cognitives ont donc pour objectif de contrer le circuit inconscient de la récompense et d'aider à modifier les attentes positives (conséquences de la prise) et négatives (conséquence de l'abstinence).

Ces deux thérapies ne peuvent se faire qu'avec des patients motivés ce qui n'est pas souvent le cas des usagers de drogues. Pour ces derniers, l'entretien motivationnel est une nouvelle approche très courante en centre spécialisé. Elle consiste à « proposer une exploration de l'ambivalence à propos des effets positifs et négatifs liés à la consommation pour permettre à la personne aidée de cheminer vers le changement dans un climat d'alliance thérapeutique empreint d'empathie » (ibid.). Le changement de comportement doit se faire progressivement, en différents stades : pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien et terminaison.

Tableau 13 : Les différentes étapes de l'arrêt d'un toxique

STADES	COMPORTEMENTS
Pré-contemplation	Aucune intention de modifier le comportement
Contemplation	Conscience d'un problème, aucun engagement d'agir
Préparation	Intention de prendre des initiatives
Action	Modifications de comportement effectuées



Maintien	Les objectifs sont atteints
Terminaison	Aucune tentation du comportement antérieur

Ces différents accompagnements et travaux psychologiques associés à une substitution sont la clé chez une personne dépendante souhaitant abandonner le toxique. Ces phases comportementales et cognitives peuvent être abordées pendant la grossesse mais l'arrêt du toxique ne sera envisagé que plusieurs mois après l'accouchement pour les raisons vues précédemment. Cependant, cela inscrit la patiente dans un parcours de soin complet et un accompagnement sur le long terme.

III.2.4. Devenir mère

L'apprentissage de la maternité n'est pas toujours inné. Il ne faut pas confondre l'amour maternel propre à chaque individu et les gestes et réflexes indispensables à l'équilibre de l'enfant et de la mère. Les chiffres nous le montrent, jusque dans les années 1990, le placement des enfants était presque systématique. Aujourd'hui, la toxicomanie commence à être considérée à sa juste valeur comme une pathologie. Le placement ne doit être envisagé qu'en cas de risque important pour l'enfant ou à la demande de la mère. L'ancrage de la patiente dans son rôle maternel peut être perçu comme une thérapie s'inscrivant avec les autres dans l'apprentissage d'une vie « normale » et responsable. Cela permet également d'augmenter l'estime et la confiance en soi souvent au plus bas chez les toxicomanes.

C'est dans ce contexte qu'interviennent des organismes incontournables de l'enfance : les Protections Maternelles et Infantiles (PMI). Ces institutions ont été créées en 1945 et se situent principalement dans des centres médicaux et sociaux. Elles concentrent des professionnels divers tels des infirmiers, psychologues et médecins. Ces institutions ont pour mission les mesures de prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ; des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ; la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistances maternelles et des actions d'aide aux familles.

Les services de ces PMI peuvent être sollicités aussi bien par la mère que par les centres spécialisés aux toxicomanes. Elles interviennent avant la naissance avec des séances de préparation à l'accouchement mais peuvent également se déplacer à domicile pour aider à l'arrivée de l'enfant. Après la naissance, les PMI assurent un rôle éducatif de la future mère sur l'hygiène, l'alimentation, le développement et la prévention des accidents domestiques. Elles s'assurent du bien-être être de la mère et de l'enfant et corrigent certains points non conformes à la sécurité de l'enfant chez les parents. En cas de danger, elles peuvent également signaler aux institutions judiciaires qu'un placement est nécessaire mais le but



premier est l'apprentissage de la maternité. Les centres spécialisés comme les CSAPA font souvent appel à ces organismes pour assurer un suivi tout au long de la grossesse en plus des thérapies spécifiques d'aide à la toxicomanie. L'objectif est là aussi, la prise en charge de la pathologie addictive et l'apprentissage des bons gestes aux futurs parents.

III.3. Rôle du Pharmacien d'officine

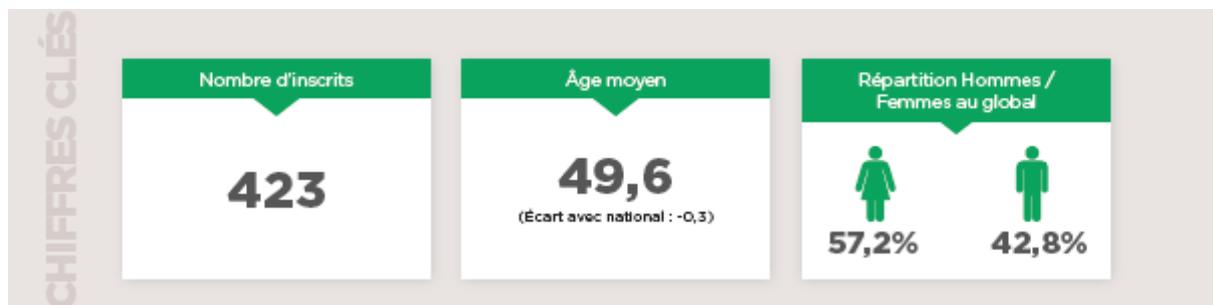
III.3.1. Un interlocuteur de première ligne

Tous les ans, l'Ordre National des Pharmaciens publie un panorama de l'état démographique des pharmacies

Au 1er janvier 2015, on comptait 21 772 officines libérales en métropole et 629 en départements d'Outre-mer. Le réseau officinal est réparti sur l'ensemble du territoire français. Il y a 327 officines en région Limousin.

Les pharmaciens titulaires (section A) et adjoints (section D), sont au nombre de 813 en Limousin.

Figure 4 : Les pharmaciens inscrits en section A en Limousin en 2015



Source : Ordre national des pharmaciens, 2015

Figure 5 : Les pharmaciens inscrits en section D en Limousin en 2015



Source : Ordre national des pharmaciens, 2015

La pharmacie est un lieu proche de la population, facile d'accès et propice au conseil. Le pharmacien d'officine est donc un professionnel de santé de proximité qui peut être un interlocuteur et un « acteur » dans la prise en charge des patients toxicomanes et en particulier des femmes enceintes toxicomanes. De nombreuses spécialités pharmaceutiques sans prescription renferment des substances opiacées. Il est courant pour le pharmacien d'officine de rencontrer des patients souffrant d'addiction sans suivi médical et il est de son devoir, dans le respect de la santé publique, de tenter de les accompagner vers une aide et une prise en charge adaptée.

Ceci ne peut évidemment pas se réaliser au premier contact, sauf si la demande provient du patient lui-même. Une mise en confiance progressive et une information continue du patient peuvent tendre vers cet objectif.

Les patients intégrés à un parcours de soin sous traitement de substitution aux opiacés sont également pris en charge par le pharmacien d'officine. C'est le cas des patientes substituées qui désireraient avoir un enfant ou qui découvrent leur grossesse et demandent conseil au pharmacien.

Le pharmacien d'officine intervient également comme « garde-fou » dans la délivrance de médicaments de substitution qui possèdent une législation particulière. En effet, la méthadone est un « médicament classé stupéfiant, [...] soumis à la réglementation la plus stricte concernant sa condition de détention, de prescription et de délivrance » (Meddispar, 2016). La buprénorphine quant à elle, est un médicament « assimilé stupéfiant ». « Des médicaments relevant des listes I et II peuvent, pour des motifs de santé publique, être soumis en totalité ou en partie au régime particulier des stupéfiants. Ce sont donc des cas particuliers pour lesquels certaines mesures restrictives de la réglementation des stupéfiants s'appliquent, mais pas forcément toutes » (ibid.). Le pharmacien d'officine se doit de respecter cette législation à chaque délivrance et peut en cas de doute se référer aux textes en vigueur disponibles sur le site Meddispar géré par l'ordre national des pharmaciens.

Enfin le pharmacien d'officine doit également pouvoir répondre aux questions des patientes dans un langage simple et compréhensible. Voici un panel de Questions/Réponses utiles au comptoir :

Puis-je « tomber » enceinte alors que je prends de l'héroïne ? Je pensais que c'était impossible.

Il est vrai que l'héroïne diminue la fertilité chez la femme en raison d'une altération du cycle menstruel et parfois d'une disparition des règles (aménorrhée). Cependant, sans contraception aucune, une grossesse peut débuter. C'est pourquoi, si l'on ne désire pas d'enfant, il est important d'utiliser des moyens contraceptifs. L'utilisation de préservatifs, en complément d'une autre contraception efficace, comme la pilule, protégera également contre la transmission de certaines maladies.



**Je suis actuellement sous traitement substitutif et je souhaiterais avoir un enfant.
Puis-je l'envisager ou dois-je être totalement sevrée ?**

Il est tout à fait possible d'avoir un enfant ou d'envisager une grossesse même sous traitement de substitution. Si votre traitement est bien équilibré, il ne faut pas le modifier. Le sevrage ne pourra être envisagé qu'après votre grossesse car le stress provoqué sur votre organisme par une diminution des doses du traitement peut être néfaste pour votre enfant. Les médicaments de substitution ne sont pas responsables de malformations. Ils peuvent induire dans certains cas chez votre futur enfant une dépendance et donc un syndrome de sevrage à la naissance. C'est pourquoi, il est très important d'en discuter avec votre médecin, votre obstétricien, afin que votre enfant se développe et vienne au monde dans les meilleures conditions.

**Je viens de découvrir ma grossesse et je prends régulièrement des médicaments
opiacés. J'aimerais me faire aider, que dois-je faire ?**

Votre démarche est courageuse et très importante pour la suite. Il existe différentes structures spécialisées qui mettront tout en œuvre pour vous aider. Elles vous épauleront dans tous les domaines : aussi bien pour votre addiction que pour le déroulement de votre grossesse. Dans le département, il existe un centre spécialisé dédié aux addictions qui travaille en collaboration avec l'Hôpital Mère Enfant. De plus le réseau de santé Addictlim est là pour vous accompagner et faire le lien entre les différentes structures mais aussi avec des centres sociaux si vous en avez besoin. Je peux vous aider dans cette démarche, nous pouvons contacter ensemble ces structures dès maintenant.

Existe-t-il des femmes dans le même cas que moi, puis-je les rencontrer ?

Bien évidemment. Le réseau de santé Addictlim en collaboration avec l'Hôpital Mère Enfant et le centre spécialisé aux addictions organise par le biais d'infirmières spécialisées des réunions de femmes dans la même situation que vous. Vous pourrez discuter et partager vos expériences. Ne plus être isolée est essentiel et vous trouverez une autre forme de soutien qui, j'en suis certain, sera très positive dans votre prise en charge.



Je suis enceinte et prends régulièrement de l'héroïne. Si je demande de l'aide vais-je avoir des problèmes avec la justice et va-t-on placer mon enfant ?

Les professionnels de santé sont soumis au secret médical. Tout ce que vous me dites et ce que vous direz aux autres professionnels restera confidentiel. Lors de votre prise en charge, vous suivrez un traitement de substitution légal, palliant au manque d'héroïne. Concernant votre enfant, il n'y a aucune raison qu'il vous soit retiré si vous suivez les bons gestes que doit avoir un parent avec son enfant, sous substitution ou non.

Je suis enceinte et sous traitement substitutif. Mon médecin augmente régulièrement les doses. Est-ce dangereux ?

Il est tout à fait normal d'augmenter les doses de votre traitement de substitution au cours de votre grossesse. Plus la grossesse avance et plus votre volume sanguin est important. Cela signifie que pour les mêmes effets sur votre organisme, les doses de médicament doivent être augmentées. Si les doses restaient linéaires tout au long de votre grossesse, vous pourriez ressentir un syndrome de manque néfaste pour vous et votre enfant.

Je suis enceinte et actuellement sous buprénorphine. J'ai lu que l'on pouvait changer mon traitement. Pourquoi et quelles sont les différences ?

Il n'est pas nécessaire de changer votre traitement si vous respectez correctement les recommandations de prise de la buprénorphine. Si ce n'est pas le cas, votre médecin spécialiste que vous voyez lors de vos consultations au centre d'addictologie peut vous prescrire un nouveau traitement : la méthadone. Sous présentation de votre ordonnance dans les 3 jours, nous vous délivreront vos médicaments toutes les semaines. Si votre médecin spécialiste autorise votre médecin généraliste à prendre le relais des prescriptions vous devrez nous apporter les deux ordonnances. Si vous ne pouvez pas venir vous-même chercher vos médicaments pensez à prévenir un tiers, muni d'une pièce d'identité. Comme la buprénorphine, la méthadone doit également être prise à heure régulière chaque jour. Concernant votre futur enfant, il n'y a aucune différence et aucun risque supplémentaire avec ce nouveau traitement.



Est-ce que le dosage de mon traitement est directement responsable de la survenue d'un syndrome de sevrage à la naissance de mon enfant ?

Absolument pas, il n'y a aucune corrélation entre le dosage et l'intensité du syndrome s'il a lieu. 65 % des enfants vont le développer quel que soit le dosage mais n'oubliez pas que 35 % des autres n'en n'auront pas. Le suivi de votre grossesse par l'équipe de la maternité et vos médecins habituels ainsi que l'accueil du bébé par une équipe pédiatrique permettront d'appréhender ce syndrome le moment venu et de soulager votre enfant jusqu'à ce que tout rentre dans l'ordre.

Quels sont les symptômes possibles du syndrome de sevrage chez mon enfant ?

Dans un premier temps, l'enfant réagit avec ses propres moyens c'est-à-dire avec des cris et des pleurs incessants. Il aura des difficultés à manger et à se rassasier. Des vomissements et des diarrhées peuvent aussi être observés tout comme de la fièvre et des éternuements. Tous ces symptômes ne vont pas obligatoirement s'exprimer en même temps, cela dépend de l'enfant et de l'intensité du syndrome.

Comment va-t-il être soigné ?

A la naissance, le personnel soignant va tout d'abord évaluer l'intensité du syndrome suivant les symptômes de votre enfant. Si ces derniers sont modérés, vous allez mettre en place des mesures simples afin de l'apaiser. Laisser dormir l'enfant et ne pas le réveiller pour le repas. Pratiquer la méthode kangourou, c'est-à-dire placer l'enfant au chaud au contact de votre peau. Il faudra aussi éviter les bruits et les lumières trop fortes. Si vous le pouvez, l'allaitement maternel est préconisé (si vous ne consommez plus d'autre produit). Si le syndrome est plus important, les médecins mettront en place un traitement médicamenteux qui sera réduit au fur et à mesure de la diminution des symptômes. Dans tous les cas de figure, votre rôle sera prépondérant et créera un lien fort avec votre enfant.



III.3.2. Entreprendre une prise en charge

En premier lieu, afin de délivrer le meilleur conseil à une patiente toxicomane, il est nécessaire pour le pharmacien d'officine d'acquérir les connaissances spécifiques sur les toxicomanies. Il possède de solides bases acquises lors de sa formation initiale mais une formation continue permet de se perfectionner. Selon les régions, ces formations peuvent se faire par le biais de congrès organisés par des centres spécialisés mais plus particulièrement par le biais de réseaux de santé. Ces derniers proposent de nombreux autres outils indispensables au pharmacien d'officine pour aider ces patientes.

III.3.2.1 Les réseaux de santé

Les réseaux de santé sont dans la majorité des cas des « associations loi 1901 ». Ils ont pour objectif « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012). Depuis 2002, ils constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) intervenant sur le parcours des patients. Aujourd'hui, il existe environ 700 réseaux de santé qui agissent dans différents domaines et pour diverses pathologies.

En Limousin, il existe un réseau spécialisé dans les addictions financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) : Addictlim. Ce réseau permet de mettre en relation différents professionnels de santé agissant dans la prise en charge de ces pathologies. Ce réseau se définit lui-même comme un « support du réseau régional ville-hôpital en addictologie, destiné à aider les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, travailleurs socio-éducatifs,...) dans leur prise en charge des patients addicts ».

Ce réseau permet aux pharmaciens d'officine d'assister à des formations pour parfaire leurs connaissances sur l'addictologie. Les thèmes abordés sont nombreux et variés. Ils sont destinés aux professionnels médicaux (médecins, pharmaciens), paramédicaux (infirmiers, psychologues) et sociaux (assistantes sociales, éducateurs) (Annexe 5). Parmi ces formations, certaines sont destinées à tous les professionnels de santé tandis que d'autres le sont uniquement à un secteur professionnel particulier (exemple : addiction et travail social). Les formations sont animées par un ou plusieurs intervenants spécialisés puis des tables de travail composées de différents professionnels échangent et débattent sur un sujet. Cela permet d'avoir une vision globale sur une prise en charge.

En plus d'actualiser son savoir, le pharmacien d'officine peut, par le biais de formations spécialisées, valider son Développement Professionnel Continu (DPC), obligatoire tous les trois ans (DPC « addiction » via le réseau).



Le pharmacien peut, s'il le souhaite, recevoir « la lettre du réseau » afin de connaître les nouveautés sur les usages, les mésusages des substances addictogènes et ainsi être informé des nouvelles tendances (exemple : mésusage de médicaments en vente libre chez les jeunes comme le Purple Drank qui est le mélange d'un sirop codéiné et d'un antihistaminique avec un soda et de l'alcool).

Le réseau met à disposition des pharmaciens d'officine des dépliants destinés aux professionnels sur le rappel des bonnes règles de prescription et de délivrance (Annexe 6) ainsi que d'autres, destinés aux patients sur le bon usage des traitements (Annexe 7).

Le réseau peut aussi aider le pharmacien à amorcer une prise en charge. L'essentiel pour le pharmacien d'officine sera d'insérer et de garder la patiente enceinte et toxicomane aux opiacés dans un parcours de soin. Il ne faut pas accabler la patiente avec les risques d'une telle consommation pour son futur enfant. Il faut tout mettre en œuvre pour qu'elle accepte une prise en charge. Toutes les actions et les propositions doivent être justement « dosées » afin de ne pas faire fuir la patiente alors qu'en franchissant la porte de l'officine, elle avait fait un premier pas vers un système de soins.

Le réseau aura toute son importance pour les patientes ne désirant pas immédiatement entrer dans un processus de prise en charge spécialisé (CSAPA). Dans ce cas, le pharmacien d'officine peut contacter le réseau avec la patiente afin d'obtenir un entretien motivationnel. Cet entretien réalisé par le coordonnateur de santé (pharmacien dans le réseau Addictlim) permet d'évaluer la motivation de la patiente à entreprendre une prise en charge. Il va par le biais de plusieurs entretiens tenter de lui faire franchir les différentes étapes de l'arrêt d'un toxique (tableau 13) et de lui faire ainsi quitter le stade de pré-contemplation. De par son statut de coordinateur de santé au sein du réseau, il pourra également, si la patiente le désire, la diriger vers des structures et des professionnels spécialisés (le CSAPA, le Centre Bobillot à Limoges, le pôle d'addictologie au centre hospitalier Esquirol, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant) qui travaillent en synergie.

Le pharmacien, s'il le souhaite, peut être tenu informé régulièrement de l'évolution de la prise en charge de la patiente par le biais de comptes rendus du réseau.

III.3.2.2 Les autres structures spécialisées

Le pharmacien d'officine peut également faire face à des patientes désireuses d'une prise en charge spécialisée et immédiate. Ce phénomène est d'autant plus important chez des patientes enceintes dont la grossesse peut être le déclic pour une vie nouvelle. Le pharmacien va alors jouer principalement un rôle d'orientation et d'information vers des structures locales qu'il doit connaître.

A Limoges se situent les sièges des principales structures spécialisées en addictologie de la Haute-Vienne. Ces structures peuvent proposer des consultations et des aides médico-sociales rapides, sur simple appel téléphonique.



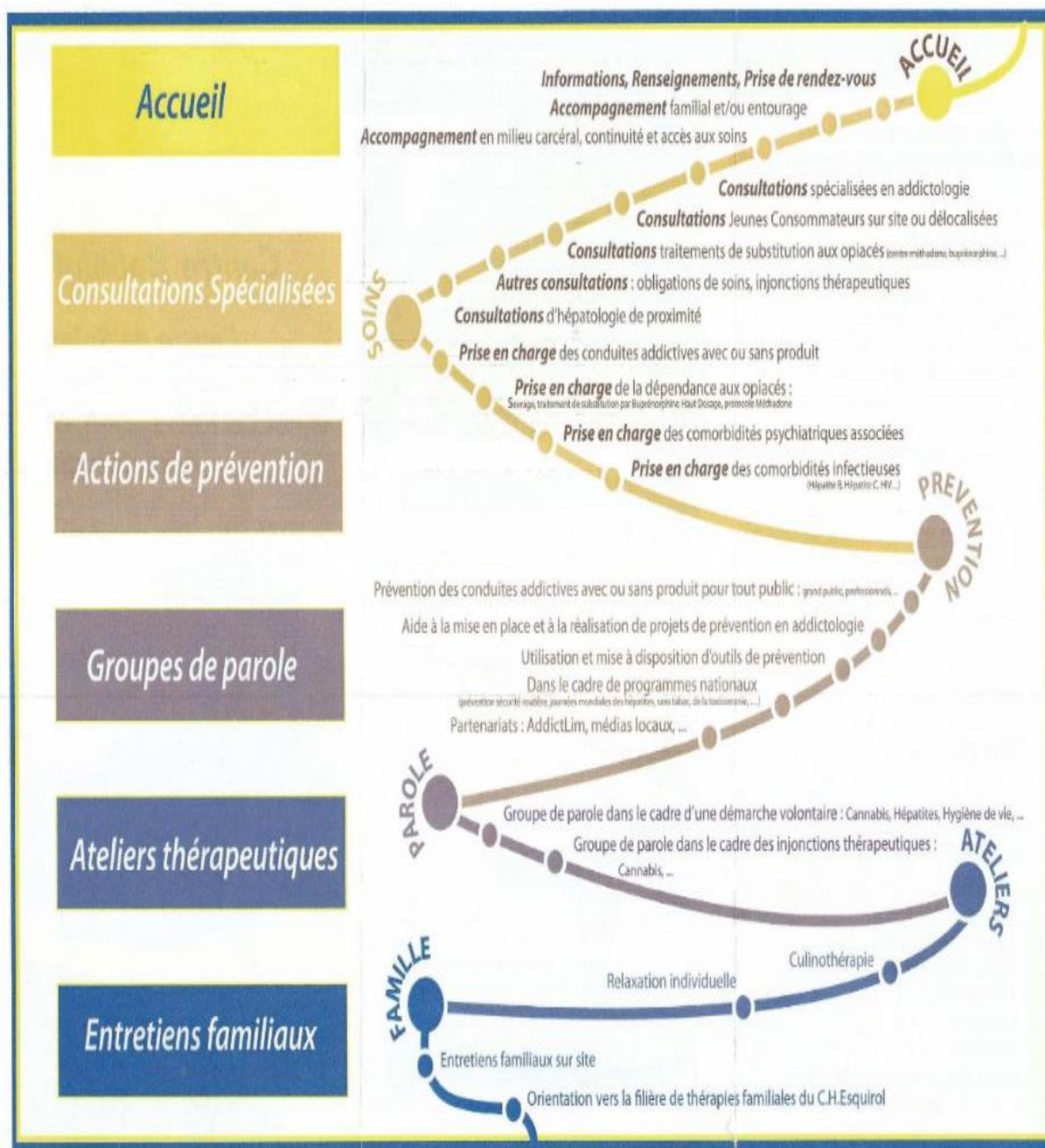
Le CSAPA Bobillot est le centre de référence rattaché au centre hospitalier Esquirol. Créé en 1978, il œuvre dans la prévention et l'accompagnement des toxicomanes. En 1995, le centre ouvre une unité spécialisée dans le traitement substitutif aux opiacés par méthadone puis en 2004 une unité pour le traitement de la dépendance au cannabis. C'est en 2009 qu'il obtient l'accréditation CSAPA. Il propose un accueil téléphonique afin de répondre aux questions diverses des patients et des professionnels de santé sur l'addiction, il propose aussi des consultations.

Le CSAPA Bobillot est composé d'une équipe pluridisciplinaire pouvant répondre à bon nombre de problématiques lors de la prise en charge des patients toxicomanes. Cette équipe se compose de médecins spécialistes : psychiatres, hépatologues, généralistes, de cadre de santé, d'assistantes sociales, d'infirmiers, d'éducateurs spécialisés, de secrétaires et d'agents de services hospitaliers. Pour les femmes enceintes, des professionnels spécialisés (sages-femmes, infirmiers) feront le relais entre la prise en charge addictologie au sein du CSAPA et l'Hôpital Mère Enfant pour le suivi de la grossesse et l'arrivée du nouveau-né.

Les différentes interventions se déclinent de la manière suivante :



Figure 6 : Parcours de soin au CSAPA Centre Bobillot Limoges



Source : Plaquette « Infos pratiques », CSAPA Centre Bobillot, 2016

La présence d'antennes locales du CSAPA dans tout le département permet aux patientes isolées d'avoir un accès aux soins.

Figure 7 : Les antennes du CSAPA Centre Bobillot en Haute-Vienne



Source : Livret d'accueil CSAPA addictologie Centre Bobillot, Version 2-10/12

D'autres centres spécialisés en addictologie sont présents dans le département, comme l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) et les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) qui peuvent aussi être les premiers interlocuteurs des patients toxicomanes. Dans la situation particulière de la grossesse et de la toxicomanie aux opiacés, ils pourront faire le lien avec le CSAPA Bobillot ou le réseau Addictlim (Annexe 8).

Conclusion

Au cours de ce travail, mon objectif était de cerner les enjeux d'une prise en charge chez la femme toxicomane aux opiacés pendant la grossesse. Ce sujet, dense, m'a amené à m'intéresser à différentes questions allant des risques pour l'enfant au rôle du pharmacien d'officine. Tout au long de ma rédaction j'ai eu le sentiment que la prise en charge de ces femmes était difficile pour des questions éthiques et culturelles. En effet, la représentation de la mère et de la femme au cours de l'histoire ne permet pas dans l'esprit collectif d'associer addiction et maternité.

Cependant, au fil de mes recherches, j'ai découvert un système de prise en charge multidisciplinaire permettant d'accompagner ces patientes et de diminuer les risques pour la mère et pour l'enfant. Ces récentes notions de prise en charge globalisée sont le résultat d'un partage de compétence de chaque professionnel. Ainsi,, grâce à une meilleure communication, la patiente est placée au centre de sa propre prise en charge.

Même si elle semble tout de même plus difficile que celle des hommes, les avancées de ces 10 dernières années nous permettent d'être optimistes et d'envisager une démocratisation de ces prises en charge non seulement dans le système médical mais aussi dans le domaine sociétal.

Spécialiste du médicament, le pharmacien d'officine occupe évidemment une place importante dans la délivrance et l'explication d'un traitement de substitution. Cependant, le réduire à ce rôle n'est pas la réalité. Il peut être l'interlocuteur privilégié des patientes et doit les orienter vers une prise en charge adaptée. Ceci n'est possible que par une connaissance des structures régionales spécialisées mais aussi par une implication dans les réseaux de santé, avec les autres professionnels de santé.



Références bibliographiques

Ouvrages généraux

AUBERT J.-P., LEJEUNE C., Grossesse et consommation de drogue : comment contrôler les risques ?, *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 2000, n°14, 485, p. 121-123.

MERVEL P., CHALLIER J.-C., FOIDART J.-M., UZAN, S., Implantation et placentation : physiologie, pathologies et traitements, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2001, 372 p.

CLEMENT M.-E., TOURIGNY M, Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique, Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, Gouvernement du Québec, 1999, 96 p.

DELAHAYE M.-C., Le livre de bord de la future maman : semaine après semaine, vivez avec lui ses neuf premiers mois, Paris, Marabout, 2016, 480 p.

DUGARIN. J., Toxicomanie : historique et classification, *Histoire, économie et société*, 1988, n°4, volume 7, p. 549-586.

GEISMAR, W., et al., La méthadone, Que sais-je ?, Paris, PUF, 1997, 128 p.

GOLD F., BLOD M.-H., LIONNET C., DE MONTGOLFIER I., Pédiatrie et maternité : Réanimation en salle de naissance. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009, 417 p.

HARTNOLL R., Mesurer la prévalence et l'incidence de la consommation de drogues, *Objectif Drogues*, 2002, n°3, 4p.

KNIBIELHER Y., FOUQUET C., Histoire des mères, Paris, Montalba, 1977, 359 p.

KOVES V., MANGIN-LAZARUS C., The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, n°34, p. 580-587.

LAROUSSE : le dictionnaire, Paris, Les éditions Larousse, 2015, 2110 p.

LEJOYEUX M., ADES J., AUBIN H.-J., et al., Addictologie, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2013, 376 p.

LEONARD L., BEN AMAR M., Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie, Montréal, Les presses de l'université de Montréal, 2002, 894 p.

LOPEZ D., Consommation de drogues illicites et exclusion sociale : état des connaissances en France, *OFDT Tendances*, 2002, n°24, 4 p.

MURPHY S., ROSENBAUM M., Pregnant women on drugs, Combating stereotypes and stigma, New Brunswick, 1999, Rutgers university press.

RAHIOUI, H., Addictologie clinique, Paris, Presse Universitaire de France, 2011, 779 p.

ROUSSEAU J.-J., Emile, ou De l'éducation, Paris, Flammarion, 2009, 841 p.

SIMMAT-DURAND L., AUBISSON S., DUMAS A., et al., Grossesses avec drogues : entre médecine et sciences sociales, Paris, L'Harmattan, 2009, 291 p.

TOUBIANA E.-P., ASSOUN P.-L., BENYAMINA A., et al., Addictologie clinique, Paris, Presse Universitaire de France, 2011, 779 p.



JONVILLE-BERAT A.-P., VIAL T., Médicaments et grossesse : prescrire et évaluer le risque, Paris, Masson, 2012, 296 p.

ZOLA E., La Terre, Paris, Le Livre de Poche, 2006, 510 p.

Ouvrages spéciaux

DONDERO Maria Giulia, *Diagrammes et parcours visuels de la démonstration* [en ligne], [s.l.], Actes sémiotiques, n°114, 2011, disponible sur <<http://epublications.unilim.fr/revues/as/2775>> (consulté le 28/10/2013).

A.U.D.I.P.O.G., *Volet obstétrique et périnatalité* [en ligne], disponible sur <http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ci-sis_contenu_volet-grossesse_et_perinatalite_v1_0_4.pdf> (consulté le 23/11/2015).

BRANGER, B., FLAMANT, C., BREHU, S., Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez le nouveau-né [en ligne], disponible sur <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cpjtyhgw-TgJ:www.reseau-naissance.fr/index.php%3Fmodule%3DContenus%26type%3Dfile%26func%3Dget%26tid%3D2%26fid%3Ddl_file1%26pid%3D18%26download%3D1+%&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr> (consulté le 19/01/2016).

BROUSSARD C., RASMUSSEN S., REEFHUIS J., et al., *Maternal treatment with opioid analgesics and risk for birth defects* [en ligne], disponible sur <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21345403>> (consulté le 14/12/2015).

C.N.G.O.F., *Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse* [en ligne], disponible sur <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20_6/site/html/cours.pdf> (consulté le 11/12/2015).

CLINIQUE UNIVERSITAIRE SAINT-LUC, *Les principales malformations congénitales du cœur chez l'enfant* [en ligne], disponible sur http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20_6/site/html/cours.pdf (consulté le 26/12/15).

COIGNAC A., LE GALL A.-M., *Usage de drogue : quelles sanctions ?* [en ligne], disponible sur <<http://www.cidj.com/usage-et-traffic-de-droque-les-peines-encourues/usage-de-droque-quelles-sanctions>> (consulté le 17/01/2016).

C.R.A.T. (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes), *Etat des connaissances sur l'ibuprofène* [en ligne], disponible sur <http://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=402> (consulté le 28/03/2016).

DEMAN A.-C., *Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère dépendante aux opiacés* [en ligne], Réseau synergie hôpital, 2003, n°1, disponible sur <<http://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/contextes-de-vulnerabilite/grossesse/299-le-syndrome-de-sevrage-chez-le-nouveau-ne-de-mere-dependante-aux-opiaces.html>> (consulté le 08/01/16).

E.N.P., *Enquête Nationale Périnatale 2010*, INSERM 2011 [en ligne], disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf> (consulté le 29/10/2015).

E.S.C.A.P.A.D., *Enquête ESCAPAD, dernier exercice : 2014* [en ligne] disponible sur <<http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>> (consulté le 28/03/2016).

E.S.P.A.D., *Enquête ESPAD* [en ligne], disponible sur <<http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/espac/>> (consulté le 28/03/2016).

FONTANARAVA C., *Drogues et grossesse – Cocaine, Benzodiazépines, Opiacés, Cannabis* [en ligne], disponible sur <<http://slideplayer.fr/slide/1145458/>> (consulté le 29/01/2016).

FRANCHITTO, M.-C., PEYREFORT, E., TELLIER, G., *Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge* [en ligne], disponible sur <http://www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_mater.pdf> (consulté le 06/02/2016).

I.N.P.E.S. *Baromètre santé 2010* [en ligne], disponible sur <<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>> (consulté le 02/11/2015).

I.N.S.E.E. *Bilan démographique 2014, le nombre de naissance se stabilise* [en ligne], disponible sur <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1532#inter2> (consulté le 13/11/2015).

Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970, *Relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses* [en ligne], Journal officiel du 03 janvier 1971, disponible sur <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000321402>> (consulté le : 17/01/2016).

MEDDISPAR, *Médicaments à prescription particulière, médicaments stupéfiants et assimilés* [en ligne], disponible sur <http://www.meddispar.fr/Substances-veneneuses/Medicaments-stupefiants-et-assimiles/Criteres#nav-buttons> (consulté le 04/05/2016).

O.F.D.T., *Enquêtes et dispositifs* [en ligne], disponible sur <<http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/>> (consulté le 04/11/2015)

RAYNAUD-MAURUPT C., *Etude qualitative : Des freins au repérage précoce des conduites addictives chez la femme enceinte* [en ligne], disponible sur <<http://www.grvs06.org/doc/Rapport.RSN.26.07.2011.pdf>> (consulté le 06/01/2016).

ROUSSEL C., *Addictions et comorbidités psychiatriques : rapport sur les assises nationales de la Fédération française d'addictologie* [en ligne], disponible sur <http://www.pistes.fr/swaps/51_156.htm> (consulté le 07/01/2016).

S.I.N.T.E.S., *Enquêtes SINTES 2009 sur la composition des produits de synthèse*, [en ligne], disponible sur <<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxemr4.pdf>> (consulté le 25/10/2015).

S.I.N.T.E.S., *Héroïne : composition, prix, connaissances des usagers – Novembre 2010, Décembre 2011* [en ligne], disponible sur <<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxelu5.pdf>> (consulté le 14/11/2015).

Annexes

Annexe 1. Extrait du questionnaire destiné aux femmes enceintes de l'Enquête Nationale Périnatale en 2010 concernant la prise de toxiques.	62
Annexe 2. Extrait des résultats de l'enquête RECAP 2013.....	63
Annexe 3. Risques et effets indésirables sur le fœtus des traitements opioïdes chez la mère	64
Annexe 4. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970.....	65
Annexe 5. Les formations proposées par Addictlim au premier semestre 2016.....	68
Annexe 6. Plaquette « Fiche professionnelle » distribué par le réseau Addictlim.....	69
Annexe 7. Plaquette « Fiche patient » distribué par le réseau Addictlim.....	71
Annexe 8. Les permanences et les consultations délocalisées des structures spécialisées en addictologie dans le Limousin.....	73



Annexe 1. Extrait du questionnaire destiné aux femmes enceintes de l'Enquête Nationale Périnatale en 2010 concernant la prise de toxiques.

Fumiez-vous juste avant votre grossesse ?

0: non ; 1: oui

Si oui, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?

Si non, aviez-vous arrêté de fumer en prévision de cette grossesse ? 0: non ; 1: oui

■ Au 3e trimestre de la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ? (à poser aussi aux femmes qui ne fumaient pas avant)

Si fumeuse juste avant la grossesse, et non fumeuse au 3^{ème} trimestre :

A partir de quel mois de grossesse avez-vous cessé de fumer ?

Je vais maintenant vous poser des questions sur le cannabis et l'alcool. Vous êtes libre d'y répondre et je vous rappelle que, comme pour le reste du questionnaire, vos réponses sont strictement confidentielles

Pendant votre grossesse, vous est-il arrivé de prendre du cannabis (hachish, marijuana, herbe, joint, shit) ? 0: non ; 1: oui

Si oui, à quelle fréquence ?

1 : moins d'une fois par mois

2 : 1 à 2 fois par mois

9

3 : 3 à 5 fois par mois

4 : 6 à 9 fois par mois

5 : au moins 10 fois par mois

6 : ne souhaite pas répondre

Pendant votre grossesse, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées, comme de la bière, du cidre, du vin, des apéritifs ou du champagne ?

0 : jamais

1 : 1 fois par mois ou moins souvent

2 : 2 à 4 fois par mois

3 : 2 à 3 fois par semaine

4 : 4 fois par semaine ou plus mais pas tous les jours

5 : tous les jours

6 : seulement avant de se savoir enceinte

7 : ne souhaite pas répondre

Si réponse de 1 à 6, pendant votre grossesse, combien de verres buviez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buviez des boissons alcoolisées ?

0 : moins d'1 verre

1 : 1 verre

2 : 2 verres

3 : 3 ou 4 verres

5 : 5 ou 6 verres

7 : 7 à 9 verres

10 : 10 verres ou plus

11 : ne souhaite pas répondre

Pendant votre grossesse, combien de fois vous est-il arrivé de boire 3 verres ou plus de boissons alcoolisées en une même occasion, y compris pour des fêtes (anniversaire, mariage...) ?

0 : jamais

1 : moins d'1 fois par mois

2 : 1 fois par mois

3 : 1 fois par semaine

4 : chaque jour ou presque

5 : seulement avant de se savoir enceinte

6 : ne souhaite pas répondre

Source : ENP 2010

Annexe 2. Extrait des résultats de l'enquête RECAP 2013

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES		RECAP 2013 (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge)					
source pour tous les tableaux ci-dessous : RECAP 2013/OFDT							
1. Nombre et caractéristiques socio-démographiques des personnes prises en charge dans les CSAPA pour un problème d'addiction							
Tableau 1 - Nombre de personnes incluses dans RECAP en 2013							
	N	%					
1. Groupe cannabis	29 251	18,4					
2. Groupe opiacés, cocaïne, autres produits	52 805	33,2					
3. Groupe alcool	77 013	48,4					
Total avec information sur les produits (1+2+3)	159 069	100,0					
Total sans informations sur les produits	16 074	9,2					
Total général	175 143						
Tableau 2 - Répartition par sexe							
	Cannabis		opiacés, cocaïne, aut		Alcool		
	N	%	N	%	N	%	
Homme	25 318	86,7	40 638	77,4	58 995	76,7	
Femme	3 893	13,3	11 887	22,6	17 910	23,3	
Total réponses "utiles" Sexe	29 211	100,0	52 585	100,0	76 905	100,0	
Taux de réponse*		99,9		99,6		99,9	
* Le taux de réponse est le rapport pour chaque groupe entre le total des réponses utiles pour une question et l'effectif total du groupe (Tableau 1)							
Tableau 5 - Répartition suivant le nombre d'enfants							
	Cannabis		opiacés, cocaïne, aut		Alcool		
	N	%	N	%	N	%	
Sans enfant	22 192	79,9	28 384	57,1	30 138	40,1	
1 enfant	2 785	10,0	10 257	20,6	14 528	19,3	
2 enfants ou plus	2 811	10,1	11 036	22,2	30 456	40,5	
Total réponses "utiles" Nb enfants	27 788	100,0	49 677	100,0	75 122	100,0	
Taux de réponse		95,0		94,1		97,5	
Tableau 3 - Age (moyenne, écart type et médiane)							
	Cannabis		opiacés, cocaïne, aut		Alcool		
	29 038		52 464		76 469		
moyenne	26,1		36,5		43,8		
écart-type	8,7		9,9		12,9		
médiane	24,0		36,0		44,0		
Tableau 4 - Répartition par âge							
	Cannabis		opiacés, cocaïne, aut		Alcool		
	N	%	N	%	N	%	
Moins de 20 ans	7 419	25,5	1 217	2,3	1 664	2,2	
Dont moins de 18 ans	3 224	11,1	549	1,0	815	1,1	
De 20 à 24 ans	7 917	27,3	4 055	7,7	3 721	4,9	
De 25 à 29 ans	5 580	19,2	8 669	16,5	6 251	8,2	
De 30 à 39 ans	5 529	19,0	18 742	35,7	16 843	22,0	
De 40 à 49 ans	1 979	6,8	14 551	27,7	22 031	28,8	
De 50 à 59 ans	537	1,8	4 459	8,5	17 099	22,4	
Plus de 60 ans	77	0,3	771	1,5	8 860	11,6	
Total réponses "utiles" Age	29 038	100,0	52 464	100,0	76 469	100,0	
Taux de réponse		99,3		99,4		99,3	

Source : RECAP 2013

Annexe 3. Risques et effets indésirables sur le fœtus des traitements opioïdes chez la mère

Maternal treatment with opioid analgesics and risk for birth defects.

Broussard CS¹, Rasmussen SA, Reefhuis J, Friedman JM, Jann MW, Riehle-Colarusso T, Honein MA; National Birth Defects Prevention Study.

Author information

¹Epidemic Intelligence Service, Office of Workforce and Career Development, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 30333, USA. cbroussard@cdc.gov

Abstract

OBJECTIVE: We examined whether maternal opioid treatment between 1 month before pregnancy and the first trimester was associated with birth defects.

STUDY DESIGN: The National Birth Defects Prevention Study (1997 through 2005) is an ongoing population-based case-control study. We estimated adjusted odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) for birth defects categories with at least 200 case infants or at least 4 exposed case infants.

RESULTS: Therapeutic opioid use was reported by 2.6% of 17,449 case mothers and 2.0% of 6701 control mothers. Treatment was statistically significantly associated with conoventricular septal defects (OR, 2.7; 95% CI, 1.1-6.3), atrioventricular septal defects (OR, 2.0; 95% CI, 1.2-3.6), hypoplastic left heart syndrome (OR, 2.4; 95% CI, 1.4-4.1), spina bifida (OR, 2.0; 95% CI, 1.3-3.2), or gastroschisis (OR, 1.8; 95% CI, 1.1-2.9) in infants.

CONCLUSION: Consistent with some previous investigations, our study shows an association between early pregnancy maternal opioid analgesic treatment and certain birth defects. This information should be considered by women and their physicians who are making treatment decisions during pregnancy.

Published by Mosby, Inc.

Source : *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Apr;204(4):314.e1-11. doi: 10.1016/j.ajog.2010.12.039.
Epub 2011 Feb 23

LOI n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — Le livre III du code de la santé publique est complété ainsi qu'il suit :

TITRE VI

Lutte contre la toxicomanie.

« Art. L. 355-14. — Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

CHAPITRE I^{er}

Dispositions particulières aux personnes signalées par le procureur de la République.

« Art. L. 355-15. — Chaque fois que le procureur de la République, par application de l'article L. 628-1, aura enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité sanitaire compétente. Celle-ci fait procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

« Art. L. 355-16. — 1° Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint de se présenter dans un établissement agréé choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication.

« 2° Lorsque la personne a commencé la cure à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début des soins, la durée probable du traitement, et l'établissement dans lequel ou sous la surveillance duquel aura lieu l'hospitalisation ou le traitement ambulatoire.

« 3° L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

« 4° En cas d'interruption du traitement, le directeur de l'établissement ou le médecin responsable du traitement en informent immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

« Art. L. 355-17. — 1° Si, après examen médical, il apparaît à l'autorité sanitaire que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, cette autorité lui enjoindra de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit d'un médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement sanitaire agréé, public ou privé.

Loi n° 70-1320 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 829 ;
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1155 et 1330) ;
Discussion et adoption le 30 juin 1970.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 358 (1969-1970) ;
Rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des affaires sociales, n° 39 (1970-1971) ;
Avis de la commission des lois n° 35 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 3 novembre 1970.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1427 ;
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1496) ;
Discussion et adoption le 10 décembre 1970.

Sénat :

Proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, n° 102 (1970-1971) ;
Rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des affaires sociales, n° 117 (1970-1971) ;
Avis de la commission des lois n° 121 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 17 décembre 1970.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1555 ;
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1563) ;
Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

« 2° Lorsque la personne s'est soumise à la surveillance médicale à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début de cette surveillance et sa durée probable.

« 3° L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

« 4° En cas d'interruption de la surveillance médicale, le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

CHAPITRE II

Dispositions particulières aux personnes signalées par les services médicaux et sociaux.

« Art. L. 355-18. — L'autorité sanitaire peut être saisie du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin, soit par le rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

« Art. L. 355-19. — Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint d'avoir à se présenter dans un établissement agréé, choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication et d'en apporter la preuve.

« Art. L. 355-20. — Si, après examen médical, il apparaît que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, l'autorité sanitaire lui enjoindra de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit du médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement agréé, public ou privé.

CHAPITRE III

Dispositions particulières aux personnes se présentant spontanément aux services de prévention ou de cure.

« Art. L. 355-21. — Les toxicomanes qui se présenteront spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement hospitalier, afin d'y être traités, ne seront pas soumis aux dispositions indiquées ci-dessus. Ils pourront, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

« Les personnes ayant bénéficié d'un traitement dans les conditions prévues à l'alinéa précédent pourront demander au médecin qui les aura traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. »

Art. 2. — Le chapitre I^{er} du titre III du livre V du code de la santé publique est rédigé comme suit :

CHAPITRE I^{er}

Substances vénéneuses.

« Art. L. 626. — Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2.000 F à 10.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique concernant la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des substances ou plantes ou la culture des plantes classées comme vénéneuses par voie réglementaire, ainsi que tout acte se rapportant à ces opérations.

« Les règlements visés ci-dessus pourront également prohiber toutes les opérations relatives à ces plantes et substances.

« Dans tous les cas prévus au présent article, les tribunaux pourront, en outre, ordonner la confiscation des substances ou des plantes saisies.

« Art. L. 627. — Seront punis d'un emprisonnement de deux ans à dix ans et d'une amende de 5.000 F à 50.000.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique prévus à l'article précédent et concernant les substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants par voie réglementaire. Lorsque le délit aura consisté dans

l'importation, la production, la fabrication, ou l'exportation illicites desdites substances ou plantes, la peine d'emprisonnement sera de dix à vingt ans.

« La tentative d'une des infractions réprimées par l'alinéa précédent sera punie comme le délit consommé. Il en sera de même de l'association ou de l'entente en vue de commettre ces infractions.

« Les peines prévues aux deux alinéas précédents pourront être prononcées alors même que les divers actes qui constituent les éléments de l'infraction auront été accomplis dans des pays différents.

« Seront également punis d'un emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende de 5.000 F à 50.000.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement :

« 1° Ceux qui auront facilité à autrui l'usage desdites substances ou plantes, à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen ;

« 2° Ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives ou d'ordonnances de complaisance, se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer lesdites substances ou plantes ;

« 3° Ceux qui, connaissant le caractère fictif ou de complaisance de ces ordonnances, auront, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré lesdites substances ou plantes.

« Lorsque l'usage desdites substances ou plantes aura été facilité à un ou des mineurs de moins de vingt et un ans ou lorsque ces substances ou plantes leur auront été délivrées dans les conditions prévues au 3° ci-dessus, la peine d'emprisonnement sera de cinq à dix ans.

« Les tribunaux pourront, en outre, dans tous les cas prévus aux alinéas précédents, prononcer la peine de l'interdiction des droits civiques pendant une durée de cinq à dix ans.

« Ils pourront prononcer l'interdiction de séjour, pendant une durée de deux ans au moins et de cinq ans au plus, contre tout individu condamné en vertu du présent article. Ils pourront également prononcer le retrait du passeport ainsi que, pour une durée de trois ans au plus, la suspension du permis de conduire.

« Les dispositions de l'article 59 (alinéa 2) du code de procédure pénale sont applicables aux locaux où l'on usera en société de stupéfiants et à ceux où seront fabriquées, transformées ou entreposées illicitement lesdites substances ou plantes.

« Les visites, perquisitions et saisies ne pourront se faire que pour la recherche et la constatation des délits prévus au présent article. Elles devront être précédées d'une autorisation écrite du procureur de la République lorsqu'il s'agira de les effectuer dans une maison d'habitation ou un appartement, à moins qu'elles ne soient ordonnées par le juge d'instruction. Tout procès-verbal dressé pour un autre objet sera frappé de nullité.

« Art. L. 627-1. — Dans les hypothèses prévues à l'article L. 627, le délai de garde à vue est celui prévu au premier et second alinéas de l'article 63 du code de procédure pénale.

« Toutefois, le procureur de la République, dans les cas visés aux articles 63 et 77 du code de procédure pénale et le juge d'instruction, dans le cas prévu à l'article 154 du même code, peuvent, par une autorisation écrite, la prolonger pour une durée de quarante-huit heures.

« Une deuxième prolongation peut être accordée dans les mêmes conditions pour une durée supplémentaire de vingt-quatre heures.

« Dès le début de la garde à vue, le procureur de la République doit désigner un médecin expert qui examinera toutes les vingt-quatre heures la personne gardée à vue et délivrera après chaque examen un certificat médical motivé qui sera versé au dossier.

« D'autres examens médicaux pourront être demandés par la personne retenue. Ces examens médicaux seront de droit.

« Art. L. 628. — Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 F à 5.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants.

« Art. L. 628-1. — Le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer

sous surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L. 355-15 à L. 355-17.

« L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme.

« De même, l'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants, lorsqu'il sera établi qu'elles se sont soumises, depuis les faits qui leur sont reprochés, à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L. 355-18 à L. 355-21.

« Dans tous les cas prévus au présent article, la confiscation des plantes et substances saisies sera prononcée, s'il y a lieu, par ordonnance du président du tribunal de grande instance sur la réquisition du procureur de la République.

« Les dispositions prévues aux alinéas 2 et 3 ci-dessus ne sont applicables que lors de la première infraction constatée. En cas de réitération de l'infraction, le procureur appréciera s'il convient ou non d'exercer l'action publique, le cas échéant dans les conditions du premier alinéa.

« Art. L. 628-2. — Les personnes inculpées du délit prévu par l'article L. 628, lorsqu'il aura été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état.

« L'exécution de l'ordonnance prescrivant cette cure se poursuivra, s'il y a lieu, après la clôture de l'information, les règles fixées par l'article 148-1 (alinéas 2 à 4) du code de procédure pénale étant, le cas échéant, applicables.

« Art. L. 628-3. — La juridiction de jugement pourra, de même, astreindre les personnes désignées à l'article précédent à subir une cure de désintoxication, notamment en confirmant l'ordonnance visée à l'article précédent ou en en prolongeant les effets. Dans ces deux derniers cas, cette mesure sera déclarée exécutoire par provision à titre de mesure de protection. Dans les autres cas, elle pourra, au même titre, être déclarée exécutoire par provision.

« Lorsqu'il aura été fait application des dispositions prévues à l'article L. 628-2 et au premier alinéa du présent article, la juridiction saisie pourra ne pas prononcer les peines prévues par l'article L. 628.

« Art. L. 628-4. — Ceux qui se soustrairont à l'exécution d'une décision ayant ordonné la cure de désintoxication seront punis des peines prévues à l'article L. 628, sans préjudice, le cas échéant, d'une nouvelle application des dispositions des articles L. 628-2 et L. 628-3.

« Toutefois, ces sanctions ne seront pas applicables lorsque la cure de désintoxication constituera une obligation particulière imposée à une personne qui avait été condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve.

« Art. L. 628-5. — La cure de désintoxication prévue par les articles L. 628-2 et L. 628-3 sera subie soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale. L'autorité judiciaire sera informée de son déroulement et de ses résultats par le médecin responsable. Un règlement d'administration publique fixera les conditions dans lesquelles la cure sera exécutée.

« Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 seront pris en charge par l'Etat. Le règlement visé ci-dessus fixera les modalités d'application de cette disposition.

« Art. L. 628-6. — Lorsque le juge d'instruction ou la juridiction saisie aura ordonné à un inculpé de se placer sous surveillance médicale ou l'aura astreint à une cure de désintoxication, l'exécution de ces mesures sera soumise aux dispositions des articles L. 628-2 à L. 628-5 ci-dessus, lesquelles font exception aux articles 138 (alinéa 2-10°) et suivants du code de procédure pénale en ce qu'ils concernent la désintoxication.

« Art. L. 629. — Dans tous les cas prévus par les articles L. 627 et L. 628, les tribunaux devront ordonner la confiscation des substances ou plantes saisies. Cette confiscation ne pourra toutefois être prononcée lorsque le délit aura été constaté dans une officine pharmaceutique si le délinquant n'est que

le gérant responsable, à moins que le propriétaire de l'officine n'ait fait acte de complicité ou que la détention de ces substances ou plantes ne soit illicite.

« Dans les cas prévus au premier alinéa et au 3° du quatrième alinéa de l'article L. 627, les tribunaux pourront interdire au condamné l'exercice de la profession à l'occasion de laquelle le délit aura été commis pendant un délai qui ne pourra excéder cinq ans.

« Dans les cas prévus au premier alinéa de l'article L. 627, la confiscation des matériels et installations ayant servi à la fabrication et au transport des substances ou plantes devra être ordonnée.

« Dans les cas prévus au 1° du quatrième alinéa de l'article L. 627, les tribunaux pourront ordonner la confiscation des ustensiles, matériels et meubles dont les lieux seront garnis et décorés, ainsi que l'interdiction pour le délinquant, pendant un délai qui ne pourra excéder cinq ans, d'exercer la profession sous le couvert de laquelle le délit aura été perpétré.

« Quiconque contreviendra à l'interdiction de l'exercice de sa profession prononcée en vertu des alinéas 2 et 4 du présent article sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus, et d'une amende de 3.600 F au moins et de 36.000 F au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement.

« Art. L. 629-1. — En cas de poursuites exercées pour l'un des délits prévus aux articles L. 627 et L. 628, le juge d'instruction pourra ordonner à titre provisoire, pour une durée de trois mois au plus, la fermeture de tout hôtel, maison meublée, pension, débit de boissons, restaurant, club, cercle, dancing, lieu de spectacle ou leurs annexes, ou lieu quelconque ouvert au public ou utilisé par le public, où ont été commis ces délits par l'exploitant ou avec sa complicité.

« Cette fermeture pourra, quelle qu'en ait été la durée, faire l'objet de renouvellement dans les mêmes formes pour une durée de trois mois au plus chacun.

« Les décisions prévues aux alinéas précédents et celles statuant sur les demandes de mainlevée peuvent faire l'objet d'un recours devant la chambre d'accusation dans les vingt-quatre heures de leur exécution ou de la notification faite aux parties intéressées.

« Lorsqu'une juridiction de jugement est saisie, la mainlevée de la mesure de fermeture en cours, ou son renouvellement pour une durée de trois mois au plus chaque fois, est prononcée selon les règles fixées par l'article 148-1 (alinéas 2 à 4) du code de procédure pénale.

« Sans préjudice de l'application des dispositions du titre III du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, le tribunal pourra, dans tous les cas visés à l'alinéa 1°, ordonner la fermeture de l'établissement pour une durée de trois mois à cinq ans et prononcer, le cas échéant, le retrait de la licence de débit de boissons ou de restaurant.

« Art. L. 630. — Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de 5.000 F à 500.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'un des délits prévus et réprimés par les articles L. 627 et L. 628, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, ou qui les auront présentés sous un jour favorable.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, à l'usage de substances présentées comme ayant les effets de substances ou plantes stupéfiantes.

« En cas de provocation au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission, ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie.

« Art. L. 630-1. — Sans préjudice de l'application des articles 23 et suivants de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945, les tribunaux pourront prononcer l'interdiction du

territoire français, pour une durée de deux à cinq ans, contre tout étranger condamné pour les délits prévus par les articles L. 626, L. 628, L. 628-4 et L. 630. Ils pourront prononcer l'interdiction définitive du territoire français contre tout étranger condamné pour les délits prévus à l'article L. 627.

« Le condamné sera dans tous les cas soumis aux dispositions des articles 27 et 28 de l'ordonnance précitée.

« Art. L. 630-2. — Les peines prévues au présent chapitre seront portées au double en cas de récidive, dans les conditions de l'article 58 du code pénal. »

Art. 3. — Les dépenses de prévention résultant de l'application de l'article 1° ainsi que les dépenses d'hospitalisation et de soins des personnes visées au chapitre III dudit article, sont réparties entre l'Etat et les départements selon les dispositions de l'article L. 190 du code de la famille et de l'aide sociale.

Art. 4. — Les dispositions de l'article 2 de la présente loi sont applicables aux territoires d'outre-mer.

Toutefois, dans les territoires des Comores, des îles Wallis et Futuna, de la Nouvelle-Calédonie et dépendances, de la Polynésie française, et dans le territoire français des Afars et des Issas, les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants subiront la cure de désintoxication prévue par les articles L. 628-1, L. 628-2, L. 628-3 et L. 628-5, seront fixées par des délibérations des assemblées locales.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 31 décembre 1970.

GEORGES POMPIDOU.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JACQUES CHABAN-DELMAS.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
RENÉ PLEVEN.

Le ministre de l'intérieur,
RAYMOND MARCELLIN.

Le ministre de l'économie et des finances,
VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Le ministre délégué auprès du Premier ministre,
chargé des départements et territoires d'outre-mer,
HENRY REY.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,
ROBERT BOULIN.

LOI n° 70-1321 du 31 décembre 1970 relative aux actes de disposition afférents à certains biens ayant appartenu à des contumax (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1°. — Les ventes faites par l'Etat, avant l'entrée en vigueur de l'article 639 du code de procédure pénale, d'immeubles confisqués en vertu d'une condamnation prononcée par contumace, dont la résolution a été, avant la publication de la présente loi, judiciairement constatée en raison de la représentation du contumax, sont validées sous la seule condition que les acquéreurs ou leurs ayants droit occupent encore matériellement les lieux.

La résolution est, dans ce cas, réputée n'avoir jamais produit effet.

Loi n° 70-1321 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 1190 ;
Rapport de M. Foyer, au nom de la commission des lois (n° 1284) ;
Discussion et adoption le 30 juin 1970.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 361 (1969-1970) ;
Rapport de M. J. Piot, au nom de la commission des lois, n° 105 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 17 décembre 1970.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1561 ;
Rapport de M. Foyer, au nom de la commission des lois (n° 1588) ;
Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

Source : Legifrance.gouv.fr

Annexe 5. Les formations proposées par Addictlim au premier semestre 2016



Bulletin d'inscription

Feuille à renvoyer

📍 Réseau Addictlim 26 avenue des courrières 87170 Isle
 fax ☎ : 05.24.84.18.03
 courriel ✉ : contact@addictlim.fr

Nom : Prénom :

Fonction :

Courriel (indispensable pour l'envoi de la confirmation) :	Téléphone :
--	----------------------

Numéro RPPS (ou si absence numéro Adéli) :	Structure (pour les hospitaliers ou institutionnels) :
---	--

Je souhaite m'inscrire à la (aux) formation(s) suivante(s):

Cochez la (les) case (s)	Date	Horaire	Lieu	Thème
<input type="checkbox"/>	Mardi 15 mars 2016	9h00-17h00	Isle (87)	DPC « Addiction »
<input type="checkbox"/>	Mardi 29 mars 2016			
<input type="checkbox"/>	Jeudi 24 mars 2016	14h00-17h00	Brive (19)	« Jeux vidéo : repérage et évaluation d'une pratique excessive »
<input type="checkbox"/>	Jeudi 31 mars 2016	20h00-22h30	Limoges (87)	« Bon usage et mésusage des antalgiques opioïdes »
<input type="checkbox"/>	Jeudi 7 avril 2016	14h00-17h00	Guéret	« Addiction et travail social »
<input type="checkbox"/>	Mardi 10 mai 2016	14h00-17h00	Brive	« Addiction et travail social »
<input type="checkbox"/>	Vendredi 20 mai 2016	9h00-17h00	Vulcania (Auvergne)	« 5 ^{ème} rencontre Auvergne-Limousin sur les addictions »
<input type="checkbox"/>	Jeudi 16 juin 2016	14h00-17h00	Isle (87)	« Jeux vidéo : repérage et évaluation d'une pratique excessive »

Source : Réseau Addictlim



Annexe 6. Plaquette « Fiche professionnelle » distribué par le réseau Addictlim

Médicaments de substitution aux opiacés

Indication : traitement de substitution de la pharmacodépendance majeure aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique

Réseau Addictlim : lien entre les différents professionnels (médecin, pharmacien, spécialiste, assistant(e) social(e), psychologue, infirmier, éducateur, sage-femme, ...)

Subutex® LISTE I assimilé aux stupéfiants Buprénorphine Haut Dosage et génériques

Subutex® : 0,4 mg, 2mg, 8mg
Génériques : 0,4 mg, 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg
Boîte de 7 comprimés

PRESCRIPTION

- 1) Primo-prescription et renouvellement de la prescription par tout médecin
- 2) Ordonnance sécurisée, non renouvelable d'une durée maximale de 28 jours, portant le nom de la pharmacie choisie en accord avec le patient
- 3) Privilégiée la prescription quotidienne en début de traitement
- 4) Dosage et posologie en toutes lettres

DELIVRANCE

- 5) En début de traitement, délivrance quotidienne et prise sur place à la pharmacie d'office recommandées
- 6) Modalités de prise : 1 prise par jour, dissolution en 5 à 10 minutes par voie sublinguale, rincer la bouche avant la prise et ne pas avaler la salive (diminution de l'effet)

MODELE D'ORDONNANCE BUPRENORPHINE

Docteur ZIG
80 Rue Brasseur
87 000 Limoges
N° 10993

Le 20 mai 2011

Monsieur Gérard Martin
23 ans

1) Buprénorphine haut dosage⁽¹⁾
ou Subutex (non substituable)

à douze milligrammes par jour,
soit un comprimé à huit milligrammes et deux comprimés à deux milligrammes,
à prendre en une seule prise le matin, en sublingual strict

Dispensation pour la période du vendredi 20 mai 2011 au jeudi 16 juin 2011
Délivrance par périodes de 7 jours

=> Indication de complément d'ordonnance⁽²⁾

SIGNATURE Tampon

Exemple de modalités de délivrance à :
- validation le jeudi la veille pour le
- délivrance quotidienne avec prise devant le
- pharmacien titulaire le vendredi la veille pour le
- pharmacien titulaire le samedi
- délivrance exceptionnelle en une seule fois
(prévenir le pharmacien)

Ordonnance sécurisée Obligatoire
Préciser si ALD 30

Méthadone® sirop STUPÉFIANT

Méthadone® sirop : 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 60mg
Flacon unitaire

PRESCRIPTION

- 1) Primo-prescription par médecin exerçant en CSAPA, médecin exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes ou médecin exerçant en établissement de santé (sauf service d'urgence)
- 2) Relais ou renouvellement de prescription : après stabilisation, un relais en ville peut être fait. Le prescripteur initial mentionne sur l'ordonnance le nom du médecin de ville choisi en accord avec le patient (« médecin relais ») et le nom de la pharmacie ou du pharmacien qui assurera la délivrance. Le pharmacien choisi doit être contacté par le médecin de ville
- 3) Ordonnance sécurisée, non renouvelable, d'une durée maximale de 14 jours
- 4) Dosage et posologie en toutes lettres

DELIVRANCE

- 5) En début de traitement, délivrance quotidienne par l'établissement de santé ou le CSAPA
- 6) Après stabilisation, délivrance en pharmacie d'office sur présentation des 2 ordonnances : ordonnance du CSAPA et ordonnance du « médecin relais »
- 7) Délivrance quotidienne et prise sur place à la pharmacie recommandées

SPECIFICITES DE LA ...

La méthadone® gélule STUPÉFIANT

Chlorhydrate de méthadone : 1mg, 5mg, 10mg, 20mg, 40mg

PRESCRIPTION ET DELIVRANCE

- 1. Pas de primo-prescription : la forme gélule n'est pas destinée à la mise en place d'un traitement par méthadone
- 2. Toujours en relais d'un traitement stabilisé par méthadone sirop depuis 1 an au moins. En cas d'usage détourné de la gélule par un patient (tentative d'injection, sniff, usage illicite), revenir obligatoirement à une prescription de méthadone sirop. La première prescription de la gélule de méthadone sera faite par un médecin exerçant en CSAPA ou dans les services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes

> Les points 3, 4, 5, 6, 7 sont identiques à la méthadone sirop
Etablissement d'un protocole de soins entre le patient, le médecin de ville et le médecin conseil de l'Assurance Maladie

MODELE D'ORDONNANCE METHADONE® SIROP

Docteur TRUC
Médecine générale
rue Machin
87 000 Limoges
N° 12345

Le 20 mai 2011

Melle Sophie Dupont
28 ans

Chlorhydrate de méthadone

Soixante-quinze milligrammes par jour
Soit un flacon à soixante milligrammes, un flacon à dix milligrammes et un flacon à cinq milligrammes en une seule prise le matin.

Dispensation pour la période du vendredi 24/2011 au jeudi 15/4/2011

Posologie moyenne de stabilisation : 60 à 100 mg/j

Pharmacie e la Croix verte de Limoges

Signature Tampon

Exemples de modalités de délivrance :
- délivrance le jour la veille pour le lendemain
- délivrance quotidienne avec prise devant le pharmacien titulaire la veille pour le lendemain
- délivrance bihebdomadaire
- délivrance quotidienne au vendredi/délivrer le samedi
- délivrance exceptionnelle pour quatorze jours

Ordonnance sécurisée obligatoire
Préciser si ALD 30

SPECIFICITES DE LA ...

La SUBOXONE® LISTE I assimilé aux stupéfiants
buprénorphine/naloxone : 2mg/0,5mg et 8mg/2mg

PRESCRIPTION ET DELIVRANCE

Les modalités de délivrance a, b, c, d et de prescription e, f sont identiques aux Subutex® et Génériques

Les différences avec le Subutex® et Génériques

- > Goût citron pour une meilleure observance
- > Augmentation de la posologie maximale de buprénorphine à 24mg/jour (contre 16 mg/jour pour le SUBUTEX et Génériques)
- > L'ajout de naloxone est une composante destinée à empêcher le mauvais usage du produit par voie intraveineuse

RAPPEL Stupéfiants : Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur « délivrance en une seule fois ». Chevalemment interdit sauf mention expresse du prescripteur sur l'ordonnance.

Pour la méthadone, au-delà de 3 jours suivant la date de rédaction de l'ordonnance, seul le reste de la fraction restant à couvrir au moment de la présentation de l'ordonnance peut être délivré.

ANALYSE URINAIRE

Méthadone

- **Première analyse urinaire (obligation légale)** : vérifier la réalité d'une consommation récente d'opiacés et l'absence de prise de méthadone
- Suivi du traitement : analyse urinaire (méthadone, opiacés naturels et/ou de synthèse, cocaïne, ...), 1 à 2 fois par semaine pendant les 3 premiers mois de prescription, puis des analyses urinaires ultérieures peuvent être effectuées au cas par cas pour vérifier le respect du protocole par le patient et mesurer l'efficacité du traitement sur la prise d'opiacés illicites ou d'autres stupéfiants.

Buprénorphine

Le **contrôle** n'est pas une obligation en phase d'initialisation mais il est très **recommandé** par l'Agence Nationale de Santé et du Médicament (ANSM) pour vérifier la réalité d'une consommation récente d'opiacés. Les rythmes des contrôles ultérieurs seront adaptés à chaque cas. Dans le cadre du parcours, des tests de suivi sont disponibles au réseau.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS

AVANTAGES

Méthadone

Moindre mésusage (galénique empêchant le détournement de la voie d'administration)

Buprénorphine

Moindre risque d'interactions

INCONVENIENTS

Méthadone

- Variations interindividuelles importantes
- **Décès par surdose, intoxication accidentelle chez l'enfant (ne pas déconditionner les gélules ni ouvrir les flacons à l'avance)**

- Saccharose dans le sirop (diabétiques)
- Effets indésirables : prise de poids, hypersudation, troubles du rythme cardiaque

Buprénorphine

- Mésusage fréquent (injection IV, sniff) avec des risques infectieux et vasculaires
- Décès par potentialisation si buprénorphine et benzodiazépines, notamment chez les injecteurs et sniffeurs de buprénorphine

DEPLACEMENTS A L'ETRANGER

Dans l'espace Schengen (pour séjour ≤ 30 jours)

Autorisation de transport, sollicitée par le patient à l'ARS (délégation territoriale) de la région d'exercice du prescripteur et délivrée sur la base de l'original de la prescription. Cette prescription devra respecter les durées maximales de prescription prévues par la réglementation (14 ou 28 jours)

Hors de l'espace Schengen ou pour séjour > 30 jours dans l'espace Schengen

Contactez l'ANSM, Unité Réglementaire Stupéfiants et Psychotropes qui délivre les autorisations (prévoir 10 jours de délai)

Intéraction médicamenteuse

Pour plus d'informations sur les interactions Cf Vidal

BUPRENORPHINE

Principales contre-indications et interactions

Contre-indications

- Méthadone et analgésiques morphiniques de palier III (Skenan®, Moscontin®, Durogésic®, ...) : blocage compétitif des récepteurs, risque de syndrome de sevrage ou de diminution de l'effet antalgique en cas d'ajout de buprénorphine

Associations déconseillées

- Antagoniste morphinique (Revia®) : risque de syndrome de sevrage
- Analgésiques morphiniques de palier II (Codoliprane®, Klipal®, ...) : diminution de l'antalgique et majoration du risque de dépression respiratoire

Associations à prendre en compte

- Benzodiazépines et apparentés : risque de décès par dépression respiratoire d'origine centrale pouvant être fatale

METHADONE

Principales Contre-indications et interactions

Contre-indications

- Traitement par agoniste/antagoniste morphinique (pentazocine, buprénorphine, nalbuphine) par blocage compétitif des récepteurs et risque de syndrome de sevrage

- Antagoniste morphinique (Revia®) : risque de syndrome de sevrage

Associations déconseillées

- Médicaments susceptibles de donner des torsades de pointes



Addictions

un professionnel
près de chez vous !

Structures régionales

Réseau de santé AddictLim (Limoges) :
05-55-05-99-00

Pôle d'Addictologie du Limousin (Limoges) : 05-55-43-11-56

Association Bobillot (Limoges) : 05-55-43-11-87

Structures départementales

Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en
Addictologie (CSAPA)

CSAPA drogues illicites (Brive) : 05-55-17-70-12

CSAPA Creuséadd (Guéret) : 05-55-51-01-68

CSAPA Bobillot (Limoges) : 05-55-43-11-87

Annexe 7. Plaquette « Fiche patient » distribué par le réseau Addictlim

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)	LA METHADONE	LA MÉTHADONE® GÉLULE
1. Indication Les traitements de substitution des opiacés sont prescrits aux patients ayant une dépendance majeure aux opiacés. Ils permettent de traiter médicalement le phénomène de dépendance aux opiacés en supprimant les effets de manque et en réduisant l'envie de consommer des opiacés. Ils n'ont pas d'effet flash ni de phénomène de plaisir contrairement à l'héroïne. Deux molécules sont autorisées : buprénorphine haut dosage et méthadone. Les autres molécules opiacées (morphine, codéine, ...) n'ont pas d'autorisation dans le cadre de la substitution en France.	1. L'initialisation du traitement La prescription initiale est réservée aux médecins exerçant en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), ou exerçant dans un établissement de santé. Le médecin s'assure que vous pouvez entrer dans le programme méthadone et vous proposera de réaliser une prise de sang, un électrocardiogramme, et un bilan urinaire, qui sont nécessaires pour mettre en place un parcours de soins.	5. La Méthadone® géluLe La Méthadone® géluLe ne peut être prescrite que par le centre initiateur, après au moins un an de stabilisation sous forme sirop. La prescription nécessite un protocole rédigé par le centre initiateur et un accord du centre de sécurité sociale référent (un bilan urinaire de contrôle sera réalisé conformément à la législation). 6. Présentation et modalité de prise La Méthadone® se présente : - soit en flacon sécurisé de 5mg, 10mg, 20mg, 40mg et 60mg. - soit en géluLe sous blister sécurisé de 1mg, 5mg, 10mg, 20mg et 40mg Le stockage de la méthadone doit se faire à l'écart de la portée des enfants. La Méthadone® se prend en une prise, le matin, à distance des autres traitements (penser à rincer les flacons pour avoir un maximum d'efficacité). Un délai de 12 heures minimum doit être respecté entre la dernière prise d'opiacés et la méthadone.
2. Prise en charge globale et dans la durée Les TSO ne se conçoivent que dans une prise en charge médico-psycho-sociale des patients. Ces traitements s'inscrivent dans la durée (de quelques mois à plusieurs années). L'arrêt se fait en concertation entre le prescripteur et le patient, quand l'environnement personnel et social est favorable.	2. La délivrance du traitement Elle se fait quotidiennement au centre au début jusqu'à la période de stabilisation. Il est possible également d'avoir un traitement dans le cadre d'une hospitalisation en milieu spécifique. La délivrance sera élargie progressivement pour atteindre une autonomie d'une semaine de traitement.	LA BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE (BHD) 1. Initialisation La BHD est un traitement de substitution aux opiacés qui peut être initialisée par tout médecin diplômé. Le médecin s'assure que vous pouvez bénéficier d'un traitement par BHD. Un bilan sanguin et urinaire pourra vous être demandé. La prescription est au maximum de 28 jours, en délivrance fractionnée, par votre pharmacien. La posologie maximale est de 16 mg selon l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Un délai de 12h minimum doit être respecté entre la dernière prise d'opiacés et la BHD sauf pour un relais méthadone-buprénorphine où le délai est de 24h.
3. Objectifs d'un traitement de substitution aux opiacés Les objectifs principaux se déclinent à court, moyen et long terme : réduire la souffrance physique et psychique, traiter la dépendance, favoriser la réduction des risques (hépatites C et B, VIH, complications infectieuses), ...	3. Le suivi Il est important d'être authentique avec votre médecin car le mésusage ou l'association avec d'autres traitements peuvent être dangereux ou entraîner des symptômes de sevrage. Une attention doit être portée sur la consommation d'alcool associée (risque de déséquilibrer la posologie de la méthadone). Il est important de respecter la prescription car il y a un risque d'overdose. Ce traitement peut entraîner des effets secondaires type transpiration, constipation, prise de poids, ... Dans le cadre du suivi, vous aurez des bilans urinaires et des prises de sang.	4. Le relais En cas de relais vers un médecin de ville, une ordonnance relais est nécessaire précisant les conditions de prescription du médicament (noms du médecin et du pharmacien désignés par le patient sur l'ordonnance). La prescription est au maximum de 14 jours en délivrance fractionnée.
4. Accompagnement social L'accès au traitement est conditionné par l'ouverture des droits « sécurité sociale ». Les professionnels sociaux accompagnent le patient dans ses démarches d'accès aux droits : démarches administratives, accès à des ressources, recherche de logement, d'emploi, gestion du budget, ...		

2. le suivi

Il est important d'être authentique avec votre médecin car le mésusage ou l'association avec d'autres traitements (notamment les benzodiazépines) peuvent être dangereux (ex : risque d'arrêt respiratoire) ou entraîner un syndrome de sevrage. Il est important de respecter scrupuleusement votre prescription.

3. La présentation

La BHD se présente en comprimé non sécable sous le nom de SUBUTEX® ou sous le nom de BHD générique. Les comprimés se prennent par voie sublinguale, en une prise, le matin, à distance des autres traitements. Les comprimés fondent sous la langue, la dissolution complète prend au moins 5 à 10 minutes.

La **SUBOXONE®** est un médicament contenant de la BHD en association avec de la **naloxone**.

La prescription et les risques de dépression respiratoire sont les mêmes que pour le SUBUTEX®. La naloxone est une molécule qui a pour objectif de limiter le mésusage (sniff, injection, trafic, ...).

A noter : la posologie maximale est de 24 mg/jour.

Une **adaption de posologie** est nécessaire si la personne présente :

• **des signes de manque** : sueurs, frissons, écoulement de nez, douleurs, troubles digestifs, troubles du sommeil, irritabilité

• **des signes de surdosage** : somnolence, fatigue, dépression respiratoire, myosis (contraction de la pupille), ralentissement du coeur, ralentissement de la respiration.

Overdose

Le risque vital peut être engagé en cas de dépression respiratoire sévère qui nécessite une réanimation d'urgence (composez le 15).

Principaux médicaments à ne pas associer avec les TSO : risque de dépression respiratoire, risque de sevrage aigu, ...

- les Morphiniques : SKENAN®, DUROGESIC®, ACTIQ®, ...
- les codéinés : CODOLIPRANE®, NEOCODION®, DAFALGAN CODEINE®, ...
- naltrexone : REVIA®, NALOREX®
- nalméfène : SELINCRO®
- les Traitements de Substitution aux Opiacés entre eux,
 - COLCHIMAX®,
 - benzodiazépines : SERESTA®, LEXOMIL®, VALIUM®, TRANXENE®, ...



Addictions

un professionnel
près de chez vous !

Structures régionales

Réseau de santé AddictLim :
05-55-05-99-00

Pôle d'Addictologie du Limousin (Limoges) : 05-55-43-11-56
Association Bobillot (Limoges) : 05-55-43-12-43

Structures départementales accueillant les personnes dépendantes aux opiacés

Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

CSAPA drogues illicites (Brive) : 05-55-17-70-12

CSAPA Creuséadd (Guéret) : 05-55-51-01-68

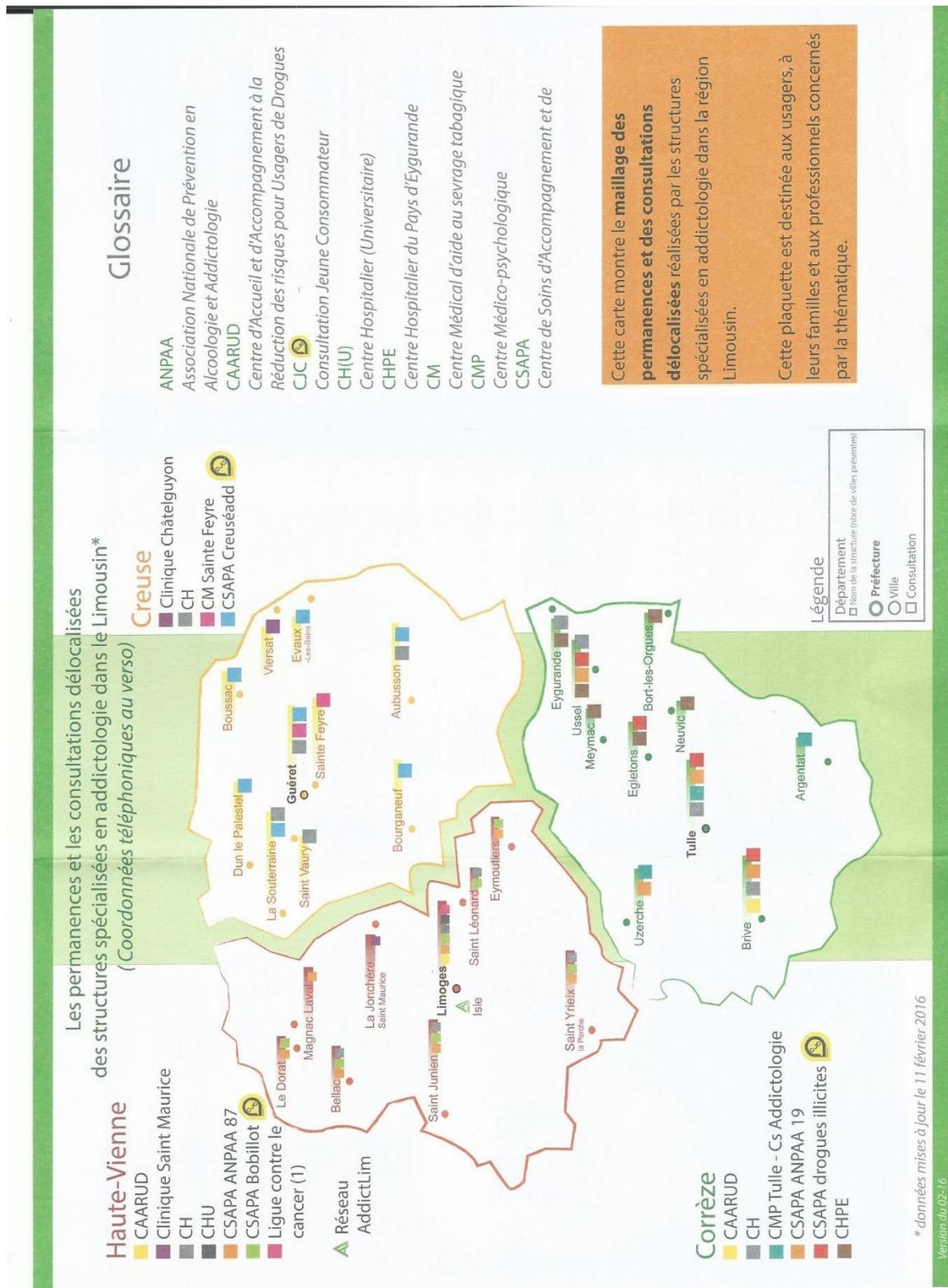
CSAPA Bobillot (Limoges) : 05-55-34-43-77

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD)

CAARUD Limousin (Limoges) : 55 rue Bobillot, 87 000
Limoges, 05-55-06-18-19 (permanences délocalisées)

Source : Addictlim, Fiche patient n°4, Les médicaments de substitution aux opiacés –
Version 1 – Janvier 2016

Annexe 8. Les permanences et les consultations délocalisées des structures spécialisées en addictologie dans le Limousin



Source : Addictlim, Etablissements spécialisés en Addictologie, Permanences et consultations délocalisées – Version 1 – Février 2016

Serment de Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.



[Grossesse et opiacés]

[L'addiction aux substances opiacées est une pathologie courante qui peut être rencontrée chez la femme au cours de la grossesse. Comme toutes les toxicomanies, elle est accompagnée de comorbidités psychiatriques et somatiques qui compliquent la prise en charge et s'ajoutent au risque lié à la prise de substances pour la mère et le futur enfant. Ces risques, nombreux au cours de la grossesse, persistent aussi à la naissance avec la survenue possible d'un syndrome de sevrage qui peut être précédé de signes d'imprégnation. En France, il existe de nombreuses structures spécialisées travaillant en synergie afin de fournir une prise en charge adaptée à ces patientes. Le pharmacien d'officine, professionnel médical de santé, possède un rôle important et des missions diverses pour informer et accompagner ces femmes toxicomanes vers une prise en charge]

Mots-clés : grossesse, opiacés, syndrome de sevrage, prise en charge

[Pregnancy and opiates]

[The addiction in opioids substances is a current pathology which can be met at the woman's during the pregnancy. As all the drug addiction, it is accompanied with psychiatric and somatic comorbidity which are so much risk as the taking of the toxin for the mother and the newborn child. These risks, numerous during the pregnancy, also persist in the birth with arisen possible of a syndrome of weaning. In France, there are numerous specialized structures working together to give an adapted care to these patients. The pharmacist, the medical professional of health, has an important function and diverse missions to inform and accompany these women drug addicts towards a care.]

Keywords : pregnancy, opiates, withdrawal syndrome, care

